

Health-Literacy

als Basiskompetenz (in) der
Gesundheitsgesellschaft


Holger Penz, Hannes Martinz, Regina Klein & Karl Krajcic (Hrsg.)

Mit freundlicher Unterstützung von:

LAND  KÄRNTEN


IHRE GESUNDHEITSVERSICHERUNG


KÄRNTEN
Convention


villach :stadt


heyn
Als Literaturpapst, Romanfigur oder Titelheld.
Wir folgen uns immer von dem besten Seiten.
Buchhandlung Heyn, Brestung, wie sie im Buche steht. Seit 1888.
Bismarckgasse 2-4, 9000 Klagenfurt, Tel.: +43(0)4032 4240 22, E-Mail: buch@heyne.at


BUNDEMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

Gesundheit Österreich
GmbH 

Geschäftsbereich


Fonds Gesundes
Österreich

Kongress der Österreichischen, Deutschen
und Schweizer Fachgesellschaften für
Gesundheits- und Medizinsoziologie

18. – 19. September 2014

Tagungsband

www.fh-kaernten.at

ISBN 978-3-200-03747-2

Tagungsband

„Health Literacy als Basiskompetenz (in) der Gesellschaft“

Gemeinsamer Kongress

Sektion für Gesundheits- und Medizinsoziologie der
Österreichischen Gesellschaft für Soziologie

Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie der
Deutschen Gesellschaft für Soziologie

Forschungskomitee Gesundheitssoziologie der
Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie

18. – 19. September 2014

Villach, Österreich

Durchführung

Studiengänge Gesundheits- und Pflegemanagement,
Fachhochschule Kärnten

Veranstaltungsort

Fachhochschule Kärnten

Standort Villach

Europastraße 4

9524 Villach/St. Magdalen

Impressum

Herausgeber

Holger Penz, Hannes Martinz, Regina Klein & Karl Krajic

Redaktion

Holger Penz & Hannes Martinz

Gestaltung & Layout

Nicole Peer

ISBN 978-3-200-03747-2

Druck: Satz & Druckteam GesmbH, Klagenfurt

Erscheinungsort: Feldkirchen in Kärnten

Alle Rechte, auch das des auszugsweisen Nachdruckes, der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe, der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen und der Übersetzung, vorbehalten.

© Fachhochschule Kärnten & AutorInnen der Beiträge

Wissenschaftliches Komitee

Vorsitz/Chair: Karl Krajic, Wien und Holger Penz, Feldkirchen

Österreich

Regina Klein, Feldkirchen
Johanna Muckenhuber, Graz
Christa Peinhaupt, Wien

Deutschland

Johann Behrens, Halle/Saale
Monika Jungbauer-Gans,
Nürnberg

Schweiz

Maja Mylaeus-Renggli, Bern
Julie Page, Winterthur
Ursula Streckeisen, Bern

VeranstalterInnen

Sektion für Gesundheits- und Medizinsoziologie der
Österreichischen Gesellschaft für Soziologie

Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie der
Deutschen Gesellschaft für Soziologie

Forschungskomitee Gesundheitssoziologie der
Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie

Lokales Organisationskomitee

Projektleitung: Holger Penz

Projektmitarbeit: Hannes Martinz, Regina Klein

Studentische Mitarbeit:

*Carina Frey, Maria Hammer, Diana Holbura, Andrea Imser,
Kim Kreling, Melanie Marinitsch, Anna Mark, Daniela Niessl,
Nicole Peer*

Vorwort der VeranstalterInnen

Literacy ist ein aktuell viel diskutiertes Konzept, mit dem beansprucht wird, basale Lebenskompetenzen in hochzivilisierten, globalisierten Wissensgesellschaften auf den Begriff zu bringen. Zur flexiblen, aktiven und produktiven Bewältigung gegenwärtiger Alltagsanforderungen – so eine verbreitete Überzeugung – bedarf es mittlerweile eines ganzen Arsenalentsprechender Kompetenzen. Um nur eine kleine Auswahl aufzuführen: Information Literacy, Media Literacy, Computer Literacy, Digital Literacy, Technology Literacy, Visual Literacy, Cultural Literacy, Dramatic Literacy, und vor allem auch Health Literacy.

Das Grundkonzept besteht auf den ersten Blick durch scheinbar leichte Verständlichkeit und eindeutige Begriffsbestimmung: Wer über *Literacy* im ursprünglichen Sinn verfügt, besitzt die Kompetenz, Geschriebenes lesen zu können, dadurch schriftliche Materialien zur Informationsgewinnung nutzen und an schriftgestützten gesellschaftlichen Vorgängen teilnehmen zu können. Auf den zweiten Blick weicht diese Einfachheit und Eindeutigkeit jedoch einer hohen Komplexität und einer nahezu unüberschaubaren Breite von Definitionen sowie Anwendungen.

Analog wird auch der Begriff Health Literacy in gesundheitsbezogenen Kontexten mehr oder weniger breit verwendet und diskutiert. Im deutschsprachigen Raum wird er durch Termini wie Gesundheitsalphabetisierung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsmündigkeit oder Gesundheitskompetenz ersetzt. Vor dem Hintergrund der WHO-Definition, die Health Literacy als "the degree to which people are able to access, understand, appraise and communicate information to engage with the demands of various health contexts to promote and maintain good health across the life course" versteht, wächst die Anzahl von Ansätzen zur Definition, Messung und Umsetzung des Konzepts.

Dies alles verweist auf die Komplexität und die Vielschichtigkeit von Health Literacy, ebenso auf das Potential, aber auch die Risiken, die sich im Zusammenhang mit diesem schillernden Begriff ergeben. Dem wollen wir mit der Tagung Raum geben: einen Raum, in dem die verschiedenen Bedeutungen, Möglichkeiten und Ziele von *Health Literacy* in unterschiedlichen Bereichen beleuchtet und dabei auch die spezifisch soziologischen Perspektiven hervorgehoben werden. Dabei sollen eigene Überlegungen, Strategien und Maßnahmen vorgestellt, diskutiert, rückgespiegelt und damit vertieft werden können.

INHALTSVERZEICHNIS

TAGUNGSPROGRAMM	17
PLENARVORTRÄGE	20
HEALTH LITERACY IM KONTEXT SOZIOSTRUKTURELLER FAKTOREN UND DER THEORIE BOURDIEUS <i>Johanna Muckenhuber</i>	23
HEALTH LITERACY AND PUBLIC HEALTH: CAN POLICY MAKE A CHANGE? <i>Kristine Sørensen</i>	25
CRITICAL HEALTH LITERACY: A PRE-REQUISITE FOR ACTIVE PARTICIPATION IN HEALTH? <i>Jane Wills</i>	26
ADIPOSITAS-PRÄVENTION IM SPANNUNGSFELD VON HEALTH LITERACY UND HEALTHISM <i>Friedrich Schorb</i>	27
BEFÄHIGT ZU SEIN, EIN GESUNDES LEBEN FÜHREN ZU KÖNNEN <i>Michael Tetzer</i>	29
GESUNDHEITSKOMPETENZ IN DER GESUNDHEITSGESELLSCHAFT – EINE HERAUSFORDERUNG FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND DIE SOZIOLOGIE <i>Jürgen M. Pelikan</i>	31

**GESUNDHEITLICHE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IM
PARTNERSCHAFTLICHEN ELTERN-/ FAMILIENSETTING***Gerlinde Maurer*

39

**ENTSCHEIDUNGSPROZESSE BEI KOMPLIKATIONEN WÄHREND
HAUS- UND GEBURTSHAUSGEBURTEN AUS DER SICHT VON
FRAUEN***Franziska Parpan, Jessica Pehlke-Milde,**Yvonne Meyer, Franziska Schläppy-Muntwyler*

42

**GESUNDHEITS- UND FREIZEITVERHALTEN ALS PROZESS DER
EIN- UND AUSGRENZUNG – EINE EXEMPLARISCHE ANALYSE
DER LEBENSWELTEN VON JUGENDLICHEN MIT
ZUWANDERUNGSGESCHICHTE***Maria A. Marchwacka*

46

**HEALTH LITERACY BEI ÄLTEREN MENSCHEN MIT EINER
GEISTIGEN BEHINDERUNG***Cornelia Geukes, Anne-Dörte Latteck*

50

**FÖRDERUNG DER BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT UNTER
BEDINGUNGEN DISKONTINUIERLICHER BESCHÄFTIGUNG:
KANN "GESUNDHEITSKOMPETENZ" ALS LEITBILD DIENEN?**

*Arno Georg, Kerstin Guhlemann,
Olaf Katenkamp, Franziska Krüger* 57

**KRANKENHAUS(ER)LEBEN: RAUM(UN)BEWUSSTSEIN
ZWISCHEN THEORIE UND REALITÄT**

Dietmar Lengauer 61

**GESUNDHEITSKOMPETENZ VON MIGRANTINNEN IN
ÖSTERREICH: AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE DER
QUALITATIVEN TEILSTUDIE**

*Faime Alpagu, Julia Dahlvik,
Ankica Sikic-Fleischhacker, Jürgen M. Pelikan* 66

**KONZEPTUALISIERUNG VON HEALTH LITERACY IN
PARTIZIPATIVER PALLIATIVE CARE FORSCHUNG**

Klaus Wegleitner, Patrick Schuchter 71

**REFLEXIONS- UND INTERAKTIONSPROZESSE IM
RAHMEN VON PRÄVENTION IN KLEINEN UNTERNEHMEN.
EINE STUDIE AUS NIEDERSACHSEN.**

Silke Volkhardt 76

**"DURCHBLICK" - GESUNDHEITSKOMPETENZ FÜR FRAUEN:
EIN PROJEKT ZUR STÄRKUNG DER HEALTH LITERACY BEI
CHRONISCH KRANKEN, ÄLTEREN UND
ZUGEWANDERTEN FRAUEN**

Eva Trettler, Hilde Wolf, Ulla Sladek

83

**MOBILITÄTSFÖRDERUNG IN DER STATIONÄREN
ALTENBETREUUNG – INWIEFERN KÖNNEN
ALTENBETREUUNGSEINRICHTUNGEN ALS HEALTH LITERATE
ORGANIZATIONS ZU GESUNDHEITSFÖRDERUNG IHRER
KLIENTINNEN BEITRAGEN?**

*Viktoria Quehenberger,
Martin Cichocki, Karl Krajic*

87

**PARTIZIPATIVE SOZIALRAUMMETHODEN UND SCHULUNG
VON GESUNDHEITSBEAUFTRAGTEN: INSTRUMENTE ZUR
NACHHALTIGEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM GEMEINDEBAU**

*Kathrin Hofer, Erentraud Weiser,
Almut Bachinger, Liane Hanifl*

92

**CHANCE UND HERAUSFORDERUNG TANZ: WELCHE
RAHMENBEDINGUNGEN SIND ERFORDERLICH, UM
TÄNZERINNEN ZU EINEM GESUNDEN UMGANG MIT IHREM
KÖRPER AUSZUBILDEN?**

Anita Kiselka

97

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MENSCHEN MIT
DEMENZERKRANKUNGEN – DAS PILOTPROJEKT GIB**

*Eva Mir, Doris Gebhard, Elena Fluch, Mario Bokalič,
Angelika Mitterbacher, Gottfried Webernig* 102

**S1-R4: HEALTH LITERACY IN BILDUNGS-, SOZIAL- UND
GESUNDHEITSWESEN 105**

**UMFASSENDE QUALITÄTSENTWICKLUNG DER
KOMMUNIKATION ZWISCHEN PATIENTEN UND
GESUNDHEITSBERUFEN - EIN BEITRAG ZUR
GESUNDHEITSKOMPETENZ DER ÖSTERREICHISCHEN
BEVÖLKERUNG**

Peter Nowak 107

**ERFORDERLICHE KOMPETENZEN VON
LEISTUNGSERBRINGERINNEN IM GESUNDHEITSWESEN FÜR
DIE KOMMUNIKATION MIT PATIENTINNEN MIT
SPRACH- UND/ODER SPRECHSTÖRUNGEN**

Georg Newesely, Alois Holzer 110

**ALPHA-POWER IM GESUNDHEITSBEREICH:
FÖRDERUNG VON HEALTH LITERACY BEI FUNKTIONALEN
ANALPHABETEN DURCH SENSIBILISIERUNG VON HEALTH
PROFESSIONALS**

*Thomas Fenzl, Philipp Mayring, Beate Gfrerer,
Gloria Sagmeister, Katrin Binder* 115

**GESUNDHEITSPFLEGE IM KRANKENHAUS - EIN
WIDERSPRUCH?**

Doris Kazianka-Diensthuber 121

**ERASMUS INTENSIVE PROGRAMME -
“QUALITY OF FOOD INTAKE AND SOCIAL EXCLUSION”**

Elisabeth Fattinger, Anna Auer, Daniela Grach 125

S2-R1: EMPIRISCHE FORSCHUNG 127

**HOW DO WE MEASURE HEALTH LITERACY? -
A COMPARISON OF THE SHORT TEST OF FUNCTIONAL
HEALTH LITERACY IN ADULTS (S-TOFHLA)
ACROSS FOUR COUNTRIES.**

Sarah Mantwill, Peter J. Schulz 129

**HEALTH LITERACY: ERMITTLUNG DER
GESUNDHEITSKOMPETENZ BEI ÄLTEREN MENSCHEN –
PRÄSENTATION ERSTER ERGEBNISSE**

Dominique Vogt, Melanie Messer 133

**WAS IST SPEZIFISCH AN DER GESUNDHEITSKOMPETENZ VON
MIGRANTINNEN IN ÖSTERREICH?**

**ERGEBNISSE DER QUANTITATIVEN ÖSTERREICHISCHEN
GESUNDHEITSKOMPETENZ MIGRANTINNEN STUDIE.**

*Florian Röthlin, Kristin Ganahl,
Jürgen M. Pelikan* 136

**ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GESUNDHEITSKOMPETENZ
(HEALTH LITERACY) UND SCHMERZINTENSITÄT,
SCHMERZDAUER, SCHMERZERLEBEN SOWIE
LEISTUNGSFÄHIGKEIT BEI PERSONEN MIT CHRONISCHEN
SCHMERZEN IN ÖSTERREICH**

Philipp Köppen, Thomas E. Dorner 139

**NACH DEM HERZINFARKT IST VOR DEM HERZINFARKT?
WISSENSMUSTER UND BEHANDLUNGSZUFRIEDENHEIT BEI
MYOKARDPATIENTEN IN DER SCHWEIZ**

*Ulrich Frick, Wolfgang Wiedermann,
Dirk Wiedenhöfer* 145

**S2-R2: HEALTH LITERACY IN BILDUNGS-, SOZIAL- UND
GESUNDHEITSWESEN 151**

**ERHEBUNG DES ZAHLENVERSTÄNDNISSES SOWIE
DER RISK LITERACY VON HEALTH
PROFESSIONALS IN ÖSTERREICH**

Nicole Jakob, Martin Sprenger 153

**„ERGONOMIELOTSINNEN“ – IMPLEMENTIERUNG EINES
PROGRAMMS ZUR VERBESSERUNG DER KOMPETENZ
ERGONOMISCHEN ARBEITENS FÜR MITARBEITERINNEN IN
DER STATIONÄREN ALTENBETREUUNG**

*Martin Cichocki, Viktoria Quehenberger,
Karl Krajic* 158

**HEALTH LITERACY UND BILDUNGSUNTERSCHIEDE
IM GESUNDHEITSVERHALTEN**

Johanna Bristle

162

**HEALTH LITERACY IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE
(HLCA) AS A TARGET FOR HEALTH PROMOTION AND
PRIMARY PREVENTION – *THE GERMAN HLCA CONSORTIUM***

Paulo Pinheiro, Eva-Maria Bitzer,

Uwe H. Bittlingmayer, Susanne Jordan, Diana Sahrai,

Pablo Zamora, Ullrich Bauer

167

WISSEN ÜBER DAS „GUTE“ LEBEN?

**HEALTH LITERACY UND LEBENSQUALITÄT IM
MEDIZINISCHEN DISKURS**

Thomas Schübel

171

**GESUNDER START INS STUDIUM –
FÖRDERUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ BEI
ERGOTHERAPIESTUDIERENDEN ALS KOOPERATIVES
PROJEKT ZWISCHEN ERGOTHERAPIE UND
GESUNDHEITS- UND PFLEGEMANAGEMENT**

Angelika Mitterbacher, Doris Gebhard, Eva Mir

178

**S2-R3: INTERVENTIONEN – PROJEKTE –
EMPOWERMENT** **181**

**„BLIIB GSUND“ EIN GESUNDHEITS-
FÖRDERUNGSPROGRAMM FÜR PERSONEN 50+**
Julie Page, Verena Biehl 183

**AKZEPTANZ VON GESUNDHEITSBILDUNG &
KURSEN ZUM AKTIVEN ALTERN**
Katharina Resch 187

**GRAZER PILOTPROJEKT
„DIE GENERATION 50+ AUF DER ÜBERHOLSPUR“**
Alexander Riegler, Michaela Strapatsas 190

SOCIAL MEDIA ANWENDUNGEN IM DIENSTE DER GESUNDHEIT
*Alexander Riegler, Ingeborg Stelzer,
Tanja Macheiner, Skaiste Riegler* 196

**DIE INFORMATIONSVERSORGUNG ALS ACHILLESFERSE
UNSERER GESELLSCHAFT**
*Alexander Riegler, Ingeborg Stelzer,
Tanja Macheiner, Skaiste Riegler* 201

**ELLAN – EUROPEAN LATER LIFE ACTIVE NETWORK
TRANSNATIONAL DEVELOPMENT OF AN AGREED CORE
EUROPEAN COMPETENCIES FRAMEWORK FOR WORKING
WITH OLDER PEOPLE**
*Regina Klein, Kriemhild Leitner,
Katharina Oleksiw, Andrea Stitzel* 207

**HEALTH IN ALL LESSONS – DIE SCHULE ALS AUSGANGSPUNKT
ZUR BILDUNG VON GESUNDHEITSKOMPETENZ AM BEISPIEL
DES THEMENFELDKATALOGS**

Cathrin Gabler, Elisa Schormüller **211**

**DIE RAUCHFREI APP –
TABAKENTWÖHNUNG IN DER HOSENTASCHE**

*Sophie Meingassner, Helmut Chlebececk, Andreas
Klambauer, Wolfgang Spreicer, Wolfgang Reitberger*
215

**HEALTH LITERACY UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM
BILDUNGSWESEN: DAS SELÖBSTVERSTÄNDNIS VON
PÄDAGOGINNEN UND MEDIZINERINNEN IM VERGLEICH**

Ursula Streckeisen, Simone Suter **218**

**WETAKECARE - EIN PROJEKT ZUR ENTWICKLUNG EINES
PROGRAMMS ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND -
EDUKATION VON PERSONEN AB 50 JAHREN**

*Ursula Meidert, Heidrun Becker, Silke Neumann,
Rakel Poveda Puente, Ricard Barberà Guillem* **221**

**HEALTH LITERACY FÜR MENSCHEN MIT LESE- UND
LERNSCHWIERIGKEITEN**

Walburga Fröhlich, Kerstin Matausch **226**

**DAS RAUCHFREI TELEFON – DIE MÖGLICHKEITEN VON
QUITLINES AUF DIE REDUKTION DER GESELLSCHAFTLICHEN
RAUCHPRÄVALENZ UND AUF DAS INDIVIDUELLE
RAUCHVERHALTEN**

Melanie Stulik, Sophie Meingassner **232**

Tagungsprogramm

Health Literacy als Basis-Kompetenz (in) der Gesundheitsgesellschaft

Datum: Donnerstag, 18.09.2014

8:00 **Ankunft und Registrierung**

- Ort: Foyer

9:00

9:00 **Eröffnung**

- Ort: Audimax

9:30

Chair: **Holger Penz, Fachhochschule Kärnten**

9:30 **Johanna Muckenhuber, Universität Graz**

- Ort: Audimax

10:15

10:15 **Kristine Sørensen, Maastricht University**

- Ort: Audimax

11:00

11:00 **Kaffeepause**

- Ort: Foyer

11:15

11:15 **Mittagsdiskussion: „Gesundheitskompetenz als Chance für Politik
und Praxis: Perspektiven aus Public Health und Gesundheitswesen.“**

-

12:45 Chair: **Peter Nowak, Gesundheit Österreich GmbH**

Ort: Audimax

12:45 Mittagspause

- Mittagspause - Essen und Getränke in der Mensa

13:30

13:30	S1-R1:	S1-R2:	S1-R3:	S1-R4:
-	Empirische	Empirische	Interventionen –	Interventionen –
15:00	Forschung	Forschung	Projekte –	Projekte –
			Empowerment	Empowerment
	Ort:	Ort:	Ort:	Ort:
	<u>Audimax</u>	<u>Seminarr. 1</u>	<u>HS3</u>	<u>HS4</u>

15:00 Kaffeepause

- Ort: **Foyer**

15:15

15:15	S2-R1:	S2-R2:	S2-R3:	S2-R4:
-	Empirische	Health Literacy in	Interventionen –	Health Literacy in
17:05	Forschung	Bildungs-, Sozial-	Projekte –	Bildungs-, Sozial-
		und	Empowerment	und
		Gesundheitswesen		Gesundheitswesen
	Ort: <u>HS5</u>	Ort: <u>Seminarr. 1</u>	Ort: <u>HS3</u>	Ort: <u>HS4</u>

17:30 Bustransfer Abendveranstaltung

- Bustransfer vom Tagungsort zur Burg Landskron

18:00

18:00 Abendprogramm und Conference Dinner

- Greifvogelschau auf der Burg Landskron mit anschließendem Konferenz-Dinner

22:30

Anschließend Bustransfer via Innenstadt Villach zum Tagungsort

Datum: Freitag, 19.09.2014

Chair: **Regina Klein, Fachhochschule Kärnten**

9:00 Jane Wills, London South Bank University

- Ort: **Audimax**

9:45

9:45 Friedrich Schorb, Universität Bremen

- Ort: **Audimax**

10:30

10:30 Kaffeepause

- Ort: **Foyer**

10:45

10:45 Michael Tetzler, Fachhochschule Kärnten

- Ort: **Audimax**

11:30

11:30 Jürgen Pelikan, Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research

- Ort: **Audimax**

12:15

12:15 Panel Discussion

- Ort: **Audimax**

13:15 Chair: Karl Krajic, Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research

13:15 Congress Closing

-

13:30

Plenarvorträge

Audimax

Donnerstag, 18.09.2014

- 9:30 – 10:15 Johanna Muckenhuber, Universität Graz
10:15 – 11:00 Kristine Sørensen, Maastricht University

Freitag, 19.09.2014

- 9:00 – 9:45 Jane Wills, London South Bank University
9:45 – 10:30 Friedrich Schorb, Universität Bremen
10:45 – 11:30 Michael Tetzler, Fachhochschule Kärnten
11:30 – 12:15 Jürgen Pelikan, Ludwig Bolzman Institute
for Health Promotion Research

Health Literacy im Kontext soziostruktureller Faktoren und der Theorie Bourdieus

Johanna Muckenhuber

Universität Graz

Gesundheitskompetenz ist kein rein individuelles Phänomen. Es sind vielmehr sowohl individuelle Kompetenzen als auch förderliche Rahmenbedingungen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene und in der Kommunikation zwischen Health Professionals und BürgerInnen dafür notwendig. Gesundheitskompetenz kann also nicht losgelöst von sozialstrukturellen Einflussfaktoren verstanden werden.

Dies führt zu Kernfragen der Soziologie und der soziologischen Theorie im Spannungsfeld zwischen Struktur- und Handlungstheorien. Welche persönlichen und welche Faktoren auf der Mikro- der Meso- und der Makroebene beeinflussen die Gesundheitskompetenz? Auf welche Art und Weise? Wie interagieren diese Faktoren? Und welche Rückwirkungen hat unterschiedlich ausgeprägte Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitssystem?

Diese Fragen können mittels empirischer Sozialforschung beantwortet werden. Ergebnisse aus Studien zeigen, dass sich sowohl niedriger sozioökonomischer Status als auch bzw. in Zusammenhang damit Migrationshintergrund negativ auf die Gesundheitskompetenz und in Folge auf die Gesundheit auswirken.

Die oben skizzierten Fragen erfordern jedoch auch eine theoretische Annäherung. Für die Analyse von Gesundheitskompetenz und –motivation und ihr Zusammenspiel mit Gesundheit, Gesundheitshandeln, und soziostrukturellen Einflussfaktoren auf die Gesundheitskompetenz eignen sich weder reine Struktur- noch reine Handlungstheorien. Die Theorie Pierre Bourdieus bietet einen Analyserahmen zwischen Struktur- und Handlungstheorie wobei Bourdieu besonders die Interaktionen zwischen Struktur und Handlung betont. Im Vortrag wird seine Theorie der Kapitalsorten, im Besonderen des kulturellen Kapitals, des Habitus und der Spielregeln der sozialen Felder auf das Thema der Health Literacy im gesellschaftlichen Kontext angewandt. Gesundheitskompetenz und damit verbunden Gesundheitshandeln wird in Verbindung mit dem Habitus der Personen diskutiert. Das erforderliche Ausmaß an ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital wird beleuchtet. Schließlich wird dargestellt, dass Gesundheitskompetenz den Spielregeln unterschiedlicher sozialer Felder mit ihren spezifischen Spielregeln (nicht nur im Gesundheitswesen und in direktem Kontakt mit Gesundheitsberufen) unterliegt.

Health literacy and public health: can policy make a change?

Kristine Sørensen

Maastricht University

The field of health literacy has been developing throughout Europe in recent years. Research has shown that almost one in two people in eight European countries were challenged with limited health literacy. In practice health literacy is playing a role in healthcare, disease prevention and health promotion, yet in terms of policy development and strategic decision-making Europe is lacking behind in comparison with e.g. Canada and the United States.

This key note aims to explore the current European health literacy policy landscape to discuss how policy making can make a change from the status quo.

Critical health literacy: a pre-requisite for active participation in health?

Jane Wills

London South Bank University

This paper reflects on the meaning of 'critical health literacy' and its relationship to both functional health literacy and empowerment. It discusses how the health literacy agenda has neglected the domain of critical health literacy in favour of a functional focus on people's ability to read and understand information. It proposes that critical health literacy is a useful construct that defines the characteristics necessary for increased control over health issues, both at a personal and structural level: advanced personal skills, health knowledge, information skills, effective interaction between service providers and users, informed decision making and empowerment including political action. A clear focus then on critical health literacy expands the health literacy agenda to include action alongside measurement, development of professional competences and interventions.

Adipositas-Prävention im Spannungsfeld von Health Literacy und Healthism

Friedrich Schorb

Universität Bremen

Unter Healthism wird eine ideologische Überhöhung von Gesundheit verstanden. Diese geht mit einer Exklusion allerer einher, die den gesellschaftlichen Anforderungen an einen als gesund definierten Körper nicht erfüllen können oder wollen. Der Begriff ist negativ konnotiert.

Health Literacy meint die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und für sich nutzen zu können, um angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und medizinischen Behandlungsmaßnahmen aktiv Folge leisten zu können. Der Begriff ist positiv konnotiert.

Am Beispiel der Adipositas-Prävention soll gezeigt werden, dass Health Literacy und Healthism bisweilen weniger weiter auseinanderliegen als es zunächst den Anschein hat.

So hat Health Literacy meist auch die Erfüllung biomedizinischer Normwerte zum Ziel, etwa in Bezug auf das relative Körpergewicht. Strittig bleibt dabei allenfalls, inwieweit die Erfüllung der Vorgaben vorrangig durch verhaltenspräventive oder durch verhältnispräventive Maßnahmen unterstützt werden soll.

Das Ziel der Intervention steht hingegen nicht zur Debatte. Am Beispiel der Adipositas-Prävention möchte ich mit „Health at Every Size“ und „Fat Acceptance“ zwei Alternativen zur gegenwärtigen gesellschaftlichen Deutung von Dickleibigkeit vorstellen und diskutieren, ob bzw. wie sich diese Orientierungen in ein erweitertes Konzept von Health Literacy integrieren lassen.

Befähigt zu sein, ein gesundes Leben führen zu können

Michael Tetzer

Fachhochschule Kärnten

Als Alternative zu health literacy wird der Capabilities Approach – Befähigungsansatz – vorgestellt. Dieser von dem indischen Wohlfahrtsökonom und Ökonomie Nobelpreisträger Amartya Sen und der amerikanischen Philosophin Martha C. Nussbaum seit den 1980er Jahren entwickelte Ansatz wird in den Sozialwissenschaften umfassend diskutiert. Er erfährt gegenwärtig in verschiedenen Disziplinen wie z.B. den Bildungswissenschaften, der Sozialphilosophie und auch der Entwicklungs- und Gesundheitsökonomie eine wachsende Aufmerksamkeit.

Im Kontext von health literacy ist dieser Ansatz aus verschiedenen Gründen interessant. Zunächst handelt es sich um einen gerechtigkeitstheoretischen Ansatz, der nicht die gleiche Verteilung von Gütern, sondern die Entwicklung von verschiedenen Befähigungen in das Zentrum seiner Überlegungen zu sozialer Gerechtigkeit stellt. Ebenso wie

health literacy wird eine Beschreibung von Lebensverhältnissen angestrebt, die über eine ausschließlich individuelle Perspektive hinausreicht und eine intersubjektive Verständigung über diese Lebensverhältnisse ermöglichen soll.

Mit dem Begriff der Befähigungen werden aber nicht nur personale Aspekte angesprochen. Vielmehr werden bereits im Begriff der Befähigungen interne und externe Faktoren aufeinander bezogen. Der Begriff der Befähigungen reicht damit über ein allgemeines Verständnis von literacy – Kompetenz – hinaus. Hinsichtlich der Entwicklung von Befähigungen vermeidet der capabilities approach so eine einseitige Perspektive, die sich entweder auf individuell personale Faktoren und Dispositionen oder auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen konzentriert. Eine gerechte Gesellschaft ist demnach daran erkennbar, inwiefern sie Personen die Entwicklung von Befähigungen nicht nur durch deren individuelle Förderung ermöglicht, sondern auch, indem sie Rahmenbedingungen schafft, die die Entwicklung von Befähigungen – u. a. auch der Befähigung, ein gesundes Leben führen zu können – befördern.

Dieser Ansatz nimmt so nicht nur die Entwicklung von Kompetenzen einzelner Akteure oder von Gruppen von Personen in den Blick, sondern fragt ebenso nach gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die die Entwicklung von Befähigungen fördern oder hemmen. Damit ermöglicht er auch eine Kritik ungerechter, bzw. ungesunder gesellschaftlicher Verhältnisse.

Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsgesellschaft – eine Herausforderung für Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung und die Soziologie

Jürgen M. Pelikan

Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research

Gesundheitskompetenz (GK) bzw. im Englischen Health Literacy (HL) taucht als Konzept erstmals 1974 auf und hat seither in den Gesundheitswissenschaften, der Versorgungsforschung, der Public Health und der Gesundheitsförderung zunächst in deklarierten Einwanderungsländern im angelsächsischen Bereich und inzwischen auch in Asien und in Europa, insbesondere in den DACH-Ländern, eine erstaunliche Karriere. HL ist ein Kind der Literacy-Forschung und bringt daher eine lange Tradition des Messens von Kompetenz in die Gesundheitswissenschaften ein.

Inhaltlich lassen sich mehrere Stränge der Verwendung des Konzepts und entsprechender Messinstrumente unterscheiden.

So wurde HL als Erklärungsvariable eingeführt um den empirischen Zusammenhang von Bildung und Gesundheit und die **Ungleichheit von Gesundheit** besser zu klären, daher spielt HL auch in der aktuellen Social Determinants of Health Debatte eine beträchtliche Rolle.

Andererseits wurde in der Versorgungsforschung (vor allem in der US-amerikanischen Kostendiskussion des Krankenbehandlungssystems) HL als ein relativ gut beeinflussbarer Faktor gesehen, der die **Effektivität und Effizienz der Krankenbehandlung** verbessern und damit auch Kosten ersparen kann.

In der **Gesundheitsförderung** war HL ohne zunächst den Begriff zu verwenden bereits in der OC der WHO gut verankert, wurde aber seit dem HP Glossary auch als so benanntes Konzept verwendet und hat in den Dokumenten der WHO seither eine zunehmend bedeutendere Rolle erlangt. Dabei geht es nicht nur um persönliche GK als individuelle Fähigkeit, sondern auch um HL Settings.

Im Diskurs von mündigen Patienten, aber auch mündigen Konsumenten und mündigen Bürgern wurde HL als eine Voraussetzung für effektive **Partizipation und Mitbestimmung** der Inhaber von Komplementärrollen in den Organisationen der Gesundheitsgesellschaft entdeckt und Empowerment von Nutzern durch die Inhaber von Leistungsrollen wurde als ein relevanter Prozess gesehen HL zu erhöhen.

Das Konzept scheint also anschlussfähig für unterschiedliche, aktuelle Diskurse im Zusammenhang mit Gesundheit in spät-modernen Gesellschaften zu sein. Daraus resultieren aber vielleicht auch die immer wieder beklagte oder kritisierte Unklarheit des Konzepts und die Unterschiedlichkeit und Unterentwicklung, der zu seiner Messung vorliegenden Instrumente. Tendenziell lassen sich aber mehreren Dimensionen einer Erweiterung des Konzepts, seiner Modelle und Definitionen feststellen, die aber nur zum Teil auch in den Messinstrumenten nachvollzogen wurden.

Daher ist es notwendig zunächst eine klare Vorstellung davon zu bekommen, was als Gesundheitskompetenz diskutiert wird, also zu rekonstruieren, welche Vorstellung von Gesundheit (Health), aber auch von Kompetenz (Literacy) im Diskurs unterstellt oder gefordert werden. Geht es um GK für Krankheitsbewältigung oder tatsächlich um Verbesserung der

Gesundheit? Geht es hauptsächlich um das Verstehen von schriftlichen Texten oder Anweisungen in mündlichen Gesprächen, oder vielmehr um die Fähigkeit in der Informationsgesellschaft Informationen zu beschaffen, zu beurteilen und auf die eigene Situation anzuwenden? In welchen Rollen innerhalb welcher Organisationen braucht man GK um Alltagsentscheidungen und Handlungen zu setzen, die die eigene Gesundheit und die anderer erhalten oder sogar verbessern?

Danach ist zu analysieren, inwiefern dieses Konzept und seine Konjunktur auf bestimmte Herausforderungen der spät-modernen Gesellschaft zurückzuführen ist und welche spezifischen Lösungen oder Interventionen es nahelegt. Zu fragen ist auch, inwieweit und in welcher Form die drei auch auf diesem Kongress repräsentierten DACH-Staaten bisher das Konzept GK in ihrer Gesundheitspolitik, -praxis und -forschung aufgegriffen haben.

Notwendig ist es aber auch kritisch zu hinterfragen, ob das Konzept bereits hinreichend präzisiert ist, inwiefern die vorhandenen Messinstrumente auch den Inhalt des Konzepts hinreichend abbilden, ob es genügend empirische Evidenz, vor allem auch außerhalb des Krankenbehandlungssystems gibt, um die Determinanten und Konsequenzen von GK Evidenzbasiert behaupten zu können, und wie es mit der Evidenz für Best-Practice Interventionen zur Verbesserung der GK tatsächlich aussieht.

Daraus sollen Prioritäten abgeleitet werden, inwiefern die Gesundheits-und Medizin-Soziologie das Konzept der GK stärker aufgreifen könnte, um ihre eigenen wichtigen Forschungsfragen besser zu bearbeiten, aber auch wie sie dazu beitragen könnte um das Konzept, das bisher stark erziehungswissenschaftlich und psychologisch geprägt ist, soziologisch weiter zu entwickeln.

13:30 – 15:00 Uhr

S1-R1: Empirische Forschung

Audimax

Paper

Gesundheitliche Entscheidungsfindung im partnerschaftlichen Eltern-/ Familiensetting

Gerlinde Mauerer

Universität Wien

Im Vortrag werden Ergebnisse aus zwei Forschungsprojekten, „Männer in Elternkarenz – eine qualitative Untersuchung mit Fokus auf Alltagshandeln“ (05/2013-11/2013) und „Konstruktionen von Männlichkeit und Väterkarenz: Ein Brückenschlag?“ (11/2013-03/2014) mit Fokus auf elterliche Gesundheitskompetenzen präsentiert.

In 34 durchgeführten qualitativen Interviews wurden individuelle gesundheitliche Entscheidungsfindungen von Karenzvätern betreffend ihre Kinder thematisiert, welche in Absprache mit der oder ohne die Partnerin stattgefunden haben. Während Gesundheitskompetenzen im patriarchalen Familien-Setting oftmals klar bei der Frau/Mutter lagen, befindet sich dieses in unterschiedliche Kompetenzfelder gegliederte, traditionell genormte Familiensystem im Wandel in Richtung partnerschaftliche Entscheidungsfindung durch

eine erhöhte Beteiligung von (Karenz)Vätern, auch betreffend die Gesundheit und Gesunderhaltung von Kindern (Entscheidungen für/wider Impfungen, Notwendigkeit von Antibiotika-Verabreichung, Ernährungsauswahl, usw.).

Die von Oktober 2013 bis Februar 2014 durchgeführten Leitfadeninterviews werden gemäß der Methodologie der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 2008) ausgewertet. Dieser Zugang wurde gewählt, da er ein geeignetes Mittel darstellt, um individuelle Erfahrungen in die wissenschaftliche Hypothesenentwicklung miteinzubeziehen. Dieser prozesshafte Charakter unterstützt die Erkenntnisbildung zu in soziohistorischer Perspektivenbildung im Wandel begriffenen sozialen Phänomenen. Im vorgestellten Forschungsvorhaben dienen sie der soziologischen Erfassung und Analyse von Bildern und öffentlichem wie privatem Funktionsgehalt von Familie/n im Wandel mit Fokus auf elterliche Gesundheitskompetenzen und partnerschaftliche Entscheidungsfindung im Setting Familie.

Im Vortrag werden insbesondere "Konfliktsituationen" von Karenzvätern als Folie für gesellschaftlichen Wandel und Umbruchsituationen thematisiert. Ein Ergebnis der Analyse zeigt, dass die Selbstwahrnehmung gesundheitlicher Kompetenzen sich je nach Dauer bzw. Länge der Vaterkarenz erhöht.

Individuell erworbenes Erfahrungswissen und partnerschaftlicher Austausch zu Alltagsphänomenen tragen zur Erhöhung dieser Kompetenzen bei. Daraus ergeben sich in Folge z.T. partnerschaftliche Kompetenzstreitigkeiten. Dies zeigt, dass elterliche Gesundheitsfürsorge sich von einem traditionell "mütterlich" konnotierten Feld hin zu einem "gender neutralen" oder partnerschaftlich "organisierten" Feld wandelt, wenn beide Elternteile sich aktiv in die gesundheitliche Versorgung und in Folge auch in die Gesundheitserziehung der Kinder in der Sphäre des Privaten einbringen.

Im Anschluss an den Vortrag wird zur Diskussion gestellt, aus welchen Komponenten sich das individuell erworbene Erfahrungswissen der Väter zusammensetzt (Austausch mit anderen Vätern/Müttern, Austausch mit der Partnerin und mit Verwandten/Großeltern, Besuch von Vorträgen, Gruppenseminaren, Konsum von Ratgeberlektüre, Hören auf das "Bauchgefühl" u.a.m.): Mit dem Ziel, die Generierung dieses individuell erworbenen Erfahrungswissens und die Auswirkungen einer im Wandel begriffene Genderspezifität elterlicher Gesundheitskompetenzen in der Gesundheitsförderung(sforschung) zu analysieren, sowie die Folgewirkungen dieses Wandels im Feld der Gesundheitssoziologie verstärkt zu thematisieren.

Paper

Entscheidungsprozesse bei Komplikationen während Haus- und Geburtshausgeburten aus der Sicht von Frauen

*Franziska Parpan¹, Jessica Pehlke-Milde¹, Yvonne Meyer²,
Franziska Schläppy-Muntwyl²*

¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW,
Schweiz; ²Haute École de Santé Vaud, Lausanne, Schweiz

Hintergrund

Frauen, die eine Geburt zu Hause oder im Geburtshaus planen, haben in der Regel ein niedriges Risiko für einen pathologischen Verlauf. Dennoch können während der Geburt unerwartete Komplikationen auftreten, die eine kompetente Entscheidung von der begleitenden Hebamme erforderlich machen. Bisher gibt es in der Hebammenwissenschaft nur wenige Studien, welche Entscheidungsprozesse in der außerklinischen Geburtshilfe untersuchen. Außerdem wurden dabei die Sicht und der Einfluss der Frauen auf die Entscheidungsfindung während der Geburt stark vernachlässigt.

Das Ziel dieser Studie ist die genaue Betrachtung solcher komplexen geburtshilflichen Situationen unter dem Gesichtspunkt der informierten Entscheidung und dem Selbstbestimmungsrecht der Frauen.

Dafür haben wir Daten aus einer umfangreichen, vom Schweizerischen Nationalfond geförderten Studie analysiert, welche zwischen Juni 2012 bis Dezember 2013 durchgeführt und von der Ethikkommission des Kantons Waadt (CH) bewilligt wurde.

Method

Entscheidungsfindungsprozesse sind komplexe soziale Vorgänge, weshalb wir für die Umsetzung des Projektes die Grounded Theory Methodologie nach Corbin & Strauss (1996) gewählt haben. Dafür wurden 20 Interviews mit Frauen geführt, die mit unerwarteten Komplikationen während einer Haus- bzw. Geburtshausgeburt und damit mit der Entscheidung für oder gegen eine Verlegung ins Spital konfrontiert waren. Zum Zeitpunkt des Interviews waren die Befragten in einer der beiden Sprachregionen (d/f) wohnhaft. Die Frauen wurden zuerst durch ihre Hebamme angefragt und dann von den Forscherinnen kontaktiert. Die Interviews begannen mit der Einladung, das Geburtserlebnis zu erzählen und dabei den Fokus auf die Entscheidungsfindung zu legen.

Ergebnisse

Für die Frauen ist nicht die Entscheidungsfindung, sondern die Anpassung an den unerwarteten Geburtsverlauf zentral. Dabei werden Entscheidungen der Hebamme delegiert, akzeptiert oder aktiv mitgetragen. Eine zentrale Strategie der Frauen ist es, sich Entscheidungen, welche die Hebamme fällt, anzueignen und so das Gefühl der Kontrolle über das Geburtsgeschehen zurück zu gewinnen. Die Anpassungsleistungen hängen stark von der Beziehung und dem Vertrauen zur Hebamme, den Vorstellungen von Geburt und deren Verlauf sowie den körperlichen Ressourcen und der Unterstützung durch das geburtshilfliche Team ab.

Diskussion

Die Erkenntnisse lassen auf eine Art und Weise der Entscheidungsfindung schließen, in welcher nicht ausschließlich klinisch-medizinische Einflussfaktoren ausschlaggebend sind, sondern die gleichzeitig von Beziehungen, Wertvorstellungen und Erwartungen geprägt ist. Diese kommt der informierten Entscheidungsfindung insofern nahe, dass Entscheidungen zwar unter Einbezug der Sichtweisen der Frauen, jedoch nicht unter dem Aspekt der gleichberechtigten Beteiligung getroffen werden, wie dies bei einer geteilten Entscheidungsfindung zu erwarten wäre.

Wir vermuten jedoch, dass der in der Regel von der Hebamme definierte Entscheidungsspielraum den Frauen die Anpassung an den unerwarteten Geburtsverlauf wesentlich erleichtern kann.

Paper

Gesundheits- und Freizeitverhalten als Prozess der Ein- und Ausgrenzung – eine exemplarische Analyse der Lebenswelten von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte

Maria A. Marchwacka

Universität Paderborn, Institut für Erziehungswissenschaft

Ziel des Beitrags ist es, empirische Befunde im Hinblick auf Gesundheitsverhalten von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte zu erörtern und im Zusammenhang mit ihren Lebenswelten sowohl die protektiven Faktoren als auch Risikofaktoren sowie Ausgrenzungsmechanismen in der Gesellschaft zu analysieren. Anschließend sollen pädagogische Handlungsmöglichkeiten im Setting Schule aufgezeigt werden.

Nach der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen wird jedem Kind eine adäquate Entwicklung und folglich das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an

Gesundheit garantiert. In der Realität jedoch sind im Hinblick auf den gesundheitlichen Zustand von Kindern und Jugendlichen erhebliche Diskrepanzen zwischen verschiedenen sozialen Gruppen vorhanden. Epidemiologische Forschung liefert zahlreiche Hinweise auf die Existenz der gesundheitlichen Ungleichheit in der deutschen Gesellschaft, die auch im Hinblick auf Lebenswelten der Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte manifest wird (HBSC 2012¹, KiGGS 2007²).

Zwar ist Migration an sich kein Phänomen, das unmittelbar zur Beeinträchtigung der Gesundheit führt, jedoch kann das Fehlen von Ressourcen (in Form von Beziehungsnetzwerken, persönliche Dispositionen, sozialer Integration und Entwicklungsmöglichkeiten) zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit damit der Gesundheit beitragen. Hinzu kommt, dass Migrationserfahrungen die individuelle Biographie sowie die Werte und die Einstellung der Familie durch mehrere Generationen hindurch prägen, wobei diese sowohl als Risiko, als auch als Schutzfaktoren angesehen werden können. In diesem Kontext ist das Gesundheitsverständnis

¹ HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (2012): Faktenblätter national. Online: <http://hbsc-germany.de/downloads/faktenblätter-national/>

² KiGGS (2007): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse. Online: <http://www.kiggs-studie.de/>

dynamisch und mehrdimensional aufzufassen:

Das Individuum ist bestrebt eine Balance zwischen eigenen und umweltbedingten Anforderungen zu schaffen.

Der Sozialisationskontext im Kindes- und Jugendalter wird sowohl durch Ressourcen in der Familie, in der Schule als auch durch das im jeweiligen Milieu erlernte Gesundheitsverhalten (Ernährung, Konsummuster, Freizeitgestaltung, Bewältigungsstrategien) beeinflusst. Dabei entscheiden die finanziellen und sozialen Ressourcen über die Teilhabechancen, die beispielsweise den Wohnraum, die Bildung, die Freizeit und auch den Konsum betreffen und somit die Handlungs-, Lebens- und Gesundheitschancen determinieren. Die sozial ungünstige Lage und damit verbundenen finanziellen Restriktionen können zur Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung führen. Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen in der Schule, in ihrem Umfeld sowie die Ablehnung durch Gleichaltrige gehören wiederum zu Erfahrungen, die ihr Selbstkonzept negativ prägen.

Die Folgen können Demotivation, Frustration und Enttäuschung sein, die sich in Form von psychischer Beeinträchtigung, Depressionssymptomen, sozialer Auffälligkeiten bis hin zu aggressiven Verhalten äußern können.

In dem geplanten Vortrag sollen empirische Daten vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Ungleichheit analysiert und anschließend Erklärungsansätze diskutiert werden. Folgende These wird in diesem Zusammenhang erläutert: Die Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Potenziale hängt von Dispositionen und Ressourcen in dem Maße ab, wie diese dem Individuum zur Verfügung stehen bzw. von seinem Milieu gefördert werden. Dabei sind soziale und ökonomische Ressourcen als Schlüssel zur gesellschaftlichen Partizipation, zu Freizeitmöglichkeiten und zum Aufbau von sozialen Netzwerken zu betrachten.

Hierzu werden folgende Fragen fokussiert:

- Welche Tendenzen sind im Hinblick auf Risiko- und Schutzfaktoren bei den Gesundheits- und Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte festzustellen und wie können diese erklärt werden?
- Inwiefern kann der Lebensraum Schule der Ein- und Ausgrenzung der Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte entgegenwirken?

Paper

Health Literacy bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung

Cornelia Geukes, Änne-Dörte Latteck

Fachhochschule Bielefeld, InBVG

Einleitung

Die aus gesundheitspolitischer, soziologischer und medizinisch-ökonomischer Sicht folgenschweren demografischen Entwicklungen und das veränderte Alters- und Morbiditätsspektrum stellen das Gesundheits- und Pflegesystem vor große Herausforderungen. Die in diesem Zusammenhang geführte internationale Debatte beinhaltet auch den Health Literacy (HL) Begriff und macht deutlich, wie wesentlich eine adäquate HL gerade für vulnerable Gruppen ist (3). Die Stärkung der HL stellt in diesen Bevölkerungsgruppen eine zentrale gesellschaftliche- und gesundheitspolitische Aufgabe dar. Dies betrifft insbesondere als vulnerable Gruppe ältere Menschen mit geistiger Behinderung, die im Zentrum des vorgestellten Projekts stehen.

Die Lebenserwartung der Menschen mit geistiger Behinderung steigt potentiell an (2). Der Alterungsprozess, beeinflusst durch die Schwere und Art der Behinderung, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung spezifisch durch Komorbiditäten und chronische Erkrankungen geprägt (1). Zudem verfügen Menschen mit geistiger Behinderung, aufgrund divergenter Lernvoraussetzungen über andere Bewältigungsstrategien als Menschen ohne geistige Behinderung. In der national und international geführten HL Debatte sowie in der Forschung wurden ältere Menschen mit geistiger Behinderung bisher nicht berücksichtigt.

Ziel dieses Projekts ist es, die HL der älteren Menschen mit geistiger Behinderung aus der Nutzerperspektive zu untersuchen. Die gewonnenen Erkenntnisse können für die Entwicklung eines zielgruppenspezifischen Konzeptes zur Förderung der HL von älteren Menschen mit geistiger Behinderung genutzt werden.

Methode

Zur Erreichung des Forschungszieles wird ein qualitatives Design realisiert. Es werden leitfadengestützte Interviews in verschiedenen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt. Geplant wird eine Datenerhebung bei 8-12 mit älteren Menschen mit leichter geistiger Behinderung. Um die Nutzerperspektive zu erweitern, werden zudem 1-3 Experteninterviews mit professionellen Betreuern in die Untersuchung miteinbezogen.

Als ältere Menschen werden in dieser Untersuchung Menschen ab 45 Jahren verstanden. Die Auswahl der Interviewpartner orientiert sich an einem EDV gestützten Verfahren (HMB, Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung), welches ein Konzept zur Betreuungsplanung, Dokumentation und Qualitätssicherung des Pflegebedarfs von Menschen mit geistiger Behinderung ist (vgl. Bundesverband ev. Behindertenhilfe). Da ein gewisses Maß an Selbstständigkeit, kognitive- und sprachliche Fähigkeit für diese Untersuchung gewährleistet sein muss, werden Menschen in die Interviews miteinbezogen, die in die Hilfebedarfsgruppe mit dem geringsten Unterstützungsbedarf eingeteilt sind.

Stand der Forschung und Forschungsfrage

Bislang wurden ältere Menschen mit geistiger Behinderung in der national, wie international geführten Debatte um Health Literacy nicht miteinbezogen.

Für das Erreichen des Forschungszieles wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

1. *Was sind für ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung relevante gesundheitsbezogene Informationen?*
 - a. Wie bewältigen ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung die gesundheitsbezogene Informationssuche?
 - b. Was bedeutet der Kontext einer geistigen Behinderung bei älteren Menschen für das Konzept der Health Literacy?
2. *Wie bewältigen ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung die gesundheitsbezogene Entscheidungsfindung?*

Ergebnisse und Diskussion

Herausforderungen, die sich für diese Gruppe unter dem Aspekt der Suche, dem Verständnis und der Bewertung von gesundheitsbezogenen Informationen ergeben, werden unter Berücksichtigung verschiedener Definitionen von Health Literacy diskutiert. Auf Basis der Ergebnisse der Experteninterviews wird das Konzept der Health Literacy für die Gruppe der älteren Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung inhaltlich gefüllt und diskutiert.

Literaturverzeichnis

- (1) Haveman, M. & Stöppler, R. (2010): *Altern mit geistiger Behinderung*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- (2) Janicki, M.P., Dalton, A. J., Henderson, C. M. & Davidson, P.W. (1999): *Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations*. In: *Disability and Rehabilitation* 21 (5), S. 284–294
- (3) Manafo, E.; Wong, S. (2012): *Health Literacy programs for older adults: a systematic literature review*. In: *Health education research* 27 (6), S. 947–960.

13:30 – 15:00 Uhr

S1-R2: Empirische Forschung

HS3

Paper

Förderung der Beschäftigungsfähigkeit unter Bedingungen diskontinuierlicher Beschäftigung: Kann "Gesundheits- kompetenz" als Leitbild dienen?

Arno Georg, Kerstin Guhlemann, Olaf Katenkamp,

Franziska Krüger

Sozialforschungsstelle TU Dortmund

Zunächst eng gefasst als basale kulturelle Fähigkeit um gesundheitsbezogene Informationen verstehen zu können, kennzeichnet Gesundheitskompetenz heute meist (umgangssprachlich) einen aktiven Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen: Entscheidungs- und Handlungskompetenz, um sich in modernen Gesellschaften angemessen zu bewegen.

Nutbeam (2001) kritisierte die relativ technische Auffassung von Gesundheitskompetenz, die sich noch stark auf das Leitbild der sich gut im System der Gesundheitsversorgung zurechtfindenden PatientInnen bezog, als „Gesundheits-Alphabetisierung“ und setzte dem eine

Public-Health-Orientierung entgegen: So wie Gesundheit nicht durch Gesundheitswissen „hergestellt“, sondern durch gesellschaftliche Bedingungen, Einstellungen, Wahrnehmungen und Handeln beeinflusst wird, so kann sich Gesundheitskompetenz im gesundheitsbezogenen Bewältigungsverhalten ebenso wie im gesellschaftlichen und politischen Umfeld der Menschen entwickeln und kann dort auch gefördert werden, wo sie, als Beschäftigte(r), als KonsumentIn, als PatientIn im Gesundheitssystem oder in der gesundheitspolitischen Arena, handeln. Abel und Bruhin (2003) definieren Gesundheitskompetenz als „wissensbasierte (soziale und kulturelle) Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung“.

Vorliegende Studien haben bisher nur geringe Beiträge zur Frage geliefert, welche Voraussetzungen die Entstehung von Gesundheitskompetenz hat und wie diese zu beeinflussen sind. Insbesondere empirische Arbeiten sind Mangelware. Eine direkte Wirkung von Gesundheitskompetenz auf die Gesundheit ist nach derzeitigem Kenntnisstand nicht gegeben. Eher ist zu vermuten, dass vermittelt über erhöhte Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Informationen und dadurch erhöhter Partizipationschancen ein besserer Gesundheitszustand erreicht werden kann.

In Zeiten von demografischem Wandel und Globalisierung werden zunehmend Eigen- und Selbstverantwortung gefordert, ebenso wie Flexibilität und Kompetenzen, um aufgabenbezogen selbstorganisiert agieren zu können. Lebenslang in u. U. wechselnden Arbeitsumwelten „gesund zu arbeiten“ bzw. gesundheitsbezogene Kompetenzen nutzen zu können, funktioniert nur im Zusammenspiel von persönlicher Ebene (life-long-learning), systematischer Aus- und Weiterbildung und betrieblicher/überbetrieblich-institutioneller Förderung. Gesundheitskompetenz könnte hier als Leitbild fungieren.

Wir berichten aus einem BMBF-geförderten Projekt im Gastgewerbe. „Innovation und demografischer Wandel im Gaststätten- und Hotelgewerbe“ (INDIGHO) wird vom Projektträger DLR gefördert und vom Landesinstitut für Arbeitsgestaltung (LIA.NRW), der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) und der Sozialforschungsstelle (sfs) der TU Dortmund durchgeführt. Interaktive Dienstleistungsarbeit erfordert hier neben berufsfachlichen, funktionspezifischen Qualifikationen traditionell eine Reihe extrafunktionaler Kompetenzen. Gesundheitsförderliches Verhalten und der achtsame Umgang mit der eigenen Beschäftigungsfähigkeit sind unter Bedingungen diskontinuierlicher Beschäftigungsverläufe relevante Voraussetzungen für einen langfristigen Verbleib in der Branche und im Beruf. Kompetenzentwicklung

und Qualifizierung erfolgen im Gastgewerbe häufig diskontinuierlich, informell und on-the-job.

Mittels Auswertung narrativer Interviews von aktuell bzw. ehemals im Gastgewerbe Beschäftigten wurde analysiert, welche betrieblichen und individuellen Faktoren die Beschäftigungsfähigkeit von Personen erhöhen können und welche Rolle Kompetenzentwicklungsprozesse für gesunde Arbeit und die Betriebs- und Branchenbindung in der Gastronomie spielen. Die Ergebnisse sind in eine Weiterbildungskonzeption für Auszubildende in Berufsschulen und Betrieben eingegangen.

Paper

KRANKENHAUS(ER)LEBEN: Raum(un)bewusstsein zwischen Theorie und Realität

Dietmar Lengauer

Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Patientenerlebnis: [...] Sie liegen nackt, hilf- und schutzlos, also komplett ausgeliefert auf einer Intensivstation im Krankenhaus. Es ist laut, sie hören fremde Stimmen, eigenartige Geräusche von Maschinen und werden von fremden Menschen berührt (Rottensteiner, 2002).

Jeder, der schon einmal im Krankenhaus lag, kann sich in diese Situation und die Ansicht hineinversetzen, dass es hier ein Minimum an (Privat-)Raum bzw. Sphäre bedarf. Entsprechend spielt der Raum während des Krankenhausaufenthaltes rund um den Patienten eine sehr wichtige Rolle. Raum wird häufig nicht bewusst wahrgenommen. Im Patientenzimmer passiert vieles unbewusst, wird von PatientInnen bzw. MitarbeiterInnen und anderen nicht wahrgenommen.

Meine mikrosoziologische Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage: Wie Raum bzw. Räume rund um den Patienten entstehen, was konkret im Raum (Patientenzimmer) passiert bzw. was ein Raumbewusstsein im klinischen Alltag leisten kann?

Konzeptuell spiegelt dabei die „Raum“-Situation im Krankenhaus zwischen Krankenhausleben und Krankenhauserleben eine Dualität des Raumes wider, welche anhand der drei folgenden Theorien analysiert werden soll: Auf der Strukturebene findet nach Löw (2001) eine „Dualität des Raumes“ statt, wobei sich der relationale Ansatz auf die „(An)Ordnung“ von Lebewesen sowie soziale Güter richtet. Räume sind so betrachtet das Resultat von Handlungen. Die (An)Ordnung vereint „Ordnung“ in der Strukturdimension, geordnete Räume, und „Anordnung“ in der Handlungsdimension. Folglich sind Räume das Ergebnis eines Prozesses des Anordnens. Löw (2001) unterscheidet dabei zudem Prozesse des „Spacing“ und der „Syntheseleistung“, wobei mit dem „Spacing“ das aktive Platzieren/Positionieren von Objekten z.B. Krankenbett und Rollstuhl im Krankenzimmer als Raum untersucht werden soll.

Durch die Analyse beispielsweise der Wahrnehmungsprozesse bei der Mobilisation soll die „Syntheseleistung“ analysiert werden.

Durch die beiderseitige Betrachtung, wie sich Räume zusammen konstituieren und institutionalisieren, liegt dabei der Fokus auf den abgesicherten Prozessen von Regeln und Ressourcen der (An)Ordnung.

Andererseits gibt es nicht nur den einen Raum, sondern zeitgleich mehrere Räume. Foucault (1992 [1976]) nennt sie „andere Räume“ und verwendet den Begriff der „Heterotopie“. Es sind Räume von Andersheit, die weder hier noch dort sind, die gleichzeitig körperlich und geistig sein können. Diese Räume weisen mehrere Schichten von Bedeutungen oder Beziehungen auf, die Foucault mit sechs Prämissen beschreibt. Räume können sich beispielsweise durch die Prozesse der Einschließung und Ausschließung konstituieren, was mit Funktionen und Mechanismen im Raum verbunden ist.

Zudem soll mit der „räumlichen Triade“ von Lefebvre (1991) versucht werden, die Bedeutung des „irreduziblen Rests“, des gelebten Raumes, zu konzipieren und wahrzunehmen. So können organisatorische Praktiken von räumlichen Situationen, also die gleichzeitige Pluralität und die damit verbundene Entstehung vom heterotopen Raum reflektiert

werden. Lefebvre (1991) bietet dazu drei Modalitäten für die „Produktion von Raum“, wobei der Fokus der Untersuchung auf Räume der Repräsentation (also den gelebten Raum) liegt.

Insgesamt geht es mir darum, „Raumphänomene“, die Vielschichtigkeit des Raumes zu analysieren und das heißt auch, das Dazwischen, die Freiräume und das Heterotope aufzudecken.

Gerade im Hinblick auf Health Literacy kann eine tiefgründige Auseinandersetzung mit Raumverhältnissen ein (neues) Gesundheitsbewusstsein schaffen, das insbesondere für die Expertenorganisation von Krankenanstalten Vorteile bringen kann. Raum in seiner Komplexität zu verstehen und im Kontext bewusster sowie unbewusster Prozesse zu berücksichtigen, ermöglicht eine gezielte Arbeit mit Raumbezug am und mit Patienten.

Literaturverzeichnis

Foucault, M. (1992 [1967]). Andere Räume. In Barck, K. (Hrsg.), *Aisthesis: Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik*, (S. 34-46). Leipzig: Reclam.

Lefebvre, H. (1991). *The Production of Space*. Oxford: Blackwell.

Löw, M. (2001). *Raumsoziologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Rottensteiner, M. (2002). *Allein sich bewegen bedeutet Glück*. Graz: Kiel.

Paper

Gesundheitskompetenz von MigrantInnen in Österreich: ausgewählte Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

*Faime Alpagu, Julia Dahlvik, Ankica Sikic-Fleischhacker,
Jürgen M. Pelikan*

Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research

Hintergrund & Fragestellung

In der internationalen Literatur wird Migrationsstatus als Risikofaktor für mangelnde Gesundheitskompetenz (GK) und deren negative Auswirkungen behandelt. (Ng et al, 2013; Kreps, 2008; Australian Bureau of Statistics, 2008; Rudd, 2004) Allerdings gibt es international nur wenige Studien über die GK von MigrantInnen bzw. mögliche Konsequenzen von mangelnder GK bei diesen. (Zanchetta&Poureslami, 2006) Auch die in Österreich bis dato durchgeführten Studien erlauben es nicht, verlässliche Aussagen über die GK von MigrantInnen zu machen. Die Bildungs-, Armuts- und Gesund-

heitsdaten der offiziellen Statistik sowie der PISA Studie, machen jedoch deutlich, dass auch in Österreich MigrantInnengruppen in verschiedensten Bereichen benachteiligt sind und als vulnerabel angesehen werden müssen. (Statistik Austria, 2013) Noch nicht ausreichend bekannt ist, inwiefern dies für die GK im Speziellen gilt und wenn ja, in welchen spezifischen Bereichen. Diese für die Gesundheitspolitik wichtigen Fragen sollen durch diese österreichische MigrantInnen-Gesundheitskompetenz-Studie beantwortet werden, zumindest für die zwei größten MigrantInnengruppen: Personen aus Ex-Jugoslawien und Personen aus der Türkei. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie zur Gesundheitskompetenz von MigrantInnen in Österreich vorgestellt.

Methode

Im Rahmen der Untersuchung wurden österreichweit über 40 ExpertInnen (aus Communities, Beratungs- und Schulungseinrichtungen) befragt und 14 Fokusgruppen mit MigrantInnen durchgeführt und inhaltsanalytisch (Mayring, 2010) ausgewertet. Die Fokusgruppen-TeilnehmerInnen wurden nach Geschlecht, Alter und Bildung bzw. Beruf ausgewählt, um ein möglichst breites Spektrum abzubilden. Zusätzlich wurde innerhalb des Projektes eine Literaturstudie durchgeführt. Auf

der Grundlage der qualitativen Studie wurde außerdem erstmals in Österreich eine quantitative Untersuchung zu diesem Thema durchgeführt (Telefonsurvey von 625 MigrantInnen; HLS-EU folgend), deren ausgewählte Ergebnisse in einem eigenen Abstract vorgestellt werden sollen.

Ergebnisse

Dem im Rahmen der Studie entwickelten generischen Rahmenmodell für Determinanten und Konsequenzen der GK entsprechend, lagen die Schwerpunkte der Studie auf folgenden Bereichen: (0) situative Determinanten, einschließlich Ressourcen und Barrieren; (1) persönliche Determinanten, einschließlich psychische Disposition, soziodemographischer und -ökonomischer Status, soziales Kapital, migrationspezifische Determinanten; (2) persönliche GK, einschließlich Gesundheitswissen und Einstellungen; (3) Gesundheitsverhalten, einschließlich Risiko-, Präventions- und gesundheitsförderliches Verhalten; (4) Gesundheitsstatus, einschließlich Morbidität, Beschwerden und subjektive Gesundheitseinschätzung; (5) Krankheitsverhalten, einschließlich Selbst- bzw. Laienbehandlung, Inanspruchnahme des professionellen Krankenbehandlungssystems und migrantInnenspezifische Erfahrungen innerhalb dieses Systems.

Diskussion

In diesem Beitrag werden nach einer kurzen Darstellung der Forschungsziele und –methoden die Resultate aus den ExpertInnen-Interviews jenen der MigrantInnen-Fokusgruppen in Bezug auf die genannten 6 Themenbereiche gegenübergestellt. Darüber hinaus werden die unterschiedlichen bzw. ähnlichen Erfahrungen und Probleme der zwei MigrantInnengruppen (Herkunft aus Ex-Jugoslawien und Türkei) im Detail beleuchtet.

Literaturverzeichnis

Australian Bureau of Statistics. (2008). *Health literacy, Australia*. Catalogue No. 4233.0. Canberra: Australian Bureau of Statistics.

Kreps, G.L.; Sparks, L. (2008): *Meeting the health literacy needs of immigrant populations*. Patient Educ Couns 71(3):328-32.

Mayring, Ph. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz.

Ng, E.; Omariba, D. (2013): *Immigration, generational status and health literacy in Canada*. Health Education Journal.

Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). *Literacy and health in America*. Princeton, N.J: Policy Information Center, Education Testing Service.

Statistik Austria (2013). *Migration & Integration. zahlen. daten. indikatoren 2013*

Zanchetta, M.S. & Poureslami I.M. (2006). *Health literacy within the reality of immigrants, culture and language*. Canadian Journal of Public Health, 97, suppl 2: S26-30.

Paper

Konzeptualisierung von Health Literacy in partizipativer Palliative Care Forschung

Klaus Wegleitner, Patrick Schuchter

Institut für Palliative Care und Organisationsethik / IFF Wien / Alpen-
Adria Universität Klagenfurt, Graz Wien

Hintergrund und Fragestellung

Eine Betroffenen orientierte palliative Betreuung chronisch kranker, dementiell veränderter, mehrfacherkrankter alter und sterbender Menschen ist in besonderer Weise davon abhängig, inwieweit die Fragen nach gelingender Kommunikation (Informationsweitergabe, diagnostische und therapeutische Gespräche), vorausschauender und vorsorgender Betreuungsplanung, (ethischer) Entscheidungsfindung, sowie der Förderung von Selbsthilferessourcen und Empowerment im Gesundheitssystem aufgenommen und umgesetzt werden.

Im Lichte dessen gewinnt im internationalen Palliative Care Diskurs die Setting orientierte Gesundheitsförderungsperspektive - Health Promoting Palliative Care Approach - immer mehr an Bedeutung (Kellehear & Sallnow, 2012), insbesondere in partizipativer, transdisziplinärer Palliative Care Forschung (Heimerl et al., 2012). Gleichwohl wird, insbesondere im deutschsprachigen Raum, Health Literacy als Konzept in Palliative Care kaum rezipiert.

Folgenden Fragestellungen möchten wir daher nachgehen:

- a) Inwieweit werden Fragen und Herausforderungen der Health Literacy im Palliative Care Diskurs relevant, bzw. wo sind diese implizit eingelagert?
- b) Welche Konzeptualisierung von Health Literacy wird den spezifischen Lebens- und Betreuungssituationen von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen gerecht?

Methode

Wir gehen unserem Erkenntnisinteresse mit einem Mixed-Methods Approach nach. Diskursanalytisch werden programmatische Palliative Care Papiere der WHO (z.B. WHO, 2007), der EAPC - European Association for Palliative Care - (z.B. EAPC 2009, 2010) und der Hospice- und Palliative Care Dachverbände in Deutschland, Österreich und der Schweiz

ausgewertet. Partizipative Palliative Care Projektprozesse (Wegleitner et al. 2014) werden retrospektiv entlang konzeptueller Dimensionen von Health Literacy analysiert und schließlich dienen Focusgruppengespräche mit Angehörigen, Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen HospizmitarbeiterInnen, aus einem aktuellen Projektzusammenhang, zur Identifikation und Analyse spezifischer „Health Literacy Narrative“.

Ergebnisse und Diskussion

Auf Health Literacy wird in den programmatischen und gesundheitspolitischen Papieren in Palliative Care nicht Bezug genommen. Die Gesundheitsförderungsperspektive wird im internationalen Palliative Care Diskurs im Sinne politischer Top Down - Public Health Programme vermittelt. Hier spielen dann Aspekte von Health Literacy, wie der Zugang und die Vermittlung von Informationen zu Palliative Care Angeboten, wie zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit und PatientInnen- und PatientInnenedukation, Instrumente der Betreuungsplanung, von Care Pathways und standardisierte Entscheidungsverfahren eine große Rolle. Diese Unterstützungs- und Vermittlungsformen basieren auf einem unterkomplexen Verständnis von Kommunikation und einem aufklärerisch, rationalen, einseitig Autonomie orientierten Bild der betroffenen Person als potentieller Informations- und Hilfeempfänger. Wie die Projek-

reflexionen und auch die Narrationen von Angehörigen zeigen, braucht es in Phasen größter Vulnerabilität, existentieller Unsicherheit, von Angst und Sorge, oder eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit andere soziale und kommunikative Vermittlungs- und Unterstützungsprozesse, die Selbstsorge und soziale Teilhabe, als Kernziele von Health Literacy in Palliative Care, ermöglichen. Diese Konzeptualisierung einer Lebenswelt und Community orientierten Health Literacy, sowie deren Einbettung in partizipative Palliative Care Forschungsprozesse soll im Beitrag diskutiert werden.

Literaturverzeichnis

Kellehear, A.; Sallnow, L. (2012). Public health and palliative care. An historical overview. In L. Sallnow, S. Kumar & A. Kellehear A. (Hrsg.), *International Perspectives on Public Health and Palliative Care* (S. 1-12). London, New York: Routledge.

EAPC - European Association for Palliative Care (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. In *European Journal of Palliative Care*, 09/16 (6), S. 278 – 289

EAPC - European Association for Palliative Care (2010). White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Family Carers. In *European Journal of Palliative Care*, 10/17 (5): 238 – 245

Heimerl, K.; Heller, A.; Wegleitner, K. & Wenzel, C. (2012): Organisationsethik in Palliative Care – ein partizipatives Konzept. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.): Partizipation und Gesundheit. Entscheidungsteilnahme als Gegenstand der Gesundheitsforschung (S. 408 – 417). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

WHO - World Health Organization (2007): Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Palliative Care. Module 5. WHO. Genf

Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Reitinger, E.; Wappelshammer, E.; Plunger, P. & Schuchter P. (2014): Partizipative Forschung in Palliative- und Dementia Care als Beitrag zur Demokratisierung der Sorge. In L. Krainer, R. Lerchster (Hrsg.). *Interventionsforschung II. Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Springer. (in Druck)

Poster

**Reflexions- und Interaktionsprozesse im
Rahmen von Prävention in kleinen
Unternehmen. Eine Studie aus
Niedersachsen.**

Silke Volkhardt

Leuphana Universität, Deutschland

Einleitung

In kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) werden Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Eingliederungsmanagement häufig nur unzureichend umgesetzt. In unserem Forschungsprojekt untersuchen wir am Beispiel von KMU in Nordniedersachsen – vor dem Hintergrund der Frage, wie Prävention im betrieblichen Alltag tatsächlich gelebt wird – die Gründe für die Umsetzungsdefizite und den Bedarf an präventiven Angeboten. Unsere Ergebnisse bieten Anknüpfungspunkte für die Entwicklung eines integrierten Versorgungsangebots mit einer kontextsensitiven Beratung zur Gesundheitsförderung.

Methodischer Zugang

Die Studie besteht aus einem quantitativen Teil, in dem über eine Zufallsstichprobe etwa 70 Arbeitgeber/innen zur gesundheitlichen Versorgungssituation befragt wurden. Die inhaltlichen Schwerpunkte lagen in den Bereichen Motivation für präventive Maßnahmen, ökonomische Auswirkung von Erkrankung sowie Unterstützungsbedarf.

In einer qualitativen Studie haben wir im Rahmen der Forschungsstrategie der Grounded Theory Einzel- und Gruppeninterviews mit etwa 70 Arbeitgeber/innen, Arbeitnehmer/innen sowie externen Akteuren (Betriebsärzten, Vertretern aus den Berufsgenossenschaften und Berufsverbänden) geführt. Durch die große Vielfalt an unterschiedlichen Perspektiven haben wir Muster in den gesundheitsbezogenen Einstellungen und den hiermit verbundenen Interaktionsprozessen im betrieblichen Alltag herausgearbeitet. So können wir Hypothesen über förderliche und hinderliche Bedingungen von Prävention bilden.

Ergebnisse

In unserer Forschung zeigt sich eine Diskrepanz zwischen einem hohen Bewusstsein für die Wichtigkeit und Wirksamkeit von Prävention und einer niedrigen Priorisierung in der tatsächlichen Umsetzung. Bisher hängt die Umsetzung von Prävention stark von äußeren Faktoren wie Berufsgenossenschaften und Krankenkassen ab. Das spiegelt sich auch darin wieder, dass die Verantwortlichkeiten für Prävention in kleinen Unternehmen häufig unklar verteilt sind. Entsprechend sehen Arbeitgeber/innen Prävention häufig als Eigenverantwortung ihrer Mitarbeiter/innen, ohne sich hinreichend darüber bewusst zu sein, in welchem Maße sie präventives Verhalten in ihrem Betrieb selbst mit beeinflussen. Denn es spricht viel dafür, dass der Arbeitskontext mit seinen spezifischen informellen Verhaltenskodizes großen Einfluss auf das individuelle Verhalten der Mitarbeiter/innen hat. Und dieser Kontext scheint wiederum stark durch die Unternehmensleitung geprägt zu sein.

Diskussion

Wir haben in unserer Untersuchung eine Versorgungslücke bei der Prävention in kleinen Unternehmen gefunden, die auch im Kontext fehlender Ansprechpartner gesehen werden muss. Über externe Berater können im günstigen Fall Reflexionsprozesse angeregt werden, die zu Veränderungen in der Haltung und Motivation von Unternehmensleitungen führen. Dabei ist es aus unserer Sicht relevant, die betrieblichen Strukturen, Arbeitsroutinen und informellen Kommunikationsmuster miteinzubeziehen. Mit anderen Worten: Nachhaltige Prävention kann nur von innen heraus, unter Berücksichtigung einer Unternehmenskultur, entwickelt werden.

13:30 – 15:00 Uhr

**S1-R3: Interventionen – Projekte –
Empowerment**

HS4

Paper

"Durchblick" - Gesundheitskompetenz für Frauen: ein Projekt zur Stärkung der Health literacy bei chronisch kranken, älteren und zugewanderten Frauen

Eva Trettler¹, Hilde Wolf¹, Ulla Sladek²

¹Institut für Frauen- und Männergesundheit, Österreich

²Frauengesundheitszentrum, Graz

Hintergrund und Fragestellung

Die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen spielte in der Frauengesundheitsbewegung von Anfang an eine wichtige Rolle. Die Frauengesundheitszentren in Wien und Graz stehen seit etwa 20 Jahren den Nutzerinnen des Gesundheitssystems mit fachlicher Kompetenz und Orientierung zur Seite und sind zum Thema Health Literacy eine bundesländerübergreifende Kooperation eingegangen.

Die Gesundheitskompetenz ist in Österreich im europäischen Vergleich gering ausgeprägt. Diese ist allerdings Voraussetzung, um Gesundheitsinformationen zu suchen, zu verstehen und sie kritisch zu beurteilen. Daneben sind kommunikative Kompetenzen nötig, um im Kontakt mit Personen im Gesundheitswesen die eigenen Anliegen vertreten zu können. Im Projekt „Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen“ sollen diese Fähigkeiten gestärkt werden. Der Fokus liegt auf drei unterschiedlichen Zielgruppen sozial benachteiligter Frauen: Frauen mit chronischen Erkrankungen, ältere Frauen und Migrantinnen.

Methode

Die Vision des Projektes ist, dass Frauen, die über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, relevante und verständliche Informationen für ihre Gesundheit erhalten, in ihrer Entscheidungs- und Handlungskompetenz gestärkt und dazu ermutigt werden, sich aktiv am eigenen Gesundheitsgeschehen zu beteiligen und eine proaktive Rolle im Gesundheitssystem einzunehmen. AkteurInnen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems werden für das Thema Health Literacy geschult und somit zu PartnerInnen hinsichtlich einer NutzerInnenbeteiligung.

Die Basis stellt eine Bedarfserhebung dar, bei der Frauen als Expertinnen für sich selbst sowie Health Professionals zu Angebots-Lücken und Herausforderungen befragt werden. Dazu werden Fokusgruppen- und ExpertInneninterviews sowie eine Online-Befragung durchgeführt. Die Ergebnisse fließen in die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote ein, das methodische Vorgehen im Projekt folgt den Prinzipien der Gesundheitsförderung. Auf der Verhaltensebene werden Health literacy-Workshops für Nutzerinnen geplant und umgesetzt, die sich an den drei Ebenen der Gesundheitskompetenz von Nutbeam (2000) orientieren. Eine modulare Workshopstruktur ermöglicht es, die verschiedenen Ausgangswerte der drei Zielgruppen zu berücksichtigen.

Bei der Auswahl der Settings wird auf Niederschwelligkeit geachtet, um Zugangsbarrieren zu verringern. Für ältere Frauen erfolgt dazu eine Kooperation mit den Pensionistenklubs sowie den Volkshochschulen der Stadt Wien, bei Frauen mit Migrationshintergrund soll eine Verortung bei Trägerorganisationen von Deutschkursen den Zugang erleichtern. Über Kooperationen mit ProfessionistInnen im Gesundheitswesen sollen Frauen mit chronischen Erkrankungen Zugang zu den Angeboten bekommen. Im Zentrum der Aktivitäten auf der Verhältnisebene stehen Health Literacy-Schulungen für MultiplikatorInnen von Kooperationseinrichtungen sowie für ProfessionistInnen aus dem Gesundheitswesen. Ergänzt wer-

den die Maßnahmen durch die Erstellung von Informationsmaterialien (Methodensammlung, Leitfäden, etc.).

Das Projekt läuft von April 2013 bis März 2016 und wird gefördert vom Fonds Gesundes Österreich, der Wiener Gesundheitsförderung, der WGKK und dem Land Steiermark.

Ergebnisse

Es werden qualitative und quantitative Ergebnisse aus der Bedarfserhebung präsentiert. Erwartungsgemäß unterscheiden sich Frauen der Zielgruppen im Bereich des Gesundheitswissens, ihrer Bedürfnisse und Problemlagen. Die Erkenntnisse und Erfahrungen werden differenziert nach den drei Zielgruppen dargestellt; ergänzt werden diese durch die Sicht der Health Professionals.

Diskussion

In der Diskussion wird darauf eingegangen, wie die Erkenntnisse der Bedarfserhebung in der Maßnahmenplanung Berücksichtigung finden. Weiters werden erste Erfahrungen aus der Umsetzung der Workshops der Pilotphase vorgestellt und Hürden sowie Erfolgsfaktoren im Hinblick auf die Akzeptanz thematisiert.

Paper

**Mobilitätsförderung in der stationären
Altenbetreuung –
Inwiefern können Altenbetreuungsein-
richtungen als Health literate
organizations zu
Gesundheitsförderung ihrer
KlientInnen beitragen?**

Viktoria Quehenberger, Martin Cichocki, Karl Krajic

Ludwig Boltzmann Institut – Health Promotion Research, Wien

Hintergrund und Fragestellung

Mobilität ist ein zentrales Element der Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei älteren Menschen. KlientInnen der stationären Altenbetreuung haben eine hohe Prävalenz für funktionale und kognitive Einschränkungen; Studien zeigen, dass auch diese Gruppe von Mobilitätsförderung profitieren kann, welche in der Praxis oft im Rahmen von Gruppen angeboten wird.

Das Konzept der health literate organization (HLO) fokussiert, wie Organisationen durch Gestaltung von Strukturen und

Prozessen, durch Reduktion situativer Anforderungen und Verstärkung von Unterstützungsmaßnahmen die "Gesundheitskompetenz" ihrer MitarbeiterInnen und KlientInnen fördern. In diesem Kontext stellt sich die Frage, wie Anforderungen für die Teilnahme an Mobilitätsförderung gesenkt und Ressourcen der BewohnerInnen berücksichtigt werden können. Der Vortrag reflektiert, inwiefern die Kompetenz der BewohnerInnen betreffend dem Finden, Verstehen und Anwenden gesundheitsrelevanter mobilitätsbezogener Information unterstützt werden kann.

Die dargestellte Intervention war Teil eines zweijährigen setting-basierten Gesundheitsförderungsprojekts in drei Altenbetreuungseinrichtungen in Wien (Krajic et al., 2014) und wurde - auf einem wissenschaftlichen Curriculum basierend - als RCT (n=222) durchgeführt. Auf wichtigen Ergebnisdimensionen (gesundheitsbezogene Lebensqualität, Reduktion alltagsbezogener Mobilitätsprobleme) konnten signifikante Effekte erzielt werden. Das Paper fokussiert auf Ergebnisse einer Analyse zur Implementierung der Maßnahme.

Methoden

Daten der Prozessevaluation wurden mittels Feedbackbögen,

Besprechungsprotokollen und Fokusgruppen mit verschiedenen Stakeholdern erhoben. Eine quantifizierende Follow-up Studie (n=68) ermöglicht Einblicke bzgl. der Erfahrung der TeilnehmerInnen.

Ergebnisse

Die Kompetenz der BewohnerInnen betreffend dem Finden, Verstehen und Anwenden gesundheitsrelevanter Information zum Bereich „Förderung bzw. Erhaltung von Mobilität“ wurde mittels diverser Maßnahmen adressiert.

BewohnerInnen wurden proaktiv aufgesucht, über die Möglichkeit zur Teilnahme in der Einrichtung informiert und eingeladen. Zum Teil wurden ausführliche Informations- und Motivationsgespräche geführt, um bislang inaktive BewohnerInnen zur Teilnahme zu motivieren. Bei der Durchführung der Übungen wurde Verständlichkeit durch das Prinzip des Alltagsbezugs gefördert.

Die niederschwellige Gestaltung des Programms (1h/ Woche, 20 Einheiten) sollte gute Anwendbarkeit ermöglichen. Eine breite Zielgruppe- auch funktional eingeschränkte Personen- wurde erreicht; kognitiv eingeschränkte Personen benötigen jedoch eher individuelle Betreuung. Mit einem „Übungsprogramm für Zuhause“ (Bildtafel) wurde ein leicht

verständliches Informationsmaterial zur Unterstützung für selbstständiges Trainieren entworfen.

Ein Jahr nach der Intervention finden sich immer noch Effekte; der subjektive Gesundheitszustand bleibt signifikant erhöht. Auf individueller Ebene zeigen sich Lerneffekte, sowie teilweise die Intention das eigene Bewegungsverhalten zu steigern. Das Informationsmaterial wird weiterhin genutzt.

Diskussion

Die Studie zeigt, dass stationäre Altenbetreuungseinrichtungen- im Sinne des Konzepts der HLO- die Gesundheitskompetenz der BewohnerInnen unterstützen können; Lerneffekte konnten erzielt werden. Sorgfältiges Programmdesign, Individualisierung sowie proaktive Unterstützung scheinen hilfreich, um auch funktional eingeschränkten Personen die Teilnahme zu ermöglichen. Offen bleibt, ob eine nachhaltige Umsetzung des Erlernten auch weiterhin kontinuierlichen organisationalen Support benötigt.

Literaturverzeichnis

Krajic, K., Cichocki, M., Quehenberger, V. (2014). Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. Health Promotion International. Advanced Access: March 28, 2014, doi:10.1093/heapro/dau012

Paper

Partizipative Sozialraummethoden und Schulung von Gesundheitsbeauftragten: Instrumente zur nachhaltigen Gesundheitsförderung im Gemeindebau

*Kathrin Hofer¹, Erentraud Weiser¹, Almut Bachinger¹, Liane
Haniff²*

¹Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Österreich;

²Wiener Gesundheitsförderung

Hintergrund

Der Gemeindebau ist als Naturraum, gebaute Umwelt und Sozialraum eine zentrale Determinante für die Gesundheit der BewohnerInnen. Das kann für BewohnerInnen eine Gesundheitsressource darstellen. Der gemeinsame Lebensraum sehr heterogener Gruppen kann aber auch als Belastung erlebt werden und damit ein die Gesundheit beeinträchtigender Faktor sein.

Im Projekt „Gesunder Gemeindebau“ werden BewohnerInnen als MultiplikatorInnen geschult und sind als sog. „Gesundheitsbeauftragte“ AnsprechpartnerInnen für gesundheitliche Anliegen im Gemeindebau. Ziel dabei ist das Gesundheitswissen im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs zu heben und damit die seelische, körperliche und soziale Gesundheit von GemeindebaubewohnerInnen zu verbessern. Das Projekt „Gesunder Gemeindebau“ wurde im Rahmen des Projekts „Gesundes Ottakring“ der Wiener Gesundheitsförderung in Kooperation mit dem Forschungsinstitut des Roten Kreuzes durchgeführt.

Methode

Das Projekt „Gesunder Gemeindebau“ fokussiert auf die Umsetzung von Partizipation im Sinne von sozialer Teilhabe als Grundprinzip der Gesundheitsförderung. Andererseits wird Partizipation als politische Partizipation aufgefasst: Die Nachbarschaft wird als Gemeinwesen gesehen, in dem Entscheidungen über die gesundheitsförderliche Gestaltung desselben getroffen werden. BewohnerInnen nehmen ihr Recht auf Beteiligungschancen in diesem Gemeinwesen wahr (Arnstein, 1969; Wright, Block, & Unger, 2007).

Im Rahmen des Projekts „Gesunder Gemeindebau“ wird gemeinsam mit Gesundheitsbeauftragten in einer theoriegeleiteten partizipativen Sozialraumanalyse (PSA) erhoben, welche Gesundheitsdeterminanten im Gemeindebau relevant sind und wie Gesundheitsbedürfnisse von BewohnerInnen wahrgenommen werden können. Darauf aufbauend entwickeln die Gesundheitsbeauftragten gemeinsam mit den BewohnerInnen Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit im Gemeindebau. Wichtig dabei ist, dass das gemeinsam erarbeitete Wissen sichtbar und somit handhabbar als Ressource im Gemeindebau zur Verfügung steht.

Ergebnisse

Das Modell von MultiplikatorInnen im Gemeindebau (Gesundheitsbeauftragten) hat sich als Methode der Gesundheitsförderung im Gemeindebau als potentiell effektiver Ansatz erwiesen. Die im Vorfeld entwickelte und erprobte MultiplikatorInnenschulung vermittelt grundlegendes Wissen der Gesundheitsförderung, Grundsätze des Projektmanagements sowie Methoden zum Erheben von Anliegen. Darüber hinaus setzen sich TeilnehmerInnen mit relevanten Strukturen und Schnittstellen in einem Gemeindebau auseinander und erlernen Basiswissen und -kompetenzen zur Kommunikation mit und Motivation von BewohnerInnen. Ein Schwerpunkt der

Schulung liegt in der Stärkung des Bewusstseins für den Umgang mit Diversität und Vielfalt im Gemeindebau und mit den unterschiedlichen Interessen der BewohnerInnen.

Diskussion

Im Sinne des Setting-Ansatzes werden Schlüsselstrategien der Gesundheitsförderung verfolgt:

(1) die Befähigung eigene gesundheitsbezogenen Interessen wahrzunehmen, zu artikulieren und durchzusetzen (Empowerment),

(2) die aktive Einbindung und Beteiligung der Zielgruppe an der Planung und Durchführung der Maßnahmen (Partizipation) sowie in der Folge eigenverantwortliche Übernahme des Gesundheitsförderungsprojekts (Ownership) (Arnstein, 1969; Wright, Block, & Unger, 2007),

(3) die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen im Sinne einer organisatorischen Festigung der gesunden Lebenswelt (Geene und Philippi (2004) zitiert in Kuhlmann & Koch, 2009, S. 17).

Die Herausforderung dabei ist, durch eine möglichst umfassende Partizipation ein breites Spektrum der BewohnerInnenschaft und ihrer Interessen und gesundheitsbezogenen Anliegen abzubilden. Ziel ist, Projekte umzusetzen, welche die diversen Bedürfnislagen reflektieren.

Ob dies durch partizipative Methoden im Sozialraum und der Schulung von Gesundheitsbeauftragten nachhaltig möglich ist, wird im Zuge des Projektes evaluiert.

Paper

Chance und Herausforderung Tanz: Welche Rahmenbedingungen sind erforderlich, um TänzerInnen zu einem gesunden Umgang mit ihrem Körper auszubilden?

Anita Kiselka

FH St. Pölten, Department Gesundheit, Studiengang Physiotherapie

Einleitung

Im Tanzunterricht von Kindern und Jugendlichen können TanzpädagogInnen durch gezielte, individuelle Korrekturen bereits bei den Jüngsten gesunde Haltung und Bewegung, sowie die Entwicklung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit dem Körper fördern. Kinder orientieren sich an ihren LehrerInnen als Vorbildern und trainieren ehrgeizig an Grenzen ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit. Um sie vor der Entwicklung ungesunder Verhaltensweisen zu schützen,

bedarf es fundierter Kenntnisse über Anatomie und Physiologie, Trainingslehre, Ernährung und psychologische Aspekte (Liederbach, 2000).

Ziel der Tanzmedizin ist, diese Kenntnisse zu vermitteln. Aktuell ist der Beruf eines/einer TanzpädagogIn nicht geschützt, daher ist kein Nachweis einer tanzmedizinisch fundierten pädagogischen Ausbildung erforderlich, um Tanz zu unterrichten. In der tanzmedizinischen Betreuung einer staatlichen Ballettschule stellte sich die Frage, welche Maßnahmen zur Schulung der Gesundheitskompetenz des Lehrpersonals und der SchülerInnen gesetzt werden müssen, um langfristig die Häufigkeit und Dauer von Trainingsausfällen aufgrund von Verletzungen oder chronischen Beschwerden zu reduzieren.

Methode

Es wurde ein halbjährliches tanzmedizinisches Screening implementiert, mit dem Ziel, TänzerInnen mit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Beschwerden zu identifizieren und präventive bzw. rehabilitative Maßnahmen zu initiieren (Liederbach, Hagins, Gamboa, & Welsh, 2012).

Es bestand aus motorischen Tests, die nach detaillierter Instruktion von den TanzpädagogInnen selbst durchgeführt werden konnten, sowie einem Fragebogen zu

Trainingsbelastung, Ernährung, psychologischem Stress und muskuloskelettalen Beschwerden (Kuorinka et al., 1987; Liederbach, 1997; Richardson, Liederbach & Sandow, 2010). Die Fragebögen wurden durch das medizinische Personal klassenweise ausgewertet und dem Lehrpersonal in anonymisierter Form präsentiert. Gemeinsam mit den Ergebnissen der motorischen Tests wurden die häufigsten Gesundheitsrisiken identifiziert und hiervon präventive Maßnahmen abgeleitet.

Ergebnisse

In zwei Semestern absolvierten alle 115 TänzerInnen der Ballettschule das Gesundheitsscreening, jeweils ein Monat vor Abnahme der Tanzprüfungen. In den einzelnen Klassen konnten Häufungen gesundheitlicher Risiken identifiziert und gezielte Workshops und Einzelinterventionen für Lehrpersonal bzw. TänzerInnen geplant werden, wie z.B. in den mittleren Klassen zu den Themen Gleichgewicht, Ernährung und psychologischer Stress, die im betreffenden Schuljahr durch die Institution allerdings nur teilweise realisiert wurden. 17/27% der Befragten (Wintersemester/ Sommersemester) hatten zum Zeitpunkt akute Beschwerden, 43/57% berichteten über Beschwerden im vorangegangenen Halbjahr, allerdings hatten nur 30/22% der befragten einen Arzt konsultiert.

Diskussion

Ziel des Screenings war, Wissen um und Maßnahmen zur Prävention von Verletzungen im Tanz zu vermitteln. Basierend auf den Ergebnissen wurden zwar präventive Interventionen gesetzt, vom Winter- zum Sommersemester jedoch keine Abnahme der Verletzungsprävalenz, sondern eine erhöhte Prävalenz von Verletzungen bei gleichzeitiger Reduktion der ärztlichen Konsultationen verzeichnet. Dies ist insofern erklärbar, als die Ableitung der präventiven Maßnahmen erst nach Auswertung der jeweiligen Screening-Ergebnisse erfolgen konnte, und die Realisierung vieler abgeleiteter Präventionsmaßnahmen aus personellen, zeitlichen und finanziellen Gründen nicht erfolgte.

Um die Sensibilisierung für individuelle körperliche Leistungsgrenzen und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu optimieren, empfiehlt sich zukünftig eine sofortige präventive Intervention basierend auf den individuellen Screening-Ergebnissen, beispielsweise im Rahmen einer tanzmedizinischen Beratungseinheit zu den jeweils relevanten Themen aus Medizin, Trainingsplanung, korrektem Auf- und Abwärmen, Schuhwerk, Ernährung oder Sportpsychologie.

Literaturverzeichnis

- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), S. 233–237.
- Liederbach, M. (2000). General Considerations for Guiding Dance Injury Rehabilitation. *Journal of Dance Medicine & Science*, 4(2), S. 54-65.
- Liederbach, M. (1997). Screening for Functional Capacity in Dancers. Designing Standardized, Dance-Specific Injury Prevention Screening Tools. *Journal of Dance Medicine & Science*, 1(3), S. 93-106.
- Liederbach, M., Hagins, M., Gamboa, J. M., & Welsh, T. M. (2012). Assessing and Reporting Dancer Capacities, Risk Factors, and Injuries. Recommendations from the IADMS Standard Measures Consensus Initiative. *Journal of Dance Medicine & Science*, 16(4), S. 139-153.
- Richardson, M., Liederbach, M., & Sandow, E. (2010). Functional Criteria for Assessing Pointe-Readiness. *Journal of Dance Medicine & Science*, 14(3), S. 82-88.

Poster

Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenzerkrankungen – das Pilotprojekt GiB

*Eva Mir, Doris Gebhard, Elena Fluch, Mario Bokalič,
Angelika Mitterbacher, Gottfried Webernig*

FH Kärnten, Studienbereich Gesundheit und Soziales, Österreich

Geriatrische PatientInnen leiden häufig unter Multimorbidität, die mit Symptomen wie etwa Immobilität, Sturzneigung, Inkontinenz, Fehl- bzw. Mangelernährung, chronischen Schmerzen, Seh- und Hörbeeinträchtigungen oder auch emotionalen sowie kognitiven Defiziten einhergeht (Kuhlmey & Tesch-Römer, 2013). Ältere Menschen mit Demenz sind dadurch im hohen Ausmaß vulnerabel für Autonomieverlust, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit oder auch Krankheitskomplikationen (Mau & Reuter, 2011). Die Förderung der Gesundheitskompetenzen dieser Zielgruppe, deren Partizipation sowie das Einbeziehen ihrer Bezugspersonen bei der Entwicklung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen werden als bedeutsame Grundlagen erfolgreichen Interventions angesehen (BAG & DGK, 2013). Im Bereich der

Langzeitversorgung für Menschen mit Demenz müssen Gesundheitsförderung und Prävention zukünftig verstärkt Aufmerksamkeit erfahren, wobei Konzepte für die Stärkung verbliebener Gesundheits- und Bewältigungsressourcen, für das Thema Ernährung sowie für die Bewegungsförderung systematisch entwickelt werden müssen (Schaeffer & Büscher, 2009). Letzteres wird in dem transdisziplinären Pilotprojekt „GiB – Gesundheit in Bewegung“ an der Fachhochschule Kärnten (Österreich) fokussiert.

Lehrende und Forschende aus Gesundheits- und Pflegemanagement, Ergotherapie, Soziale Arbeit und Physiotherapie erarbeiten gemeinsam evidenzbasierte Maßnahmen zur Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz. Neben einer systematischen, disziplinspezifischen Aufarbeitung aktueller empirischer Befunde, bietet eine quantitative Online-Umfrage die Grundlage für die Entwicklung des Interventionskonzeptes. Befragt wurden in der Praxis tätige ErgotherapeutInnen, Gesundheits- und PflegemanagerInnen, SozialarbeiterInnen und PhysiotherapeutInnen zu deren demenzbezogenem Wissen, den individuellen Vorstellungen zu Demenz, persönlichen Erfahrungen mit Bewegungsförderung bei Menschen mit Demenz sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungswünschen hinsichtlich dieser Thematik. Zudem bieten Interviews mit VertreterInnen der Professionen vertiefend Informationen für das Interventionskonzept.

Im Zuge der Literaturrecherche wurden insgesamt 60 Studien für die weitere Bearbeitung identifiziert. Diese sind primär quantitativer Natur und bieten unter Berücksichtigung der disziplinspezifischen Theorien und Methoden einen breiten Zugang zum Themenfeld Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz. An der Online-Umfrage nahmen knapp 400 Personen teil, für die Interviews wurde aus jeder Profession eine Person gewählt (n=4). Die Integration der vielfältigen Ergebnisse wird in einem Workshop, an dem die Projektmitarbeitenden aus den unterschiedlichen Disziplinen teilnehmen, geleistet werden; so kann Interdisziplinarität real umgesetzt werden und bleibt nicht nur eine leere Worthülse (Richter et al., 2013). Durch die Beteiligung derer, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, wird der Theorie-Praxis-Transfer sichergestellt und Transdisziplinarität erzeugt. Die zielgruppengerechte Erarbeitung von Informationen rund um das Interventionskonzept zur Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz und die Maßschneidung für diverse Zielgruppenbedürfnisse (z.B. unterschiedliche Demenzgrade) sind Herausforderungen, die sich im Projekt GiB stellen. Durch die hohe Komplexität kann dies nur in einem interdisziplinären Projektteam, unter Einbezug aller wichtigen AkteurInnen und Interessensgruppen im Praxisfeld, gelöst werden.

13:30 – 15:00 Uhr

**S1-R4: Health Literacy in Bildungs-,
Sozial- und Gesundheitswesen**

HS5

Paper

**Umfassende Qualitätsentwicklung der
Kommunikation zwischen Patienten und
Gesundheitsberufen - ein Beitrag zur
Gesundheitskompetenz der
österreichischen Bevölkerung**

Peter Nowak

Gesundheit Österreich GmbH., Österreich

Hintergrund & Fragestellung

Die Qualität des Gesprächs zwischen Gesundheitsberufen und Patienten wird seit langem als zentraler Faktor für die Gesundheitskompetenz und damit für die Gesundung und Gesunderhaltung von Patienten angesehen. Vor diesem Hintergrund und des nach wie vor bestehenden hohen Bedarfs nach Entwicklung patientenorientierter Gesprächsführung stellt sich dieser Beitrag die Frage: Was kann aus den Erfahrungen des Qualitätsmanagements und aus anderen Ansätzen der Systementwicklung gelernt werden, um erfolgversprechende

Veränderungsbedingungen für Österreich in den Blick zu bekommen und konkrete überregionale Entwicklungsstrategien zu implementieren?

Methode

Die vorgestellte Arbeit ist ein umfassendes Entwicklungskonzept auf nationaler Ebene für Österreich und baut auf zyklischen Steuerungstheorien der Governance in offenen Verhandlungssystemen, einer breiten Literaturanalyse und Umsetzungserfahrungen des Autors auf.

Ergebnisse

Die hier gegebene Antwort wird aus der Perspektive eines gesundheitspolitischen Akteurs auf nationaler Ebene gegeben, der sich eine grundlegende und langfristige Weiterentwicklung der Qualität der Profi-Patient-Interaktion in österreichischen Gesundheitssystem überregional zum Ziel gesetzt hat. Die erfolgversprechende Umsetzung einer patienten- und gesundheitsorientierten Gesprächskultur und -praxis erfordert Entwicklungen in den Rahmenbedingungen auf gesellschaftlicher bzw. gesundheitspolitischer Ebene (Makro-Ebene) und in den Organisationen des Gesundheitssystems (Meso-Ebene). Es bedarf auf beiden Ebenen der inhaltlichen Orientierung (guidance), gezielter Umsetzungsmechanismen ("control") und

Evaluationsverfahren, die erzielte Ergebnisse sichtbar machen. Zum Zeitpunkt des Vortrags werden erste konkrete Analyseschritte für den „Fall“ Österreich vorliegen, die den Zusammenhang zwischen Gesprächsqualität in den Profi-Patient-Interaktionen und Gesundheitskompetenz und Gesundheit deutlich machen. Darüber hinaus werden Zwischenergebnisse des angelaufenen Diskussionsprozesses zwischen unterschiedlichen Akteuren im österreichischen Gesundheitssystem berichtet.

Diskussion

Das hier vorgestellte Konzept der umfassenden Qualitätsentwicklung der Profi-Patient-Interaktion verbindet vielfältige Maßnahmen von zum Teil hoher Komplexität und Reichweite. Es ist kein triviales Unterfangen die Bedingungen für die alltägliche Gesprächspraxis herzustellen, die die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung unterstützen. Eine nationale Initiative, die sich eine grundlegende Weiterentwicklung der Gesprächspraxis im Gesundheitssystem überregional zum Ziel gesetzt hat, wird einen umfassenden strategischen Zugang unter Einbindung vieler Akteure benötigen.

Paper

Erforderliche Kompetenzen von LeistungserbringerInnen im Gesund- heitswesen für die Kommunikation mit PatientInnen mit Sprach- und/oder Sprechstörungen

Georg Newesely, Alois Holzer

FH Gesundheit, FHG-Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH

Hintergrund

Health Literacy (Gesundheitskompetenz) beschreibt die Fähigkeit von Personen, Informationen über ihre Gesundheit und deren Erhaltung bzw. Wiedererlangung zu verstehen und diese zu verwenden, um Gesundheitsentscheidungen zu treffen (Ratzan & Parker 2000, 147). Die Interaktion mit LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen (ÄrztIn, TherapeutIn) ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und sind daher Sprache und Kommunikation auch Schlüsselemente für die Gesundheitskompetenz

(Hester & Stevens-Ratchford 2009, 180). Damit Betroffene gesundheitsrelevante Informationen aufnehmen und verarbeiten und somit selbstbestimmte Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit treffen können, ist es notwendig, dass diese Informationen von LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen in einer möglichst strukturierten und verständlichen Form angeboten werden. Personen mit Sprach- und/oder Sprechstörungen (S-St) sind überdies davon abhängig, dass Kommunikationsformen verwendet werden können, die es ihnen erlauben, auf ihre verbliebenen kommunikativen Fähigkeiten zurückzugreifen, und gegebenenfalls assistive oder alternative Kommunikationsformen einzusetzen.

Methode

Offenes Review, qualitatives ExpertInneninterview.

Ergebnisse

Health Literacy stellt ein umfassendes Konzept zur Darstellung von Einflussfaktoren auf die Gesundheitskompetenz von Menschen dar. Auf der Ebene der interaktiven Health Literacy wird gezeigt, welche – über die verbale Kommunikation hinausgehenden – Kommunikationsstrategien und -formen es LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen ermöglichen, in Gesprächen mit PatientInnen mit S-St Gesundheitsinformatio-

nen zu vermitteln. Diese sind der Einsatz von körpereigenen alternativen Kommunikationsformen, nichtelektronischen und elektronischen Kommunikationshilfen. Mit körpereigenen Kommunikationsformen können Aussagen durch allgemeingebäuchliche oder vereinbarte mimische Zeichen, Blick- und Zeigebewegungen, Gebärden oder allenfalls individuelle Zeichen getätigt werden. Als nicht-elektronische Kommunikationshilfen können Tafeln, Bücher und Poster Anwendung finden, die Zeichen aus einem Symbolsystem oder nach inhaltlichen Gesichtspunkten geordnete Zeichnungen und Fotografien enthalten. Elektronische Kommunikationshilfen sind dagegen tragbare Computer, die über ein Tastenfeld eine Sprachausgabe erzeugen. Die Kommunikationsinhalte können auf dem Gerät visuell und akustisch variabel ausgegeben werden in Form von Wörtern, Phrasen oder vollständigen Mitteilungen. Die Signalgebung geschieht mittels Saug-Blas-Schaltern, Zungenschaltern, Näherungssensoren, Lidschlagschaltern oder okkulomotorischer Technik (Newesely 2010, 575). LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen kommt eine Schlüsselstellung zu, da sie sich als KommunikationspartnerInnen ebenfalls dieser besonderen Kommunikationsformen bedienen können sollten, um Kommunikation und damit einen Zugang zu Informationen für eine PatientIn mit S-St zu ermöglichen.

Dieses Kompetenzprofil kann LeistungserbringerInnen in die Lage versetzen, mit Personen mit S-St gesundheitsrelevante Informationen hinreichend effektiv zu kommunizieren.

Fazit

Die Sicherstellung der Kommunikation von gesundheitsrelevanten Informationen stellt einen zentralen Bestandteil des Health Literacy Konzepts dar. Für Personen mit S-St ist die Verwendung spezieller, auf die konkrete Kommunikationsstörung einer KlientIn/PatientIn abgestellten Kommunikationsstrategien wesentlich. Mithilfe einer Literaturanalyse und ExpertInneninterviews wird gezeigt, welche Kommunikationsstrategien (Kompetenzen) von LeistungserbringerInnen typischerweise – auch im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes der Gesundheitsförderung – beherrscht werden sollten. Daraus lassen sich Inhalte ableiten, die in die Ausbildung von Gesundheitsberufen und Fortbildungsveranstaltungen implementiert werden könnten.

Literaturverzeichnis

- Hester, E. J., Stevens-Ratchford, R. (2009). Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology* (18), S. 180-191.
- Newesely, G. (2010). Über das Verbale hinausgehende rechtliche Willensbekundungen durch Personen mit Sprachstörungen. In: Schweighofer, E., Geist, A., & Staufer, I. (Hrsg.), *Tagungsband des 13. Internationalen Rechtsinformatik Symposium Salzburg 2010*, S. 573-578. Wien: ÖCG; zugleich *Jusletter-IT* 1.9.2010. Bern: Editions Weblaw.
- Ratzan, S., Parker, R. (2000). Health Literacy: A policy challenge for advancing high quality healthcare. *Health Affairs* (22), S. 147-153.

Paper

Alpha-Power im Gesundheitsbereich: Förderung von Health Literacy bei funk- tionalen Analphabeten durch Sensibili- sierung von Health Professionals

*Thomas Fenzl¹, Philipp Mayring¹, Beate Gfrerer²,
Gloria Sagmeister², Katrin Binder²*

¹ Zentrum für Evaluation und Forschungsberatung, Institut für
Psychologie, Alpen-Adria Universität Klagenfurt

² Die Kärntner Volkshochschulen

Einleitung

Gemäß EU Schätzungen haben ca. 10-20 Prozent der europäischen Gesamtbevölkerung und damit rund 600.000 ÖsterreicherInnen bzw. 47.000 KärntnerInnen Probleme mit dem Lesen, Schreiben und Rechnen. Die Betroffenen sind aufgrund ihrer mangelnden Grundbildung massiv gefährdet, in eine beschleunigte Abwärtsspirale aus Arbeitslosigkeit, Armut und gesundheitlichen Problemen zu geraten. Insbesondere zeigen

Studien den direkten Zusammenhang zwischen schriftsprachlichem Kompetenz-Niveau und aktuellem Gesundheitsstatus (vgl. Groot und Maassen van den Brink 2006, Döbert 2007, Dugdale and Clark 2008). Die Angst vor der Entdeckung als Analphabet bzw. vor schriftsprachlichen Anforderungssituationen sowie vor sozialer Stigmatisierung, belastende und konfliktbeladene Lebensumstände und ein mangelndes Gesundheitsbewusstsein (z.B. vermeiden von Arztbesuchen und Vorsorgeuntersuchungen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, etc.) führen wiederum zu einer weiteren Festigung des niedrigen sozialen Status (Pochobradsky et al. 2002, Mielck 2005).

Gesundheitsförderung bei funktionalen Analphabeten

Aufgrund der individuellen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen von Analphabetismus, die in zahlreichen Studien nachgewiesen wurden (vgl. z.B. Howard et al. 2005, Groot und Maassen van den Brink 2006, Wößmann und Piopiunik 2009), muss es also Ziel sein, den Teufelskreis, in dem funktionale Analphabeten gefangen sind, zu durchbrechen. Anders (2009) schlägt hierfür neben der Verbesserung der schriftsprachlichen Kompetenzen auch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen zur Entwicklung von Health

Literacy vor. Um funktionalen Analphabeten die Chance zu bieten, einen zielgruppengerechten Zugang zu wichtigen Gesundheitsthemen und -informationen zu haben und die alltäglichen gesundheitsrelevanten Anforderungssituationen meistern zu können - Stufe der funktionalen Form von Health Literacy (Nutbeam, 2000) -, weist die Literatur auf zwei Möglichkeiten des Zugangs hin: Zum einen kann direkt bei den Betroffenen selbst angesetzt werden und so wie im Projekt der VHS Bielefeld (Döbert 2009) versucht werden, in Grundbildungskursen mit einem Kombinationsmodell aus Lese-, Schreib- und Gesundheitsförderung Health Literacy umzusetzen. Als weitere Möglichkeit schlägt Anders (2009) vor, den Zugang über Multiplikatoren/innen zu wählen.

Projekt „Alpha-Power im Gesundheitsbereich“

Zu letztgenanntem Ansatz wurde im Kärntner Projekt "Alpha-Power im Gesundheitsbereich" ein entsprechendes Angebot für MultiplikatorInnen im Gesundheitsbereich entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Konkret wurden 103 MultiplikatorInnen aus dem pflegerischen Bereich, den medizinisch-technischen Berufen, dem medizinischen Bereich und aus dem Verwaltungsbereich des Gesundheitswesens in 10 Sensibilisierungsworkshops, die in sechs unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt wurden, geschult, mit dem Ziel,

den Zugang zum Thema Gesundheit für bildungsferne Personen zu erleichtern und durch eine zielgruppengerechte Kommunikation deren Wissens-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz in gesundheitsbezogenen Fragen zu stärken.

Ergebnisse und Ausblick

Ausgehend von den positiven Evaluationsergebnissen, die sich in der Auswertung von 100 Evaluationsbögen sowie von vier Fokusgruppen-Interviews mit insgesamt 27 Multiplikatoren/innen zeigten, ist die Durchführung weiterer Multiplikatoren/innen-Workshops in Gesundheitseinrichtungen zu empfehlen. Ein wesentlicher Aspekt für die erfolgreiche Durchführung solcher Fortbildungen ist dabei eine individuelle Anpassung der Workshops an die Bedürfnisse der Multiplikatoren/innen im Arbeitsalltag, der durch Partizipation in der Planungsphase sichergestellt werden kann. Gleichzeitig zeigte die Evaluation aber auch, dass in Ergänzung zu den MultiplikatorInnen-Schulungen die Durchführung von Maßnahmen zur Förderung von Health Literacy, die direkt bei der Zielgruppe ansetzen, unerlässlich ist.

Literaturverzeichnis

- Anders, M. (2009). *Analphabetismus und Gesundheit. Die Auswirkungen des funktionalen Analphabetismus auf den Gesundheitszustand*. Alfa-Forum: Zeitschrift für Alphabetisierung und Grundbildung, 70, 14-15.
- Döbert, M. (2007). *Alphabetisierung – Grundbildung – Gesundheit*. Diskurs – Das Magazin des Deutschen Volkshochschulverbandes, 3, 29-31.
- Döbert, M. (2009). *Alphabetisierung – Grundbildung – Gesundheit*. Alfa-Forum: Zeitschrift für Alphabetisierung und Grundbildung, 70, 8-12.
- Dugdale, G. and Clark C. (2008). *Literacy changes lives: An advocacy resource*. London: National Literacy Trust.
- Groot, W. und Maassen van den Brink, H. (2006). *Stil vermogen, een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggelettertheid*. Universität Amsterdam.
- Howard D. H., Gazmararian J. and Parker, R. M. (2005). *The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees*. American Journal of Medicine, 118, 371-377.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.

- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion International, 15, 259–267.
- Pochobradsky, E., Habl, C. und Schleicher, B. (2002). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Wößmann, L. und Piopiunik, M. (2009). *Was unzureichende Bildung kostet. Eine Berechnung der Folgekosten durch entgangenes Wirtschaftswachstum*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Paper

Gesundheitspflege im Krankenhaus - ein Widerspruch?

Doris Kazianka-Diensthuber

KABEG Gailtal-Klinik und LKH Laas, Österreich

Einleitung

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz für Mitarbeiter und Patienten war ein wesentliches Ziel, bei der Umsetzung des "Bildungsprojektes Kinaesthetics" in den beiden KABEG Häusern Gailtal-Klinik und LKH Laas.

Es galt die Pflegemitarbeiter zu überzeugen, dass es ohne Erhöhung von personellen oder zeitlichen Ressourcen möglich ist, Gesundheitspflege umzusetzen und damit Nachhaltigkeit zu erreichen. Krankenhäuser sind stark pathogenes-tisch orientiert, das bringt ihr Aufgabenfeld zumeist mit. Der gesellschaftliche Wandel mit einer Zunahme an Zivilisati-onserkrankungen und beeinflussbaren Faktoren, erfordert von der Pflege aber zunehmend Gesundheitspflege zu leben und sich in diesem Feld zu positionieren.

Hintergrund & Fragestellung

Das Bildungsprojekt wurde bewusst so konzipiert, dass eine gezielte Personal- und Organisationsentwicklung möglich wird. Im Sinne "Lernender Organisation" haben die beiden Häuser Feed-back-Schleifen implementiert, um gezielte Veränderungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Eine hohe Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erhaltung ihrer Gesundheit und der gesundheitsförderlichen Betreuung unserer Patienten. Sie wirkt sich positiv auf die Nachhaltigkeit und damit auf die Kosten im Gesundheitswesen aus. Es stellte sich die Frage - ist ein Paradigmenwechsel von der Pathogenese hin zur Salutogenese durch das Bildungsprojekt Kinaesthetics möglich?

Methode

Über zehn Monate Projektzeit wurden, nach dem Konzept der Kinaesthetics Workshops in den einzelnen Stationsteams abgehalten und nach klaren Umsetzungsplänen die Konzept-schritte gemeinsam in den Pflegealltag integriert. Es wurde ihm Team und an praktischen Erfahrungen gelernt. Die Bereitschaft des Tuns verbesserte sich mit der Erlebbarkeit der Wirkung des Tuns. Es hat sich gezeigt, dass die Mitarbeiter im Rahmen des Projektes nicht nur ihre Bewegungskompetenz,

sondern auch ihr grundsätzliches Pflegeverständnis sowie das persönliche Gesundheitsverhalten weiterentwickelt haben. Durch die Art der pflegerischen Unterstützung im Sinne eines Coachings, lernten Patienten ihre eigenen Bewegungsressourcen zu nutzen und erfuhren so einen höheren Grad an Selbstständigkeit, die sich positiv auf ihre Lebensqualität auswirkte.

Ergebnisse

Das Projekt wurde mit einer Wirkungsevaluierung begleitet und es zeigten sich Verbesserungen in den erhobenen Dimensionen. Der Fragebogen orientierte sich am Worklife Quality Konzept und erfassten neben der Kompetenz auch die Autonomie, Partizipation oder Sinnfragen. Daneben konnten mit Hilfe des standardisierten Gesundheitsfragebogens die Auswirkungen auf das körperliche und psychische Gesundheitsempfinden der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gemessen werden. Mittels Focusgruppeninterviews wurde die Wirkung der erhöhten Gesundheitskompetenz auf die Patienten erhoben.

Diskussion

Die Ergebnisse der Wirkungsevaluierung zeigten uns

eindrucksvoll dass der Weg zur Salutogenese zu schaffen ist, wenn man es als Team versucht. Die Kompetenz Einzelner potentiert sich in der Teamarbeit ($1+1=3$). Die Pflegemitarbeiter profitierten von der Erfahrungswissenschaft der Kinaesthetics in ihrem Pflegeverständnis, was sich auch auf andere Konzepte auswirkt. Die Wirkung der erhöhten Gesundheitskompetenz bei Patienten und deren Angehörigen spiegelt sich in den positiven Patientenzufriedenheitsergebnissen. Weitere Auswirkung auf Patienten für die häusliche Umgebung, wie die Verringerung von Drehtüreffekten, Senkung der Dekubitus- und Sturzrate, Verbesserung der Lebensqualität für Patienten und betreuende Angehörige durch Erhöhung der Gesundheitskompetenz sollten weiter evaluiert werden.

Poster

**Erasmus Intensive Programme -
“Quality of Food Intake and Social
Exclusion”**

Elisabeth Fattinger, Anna Auer, Daniela Grach

FH JOANNEUM, Österreich

Poster

15:15 – 17:05 Uhr

S2-R1: Empirische Forschung

Audimax

Paper

How do we measure health literacy? - A Comparison of the Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) Across Four Countries.

Sarah Mantwill, Peter J. Schulz

Institute of Communication & Health, University of Lugano, Schweiz

Aim

The present paper aims at exploring the validity of the Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA), which measures patients' ability to read and understand health-related materials (Baker et al.,1999), across different countries/contexts. Different studies were conducted to test the translated versions of the S-TOFHLA across four countries (Switzerland, Italy, China and Turkey) and the respective five language regions. The paper addresses the assumption of the cross-cultural universality of its underlying concept and subsequently at which level scores obtained can be compared across cultures and countries.

Background

Research around the concept of health literacy has largely evolved in the English-speaking parts of the world and standardized tools to measure health literacy have been mainly developed in English. In the last years research in this area also has become more prominent in other cultural and linguistic areas but the translation and adaptation of tested measurement tools are still few (Kondilis, 2008). To be able to compare health literacy levels across different countries, equivalent versions of standardized instruments need to be made available in different languages.

Method

The first study was conducted in Switzerland to test the translated German, French and Italian version of the S-TOFHLA in a sample of the general population. In order to test and correct for possible cultural differences in the Italian version a second study was conducted in Italy in a sample of patients waiting for hospital admission. A third study was conducted in Mandarin Chinese in mainland China in a sample of hospital patients. The last study took place in Turkey, where the measurement tool was tested in a sample of diabetes patients.

Validity was assessed by testing known predictors for health literacy levels, such as education, age or existence of a chronic condition. All versions have been adapted and translated using forward and back-translation.

Results

The German, French and Italian version of the S-TOFHLA showed to be valid measures for functional health literacy in Switzerland. The results showed a relatively high level of health literacy in the general population. Differences between different health literacy levels were more pronounced in the Chinese, Italian and Turkish sample. Compared to the other three countries the S-TOFHLA seemed to be too easy for the Swiss population. The translation process revealed differences in the usage of test formats across different countries as well as the need to adapt the difficulty level (metric equivalence) according to e.g. word frequencies.

Conclusions

In light of Schulz and Nakamoto's (2013) proposed health literacy and empowerment framework the paper discusses implications for the conceptual equivalence of the S-TOFHLA

across different culture/language systems. It poses the question whether its format and conceptualization is rooted too deeply in the US-American reality and suggests that health literacy measures may have to be developed detached from cultural context or, vice versa, have to be specifically conceptualized within a specific cultural setting.

References

Baker, D. W.; Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nurss, J. (1999). *Development of a brief test to measure functional health literacy*. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42.

Kondilis, B. K.; Kiriaye, I. J., Athanasoulia, A. P.; Falagas, M. E. (2008). *Mapping health literacy research in the European Union: A Bibliometric Analysis*. *PloS One*, 3(6). E2619. doi:10.1371/journal.pone.0002519

Schulz, P.J. & Nakamoto K. Forthcoming. *Health Literacy AND Patient Empowerment in Health Communication: The Importance of Separating Conjoined Twins*. *Patient Education and Counseling*, 90, 4-11.

Paper

Health Literacy: Ermittlung der Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen – Präsentation erster Ergebnisse

Dominique Vogt, Melanie Messer

Universität Bielefeld

Hintergrund & Fragestellung

Ein problematisches Health Literacy-Niveau ist – wie internationale Untersuchungen bereits andeuten – mit verschiedenen schlechteren gesundheitlichen Outcomes und auch Schwierigkeiten im Selbstmanagement bei chronischer Krankheit verknüpft. Besonders die Gruppe der älteren und alten Menschen weist häufig ein problematisches Health Literacy-Niveau auf. Doch trotz zunehmender Bedeutung liegt bislang nur wenig empirisches Wissen über Health Literacy in der deutschen Bevölkerung und speziell bei älteren Menschen vor.

Methode

Daher ist die differenzierte Erforschung der Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen Ziel des Projekts „Health Literacy – Ermittlung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen und anderer vulnerabler Bevölkerungsgruppen“ der Universität Bielefeld. Im Rahmen einer standardisierten Fragebogenerhebung wird eine Erweiterung des Messinstruments HLS-EU-Q des European Health Literacy Surveys genutzt. Insgesamt werden 1.000 Menschen aus Gruppen mit niedriger Health Literacy befragt. Das Sample setzt sich aus 500 Menschen über 65 Jahre (davon die Hälfte mit Migrationshintergrund) und 500 Jugendlichen im Alter von 15 bis 25 Jahren (davon die Hälfte mit Migrationshintergrund) zusammen. Die Befragung ist für März 2014 geplant.

Ergebnisse

Anknüpfend an das Paper von Doris Schaeffer und Gudrun Quenzel zu ersten grundlegenden Ergebnissen der Befragung steht in diesem Paper die Gruppe der älteren Menschen im Fokus. Vertiefend wird dargelegt, wie (differenziert) sich das Health Literacy-Niveau im Alter (bei über 65-Jährigen) darstellt und in welcher Altersabstufung/-gruppe der höchste Anteil problematischer Health Literacy zu verzeichnen ist.

Zudem soll aufgezeigt werden, welche Fähigkeiten und Bereiche der Gesundheitskompetenz bei dieser Zielgruppe in be-

sonderem Maße unzureichend sind und wo zukünftig Handlungsbedarf besteht.

Diskussion

Das Projekt leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der defizitären Datenlage über das Health Literacy-Niveau bei älteren Menschen in Deutschland und liefert differenzierte Ergebnisse zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen im Alter. Auf Basis der Ergebnisse lassen sich Überlegungen darüber anstellen, die für die Verbesserung von Patientenedukation/-information sowie die Entwicklung zielgruppenspezifischer Konzepte zur Stärkung des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit genutzt werden können.

Paper

Was ist spezifisch an der Gesundheitskompetenz von MigrantInnen in Österreich? Ergebnisse der quantitativen österreichischen Gesundheitskompetenz MigrantInnen Studie.

Florian Röthlin, Kristin Ganahl, Jürgen M. Pelikan

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Österreich

Hintergrund & Fragestellung

Gesundheitskompetenz (GK) ist ein relationales Konzept, mit dem individuelle Kompetenzen im Verhältnis zu systemischen und gesellschaftlichen Anforderungen in Bezug auf die Verarbeitung von Gesundheitsinformationen untersucht werden können. In der internationalen Literatur wird Migrationsstatus als Risikofaktor für mangelnde Gesundheitskompetenz (GK) und deren negative Auswirkungen behandelt. (Ng, et al, 2013; Kreps, 2008). Allerdings gibt es sowohl international (Zanchetta& Poureslami, 2006) als auch in

Österreich bis jetzt nur wenige Untersuchungen über die GK von MigrantInnen. In Österreich wird dieses Thema erstmalig durch die GKM Studie empirisch beleuchtet. Basierend auf den Daten und Ergebnissen der GKM Survey Erhebung wird folgende Fragestellungen bearbeitet: Wie sieht die GK wichtiger MigrantInnengruppen in Österreich, auch im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung aus? Inwiefern gibt es spezifische Ursachen und Konsequenzen für limitierte GK bei MigrantInnen?

Methode

Im Rahmen der GKM-Studie wurden im Frühjahr 2014 N=600 Personen mit Migrationserfahrung oder -hintergrund (aus der Türkei und Ex-Jugoslawien) telefonisch befragt. GK wurde teils mit einer auf dem HLS-EU Instrument (HLS-EU Consortium, 2012) basierenden Kurzform (HLS-EU-Q16 erhoben, und teils mit speziell für MigrantInnen entwickelten Items, die auf qualitativen Erhebungen (ebenfalls im Rahmen der GKM Studie) basieren.

Ergebnisse

Zentrale Studienergebnisse des GKM Survey werden aufbereitet und im Kontext weiterer österreichischer und internationaler Studien dargestellt und interpretiert.

Diskussion

Die Bildungs-, Armut- und Gesundheitsdaten der offiziellen Statistik sowie der PISA Studie, machen deutlich, dass international, aber auch in Österreich MigrantInnengruppen in verschiedensten Bereichen benachteiligt sind und als vulnerabel angesehen werden müssen (Baldaszi, E., et al., 2012). Die GKM Studie beleuchtet inwiefern, weshalb und in welchen spezifischen Bereichen dies auf die GK zutrifft. Die hohe Relevanz der Studie, vor allem für den gesundheitspolitischen Diskurs in Österreich, ergibt sich unter anderem durch die österreichischen Rahmengesundheitsziele 2. (Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft,...) und 3. (Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken)

Paper

Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und Schmerzintensität, Schmerzdauer, Schmerzerleben sowie Leistungsfähigkeit bei Personen mit chronischen Schmerzen in Österreich

Philipp Köppen, Thomas E. Dorner

Medizinische Universität Wien

Hintergrund und Fragestellung

Chronische Schmerzen gehören zu den am häufigsten anzutreffenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Österreich (Statistik Austria 2006/2007). Für die Betroffenen kann es zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität kommen. Für das Gesundheits- und Sozialwesen sind die durch chronische Schmerzen verursachten direkten und indirekten Kosten ein immens hoher Kostenfaktor.

Die Gesundheitskompetenz (GK) ist bei über 50% der österreichischen Bevölkerung inadäquat oder problematisch (Pelikan et al., 2011). Der Zusammenhang zwischen limitierter GK mit dem Auftreten chronischer Krankheiten und dem subjektiven Krankheitsgefühl hat sich in einigen Studien gezeigt. Strategien zur Krankheitsbewältigung zu verstehen und einzusetzen fällt Personen mit limitierter GK deutlich schwerer als Personen mit adäquater GK (Briggs et al., 2010).

In dieser Arbeit wurde der Einfluss von GK auf die Intensität und Dauer der Schmerzen sowie das Schmerzerleben und die subjektive Leistungsfähigkeit bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen untersucht.

Methoden

Von Dezember 2012 bis Februar 2014 wurden 121 Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen im AKH Wien in der Kopfschmerzambulanz und der Ambulanz für physikalische Medizin sowie der Schmerzambulanz des Orthopädischen Spitals Speising befragt.

Die Einschlusskriterien waren:

- Chronische Schmerzen (mind. 3 Monate)
- Alter 18 bis 65 Jahre
- Ausreichende Deutschkenntnisse

Die GK wurde anhand drei der „Health Literacy Screening Questions“ von Chew et al. (2004) erfasst, welche ins Deutsche übersetzt und zur Kontrolle rückübersetzt wurden.

Die Schmerzintensität wurde mit der Visuellen Analog Skala (VAS, 0 – 100 Punkte) gemessen. Die Schmerzdauer wurde von den befragten Personen in Monaten angegeben. Der McGill Pain Questionnaire Short Form (SF-MPQ) wurde eingesetzt um das Schmerzerleben zu evaluieren. Die derzeitige Leistungsfähigkeit wurde von den Befragten auf einer Skala von 0 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit) eingeschätzt (Teil des Work Ability Index nach Tuomi et al. 2001).

Ergebnisse

121 Personen nahmen an der Studie teil, davon waren 32 männlich und 89 weiblich. Das Alter der teilnehmenden Personen reichte von 23 bis 65 Jahren bei einem Mittelwert von 48,79 und einer Standardabweichung von 9,88.

Die am häufigsten von Schmerzen betroffene Region war die Lendenwirbelsäule mit 57,9% gefolgt von der Halswirbelsäule mit 51,2% und der Region Oberschenkel/Knie/Unterschenkel mit 50,4%. Zwischen GK und Schmerzintensität ergab sich

eine signifikante Korrelation mit einem Korrelationskoeffizienten (Pearson) von 0,27 (P=0,003). Ebenso ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen GK und Schmerzerleben mit einem Korrelationskoeffizienten (Pearson) von 0,34 (P=0,008) sowie zwischen GK und Arbeitsleitung mit einem Korrelationskoeffizienten (Spearman) von -0,18 (P=0 045).

Für die beiden Gruppen, mit hoher und niedriger GK, gab es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Schmerzintensität und des Schmerzerlebens (s.Tabelle 1).

	Hohe GK	Niedrige GK	P-Wert
VAS über Median	43,8%	64,3%	0,024
Schmerzdauer über Median	50,8%	42,9%	0,387
McGill niedrigste Quartile	36,1%	12,5%	0,024
Leistungsfähigkeit über Median	55,6%	43,6%	0,196

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz (GK) und Schmerzintensität (VAS), Schmerzdauer, Schmerzerleben (McGill) und subjektiver Leistungsfähigkeit

Schlussfolgerung

Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen werden die Schmerzintensität, das Schmerzerleben und die subjektive Leistungsfähigkeit positiv durch eine höhere GK beeinflusst. Dies zeigt, dass es sinnvoll ist bei Personen mit bestehender Schmerzkrankheit die GK zu erhöhen um dadurch das persönliche Leid zu lindern, die Leistungsfähigkeit zu erhöhen und somit in der Folge negative Auswirkungen auf die Gesellschaft zu reduzieren.

Literaturverzeichnis

Briggs, A.M.; Jordan, J.E.; Buchbinder, R.; Burnett, A.F.; O´Sullivan, P.B.;Chua, J.Y.Y.; Osborne, R.H.; Straker, L.M. (2010). Health Literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *Pain*, 150, S. 275-283.

- Chew, L.D.; Bradley, K.A.; Boyko, E.J. (2004). Brief questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Fam Med*, 36, S. 588-594.
- Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K. (2011). Gesundheitskompetenz (Health Literacy) im österreichischen Krankenbehandlungssystem – Erste Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey Europe. *Präsentation, 16.ONGKG-Konferenz, Salzburg 09.11.2011*
- Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (2007). Hauptergebnisse und methodische Dokumentaion.
- Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Jahkola, A.; Katajarinne, L.; Tulkki, A. (2001). Arbeitsbewältigungsindex – Work Ability Index. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü14, Bremerhaven Wirtschaftsverlag NW*

Paper

Nach dem Herzinfarkt ist vor dem Herzinfarkt?

Wissensmuster und Behandlungszufrie- denheit bei Myokardpatienten in der Schweiz

Ulrich Frick¹, Wolfgang Wiedermann², Dirk Wiedenhöfer³

¹ HSD University of Applied Sciences, Köln, Deutschland

² Universität Wien, Institut für psychologische Grundlagenforschung,
Österreich

³ health care research institute AG, Zürich, Schweiz

Hintergrund und Fragestellung

Zur Qualitätssicherung durch externe Klinikvergleiche wurde in Fokusgruppen mit Betroffenen ein Fragebogen für Patienten/innen nach Myokardinfarkt entwickelt, der Aspekte der Behandlungszufriedenheit (Schmerzbehandlung, wiedergewonnene Zuversicht, wahrgenommene Selbstkompetenz) in 10 Items zur Entlassung aus Akutbehandlung erfragt. Weitere 11 Items messen den expertendefinierten notwendigen Wissensstand im Hinblick auf das Verhalten im Notfall eines

Re-Infarktes und über Risikominimierung durch Lebensstiländerungen. Die Messung von „Health Literacy“ als Qualitätskriterium für stationäre Behandlung bedeutet eine (tertiär-) präventive Erweiterung einer kurativ orientierten Akutbehandlung.

Method

2015 Patienten/innen aus 35 Deutsch-Schweizer Spitälern nahmen an der finalen Validierungsstudie teil. Davon konnten die Fragebogendaten von 1301 Patienten/innen mit deren (anonymisierten) klinischen Daten aus dem zentralen Herzinfarktregister (AMIS) der Schweiz verknüpft werden: Im Durchschnittsalter von 65.3 (SD 12.7) Jahren waren zu 73% männliche Patienten, die in 86% ihren ersten Infarkt erlebt hatten und zu 58% an keiner weiteren Erkrankung litten, in die Vergleiche der durchschnittlich 7.9 Tage dauernden Akutbehandlungen einschließbar.

Die Analyse des Fragebogens erfolgte als Skalierung mittels Latent-Class-Analyse getrennt für Zufriedenheits- wie Wissensmuster (Frick, Wiedermann & Gutzwiller, 2012). In multinomialen logistischen Regressionen wurden in einem zweiten Analyseschritt mögliche Klinikunterschiede bei simultaner Adjustierung von Personenmerkmalen überprüft (Frick, Gutzwiller et al., 2012).

Ergebnisse I: Zufriedenheit und Wissen

Die Zufriedenheit der Patienten/innen mit ihrer Behandlung ließ sich in 5 gut separierbare, qualitativ unterschiedliche Muster einordnen: „Subjektiv über Medikamente uninformiert, aber zufrieden“ (37%), „Subjektiv über Medikamente uninformiert und wenig zufrieden“ (24%), „Subjektiv allseits informiert und rundum zufrieden“ (23%), „Rundum wenig zufrieden“ (12%), und „Komplett unzufrieden“ (6%). Die Zufriedenheit folgte also keinem Kontinuum. Für die „objektiven“ Wissensmuster ließen sich neben einer „gut informierten“ (52%) und einer „rundum schlecht informierten“ (4%) Gruppe zwei latente Klassen mit unterschiedlichen Wissensdefiziten entweder über akute Notfallmaßnahmen (14%) oder über Lebensstiländerungen (30%) identifizieren. Auch für „health literacy“ gilt hier eher ein konfigurales Modell als die Konzeptionalisierung als homogen quantifizierbares Kontinuum.

Ergebnisse II: Einflussfaktoren

Für den angestrebten Zweck des Qualitätsmanagements ergaben sich Spital-spezifische Hinweise, ob die Patientenaufklärung über Notfallverhalten und/oder über Lebensstil verbesserungswürdig waren. Für unterschiedliche Wissensmuster waren notabene unterschiedliche Patientenmerkmale als Adjustierungsvariablen relevant: Neben Alter und Geschlecht (je für 3 der 4 Wissensmuster bedeutsam) hatte dabei der Sozialstatus (gemessen als Vorliegen einer über das Obligatorium hinaus reichenden Zusatzversicherung) sowohl für den sehr guten wie für den partiellen Wissensstand, nicht aber für den rundum schlechten Wissensstand prädiktive Kraft.

Klinikunterschiede bei Zufriedenheitsmustern waren insgesamt deutlich stärker ausgeprägt als diejenigen bei Wissensmustern. Möglicherweise orientierten sich die „vorbildlichen“ Spitäler in ihren Qualitätsbemühungen stärker an „Service“ als an (tertiär-)präventiven Konzepten, oder delegierten diese Aufgaben in die Rehabilitationseinrichtungen. Frühe Interventionen (Petrie et al., 2002; Bradbent et al., 2009) zur Krankheitswahrnehmung verbessern jedoch die Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen (French et al., 2006). Zwischen expertendefiniertem und subjektiv empfundenem Wissensstand waren nur geringe Übereinstimmungen festzustellen. Jedoch waren „komplett unzufriedene“ Patienten/innen auch häufiger „rundum schlecht informiert“.

Literaturverzeichnis

- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 67(1), 17-23.
- French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 61(6), 757-767.
- Frick U, Wiedermann W, Gutzwiller F (2012) A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome I: Are treatment satisfaction and disease specific knowledge continuous latent traits? *Patient Education & Counseling*. 86 (3), 360-365.
- Frick U, Gutzwiller F, Maggiorini M, Christen S (2012) A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome II: Insights for patient education

and quality improvement. *Patient Education & Counseling*. 86 (3), 366-371.

Petrie, K. J., Cameron, L. D., Ellis, C. J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 580-586.

15:15 – 17:05 Uhr

**S2-R2: Health Literacy in Bildungs-,
Sozial- und Gesundheitswesen**

HS3

Paper

Erhebung des Zahlenverständnisses sowie der Risk Literacy von Health Professionals in Österreich

Nicole Jakob¹, Martin Sprenger²

¹ Physiozentrum für Weiterbildung GmbH
² Medizinische Universität Graz

Problemstellung

Zahlen haben im Gesundheitswesen eine große Bedeutung. Medizinische Publikationen berichten häufig über das Unvermögen von PatientInnen, Gesundheitsinformationen in Form von Zahlen und Risiken korrekt zu verstehen. Weitaus weniger Bedeutung wird jedoch der mangelhaften Zahlenkompetenz und Risk Literacy von Health Professionals selbst beigemessen, trotz negativer Konsequenzen für das Gesundheitswesen (Wegwarth & Gigerenzer, 2011). Obwohl international betrachtet bereits einige Erhebungen zum Thema in einzelnen Gesundheitsberufen durchgeführt wurden, existiert bis dato jedoch weder eine Erhebung des Zahlenvermögens von Health Professionals in Österreich, noch eine vergleichbare Arbeit,

welche verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen betrachtet. Zielsetzung ist es, die bestehende Lücke in der Forschung zu schließen und das Thema Zahlenblindheit in der Medizin zu thematisieren.

Methodik

Die Methodik umfasst die Erhebung des Zahlenverständnisses sowie der Risk Literacy österreichischer Health Professionals mittels des Berlin Numeracy Tests, einem Erhebungsinstrument, welches im Vergleich gehaltvollere Ergebnisse als andere numerische Tools erzielt (Cokely et al., 2012).

Als Setting der Befragung dient ein Weiterbildungszentrum für medizinisch-tätige Berufsgruppen in Wien. Insgesamt umfasst die Kontaktdatenbank der Bildungseinrichtung 4.125 Health Professionals aus 15 verschiedenen Berufsgruppen, welche die Grundgesamtheit der Fragebogenerhebung darstellen. Mittels elektronischer Fragebogenversion wurden Zahlenverständnis und Risk Literacy der ProbandInnen erhoben. Nach Beendigung der Erhebung wurden die Ergebnisse ausgewertet und nach den Variablen Alter, Geschlecht sowie Berufsgruppe dargestellt. Eine transparente Auswertungsstrategie garantierte die Objektivität des eingesetzten Messinstruments.

Ergebnisse

997 Health Professionals nahmen an der Befragung teil (24,17 % Rücklaufquote). 380 TeilnehmerInnen der Bruttostichprobe mussten aus dem Prozess der Stichprobengewinnung ausscheiden, da sie den Fragebogen vorzeitig verlassen hatten. Somit kann von einer positiven Stichprobe ausgegangen werden, welche eine Verschlechterung der Ergebnisse bei Vollerhebung wahrscheinlich macht.

612 Health Professionals konnten schließlich in die Nettostichprobe aufgenommen werden (14,90 % Rücklaufquote). Im Durchschnitt wurde von den TeilnehmerInnen ein Score von 2,55 Punkten erreicht. 30,88 % (n=189) erreichten den Spitzenwert von 4 Punkten und verfügen über sehr gutes Zahlenverständnis. 20,10 % (n=123) erzielten mit 3 Punkten gutes Zahlenverständnis. 21,73 % (n=133) mit 2 Punkten und 27,29 % (n=167) mit nur einem Punkt weisen hingegen eher mangelhaftes Zahlenverständnis auf. Innerhalb der Stichprobe erreichten Männer bessere Punktwerte als Frauen und jüngere bessere Resultate als ältere TeilnehmerInnen. Ein hoher Bildungsstand wirkt sich signifikant positiv auf das Zahlenverständnis von Health Professionals aus ($p < 0,037$).

Diskussion

Zusammenfassend zeigen Health Professionals in Österreich durchschnittliches Zahlenverständnis und durchschnittliche Risk Literacy auf. Eine relativ hohe Anzahl (49,41%) der ProbandInnen mit geringem Punktwert stellt jedoch eine Problematik dar. Da Health Professionals in ihrem beruflichen Alltag ständig mit Unsicherheiten, Zahlen und Risiken konfrontiert sind, sollten zahlen- und risikospezifische Inhalte verstärkt in die Aus- und Weiterbildung von Health Professionals integriert werden. Ausgehend von den Resultaten dieser Erhebung sowie der gegebenen Unbekanntheit der Problematik wäre eine Thematisierung von Zahlenblindheit und deren Folgen inklusive umfassender Aufklärung der Stakeholder des österreichischen Gesundheitssystems dringend erforderlich. Weiterer Forschungsbedarf wird in Möglichkeiten der Behebung von Zahlenunverständnis bei Gesundheitsberufen gesehen.

Literaturverzeichnis

- Cokely, E., Galesic, M., Schulz, E., Ghazahl, S. & Garcia-Retamero, R. (2012). *Measuring Risk Literacy: The Berlin Numeracy Test. Judgment and Decision Making*, 7(1), S. 25-47.
- Wegwarth, O. & Gigerenzer, G. (2011). Statistical Illiteracy in Doctors. In G. Gigerenzer & J.A.M. Gray (Hrsg.), *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020* (S. 137-151). Cambridge: MIT Press.

Paper

„ErgonomielotsInnen“– Implementierung eines Programms zur Verbesserung der Kompetenz ergonomischen Arbeitens für MitarbeiterInnen in der stationären Altenbetreuung

Martin Cichocki, Viktoria Quehenberger, Karl Krajic

Ludwig Boltzmann Institut – Health Promotion Research, Wien

Hintergrund und Fragestellung

Im Rahmen eines Pilotprojekts zur setting-orientierten Gesundheitsförderung in drei Einrichtungen der stationären Altenbetreuung in Wien (01/2011-03/2013) (Krajic et al., 2014) wurde betriebsintern ein Weiterbildungsprogramm entwickelt, das MitarbeiterInnen für eine Rolle als BeraterIn bzgl. körpergerechter Arbeitsweisen qualifizieren sollte („ErgonomielotsInnen-Programm“).

Die ausgebildeten LotsInnen sollten in die Lage versetzt werden, KollegInnen im jeweiligen Arbeitsbereich in Gesprächssituationen für Arbeitsbelastungen zu sensibilisieren, Arbeitsbedingungen und die Nutzung von Hilfsmitteln zu analysieren und zu verbessern und das Gesundheitsengagement im Team zu erhöhen. In diesem Beitrag wird untersucht, welche Erfahrungen bei der Umsetzung des Programms gewonnen wurden und wie diese zur Weiterentwicklung der Maßnahme führten. Die Weiterentwicklung war notwendig, um die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten zu fördern bzw. die organisationalen Bedingungen für die Anschlussfähigkeit dieser neuen Rolle zu verbessern.

Methoden

Das Programm und seine Umsetzung wurden im Jahr 2013 mittels teilnehmender Beobachtung von Schulungen, Durchführung einer Fokusgruppe mit LotsInnen und Stakeholder-Gesprächen in einer formativ-evaluativen Perspektive wissenschaftlich begleitet.

Ergebnisse

Bisher wurden 60 MitarbeiterInnen zu „ErgonomielotsInnen“ ausgebildet. Schulungsinhalte wurden als klar verständlich rückgemeldet; die mit der neuen Aufgabe verbundene Kommunikationsaufgabe wurde von den LotsInnen zwar akzeptiert, erwies sich aber in vielen Arbeitsbereichen als praktisch schwer umsetzbar (z.B. durch fehlende Unterstützung durch das lokale Management, fehlende Akzeptanz durch die KollegInnen, fehlende zeitliche Ressourcen). Adaptierungen des Programms zur Reduktion situativer Hindernisse erfolgten einerseits durch explizitere Einbindung der mittleren und unteren Führungskräfte und andererseits durch eine Vereinfachung des Kommunikationskonzepts mittels Setzung gemeinsamer, zeitlich wechselnder Schwerpunkte und spezifischer zusätzlicher Fortbildungsmodule.

Diskussion

Im Rahmen der Präsentation werden die Erfahrungen in der Implementierung des „ErgonomielotsInnen-Programms“ anhand von 10 Kriterien einer gesundheitskompetenten Organisation reflektiert (Brach et al., 2012). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Grundkompetenzen der TeilnehmerInnen (Fachwissen, kommunikative und soziale Kompetenz) in der Auswahl der LotsInnen stärker berücksichtigt werden müssen.

Literaturverzeichnis

- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations (Discussion Paper). Retrieved from Institute of Medicine website: http://iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- Krajic, K., Cichocki, M., Quehenberger, V. (2014). Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promotion International*. Advanced Access: March 28, 2014, doi:10.1093/heapro/dau012

Paper

Health Literacy und Bildungsunterschiede im Gesundheitsverhalten

Johanna Bristle

MPISOC, Munich Center for the Economics of Ageing

In diesem Beitrag sollen theoretische Überlegungen und bisherige internationale Arbeiten zu Health Literacy als vermittelnder Mechanismus zwischen Bildung und Gesundheitsverhalten vorgestellt werden, wobei der Schwerpunkt auf der Identifizierung einer geeigneten Datengrundlage für eine empirische Analyse in Deutschland liegt.

Bildungsunterschiede in Gesundheit und im Gesundheitsverhalten sind in der Literatur hinreichend gut bestätigt und zeigen sich auch bei Personen im höheren Lebensalter. Theoretisch wird argumentiert, dass diese Unterschiede über unterschiedliche Ressourcenausstattung, kognitive Fähigkeiten oder Informationszugang vermittelt werden, jedoch gibt es bisher nur wenige empirische Arbeiten hierzu (z.B. Cutler & Lleras-Muney, 2012). Hier setzt dieser Beitrag an, dessen

Fokus auf der Rolle von Wissen und Information für Gesundheitsentscheidungen liegt, was mit dem Begriff Health Literacy bezeichnet wird. Es wird untersucht, welchen Beitrag Health Literacy zur Erklärung von Bildungsunterschieden im Gesundheitsverhalten leisten kann. Die zu untersuchende Population ist die ältere Bevölkerung in Deutschland, da ältere Personen in bisherigen Studien im Durchschnitt geringere Health Literacy Werte aufweisen als jüngere Personen, jedoch die eigene Gesundheit als Thema zunehmend relevanter wird. Durch die sich im Alterungsprozess verschlechternde Gesundheit werden Personen mit vielen Entscheidungssituationen konfrontiert, in denen das Verstehen von Gesundheitsinformationen eine zentrale Rolle spielen könnte.

Die Arbeit orientiert sich an Grossmans Modell zu Gesundheitskapital, welches Bildungsunterschiede dadurch erklärt, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss Gesundheit, u.a. auf Grund von erleichtertem Informationszugang, effizienter produzieren können (Grossman, 1972). Bisherige empirische Studien zum Zusammenhang von Health Literacy, Bildung und Gesundheit kommen aus den USA (Bennett, Chen, Soroui, & White, 2009; Howard, Sentell, & Gazmararian, 2006), aus den Niederlanden (van der Heide et al., 2013) oder aus China (Wang, Wang, Lam, Viswanath, & Chan, 2013). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Health Literacy den Effekt von Bildung auf Gesundheit teilweise

erklären kann. Die Messung von Health Literacy ist bisher jedoch nicht standardisiert und es bleibt offen, ob die Ergebnisse über verschiedene Gesundheitssysteme und kulturelle Kontexte hinweg übertragbar sind. Für Deutschland ist die öffentlich verfügbare Datenlage noch unzureichend, jedoch sind mehrere Studien in Arbeit um empirische Analysen zu ermöglichen.

Der Fokus des Vortrages wird neben theoretischen Ausführungen und einem Überblick zur bisherigen empirischen Forschung auf der Darstellung der Datenrecherche liegen. Es werden Möglichkeiten vorgestellt, anhand derer das Projekt für Deutschland umgesetzt werden könnte. Zum einen sind Erhebungen abgeschlossen oder in Planung, wobei die Daten noch nicht öffentlich zur Verfügung stehen. Zum anderen wird auch eine eigene Datenerhebung in Erwägung gezogen - beispielsweise im Rahmen des GESIS Panels oder in Anlehnung an den Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Dies orientiert sich stark an aktuellen Entwicklungen in den USA auf Basis der Daten der Health and Retirement Study (HRS) und nimmt darauf Bezug. Der Vortrag hat zum Ziel geeignete Daten zu identifizieren, diese zu diskutieren und eventuell weitere Datenquellen im Austausch kennen zu lernen.

Fundierte Erkenntnisse über die Rolle von Health Literacy in Entscheidungssituationen können helfen gesundheitspolitische Maßnahmen zu ergreifen, um ältere Personen bei Gesundheitsentscheidungen zu unterstützen. Gesundheitliche Unterschiede nach Bildungsgruppen zu identifizieren ist ein Schritt um langfristig, durch spezifische Maßnahmen Health Literacy zu erhöhen und Bildungsunterschiede zu reduzieren.

Literaturverzeichnis

- Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S., & White, S. (2009). *The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults*. *The Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211. doi: 10.1370/afm.940
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2012). *Education and health: Insights From International Comparisons*. NBER Working Paper Series, National Bureau of Economic Research. Working Paper 17738, 1-30.
- Grossman, M. (1972). *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Howard, D., Sentell, T., & Gazmararian, J. (2006). *Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences*

in health in an elderly population. Journal of General Internal Medicine, 21(8), 857-861. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x

van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K., & Uiters, E. (2013). *Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey.* BMC Public Health, 13(1), 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-13-179

Wang, M. P., Wang, X., Lam, T. H., Viswanath, K., & Chan, S. S. (2013). *Health Information Seeking Partially Mediated the Association between Socioeconomic Status and Self-Rated Health among Hong Kong Chinese.* PLoS ONE, 8(12), e82720. doi: 10.1371/journal.pone.0082720

Paper

**Health Literacy in Childhood and
Adolescence (HLCA) as a Target for
Health Promotion and Primary
Prevention –
The German HLCA Consortium**

*Paulo Pinheiro¹, Eva-Maria Bitzer², Uwe H. Bittlingmayer³,
Susanne Jordan⁴, Diana Sahra⁵, Pablo Zamora¹, Ullrich Bauer¹*

¹Faculty of Educational Sciences, University Duisburg-Essen, Germany

²Institute of Public Health and Health Education,
University of Education Freiburg, Germany

³Institute of Sociology, University of Education Freiburg, Germany

⁴Robert-Koch Institute Berlin, Germany

⁵Arnold-Bergstraesser Institute, University Freiburg, Germany

Abstract

Health literacy has widened from individual functional skills in medical word recognition, text comprehension, and numeracy to other skills required to access, appraise and use health

information. Integrative health literacy concepts put a stronger focus on underlying competences and motivation and encompass life skills and literacy as social practice. In addition, the widened understanding of health literacy has also been recognized for its quality to shift the focus from individual-level skills to social, economic, or environmental forces that impact on health at population- and system-level. The recent conceptual developments make health literacy a promising target for health promotion and primary prevention because they a) allow for integrating behavioral and contextual factors, b) can be linked to related approaches from e.g. social epidemiology or socialization research, and c) serve for the development of measurement tools to assess dimensions other than those that are usually used to inform on health literacy levels in populations.

Screening of scientific literature however reveals that children and adolescents have poorly been included into health literacy research. Gaps encompass e.g. prevalence data, definitions, concepts and models refined for different age groups, the formulation of needs of and demands on health literacy for children and adolescents, or for adult people who impact on child health. This contrasts with the importance given to children and adolescents for health promotion and primary prevention. The available body of literature highlights the importance to focus on this age group as well as on adults

and systems with impact on child health (parents; educators; teachers; provider of health services).

Here, we present the German “Health Literacy in Childhood and Adolescence - HLCA” consortium launched to meet the needs as outlined above. The consortium aims at developing, adjusting, implementing, and evaluating theoretical, conceptual, and methodological health literacy approaches linked to children and adolescents. The consortium aims to target also adults and systems with impact on child development. It takes a multidisciplinary approach involving partners from academia, stakeholder in Public Health and Education and other who work in settings relevant for children and adolescents in- and outside healthcare. We will focus on the theoretical and conceptual development of a health literacy understanding that is adjusted to children and adolescents and focuses on health literacy and primary prevention as well as on applied research with foci on mental health and e-Health literacy; both a condition and a source of communication with high importance for child and youth health development. Capacity building in academic training adds to the transfer of research findings to professional practice.

The HLCA consortium consists of three work blocks which are grouped by topics: Basic research (WB1); applied research on mental health literacy (WB2) and media/e-Health

literacy (WB3). There are two regional clusters: WB2 will be implemented in North Rhine-Westphalia, WB3 in Baden-Württemberg. A Steering Committee will act as supervisory body and will be responsible for assuring and monitoring of the consortium's progress and for the implementation of a quality assuring process. The consortium will be backed by a scientific and a stakeholder advisory board. A project management strategy will be set-up and implemented by a coordination office.

The HLCA consortium will be funded by the German Ministry of Education and Research (BMBF) within the new action plan for research into health promotion and disease prevention from 2015–2018.

Paper

Wissen über das „gute“ Leben? Health Literacy und Lebensqualität im medizinischen Diskurs

Thomas Schübel

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Fragestellung

„Health Literacy“ (vgl. Nutbeam 2008, Jordan et al. 2010, Sørensen et al. 2012) und „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (vgl. Ferrans 2005; Veenhoven 2014) werden in der quantitativ ausgerichteten Gesundheitsforschung in ganz unterschiedlicher Weise miteinander in Beziehung gesetzt. Es werden Kausalzusammenhänge mit „Lebensqualität“ als Outcome unterstellt (Nutbeam 2000), konzeptionelle Überschneidungen berichtet (Ownby et al. 2014), und es gibt Studien darüber, dass für PatientInnen beide Konstrukte nur schwer unterscheidbar sind (Fagerlind et al. 2010). Beide Themen ähneln sich darin, dass jeweils in hohem Maße konsensfähige Werte vorausgesetzt werden. Während es bei

„Health Literacy“ um „capacities of people to meet the complex demands of health in a modern society“ (Sørensen et al. 2012) geht, sind mit „Lebensqualität“ beispielsweise „the hopes of an individual (.) matched and fulfilled by experience“ (Calman 1987) angesprochen. Der Vortrag fragt diskursanalytisch nach Verknüpfungen der Wissensfelder von „Lebensqualität“ (als Wissen über die eigene gesundheitsbezogene Lebenssituation) und „Health Literacy“ (als Wissen über die Herstellbarkeit von Gesundheit).

Methode

Im Sinne einer *sociology of medicine* erfolgt eine „Wissenssoziologische Diskursanalyse“ (Keller 2013) der Thematisierung von „Lebensqualität“ im medizinischen Kontext. Im zweiten Schritt werden die Ergebnisse mit der Thematisierung von „Health Literacy“ verglichen.

Ergebnisse

Im Vergleich der Thematisierungen von „Lebensqualität“ und „Health Literacy“ zeigt sich, dass in beiden Fällen der medizinische Diskurs Geltungsanspruch auf das „gute“, i.e. „gesunde“, „wohlbefindliche“ und lange Leben erhebt. In beiden Fällen werden Ambiguitäten und Nicht-Wissen hervorgebracht, die

sich unter anderen in definatorischen Unschärfen widerspiegeln. Die Lücke zwischen gesellschaftlichen Gesundheitsverheißungen und den Ungewissheiten der „modernen Medizin“ wird auf diese Weise nicht geschlossen, sie wird lediglich diskursiv bearbeitbar. Insofern kann hier ebenso von einer Wissensinszenierung gesprochen werden. In der Folge verändert sich das Wissensverhältnis zwischen Medizin und Gesellschaft.

Diskussion

Die Thematisierung von „Lebensqualität“ kann verstanden werden als gesellschaftlich voraussetzungsvoller Geltungsanspruch auf medizinisches Wissen (vgl. kritisch Armstrong 2009), als Teil eines hegemonialen Diskurses, der das „Machbarkeitsdenken“ der Medizin (Maio 2011) mit dem „Willen zur Gesundheit“ (Brunnett 2009) der handelnden Subjekte und dem gesamtgesellschaftlichen Fortschritts- bzw. Optimierungsdiskurs (vgl. Maasen 2012) verbindet. Die Thematisierung von „Lebensqualität“ ist Ausdruck medizinischen Wissen als „Wissen an der Grenze“ (Peter et al. 2013). „Health Literacy“ kann komplementär dazu interpretiert werden als ein weiteres Wissensfeld über das „gute“ Leben, verbunden jedoch mit einer Verantwortungsentlastung der

institutionalisierten Medizin mit der Gefahr eines „Blaming the victim“ (Bittlingmeyer 2008) in Richtung der PatientInnen unter Ignorierung gesellschaftlicher Strukturen gesundheitlicher Ungleichheit.

Schlussfolgerungen

In den Sozialwissenschaften sollte noch mehr Beachtung finden, dass es „Gesundheit“ als quantifizierbares Datum lediglich in Form von medizinisch definierten „Outcomes“ gibt. Die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung sollte daher die medizinischen Konzepte und Indikatoren nur unter Vorbehalt übernehmen und noch stärker mit eigener Theoriebildung anreichern, vor allem mit Blick auf gesundheitliche Ungleichheit (vgl. Hartung 2014) und den damit einhergehenden komplexen Wechselwirkungen (vgl. Jungbauer-Gans 2009). Eine Triangulation von quantitativen und qualitativen Ansätzen in der Medizin- und Gesundheitssoziologie wäre hierfür erstrebenswert.

Literaturverzeichnis

- Armstrong, D. (2009). *Stabilising the construct of health related quality of life*. *Science Studies*, 22(2), 102-115.
- Bittlingmayer, U. H. (2008). *Blaming, Producing und Activating the Victim*. In *Gesundheitswesen und Sozialstaat* (S. 239-258). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brunnett, R. (2009). *Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus*. Bielefeld.
- Calman, K. C. (1987). *Definitions and dimensions of quality of life. The quality of life of cancer patients*, 1-9.
- Fagerlind, H., Ring, L., Brülde, B., Feltelius, N., & Lindblad, Å. K. (2010). *Patients' understanding of the concepts of health and quality of life*. *Patient education and counseling*, 78(1), 104-110.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). *Conceptual Model of Health-Related Quality of Life*. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Hartung, S. (2014). *Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit und Sozialkapital*. In *Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit* (S. 25-55). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2010). *Conceptualising health literacy from the patient perspective*. *Patient education and counseling*, 79(1), 36-42.

- Jungbauer-Gans, M., & Gross, C. (2009). *Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 77-98). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, R. (2013). *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Maasen, S. (2012). *Gut ist nicht gut genug: Selbstmanagement und Selbstoptimierung als Zwang und Erlösung*. Kursbuch 171 (S. 144-156). Murmann Verlag.
- Maio, G. (2011). *Medizin in einer Gesellschaft, die kein Schicksal duldet Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin*. Zeitschrift für medizinische Ethik, 57(2), 79-98.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health promotion international, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social science & medicine, 67(12), 2072-2078.
- Ownby, R. L., Acevedo, A., Jacobs, R. J., Caballero, J., & Waldrop-Valverde, D. (2014). *Quality of life, health status, and health service utilization related to a new measure of health literacy: FLIGHT/VIDAS*. Patient education and counseling (im Erscheinen).

- Peter, C., & Funcke, D. (Eds.). (2013). *Wissen an der Grenze: zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin*. Campus Verlag.
- 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*. BMC Public Health, 12(1), 80.
- Veenhoven, R. (2014). Quality of Life (QOL), an Overview. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 5265-5269.

Poster

Gesunder Start ins Studium – Förderung der Gesundheitskompetenz bei Ergotherapiestudierenden als kooperatives Projekt zwischen Ergotherapie und Gesundheits- und Pflegemanagement

Angelika Mitterbacher, Doris Gebhard, Eva Mir

FH Kärnten, Österreich

Innerhalb der Ergotherapie wird Gesundheit davon abhängig gesehen, ob und in welchem Ausmaß sinnbringende Aktivitäten bzw. Betätigungen vom Individuum ausgewählt werden können und inwieweit soziale Partizipation möglich ist (Kielhofner, Marotzki & Mentrup, 2005). Studierende der Ergotherapie befassen sich also mit der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung („occupation“; WFOT, 2012). So werden im Alltag ständig Entscheidungen getroffen, die der Gesundheit förderlich sind bzw. zu mehr Gesundheit beitragen oder auch nicht. Dementsprechend hat

die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen während des Studiums im Kontext des Themenbereichs „Gesundheitsförderung“ (Costa, 2013) in zweierlei Hinsicht Bedeutung: einerseits als Grundlage für gesundheitsförderliches Handeln im Berufsleben und andererseits im Sinne der Selbstpflege.

Befunde zum Thema Studierendengesundheit zeigen auf, dass sich rund 25% der österreichischen Studierenden durch stressbedingte Beschwerden im Studium beeinträchtigt fühlen (BMBF, 2010). Neben dem Bildungs- ist der Gesundheitsbereich ein wichtiges Feld für die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen und gesundheitsförderlichem Verhalten (Abel & Bruhin, 2003; Kickbusch et al., 2005). Das Pilotprojekt „Gesunder Start ins Studium“ zielt daher darauf ab, (1) Anforderungen und Ressourcen von erstsemestrigen Ergotherapiestudierenden zu identifizieren, (2) einem partizipativen Ansatz folgend gesundheitsförderliche Maßnahmen für die Studieneingangsphase zu entwickeln sowie (3) die Maßnahmen umzusetzen und einer Bewertung zu unterziehen.

Mittels Fragebogenerhebung und Open Space wurden Ressourcen, Belastungen, Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen sowie Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei Ergotherapiestudierenden an der FH Kärnten exploriert. Basierend auf den so gewonnenen Erkenntnissen wurden Maßnahmen entwickelt. Um die Gruppenkohäsion zu stärken,

körperliche Aktivität und Teamfähigkeit unter den Studierenden zu fördern (Juriza et al., 2011) kamen unter anderem outdoorpädagogische Maßnahmen (Hofferer & Fanning, 2011) zur Anwendung und wurden im Zuge der „Welcome Week“ bei den Erstsemestrigen umgesetzt sowie evaluiert.

Durch diese interdisziplinäre Initiative werden bedeutende Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Gesundheit geschaffen, die praxisorientiert und selbstreflektiv mit dem Thema Gesundheitsförderung umgehen. Darüber hinaus wird mit diesem Projekt auch ein Beitrag zum „Masterplan Gesundheit“ geliefert, der 2010 von den Sozialversicherungsträgern herausgegeben wurde (HVS, 2010). Die dort beschriebene Gesundheitskompetenz in gesunden Lebenswelten demonstrieren die Ergotherapiestudierenden dadurch, dass sie in der Lage sind, die Beziehung zwischen Betätigungsperformanz, Gesundheit und Wohlbefinden nachzuvollziehen und zu erklären (ENOTHE, 2012) sowie die Rolle als verantwortlicher Partner bzw. als verantwortliche Partnerin im Gesundheitssystem wahrzunehmen (BGM, 2012).

15:15 – 17:05 Uhr

**S2-R3: Interventionen – Projekte –
Empowerment**

HS4

Paper

„blijf gsund“

Ein Gesundheitsförderungsprogramm für Personen 50+

Julie Page, Verena Biehl

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Hintergrund/Fragestellung

Die stetige Alterung der Gesellschaft lässt die Gesundheitsexperten an neue Grenzen stossen. In der Schweiz steigt der Anteil der über 50-Jährigen rapide an. Es gilt zukünftig die Autonomie der Menschen möglichst lange aufrecht zu erhalten. Dazu sind Programme nötig, die den Personen in höherem Alter Gesundheitskompetenz und das nötige Empowerment vermitteln, welches Eigenständigkeit und eine gesunde Alltagsgestaltung ermöglichen. Das Programm „blijf gsund“, welches Teil eines Präventionszentrums sein wird, setzt sich dies für die Einwohnerinnen und Einwohner ab etwa 50 Jahren in einer ländlich geprägten Gemeinde in der Schweiz als Ziel.

Aufbauend auf den Programmen „Tatkraft-Gesund im Alter durch Betätigung“ (Ferber et al., 2012), „Lifestyle-Redesign-Program“ (Jackson et al., 1998) und „Lifestyle Matters“ (Craig & Mountain, 2007) richtet sich „blijf gezond“ an Personen ab ca. 50 Jahren, welche sich häufig in einem Lebensübergang befinden. In einer Pilotdurchführung des Programms soll evaluiert werden, wie und welche Zielgruppen zur Teilnahme bewegt werden können, welche Bedürfnisse bzgl. gesundheitsfördernder Angebote jene Einwohnerinnen und Einwohner haben und wie das sechsmo-natige Programm auf die Verbesserung der Selbstwirksamkeit, bzw. die Kohärenzsinnsteigerung wirkt.

Methode

Zu Beginn wurde eine Bedürfnisanalyse in Form einer schriftlichen, postalischen Befragung mit den bestehenden Patient/innen (50-70 J.) eines Gesundheitszentrums durchgeführt, um das Interesse und die Erwartungen der Zielgruppe zu identifizieren. Durch eine Befragung der Teilnehmer/innen vor, direkt nach und nach sechs Monaten nach dem Programm wird die Wirksamkeit bzgl. Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und Verbesserung des Kohärenzsinn überprüf (Skala zur Messung der Selbstwirksamkeitserwartung, SOC-Fragebogen).

Ergebnisse

Nach der schriftlichen Befragung stehen 265 Fragebögen von 2 000 versendeten (13,3%) zur Auswertung zur Verfügung. 72,1% zeigen Interesse, an gesundheitsfördernden Kursen teilzunehmen. 43,4% würden an dem Programm „blijf gesund“ teilnehmen und 89,1% davon wären auch bereit dafür ein Abonnement für 300 CHF zu erwerben (ca. 100 Personen). Inhalte für das Programm können abgeschätzt werden: Bewegung im Alltag, gesunde Ernährung, Gedächtnistraining und der Umgang mit neuen Technologien waren die meistgenannten Themen.

Diskussion

Die Umfrage zeigt ein insgesamt hohes Interesse an der Thematik Gesundheitsförderung bei Personen 50+. Es wird deutlich, dass sich genügend Teilnehmer/innen rekrutieren lassen für eine Programmdurchführung. Das Bewusstsein der Personen, selbst für ihre Gesundheit verantwortlich zu sein, indem sie finanziell dafür aufkommen, bestätigt die Befragung. Der Zugang zu den potentiellen Teilnehmer/innen über die Adressdatei des beteiligten Arztes scheint eine erfolgsversprechende Möglichkeit zu sein, Gesundheitsförderungsangebote zu implementieren. Es wird eine Option erprobt auch ausserhalb der gängigen Strukturen der Gesundheitsversorgung Gesundheitsangebote zu etablieren.

Literaturverzeichnis

Craig C, Mountain G (2007) *Lifestyle Matters: an occupational approach to healthy ageing*. Bicester: Speechmark.

Ferber, R., Dangl, H., Grote, A., Kölling, D., Marotzki, U., Rach, M., Schmit, R., Weiß, K. (2012).

Tatkraft – Gesund im Alter durch Betätigung, Programm zur Gesundheitsförderung. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336.

Paper

Akzeptanz von Gesundheitsbildung & Kursen zum Aktiven Altern

Katharina Resch

die Berater, Österreich

Einleitung

Über Aktives Altern ist in den letzten Jahren viel Informationsmaterial zusammengetragen worden. Zahlreiche EU-Projekte haben dazu beigetragen (z.B. Live-Long Living, HealthPROelderly, IMPACT). So liegt eine Vielzahl an Informationen über Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alter vor. Die WHO (2002) definiert Aktives Altern als einen Prozess der Chancenoptimierung für Gesundheit. Health Literacy im Sinne der Gesundheitsbildung ist eine Möglichkeit, dieses Ziel zu unterstützen.

Derzeit ist die Angebotsstruktur für Kurse oder Bildungsangebote zum Aktiven Altern gering, obwohl die Wissensgrundlage dafür bereits vorhanden wäre. Ein Problem ist

außerdem die Nicht-Teilnahme von SeniorInnen an solchen Kursen. Die sozialwissenschaftliche Akzeptanzforschung analysiert die Gründe für eine Annahme oder Ablehnung von z.B. Gesundheitsbildung. Sie unterscheidet zwischen zwei Formen der Akzeptanz: Einstellungsakzeptanz (affektiv - z.B. Gefühl im Umgang mit Kursteilnehmenden) und (kognitiv - z.B. Informationsgewinn abwägen), sowie Handlungsakzeptanz, die zur Nutzung der erworbenen Kompetenzen führt.

Die Akzeptanzforschung ist in den letzten Jahren immer wieder auf eine Diskrepanz zwischen Einstellungsakzeptanz und Handlungsakzeptanz gestoßen. Deshalb lehnen ältere Menschen Gesundheitsbildung nicht grundsätzlich ab, jedoch besteht trotz allem eine geringe Nutzungsdichte (Lin 2003).

Das EU-Projekt PPS (2014-2015) setzt sich zum Ziel, die verschiedenen bestehenden Gesundheitsbildungsangebote zum Aktiven Altern zu vergleichen und eine empirische Untersuchung zur Annahme/Ablehnung solcher Kurse durchzuführen.

Methoden

Im Vortrag gehe ich der Frage nach, wie die Akzeptanz von Gesundheitsbildung zum Aktiven Altern bei SeniorInnen über 55 Jahren ausgeprägt ist. Die Methoden, die ich dazu verwende, sind:

- Literaturrecherche über Kurse und Seminarangebote zum aktiven Altern in Europa: Welche Kurse gibt es? Welche Inhalte haben diese? Wie werden sie angenommen?
- Fragebogenerhebung mit SeniorInnen über 55 Jahren über ihre Erfahrungen mit Kursen und Seminarangeboten zum Aktiven Altern (Rücklauf: 600 Fragebögen).

Ergebnisse

Obwohl Aktives Altern in Europa weitgehend erforscht ist, existieren lediglich wenige Gesundheitsbildungsangebote zum Aktiven Altern. Diese werden von SeniorInnen selbst oft nicht wahrgenommen und in Anspruch genommen. Die Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit von beratenden Diensten für Gesundheitsbildung im Vergleich zu Plattformen und reiner Wissensvermittlung via dem Internet.

Paper

Grazer Pilotprojekt „Die Generation 50+ auf der Überholspur“

Alexander Riegler^{1,2}, Michaela Strapatsas³

¹ Medizinische Universität Graz – Klinisches Institut für Medizinische
und Chemische Labordiagnostik,
² Fachhochschule Kärnten –
Feldkirchen, ³ Diversity Consult Network

Einleitung

Die European Health Literacy Survey (HLS-EU) hat gezeigt, dass die vorhandenen Gesundheitskompetenzen der ÖsterreicherInnen im europaweiten Vergleich sehr gering ausgeprägt sind (Pelikan, Röthlin, & Ganahl, 2012). Da wir aber laufend mit Situationen konfrontiert sind, die Einfluss auf unsere Gesundheit nehmen, ist es erforderlich, ausreichende Fähig- und Fertigkeiten zu erlangen. Die Gegebenheiten und Bedürfnisse der Personen unterscheiden sich, daher gibt es kein allgemein gültiges „Best-Practice-Schulungsmodell“ für alle. Unter Einbeziehung der politischen Entscheidungsträger,

der Zielgruppe und der vorhandenen Literatur wurde daher für Graz im Rahmen der „Gesunden Bezirke - Gesunde Stadt“ ein eigenes Pilotprojekt mit dem Titel *„Die Generation 50+ auf der Überholspur“* geplant. Die Finanzierung der voraussichtlich acht Einheiten erfolgt zu einem Teil durch die öffentliche Hand und wird zum anderen Teil durch Ehrenamtlichkeit. Der Projektstart ist vor dem Sommer 2014 geplant.

Methodik

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des HLS-EU und bereits bestehender Informations- und Kursangebote im Raum Graz (z.B.: Volkshochschule, Urania, MINI MED) wurde in der Literatur nach empfohlenen Schwerpunktthemen für die Generation 50+ gesucht. Ein besonderer Fokus lag auf bereits für diese Zielgruppe durchgeführte und evaluierte Trainingsprogramme. Ergänzend wurde in Pubmed unter Verwendung der folgenden Keywords nach neuen Studienergebnissen gesucht: Health Literacy, Older People, Promotion, Skills und Intervention. Miteingebunden wurden auch die Empfehlungen von amerikanischen ExpertInnen (Forumdiskussion auf www.lincs.ed.gov).

Ergebnisse

Da das Health Literacy Konzept außerhalb von Amerika noch relativ neu ist, fehlen den Gesundheitssektoren anderer Staaten vielfach die notwendigen Erfahrungen, um die Gesundheitskompetenzen der BürgerInnen nachhaltig zu verbessern (New Zealand Guidelines Group, 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Verschiedene evaluierte Health Literacy Projekte haben gezeigt, dass das Wissen der TeilnehmerInnen und damit auch das Gesundheitsverhalten durch gezielte Maßnahmen nachhaltig verbessert werden kann (Souza, et al., 2014; Sheridan, et al., 2011). Ältere Personen haben vor allem Probleme mit dem Verstehen von und Handeln nach Empfehlungen ausgehend von Informationsangeboten und Verschreibungen (Weiss, 2009). Für diese Zielgruppe sind daher Schulungen im Bereich der Informationssuche und Kommunikation mit Gesundheitsexperten zu empfehlen (Ellwood, 2014). Schulungsangebote sind an den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen auszurichten und gleichzeitig muss die Informationsweitergabe in schriftlicher oder mündlicher Form auf einer Stufe erfolgen, die für alle ohne Schwierigkeiten verständlich ist (Health.gov; Plain Language.gov; Family Caregiver Alliance, 2002).

Schlussfolgerung

Der Aufbau und die Verbesserung der vorhandenen Gesund-

heitskompetenzen braucht Zeit und erfordert den Willen des gesamten Umfeldes. Aufgrund des begrenzten Stundenumfanges des Pilotprojektes wurden inhaltlich folgende Schwerpunkte vordefiniert: Sensibilisierung für das Thema (1), Aufbau von Medienkompetenzen mitsamt der eigenständigen Informationssuche und kritischen Betrachtung des Gefundenen (2) sowie die verbesserte Kommunikation mit GesundheitsexpertInnen (3). Das Pilotprojekt soll dazu dienen, vorhandene Defizite und weitere Bedürfnisse der älteren Grazer Bevölkerung im Bereich der Gesundheitskompetenz festzustellen und die Akzeptanz für themenbezogene Aktivitäten zu erhöhen.

Literaturverzeichnis

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, Feber 13). *Health Literacy Activities by State*. Retrieved Feber 21, 2014, from Centers for Disease Control and Prevention - CDC: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/StateData/>

Ellwood, A. (2014). *Health Literacy Program for Minnesota Seniors (HeLP MN Seniors) Evidence-Based Workshop Program*. (M. H. Libraries, Herausgeber) Abgerufen

am 22. Feber 2014 von Minnesota Health Literacy Partnership:

<http://healthliteracymn.org/resources/help-mn-seniors>

Family Caregiver Alliance. (2002). *Caregiving Info & Advice - Caregiving FAQs - Family Caregiver Alliance*. Abgerufen am 22. Feber 2014 von Family Caregiver Alliance - National Center of Cargiving: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=785

Health.gov. (kein Datum). *Health.gov - Improve health. Learn how*. (O. o. Promotion, Hrsg.) Abgerufen am 22. Feber 2014 von U.S. Department of Health and Human Services:

<http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/quickguide.pdf>

New Zealand Guidelines Group. (2011). *Health literacy and medication safety: environmental scan of tools, resources, systems, repositories, processes and personnel*. New Zealand Guidelines Group, Health Literacy. Wellington: New Zealand Guidelines Group.

Pelikan, J., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). *Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich*

im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey - Europe. Wien: LBIHPR.

Plain Language.gov. (kein Datum). *Plain Language.gov - Improving Communication from the Federal Government to the Public.* Abgerufen am 22. Feber 2014 von <http://www.plainlanguage.gov/>

Sheridan, S., Halpern, D., Viera, A., Berkman, N., Donahue, K., & Crotty, K. (2011). Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Commun., 16*(3), S. 30-54.

Souza, J., Apolinario, D., Magaldi, R., Busse, A., Campora, F., & Jacob-Filho, W. (2014). Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open, 4*(2).

Weiss, B. (2009). *American Medical Association.* (T. University of Arizona College of Medicine, Hrsg.) Abgerufen am 22. Feber 2014 von <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>

Paper

Social Media Anwendungen im Dienste der Gesundheit

*Alexander Riegler^{1,2}, Ingeborg Stelzer¹, Tanja Macheiner^{3,4},
Skaiste Riegler⁴*

¹ Medizinische Universität Graz – Klinisches Institut für Medizinische
und Chemische Labordiagnostik, ² Fachhochschule Kärnten –
Feldkirchen, ³ Medizinische Universität Graz - Universitätsklinik für
Psychiatrie, ⁴ Medizinische Universität Graz – Biobank Graz

Einleitung

Die Kenntnis über die Funktion von sozialen Medien erlaubt es, Informationen zu finden und zu sammeln, sowie Gedanken zu teilen und zu diskutieren (Social Literacy). In der Arbeitswelt sind Aktivitäten im Social Media Umfeld bereits ein unverzichtbarer Bestandteil eines jeden Businessplanes. Im Gesundheitsbereich sind es aber vorwiegend die Betroffenen, die mehr und mehr das Internet zur Suche nach Informationen heranziehen. Die zunehmende soziale Vernetzung der Personen bringt es mit sich, dass Social Media Kanäle wie Facebook oder Twitter als weitere Informationsquellen genützt werden.

Inwiefern sind Gesundheitsexperten heute auf diesen Trend vorbereitet und sind sie in der Lage, Betroffene vor Fehlinformationen zu schützen?

Methodik

In PubMed und in der Fachliteratur wurde nach Arbeiten gesucht, die sich mit Social Media bezogenen Herausforderungen und Möglichkeiten im Gesundheitsbereich auseinandergesetzt haben. Zudem wurde den Fragen nachgegangen, welchen Stellenwert die sozialen Medien im Rahmen der Gesundheitsversorgung haben und welche Empfehlungen es hierbei für die Interaktion zwischen MedizinerInnen und PatientInnen gibt.

Ergebnisse

In Pubmed finden sich zu den angegebenen Suchbegriffen nur wenige relevante Arbeiten (<50). Quantitativ mehr ergab die Recherche in Suchmaschinen und Fachzeitschriften. GesundheitsexpertInnen stehen der Verwendung sozialer Medien im Zuge Ihrer Berufsausübung aufgrund datenschutzrechtlicher und ethischer Bedenken, fehlender Endgeltung und auch fehlender Kenntnisse über die vorhandenen Möglichkeiten kritisch gegenüber (Grajales, Sheps, Ho, Novak-Lauscher, &

Eysenbach, 2014). Ein entsprechendes Potential zur Kommunikation und zeitnahen Informationsverteilung wird Ihnen aber zugesprochen (Gholami-Kordkheili, Wild, & Strech, 2013). Als „Best Practice Modell“ wird oft die Mayo Clinic genannt (Meskó, Webicina, 2014; Joan, 2013). Verschiedene Social Media Kanäle (beispielsweise Facebook und Youtube) werden dort als Kommunikationsmedien zum Vorteil aller Beteiligten effizient eingesetzt (MCCSM, 2014). Die spezifische Etablierung von eigenen Unternehmensrichtlinien (policies) wird dringend empfohlen (Grajales, Sheps, Ho, Novak-Lauscher, & Eysenbach, 2014). StudentInnen verschiedenster gesundheitsrelevanter Professionen nützen die Medien bereits privat (von Muhlen & Ohno-Machado, 2012), nur wenige medizinische Universitäten bereiten die zukünftigen MedizinerInnen ausreichend im Studium aber darauf vor (Bahner, et al., 2012; Meskó, Webicina, 2014).

Schlussfolgerung

Es ist unwesentlich, ob die ExpertInnen selbst Social Media Aktivitäten im Gesundheitsbereich als positiv oder negativ einstufen. Die Bevölkerung und somit die PatientInnen nützen die vorhandenen Angebote. Als Ansprechpersonen müssen die ExpertInnen über ein grundlegendes Verständnis verfügen, über Risiken aufklären und eigene Empfehlungen aussprechen

können. Das Wissen über die Einhaltung gewisser Grundsätze ist zwingend erforderlich. Weitere Forschungsarbeiten und die Schaffung angemessener Schulungsangebote sind notwendig, um die Vorteile nachhaltig nützen zu können.

Literaturverzeichnis

Bahner, D., Adkins, E., Patel, N., Donely, C., Nagel, R., & Kman, N. (2012). *How we use social media to supplement a novel curriculum in medical education. Med Teach., 34(6)*, S. 439-444.

Gholami-Kordkheili, F., Wild, V., & Strech, D. (28. August 2013). *The impact of social media on medical professionalism: a systematic qualitative review of challenges and opportunities. J Med Internet Res., 15(8)*, S. 184ff.

Grajales, I., Sheps, S., Ho, K., Novak-Lauscher, H., & Eysenbach, G. (11. Feber 2014). *Social Media: A Review and Tutorial of Applications in Medicine and Health Care. 1 J Med Internet Res. 2014 Feb 11;16(2):e13., 16(2)*, S. 13ff.

Joan, J. (20. Mai 2013). *The world's best thinkers on social media*. Abgerufen am 22. Feber 2014 von Social Media Today: <http://socialmediatoday.com/joan-justice/1478141/big-brand-theory-how-mayo-clinic-became-gold-standard-social-media-healthcare>

Mayo Clinic Staff. (kein Datum). *Social Media Health Network*. Abgerufen am 22. Feber 2014 von Mayo Clinic: <http://network.socialmedia.mayoclinic.org/mccsm/>

Mesko, B. (2014). *Curated Social Media Resources in Medicine and Healthcare!* Abgerufen am 22. Feber 2014 von Webicina: <http://thecourse.webicina.com/presentations/Healthcare/>

Mesko, B. (kein Datum). *Who stands behind Webicina?* Abgerufen am 22. Feber 2014 von Webicina: <http://www.webicina.com/about/who/>

von Muhlen, M., & Ohno-Machado, L. (Oktober 2012). Reviewing social media use by clinicians. *J Am Med Inform Assoc.*, 19(5), S. 777-781.

Paper

Die Informationsversorgung als Achillesferse unserer Gesellschaft

*Alexander Riegler^{1,2}, Ingeborg Stelzer¹, Tanja Macheiner^{3,4},
Skaiste Riegler⁴*

¹ Medizinische Universität Graz – Klinisches Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik ², Fachhochschule Kärnten – Feldkirchen, ³ Medizinische Universität Graz - Universitätsklinik für Psychiatrie, ⁴ Medizinische Universität Graz – Biobank Graz

Einleitung

Die Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen erfordert das Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Ein kritischer Punkt ist hierbei die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren. Die Bereitstellung von gesundheitsrelevanten Informationen, in schriftlicher und mündlicher Form, erlaubt es, sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen, ausgegebene Ratschläge anzunehmen und eine höhere Patientenzufriedenheit zu generieren (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Stacey, et al., 2011). Organisationen stellen zu diesem Zweck umfangreiche Informationen zur Verfügung. Dies erfordert einen großen Aufwand und erzeugt zumeist hohe Kosten. Die entscheidende Frage

ist: Wie müssen Informationen von Expertenseite angeboten werden, damit die Zielgruppe diese ausreichend verstehen und selbst anwenden können?

Methodik

Es wurde in der PubMed nach Arbeiten recherchiert, die sich mit der Kommunikation von gesundheitsrelevanten Inhalten und dem Einfluss auf die individuelle Gesundheitskompetenz auseinandergesetzt haben. Als Keywords wurden Health Literacy, Clear Health Communication, Health Information, Plain Language sowie themenverwandte Suchbegriffe verwendet.

In der Fachliteratur wurde nach einheitlichen Kriterien und Empfehlungen für die schriftliche Bereitstellung von Gesundheitsinformationen gesucht. Zudem wurde der Frage nachgegangen, wie die mündliche Informationsweitergabe durch GesundheitsexpertInnen verbessert werden kann.

Ergebnisse

Eine Vielzahl der in der PubMed (>300 in den letzten fünf Jahren) und in der Fachliteratur gefundenen Einträge weisen auf die Wichtigkeit der adäquaten Informationsversorgung hin.

In Bezug auf die Qualität muss das Angebot verlässlich und unverzerrt dargestellt werden, sowie den aktuellen medizinischen (evidenzbasierten) Wissensstand widerspiegeln (Riegler, 2011). Das "Center of Disease Control and Prevention" definiert das in Form von „AAA – Accurate, Accessible and Actionable“ (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

Die Richtigkeit der Informationen ist somit eine Grundvoraussetzung, wesentlich ist aber auch die Form der Darstellung. Eine aussagekräftige Bebilderung, Absätze und die Verwendung einer einfachen Formulierung (plain language) sind ebenso Pflicht (Stableford & Mettger, 2007; CommunicateHealth.com, 2013).

Eine funktionierende mündliche Weitergabe basiert auf zwei wesentlichen Eckpunkten: Die gezielte Dosierung an neuen Inhalten (1) und eine Wortwahl, die dem Sprachniveau des Zuhörers entspricht (2). Die zusätzliche Verwendung von Broschüren und Videos verbessert das Verständnis nachhaltig (Hacker, Breen, Cordner, Hope, & Horey, 2004).

Schlussfolgerung

Die qualitativ hochwertige Bereitstellung von Gesundheitsinformationen wird auch in Zukunft eine große Herausforderung bleiben. Informationsangebote sollten nicht ausschließlich von ExpertInnen verfasst werden, da die Einbindung der Zielgruppe dazu beiträgt, dass die Lesbarkeit und somit der angestrebte Nutzen steigen. Die Anwendung einer einfachen Formulierung (plain language) ist keine Selbstverständlichkeit, denn diese basiert auf Erfahrung und muss selbst von ExpertInnen erst erlernt werden. Beiträge auf Homepages oder Informationsblättern bedürfen nicht immer einer kostenintensiven Nachbearbeitung des Layouts. Die Berücksichtigung einfacher Empfehlungen, wie beispielsweise die vermehrte Verwendung von Bildern oder Absätzen, verbessern das Layout und die Akzeptanz durch die LeserInnen grundlegend. Eine gelungene Informationsversorgung auf breiter Basis spart Kosten und verbessert den Gesundheitszustand der Betroffenen. Informationen sind einfach zu erstellen – einen nachweisbaren Nutzen damit zu erreichen aber wesentlich schwieriger. Es gilt die Lücke zwischen dem zu schließen, was Experten wissen und dem, was KonsumentInnen und PatientInnen wirklich verstehen.

Literaturverzeichnis

Barry, M., & Edgman-Levitan, S. (1. März 2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med*(366), S. 780-781.

Centers for Disease Control and Prevention. (22. August 2011). *Develop Materials*. Abgerufen am 22. Feber 2014 von Centers of Disease and Prevention Control, CDC 24/7. Saving Lives. Protecting People: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/index.html>

CommunicateHealth.com. (2013). *CommunicateHealth, Inc.* Abgerufen am 22. Feber 2014 von Blog: <http://communicatehealth.com/>

Hacker, S., Breen, K., Cordner, C., Hope, B., & Horey, D. (2004). *Communicating with Patients - Advice for medical practitioners*. (A. G.-N. Council, Hrsg.) Commonwealth of Australia.

Riegler, A. (2011). *Informationssuche: Schritt für Schritt zur hochwertigen Gesundheitsinformation - Gesundheitskompetenz (Health Literacy)*. (A. Riegler, Herausgeber, A. Riegler, & G. Bachinger, Produzenten) Abgerufen am 22. Feber 2014 von
205

Gesundheitskompetenz (Health Literacy) - Wissen vermitteln, nachhaltige Gesundheit für alle schaffen:
<http://www.alexanderriegler.at/informationssuche-schritt-f%C3%BCr-schritt.html>

Stableford, S., & Mettger, W. (2007). Plain language: a strategic response to the health literacy challenge. *J Public Health Policy, 28*(1), S. 71-93.

Stacey, D., Bennett, C., Barry, M., Col, N., Eden, K., Holmes-Rovner, M., . . . Thomson, R. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.*

Poster

**ELLAN – European Later Life Active
Network**

**Transnational development of an agreed
Core European Competencies Frame-
work for working with older people**

*Regina Klein, Kriemhild Leitner,
Katharina Oleksiw, Andrea Stitzel*

Fachhochschule Kärnten

The need for cooperation throughout Europe to meet new challenges in professional work with older people seems to be undeniable. In this context a competency based education is considered as crucial. Therefore, it is regarded as essential to build on both, inter- and transnational partnerships between Higher Education Institutes and transprofessional partnerships, including older adults on the one hand and students on the other hand, as experts of their own experience. In this context the EU-funded Project ELLAN (2013 – 2016) takes place with a consortium of 28 partners from all over Europe.

The overarching aim of ELLAN is to develop a European Core Competencies Framework for working with older

people (ECCF) in the horizon of positive ageing and social cohesion. Moreover, the ECCF is being developed as an instrument for transnational curriculum design in this field. Competency frameworks show how qualifications in different education systems interact and facilitate their mutual recognition. Consequently, the project is designed to share good practice and innovative approaches of both, the work with older adults and competency based learning. Cooperation with European professional organizations and networks will assure the development of an agreed set of competencies.

An underlying Europe-wide literature review to explore competencies required for working with older people will be conducted to ensure that the projects' results reflect respectfully Europe's cultural diversity. Accordingly, qualitative research will be carried out to explore the older people's ideas about required and desired competencies of professionals. Cultural diversity, gender, socio-economic and literacy conditions will be balanced on the sample of participants. The exploration of the older people's perception will be completed by a mixed method's research related to the professionals and the student's outlooks, accompanied by innovative educational approaches. Finally, the results will be consolidated in the ECCF.

15:15 – 17:05 Uhr

**S2-R4: Health Literacy in Bildungs-,
Sozial- und Gesundheitswesen**

HS5

Paper

**Health in all lessons –
Die Schule als Ausgangspunkt zur
Bildung von Gesundheitskompetenz am
Beispiel des Themenfeldkatalogs**

Cathrin Gabler, Elisa Schormüller

Tiroler Gebietskrankenkasse

Das Setting Schule schafft durch den Bildungsauftrag während der Schulausbildung jene elementaren Fundamente, um eine sogenannte Gesundheitskompetenz auszubilden. Die Tiroler Gebietskrankenkasse startete 2012 in zwei Pilotschulen ein Projekt zur schulischen Gesundheitsförderung unter dem Titel *„Do it yourself!“*. Ziel des Projektes ist es, eine gesunde Schule im ganzheitlichen Sinn zu schaffen unter Einbeziehung von Lehrern, Eltern, Schulärzten und den Schülern selbst. Herzstück des Projektes ist eine Gesundheitsbefragung aller Schüler, die von der Gesundheit Österreich durchgeführt wird und auf die individuellen Besonderheiten der jeweiligen Schulen zugeschnitten ist. Aufgrund der Ergebnisse dieser

Befragung sollen im Schuljahr 2014/15 passgenaue Maßnahmen implementiert werden.

Das Projekt *„Do it yourself!“* zielt darauf ab, eine gesunde Lebenswelt in den Schulen zu schaffen und durch Empowermentprozesse den Lehrkörper zu befähigen, diese gesunden Strukturen auch selbständig und zielgerichtet zu gestalten. Dieser Prozess kann aber nicht losgelöst vom Kernauftrag der Schule, nämlich der Bildung, gesehen werden. Daher war folgende Fragestellung bei der Projektplanung von zentraler Bedeutung:

- Wie kann es gelingen, Themen eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs im Unterricht einzubringen?

Idee zur Auflösung der Fragestellung war Themen der Gesundheitsförderung so aufzubereiten, dass Ergebnisse der Gesundheitsbefragung entsprechend im Unterricht behandelt werden können. Dadurch sollen Lehrer quasi ein Instrumentarium an Methoden erhalten, um auf die Ergebnisse der Befragung reagieren zu können. Darüber hinaus soll eine Brücke zwischen dem Gesundheitsförderungsprozess und dem Bildungsauftrag der Schule gebaut werden.

So entstand die Idee einen Themenfeldkatalog zu gestalten, der Lehrer in der Unterrichtsgestaltung unterstützt,

Impulse gibt und den Zugang zu Gesundheitsthemen öffnet. Nach Recherche von bestehenden Unterrichtsmaterialien im deutschsprachigen Raum, wurden zunächst auf Basis der Themenliste für die Befragung Kategorien von Gesundheitsförderungsthemen gebildet. Diese Kategorien wurden nach einer Literaturrecherche erweitert und gebündelt mit dem Ziel zu filtern, welche Themen im Kinder- und Jugendbereich relevant sind. Anhand dieser Themenfelder und der Unterrichtsfächer wurden verschiedene Themen der Gesundheitsförderung, aber auch des Gesundheitswesens überblicksartig aufbereitet. Pro Thema werden auf zwei Seiten die Inhalte des jeweiligen Themas vorgestellt, der Bezug zur Gesundheit aufgezeigt, Ideen zur Umsetzung im Unterricht sowie eine Übersicht weiterführender Informationen bzw. Materialien zum Thema gegeben. Bei Entwicklung der Themenblätter wurde auch jeweils eine Feedbackschleife zu den Lehrern der Gesundheitsteams in den Projektschulen eingebaut, um die Praktikabilität aus Lehrerperspektive zu berücksichtigen. Zudem wurde versucht, die Inhalte zielgruppenspezifisch niederschwellig aufzubereiten, um auch der Lehrkraft einen Zugang zum Thema zu ermöglichen.

Das Ergebnis ist ein Themenfeldkatalog, bestehend aus zehn Themenfeldern mit insgesamt 60 Themenblättern. Ziel ist es in

einer Schule, die bereits im fortgeschrittenen Prozess hin zu einer gesunden Schule ist, auf Basis des Themenfeldkatalogs Gesundheitskompetenz im Unterricht auszubilden.

Der Katalog ist ein Angebot für Lehrer. Um den Katalog möglichst praxistauglich und bedürfnisgerecht weiterzuentwickeln, ist das Feedback der Lehrer ausdrücklich erwünscht. Zudem ist angesichts der Weitläufigkeit des Gesundheitsthemas auch eine Erweiterung der Themenblätter in regelmäßigen Abständen angedacht. Der erste Praxislauf im Unterricht erfolgt im Schuljahr 2014/15.

Bietet der Themenfeldkatalog einen ausreichenden Anschluss an gängige Definitionen von Gesundheitskompetenz?

Das Thema Gesundheit ist nie erschöpfend behandelbar. Kann der Themenfeldkatalog trotzdem ein umfassendes Bild zeichnen und einen Beitrag zur Ausbildung von Gesundheitskompetenz gewährleisten?

Paper

Die Rauchfrei App – Tabakentwöhnung in der Hosentasche

*Sophie Meingassner¹ (Konzept und Inhalt),
Helmut Chlebecek¹ (Konzept und Programmierung),
Andreas Klambauer¹ (Design), Wolfgang Spreicer² und
Wolfgang Reitberger² (wissenschaftliche Begleitung)*

¹Agentur Co;des, Institut für Gestaltungs- und Wirkungsforschung,

²TU Wien

Rauchen ist zählt zu den häufigsten Risikoverhaltensweisen in Bezug auf nicht übertragbare Erkrankungen in Österreich. Die wirksamste Risikoreduktion ist der Rauchstopp. Erfolgreiche Tabakentwöhnung basiert auf der langfristigen Verhaltensänderung eines Risikoverhaltens, das mit bewährten Therapie-maßnahmen erreicht werden kann.

Im Verhältnis zur hohen Prävalenz nehmen sehr wenige Raucherinnen und Raucher Entwöhnangebote an. Auch jene, die mit Hilfsangeboten aufhören, weisen ein hohes Maß an Rückfällen auf. Daraus ergeben sich besondere

Anforderungen an Maßnahmen der Entwöhnung und der Rückfallprophylaxe. Mit der Entwicklung einer umfassenden, inhaltlich breit fundierten Applikation zur Unterstützung und Begleitung leistet die „Rauchfrei App“ einen neuen Beitrag zur Tabakentwöhnung.

Ziel der kostenfreien Applikation sind die Tabakentwöhnung und die langfristige Aufrechterhaltung der Abstinenz. Sie fördert, unterstützt und begleitet die Verhaltensänderung. Zielgruppe der Rauchfrei App sind Personen, die ihr Rauchverhalten ändern, beenden oder ihre neu gewonnene Rauchfreiheit aufrechterhalten wollen. Vor allem die Altersgruppe der 18- bis 40- jährigen, die Angebote der Tabakentwöhnung besonders selten annimmt, soll durch die App adressiert werden.

Inhaltlich basiert die App zum einen auf bewährten Verhaltensmodellen der Verhaltensänderung (Transtheoretisches Modell Prochaska und Di Clemente, 1983 Kognitiv - behaviorales Rückfallmodell von Marlatt und Gordon, 1985). Zum anderen war die jahrelange praktische Beratungserfahrung des Rauchfrei Telefon Teams maßgeblich für die inhaltliche Gestaltung. Umfassende Empfehlungen von Expertinnen und Experten sowie Praxisleitlinien wurden ebenfalls berücksichtigt (Fiore, 2008, Abroms 2013).

Die „Rauchfrei App“ unterscheidet sich durch viele inhaltliche Komponenten von vorhandenen Applikationen:

- Sie besteht aus den Bereichen Vorbereitung, Umsetzung und Aufrechterhaltung. Zwischen diesen Bereichen kann bei Bedarf in jede Richtung gewechselt werden, was der Realität vieler Entwöhnprozesse entspricht.
- Die App vermittelt interaktiv konkrete Hilfestellungen in allen Phasen der Verhaltensänderung.
- In allen Bereichen werden persönliche Motivations- und Risikofaktoren berücksichtigt.
- Individualisierte Push- Notifikationen begleiten und motivieren die User und Userinnen im Laufe des Verhaltensänderungsprozesses.
- Die Motivwaage, das Rauchprotokoll, die Checkliste für den Rauchstopp und die Planung der ersten rauchfreien Tage sind ganz konkrete auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen basierte Behandlungstools, die jederzeit genutzt werden können.
- Die Verknüpfung mit dem kostenfreien Beratungsangebot des Rauchfrei Telefons (www.rauchfrei.at) bietet zusätzlich individuelle telefonische Unterstützung.

Paper

Health Literacy und Gesundheitsförderung im Bildungswesen: Das Selbstverständnis von PädagogInnen und MedizinerInnen im Vergleich

Ursula Streckeisen, Simone Suter

PH Bern, Schweiz

Wie im Gesundheitsdiskurs generell, so wird auch im Gesundheitskompetenz-Diskurs das Bildungswesen als wichtige „Interventionsebene“ beim Aufbau von erwünschten Fähigkeiten betrachtet. Mit dem geplanten Beitrag wird das Setting ‚Schule‘ fokussiert. Das Interesse gilt dem beruflichen Selbstverständnis und den Hintergrundüberzeugungen von Akteurinnen und Akteuren, die in ihrem Berufsalltag schulische Gesundheitsförderungsaufgaben wahrnehmen. Wie definieren und legitimieren sie ihre Aufgaben? An wen richtet sich ihr Handeln? Welche diskursiven Referenzen lassen sich bei ihnen ausmachen? Vor allem: Welchen Stellenwert haben die

Prinzipien der Ottawa-Charta und das Health Literacy-Konzept in ihrem Denken? Besondere Aufmerksamkeit gilt im vorgesehenen Referat der Kontrastierung von zwei Akteurtypen unterschiedlicher beruflicher Provenienz. Pädagoginnen und Pädagogen, die als Lehrkräfte tätig sind und Gesundheitsförderung als zusätzliche Berufsaufgabe betreiben, werden mit Medizinerinnen und Medizinern verglichen, die in der langjährigen Tradition der Schulärzte stehen und ihre Tätigkeit als Mitglieder öffentlicher Gesundheitsdienste seit den 1980er Jahren um schulische Gesundheitsförderungsaspekte ergänzt haben.

Die interessierenden Hintergrundüberzeugungen werden konzeptuell als Deutungsmuster aufgefasst. Das empirische Material, auf das zurückgegriffen wird, sind nicht-standardisierte Interviews, die in Deutschschweizer Städten mit VolksschullehrerInnen und mit schulisch engagierten MedizinerInnen geführt worden sind. Mittels Sequenzanalyse im Sinn der Objektiven Hermeneutik wurden die Deutungsmuster rekonstruiert und erste Resultate erarbeitet. Die Deutungen der Lehrkräfte lassen sich, vereinfacht gesagt, zwei Polen zuordnen: Während sich Gesundheitsförderung auf der einen Seite mit dem Anspruch auf gesellschafts- und schulstrukturelle Veränderung verbindet, gilt die Aufmerksamkeit auf der anderen Seite primär der Herbeiführung, gesunder¹ Verhaltensweisen bei Schülerinnen und Schülern.

Auch bei den MedizinerInnen findet sich am einen Pol der Anspruch auf gesellschaftsstrukturelle Veränderung; am anderen jedoch stehen fast klassische pädiatrisch-kurative Anliegen, die mit der Erzeugung ‚gesunder‘ Verhaltensweisen so gut wie nichts gemeinsam haben. Von den MedizinerInnen wird dabei in selbstbewusstem Stil auf etablierte kurative oder Public health-bezogene, nicht zuletzt ‚Ottawa-nahe‘ Diskurse rekurriert, währenddem bei Lehrkräften solche Bezüge unausgesprochen bleiben. Diese Ergebnisse, insbesondere die große Spannweite unterschiedlichster Deutungen von Gesundheitsförderung, werden im Referat berufssoziologisch kommentiert.

Paper

WeTakeCare - ein Projekt zur Entwicklung eines Programms zur Gesundheitsförderung und -edukation von Personen ab 50 Jahren

*Ursula Meidert¹, Heidrun Becker¹, Silke Neumann¹, Rakel
Poveda Puente², Ricard Barberà Guillem²*

¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Schweiz;

²Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV)

Hintergrund der Studie

Ältere Personen haben oft Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Zu diesen gehören z.B. sich waschen und anziehen, Essen zubereiten, sich fortbewegen. Einschränkungen in den ADLs führen dazu, dass Betroffene sich immer weniger selbst versorgen können und zunehmend von Hilfe abhängig werden. Damit geht das Risiko einher, dass sie weitere Fähigkeiten und Autonomie verlieren. Gleichzeitig wünschen sich Betreuungsbedürftige meist, in ihrem gewohn-

ten Zuhause verbleiben zu können und dort versorgt und unterstützt zu werden. Angehörige leisten dabei einen Großteil der Betreuung und Versorgung. Diese sind jedoch oft mehrfach belastet durch Berufstätigkeit, Familie und Kinder und stoßen daher nicht selten an Grenzen. Es ist daher wichtig, dass ältere Menschen trotz erster körperlicher Einschränkungen ADLs möglichst selbstständig ausführen können, um ihre Unabhängigkeit solange wie möglich aufrecht zu erhalten.

Ziele der Studie

Ziel der Studie ist es, ältere Menschen durch Gesundheitsförderung und -edukation zu befähigen, ihre Selbstständigkeit im Alltag möglichst lange zu erhalten. Dazu wird ein IT-gestütztes Übungs- und Informationsprogramm entwickelt. Das interaktive und multimodale Softwareprogramm soll funktional, intuitiv und motivierend sein, die Module individuell an die körperlichen Anforderungen anpassbar und auf herkömmlichen Geräten wie Fernseher oder PC mit Microsoft Kinect bedient werden können. Dabei werden nebst Übungen der ADL auch Hilfsmittel und Kompensationsstrategien gezeigt, so dass Personen mit Einschränkungen möglichst gut und selbständig im Alltag zurecht kommen. Gleichzeitig werden pflegende Angehörige ebenfalls darin unterstützt, ihre eigene Gesundheit

zu erhalten, z.B. durch Informationen zu rückschonendem Pflegen, gesunder Alltagsgestaltung und effektiver Übungen zum Entspannen. Nach einer Einführung durch eine Fachperson wird das Üben mit geringer Unterstützung weitergeführt werden können.

Studiendesign und Methoden

WeTakeCare hat einen partizipativen nutzerzentrierten Ansatz. Die Vereinigung aktiver Senioren und Selbsthilfe-Organisationen Schweiz (VASOS) nimmt als Projektpartner an allen Schritten der Produktentwicklung teil. Eine Begleitgruppe aus Senioren/-innen, Ergotherapeutinnen, einer Pflegefachexpertin, einem Gerontologen, einem IT-Experten und einem Bewegungswissenschaftler berät die Projektgruppe. Ferner sind in Fokusgruppen und bei der Evaluation des Programms Senioren/-innen sowie pflegende Angehörige involviert. Mit diesem Ansatz soll sichergestellt werden, dass das Produkt tatsächlich den Bedürfnissen und Anforderungen der Zielgruppe entspricht.

Das Projekt besteht aus mehreren Phasen:

1. Feststellen der Nutzerbedürfnisse und Anwendungsvoraussetzungen durch eine Literaturrecherche, Datenanalyse verschiedener gesundheitsbezogener Datensätze, sechs Fokusgruppeninterviews mit Senioren/-innen, Angehörigen und Experten/-innen in der Schweiz und Spanien.
2. Entwickeln von Übungen und deren technische Umsetzung sowie Zusammenstellen von Informationen, Hilfsmitteln und Kompensationsstrategien.
3. Testen der Anwendung bei je 20 Anwenderpaaren (Senioren/-innen und deren Angehörige) auf Praktikabilität, Akzeptanz und Wirksamkeit. Anpassungen des Produkts.
4. Erstellen eines Prototyps und Vermarktungskonzepts.

Ergebnisse und Diskussion

Die Literaturrecherche, Datenanalyse und Fokusgruppen-Interviews haben gezeigt, dass Personen über 50 vor allem bei folgende ADLs Einschränkungen erleben: Gehen, Treppen steigen, Aufstehen, Einkaufen und anstrengende Hausarbeit.

Die Fokusgruppen-Interviews haben zudem ergeben, dass das gemeinsame Üben mit dem/der Partner/in oder in Gruppen den befragten Senioren/-innen besonders wichtig ist. Angehörige erhoffen sich Entlastung durch Information, Fitnessübungen, Austausch und Entspannung.

Zurzeit werden die einzelnen Übungselemente entwickelt und erste Programmierungen durchgeführt.

Paper

Health Literacy für Menschen mit Lese- und Lernschwierigkeiten

Walburga Fröhlich¹, Kerstin Matausch²

¹ capito Graz / atempo GmbH

² capito Linz / Verein KI-I

Einleitung

Wie einfach in Wortwahl, Grammatik und Textaufbau müssen Informationen eigentlich sein, damit sie von einem Großteil der Bevölkerung verstanden werden? Die erste umfassende Studie im deutschsprachigen Raum zur Literalität in den unteren Sprachniveaus zeigt deutlich, dass mehr als 40% der erwerbsfähigen Bevölkerung Deutschlands herkömmliche Informationstexte nicht lesen und verstehen können (Grotlückschen et al., 2011). Das bedeutet, fast die Hälfte der Erwachsenen kann weniger gut lesen, als von einer Schulabgängerin oder Schulabgänger als Mindestmaß erwartet wird.

Ausmaß und Folgen von Leseschwierigkeiten

Die in der Einleitung genannte empirische Studie mit mehr als 8.000 Probandinnen und Probanden zwischen 15 und 64 Jahren unterscheidet nach durchgeführten Kompetenztests in einem zweistufigen Verfahren zwischen Analphabeten (0,6%) funktionalen Analphabeten (13,9%) und weiteren 25,9% an Personen, die maximal kurze Texte, aber auch diese nicht fehlerfrei lesen und verstehen können. Die verfügbaren Ergebnisse aus aktuellen PIAAC (OECD 2011) und PISA (BIEF 2012) Studien zeichnen für Österreich ein ähnliches Bild. Leseschwierigkeiten betreffen nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund; die Studienergebnisse der LEO Studie zeigen, dass 80% der betroffenen Menschen Deutsch als Muttersprache haben.

Leseschwierigkeiten haben aber enorme Auswirkungen auf die soziale Lage und Gesundheit der betroffenen Menschen. Analphabeten und funktionale Analphabeten fühlen sich weniger gesund als Menschen, die gut lesen können, sie werden häufiger depressiv, besuchen seltener den Hausarzt und haben ein sechsmal höheres Risiko für einen Herzinfarkt (Groot et al., 2006).

Health Literacy, die nicht nur den gut gebildeten Teil der Bevölkerung erreichen will, muss sich vermehrt mit Informationsbarrieren auseinandersetzen, die schon allein dadurch entstehen, dass ihr Textniveau nicht den Möglichkeiten und Kompetenzen eines großen Teils der Zielgruppe entspricht.

Informationsbarrieren abbauen

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit verschiedenen Zugängen zum Thema „Abbau von Informationsbarrieren“ aus Sicht der Behindertenpädagogik, der Human Rights, der Sprachwissenschaften und Gesundheitswissenschaften. Es werden Konzepte und Methoden für barrierefreie Information (Leichte Sprache, Leicht Lesen, Easy to read) im europäischen Raum vor- und einander gegenüber gestellt, sowie praktische Anschauungsbeispiele gezeigt.

Speziell im Umfeld der Diskussionen um Inklusion und Diversity in der Gesellschaft entstanden Konzepte, deren Basis in der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO (World Health Organization) zu finden ist. Der Mehrwert dieser Konzepte besteht darin, dass Behinderung nicht als individuelles Merkmal gesehen wird, sondern als das Ergebnis individueller/körperlicher Ausstattung und Einwirkung sozialer Bedingungen. Die Bedingungen der

Umwelt (Barrieren) sind entscheidend dafür, ob ein Mensch „funktionieren“ kann, oder ob er dabei eingeschränkt, eben behindert wird.

Der Beitrag zeigt auf, wie Informationsbarrieren konkret entstehen und wie sie zu Behinderung von Menschen im Sinne der ICF führen, sowie welche Folgen dies für die Betroffenen hat. Neben Verständnisbarrieren spielt auch die Auswahl der Informationsmedien eine große Rolle. Hier geht der Beitrag auf die Vor- und Nachteile verschiedener Medien (print, video, audio, digitale Informationsträger) ein und zeigt auf, wie diese barrierefrei für möglichst viele Zielgruppen zugänglich sein können.

Nach diesem Überblick über aktuelle methodische Zugänge und Praxisbeispiele für den Abbau von Informationsbarrieren wird diskutiert, inwiefern diese eine Hilfestellung für die praktische Umsetzung von Health Literacy sein können.

Literaturverzeichnis

Grotlüschen, A., Riekmann, W. (2012). *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der leo. - Level One Studie.* (Hrsg.) Münster: Waxmann Verlag.

Grotlüschen, A., Riekmann, W. (2011). *leo. - Level One Studie.* Presseheft. Hamburg: Universität Hamburg

Groot, W., Maassen, H. (2006). *Stil vermogen, een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam

Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., (2012). *Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey – Europe.* Jour fixe – Vortragsreihe des LBIHPR. Wien: LBIHPR, 18. Jänner 2012.

Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., (2012). *Gesundheitskompetenz in Österreich im internationalen Vergleich* , Pressekonferenz. LBIHPR. Wien, 14.August 2012.

Internetquellen:

OECD, (2012). *PIAAC Programme for the International Assessment of Adult Competencies*, durchgeführt von der Statistik Austria.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/piaac/index.html 01.07.2014

OECD, (2012). *PISA Programme for International Student Assessment* , durchgeführt von bifie Bundesinstitut Bildungsforschung, Innovation und Entwicklung
https://www.bifie.at/system/files/dl/pisa12_zusammenfassung_ergebnisse_2013-12-03.pdf 01.07.2014 und
<https://www.bifie.at/node/2457> 01.07.2014

WHO, (2001). *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*
<http://www.who.int/classifications/icf/en/> 01.07.2014

Paper

Das Rauchfrei Telefon – Die Möglichkeiten von Quitlines auf die Reduktion der gesellschaftlichen Rauchprävalenz und auf das individuelle Rauchverhalten

Melanie Stulik, Sophie Meingassner

Rauchfrei Telefon, NÖGKK, Österreich

Telefonische Angebote zur Tabakentwöhnung (Quitlines) haben sich international seit den 1990er Jahren, ausgehend von Kalifornien, als wichtiger Bestandteil nationaler Tabakkontrollprogramme etabliert. Durch ihre Effizienz haben sich Quitlines als optimales Medium zur Tabakentwöhnung bewährt. Von der WHO werden Quitlines, die Pharmakotherapie und die ärztliche Empfehlung zum Rauchstopp als jene drei Maßnahmen empfohlen, die allen Raucherinnen und Rauchern zur Verfügung stehen sollen. Der Stellenwert von Quitlines ist nicht nur für die individuelle Beratung und Information von Raucherinnen und Rauchern zur Änderung ihres

Rauchverhaltens, sowie zur Rückfallprophylaxe von Exraucherinnen und Exrauchern hoch. Auch für die Reduktion der Rauchprävalenz in der Bevölkerung ist die Existenz einer Quitline relevant.

Drei Aspekte spielen dabei eine Rolle:

- die Erhöhung der Rauchstoppversuche
- die Förderung der Inanspruchnahme von Entwöhnangeboten
- die Steigerung der Wirksamkeit von Entwöhnangeboten

Quitlines tragen zu jedem dieser drei Aspekte bei. Zusätzlich bewirkt die Bewerbung einer Quitline eine Erhöhung der Rauchstoppversuche in der Bevölkerung, auch wenn das Angebot nicht direkt in Anspruch genommen wird.

Das Rauchfrei Telefon

Das Rauchfrei Telefon ist die nationale kostenfreie Quitline für Österreich, die jährlich von rund 2.300 Personen genutzt wird. Das Beratungsteam, bestehend aus Klinischen und Gesundheitspsychologinnen mit Ausbildung in der Tabakentwöhnung, führt rund 3.400 Beratungs- und Informationsgespräche pro

Jahr. Die zugehörige Homepage www.rauchfrei.at ist mit rund 21.000 Besucherinnen und Besuchern gut frequentiert.

Das Rauchfrei Telefon ist eine Initiative der Sozialversicherungsträger, der Länder und des Bundesministeriums für Gesundheit, welche 2006 noch unter dem Namen Rauchertelefon gegründet wurde. Das Rauchfrei Telefon bietet kostenfreie Entwöhnung, Beratung und Information am Telefon. Unter der Nummer 0800 810 013 ist Montag bis Freitag von 10 bis 18 Uhr ein Team von Klinischen und Gesundheitspsychologinnen verfügbar, das in der Tabakentwöhnung spezialisiert ist und rund um das Thema Rauchstopp berät und informiert. Für die weiterführende Beratung und Begleitung in die Rauchfreiheit werden rund 7 Gesprächstermine angeboten. Umfassende Informationen werden auf www.rauchfrei.at zur Verfügung gestellt. Informationsmaterialien können angefordert und kostenfrei zugeschickt werden.

Fax to Quit

Eine besondere Möglichkeit der Kooperation mit dem Rauchfrei Telefon ist die Fax Zuweisung von Klientinnen und Klienten, die aufhören wollen oder schon rauchfrei sind. Per Fax erfolgt die Anmeldung für die Beratung durchs Rauchfrei Telefon.

AutorInnen-Index

- Alexander Riegler, 188, 194, 199
Almut Bachinger, 90
Alois Holzer, 108
Andrea Stitzel, 205
Andreas Klambauer, 214
Angelika Mitterbacher, 100, 176
Anita Kiselka, 95
Ankica Sikic-Fleischhacker, 64
Anna Auer, 123
Änne-Dörte Latteck, 48
Arno Georg, 55
- Beate Gfrerer, 113
- Cathrin Gabler, 210
Cornelia Geukes, 48
- Daniela Grach, 123
Diana Sahrai, 165
Dietmar Lengauer, 59
Dirk Wiedenhöfer, 143
Dominique Vogt, 131
Doris Gebhard, 100, 176
Doris Kazianka-Diensthuber, 119
- Elena Fluch, 100
Elisa Schormüller, 210
Elisabeth Fattinger, 123
Erentraud Weiser, 90
Eva Mir, 100, 176
Eva Trettler, 81
- Eva-Maria Bitzer, 165
- Faime Alpagu, 64
Florian Röthlin, 134
Franziska Krüger, 55
Franziska Parpan, 40
Franziska Schläppy-Muntwyler, 40
Friedrich Schorb, 25
- Georg Newesely, 108
Gerlinde Mauerer, 37
Gloria Sagmeister, 113
Gottfried Webernig, 100
- Heidrun Becker, 220
Helmut Chlebececk, 214
Hilde Wolf, 81
- Ingeborg Stelzer, 194, 199
- Jane Wills, 24
Jessica Pehlke-Milde, 40
Johanna Bristle, 160
Johanna Muckenhuber, 21
Julia Dahlvik, 64
Julie Page, 181
Jürgen M. Pelikan, 29, 64, 134
- Karl Krajic, 85, 156
Katharina Oleksiw, 205
Katharina Resch, 185
Kathrin Hofer, 90
Katrin Binder, 113

Kerstin Guhlemann, 55
 Kerstin Matausch, 225
 Klaus Wegleitner, 69
 Kriemhild Leitner, 205
 Kristin Ganahl, 134
 Kristine Sørensen, 23

 Liane Hanifl, 90

 Maria A. Marchwacka, 44
 Mario Bokalič, 100
 Martin Cichocki, 85, 156
 Martin Sprenger, 151
 Melanie Messer, 131
 Melanie Stulik, 231
Michael Tetzer, 27
 Michaela Strapatsas, 188

 Nicole Jakob, 151

 Olaf Katenkamp, 55

 Pablo Zamora, 165
 Patrick Schuchter, 69
 Paulo Pinheiro, 165
 Peter J. Schulz, 127
 Peter Nowak, 105
 Philipp Köppen, 137
 Philipp Mayring, 113

 Rakel Poveda Puente, 220
 Regina Klein, 205

 Ricard Barberà Guillem, 220

 Sarah Mantwill, 127
 Silke Neumann, 220
 Silke Volkhardt, 74
 Simone Suter, 217
 Skaiste Riegler, 194, 199
 Sophie Meingassner, 214, 231
 Susanne Jordan, 165

 Tanja Macheiner, 194, 199
 Thomas E. Dorner, 137
 Thomas Fenzl, 113
 Thomas Schübel, 169

 Ulla Sladek, 81
 Ullrich Bauer, 165
 Ulrich Frick, 143
 Ursula Meidert, 220
 Ursula Streckeisen, 217
 Uwe H. Bittlingmayer, 165

 Verena Bieh1, 181
 Viktoria Quehenberger, 85, 156

 Walburga Fröhlich, 225
 Wolfgang Reitberger, 214
 Wolfgang Spreicer, 214
 Wolfgang Wiedermann, 143

 Yvonne Meyer, 40