

Masterarbeit

**Die organisationale Gesundheitskompetenz in den
Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark**

Eine quantitative Erhebung mittels
«The health literate health care organization 10 item questionnaire»
(HLHO-10)

eingereicht von

Daniel Wolfgang Pichlbauer, BSc MSc

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)**

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Franziska Großschädl, BSc MSc

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann

Graz, 21. Juli 2021

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 21. Juli 2021

Daniel Wolfgang Pichlbauer, BSc MSc eh.

Danksagung

Ein besonderer Dank geht an Frau *Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Franziska Großschädl, BSc MSc* und an Frau *Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann* vom Institut für Pflegewissenschaft für die Betreuung und Unterstützung dieser Arbeit. Danke für die wertvollen Anregungen und für die konstruktive Kritik.

Ebenso möchte ich mich bei der Hausleitung der «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» für die Möglichkeit der Erhebung und die dafür zur Verfügung gestellten Ressourcen bedanken. Außerdem gilt mein Dank den Leitungspersonen der Wohngruppen und Tageswerkstätten sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die an der Erhebung teilgenommen haben.

Vielen Dank an meine Familie und an meine Freunde für den starken Rückhalt und für das stets offene Ohr während der gesamten Studienzeit.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	vii
Glossar	viii
Abbildungsverzeichnis.....	ix
Tabellenverzeichnis.....	x
Zusammenfassung.....	xi
Abstract.....	xii
1 Einleitung.....	1
1.1 Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz.....	1
1.1.1 Gesundheitskompetenz (Health Literacy).....	1
1.1.2 Umfangreiches und wachsendes Informationsangebot	2
1.1.3 Anstieg der Lebenserwartung	3
1.1.4 Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.....	3
1.1.5 Veränderte Rolle von Patientinnen und Patienten	4
1.1.6 Konsequenzen von geringer Gesundheitskompetenz	5
1.1.7 Empirische Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz	6
1.2 Die Bedeutung der organisationalen Gesundheitskompetenz.....	7
1.2.1 Die gesundheitskompetente (Gesundheits-) Organisation	11
1.3 Vergleichsstudien und Neuigkeitswert.....	13
1.4 Zielsetzung und Forschungsfragen	14
2 Methode und Material	15
2.1 Forschungsansatz und Design.....	15
2.2 Setting	15
2.3 Population	16
2.4 Rekrutierung und Datenerhebung	17
2.5 Erhebungsinstrument: «HLHO-10»	17
2.5.1 Betrachtung ausgewählter soziodemografischer Merkmale	21
2.5.2 Pretest	22
2.6 Ethische Überlegungen	22
2.7 Datenaufbereitung und Analyse	23

3	Ergebnisse.....	26
3.1	Beschreibung der Stichprobe.....	26
3.2	Die organisationale Gesundheitskompetenz.....	27
3.2.1	Führung (Q01).....	28
3.2.1.1	Einschätzung (gesamt).....	28
3.2.1.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	28
3.2.2	Integration (Q02).....	30
3.2.2.1	Einschätzung (gesamt).....	30
3.2.2.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	30
3.2.3	Einbezug der Zielgruppe (Q03).....	32
3.2.3.1	Einschätzung (gesamt).....	32
3.2.3.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	32
3.2.4	Gesundheitskompetenz-Niveau (Q04).....	34
3.2.4.1	Einschätzung (gesamt).....	34
3.2.4.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	34
3.2.5	Kommunikationsstandards (Q05)	36
3.2.5.1	Einschätzung (gesamt).....	36
3.2.5.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	36
3.2.6	Zugang/Navigation (Q06)	38
3.2.6.1	Einschätzung (gesamt).....	38
3.2.6.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	38
3.2.7	Medienvielfalt (Q07).....	40
3.2.7.1	Einschätzung (gesamt).....	40
3.2.7.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	40
3.2.8	Informationen über Risikosituationen – Hohes Risiko (Q08)	42
3.2.8.1	Einschätzung (gesamt).....	42
3.2.8.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	42
3.2.9	Kosten (Q09)	44
3.2.9.1	Einschätzung (gesamt).....	44
3.2.9.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	44
3.2.10	Belegschaft (Q10).....	46
3.2.10.1	Einschätzung (gesamt)	46
3.2.10.2	Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodem. Merkmalen	46

4	Diskussion	48
4.1	Stärken und Limitationen.....	56
4.2	Implikationen für weitere Forschung.....	58
4.3	Implikationen für Praxis	60
4.4	Schlussfolgerung.....	64
5	Literaturverzeichnis.....	65
6	Anhang	i
6.1	Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz.....	i
6.2	Fragebogen	ii
6.3	HLHO-10: Prozentwerte aller Antwortkategorien	vii

Abkürzungen

%	Prozent
&	und
=	ist gleich
§	Paragraph
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
et al.	et alii, et aliae, et alia (und andere)
etc.	et cetera
HLHO-10	Health literate health care organization 10 item questionnaire
Hrsg.	Herausgeberin/Herausgeber
MD	Median
N	Population
n	Stichprobengröße
Nr.	Nummer
p	p-Wert
p.	page
pp.	pages
Q	Question
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
vol.	Volume
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

Glossar

Item: eine einzelne Frage oder eine einzelne Aussage innerhalb eines Instruments oder einer Skala (Polit & Beck 2017).

Likert-Skala: eine Skala, die aus mehreren Aussagen besteht, die alle dasselbe Merkmal messen und auf Ratingskalen hinsichtlich des Grades der Zustimmung einzuschätzen sind (Döring & Bortz 2016).

Median: der Punkt, über bzw. unter dem 50% der Werte liegen (Polit & Beck 2017).

Population (N): die Gesamtmenge aller Untersuchungseinheiten (z.B. Personen, Verhaltensweisen, Objekte), über die im Rahmen einer quantitativen empirischen Studie wissenschaftliche Aussagen getroffen werden sollen (Döring & Bortz 2016).

p-Wert (p): beim statistischen Testen die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse auf einem Zufall beruhen; Wahrscheinlichkeit eines Typ-1-Fehlers (Polit & Beck 2017).

Querschnittstudie: Eine Stichprobe wird zu einem Zeitpunkt untersucht (Döring & Bortz 2016).

Signifikanz (statistisch): ein Begriff, der darauf hinweist, dass die Ergebnisse aus einer Analyse von Stichprobendaten auf einem bestimmten Wahrscheinlichkeitsniveau wahrscheinlich nicht durch Zufall verursacht wurden (Polit & Beck 2017).

Standardabweichung (SD): die am häufigsten verwendete Statistik zur Messung des Variabilitätsgrades in einer Reihe von Werten (Polit & Beck 2017).

Stichprobengröße (n): die Anzahl der Personen, die an einer Studie teilnehmen (Polit & Beck 2017).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept.....	8
Abbildung 2: Einschätzung «Führung» gesamt.....	28
Abbildung 3: Einschätzung «Integration» gesamt.....	30
Abbildung 4: Einschätzung «Einbezug der Zielgruppe» gesamt.....	32
Abbildung 5: Einschätzung «Gesundheitskompetenz-Niveau» gesamt.....	34
Abbildung 6: Einschätzung «Kommunikationsstandards» gesamt.....	36
Abbildung 7: Einschätzung «Zugang/Navigation» gesamt.....	38
Abbildung 8: Einschätzung «Medienvielfalt» gesamt.....	40
Abbildung 9: Einschätzung «Informationen über Risikosituationen» gesamt.....	42
Abbildung 10: Einschätzung «Kosten» gesamt.....	44
Abbildung 11: Einschätzung «Belegschaft» gesamt.....	46
Abbildung 12: Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz.....	i

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formulierung der Items des Instruments «HLHO-10»	20
Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe	26
Tabelle 3: Einschätzung «Führung» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	29
Tabelle 4: Einschätzung «Integration» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	31
Tabelle 5: Einschätzung «Einbezug der Zielgruppe» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	33
Tabelle 6: Einschätzung «Gesundheitskompetenz-Niveau» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	35
Tabelle 7: Einschätzung «Kommunikationsstandards» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	37
Tabelle 8: Einschätzung «Zugang/Navigation» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	39
Tabelle 9: Einschätzung «Medienvielfalt» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	41
Tabelle 10: Einschätzung «Informationen über Risikosituationen» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen	43
Tabelle 11: Einschätzung «Kosten» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	45
Tabelle 12: Einschätzung «Belegschaft» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen.....	47
Tabelle 13: Prozentsätze aller Antwortkategorien	vii

Zusammenfassung

Hintergrund: Eine gesundheitskompetente Organisation erleichtert es Menschen, Informationen und Dienstleistungen zu navigieren, zu verstehen und zu verwenden, um auf ihre Gesundheit zu achten. Für Österreich ist bisher noch keine Forschungsarbeit zur Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen bekannt. Ziel dieser Arbeit war es, erstmals Informationen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in einer solchen Einrichtung zu erheben und abzubilden. Dabei wurden die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation von Brach et al. (2012) einbezogen. Ebenso wurde untersucht, ob und wie sich die Einschätzung unterschiedlicher Berufsgruppen sowie ausgewählter soziodemografischer Merkmale unterscheidet. **Methode:** In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» wurden im Rahmen einer Querschnittstudie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen befragt, in welchem Maße die Einrichtung die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und fördert. Dabei wurde eine Online-Befragung mit dem deutschsprachigen Instrument «The health literate health care organization 10 item questionnaire», kurz «HLHO-10» durchgeführt. Deskriptive und inferenzstatistische Analysen erfolgten mit der Software «IBM SPSS». **Ergebnisse:** Die Rücklaufquote betrug 19,6% (n=135). Die Erhebung hat gezeigt, dass die organisationale Gesundheitskompetenz mit einer Gesamtantwort von 5,5 auf einer siebenstufigen Likert-Skala relativ hoch ist und dass bereits in vielen Bereichen der Begleitung und Betreuung die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und gefördert wird. Besonders auf die Merkmale «Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie Navigation», «Kommunikationsstandards» und «Führung» trifft dies zu. Demgegenüber weisen die Merkmale «Kosten» und «Einbeziehung der Zielgruppen» ein Optimierungspotenzial auf. Insgesamt zeigte die Einschätzung hinsichtlich der befragten Berufsgruppen und der soziodemografischen Merkmale nur geringfügige, dabei meist statistisch nicht signifikante Unterschiede. **Schlussfolgerung:** In den «Lebenswelten Steiermark» werden bereits viele Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz umgesetzt. Allerdings lässt sich aus der Befragung ableiten, dass die Abdeckung bzw. Finanzierung unterschiedlicher Leistungen noch deutlicher an Betroffene kommuniziert werden sollte. Ebenso gilt es, die Zielgruppen in Gesundheitskompetenz-Strategien noch stärker einzubeziehen und zu beteiligen.

Abstract

Background: A health literate organization enables people to easily access and navigate its information and services, to understand and use them, in order to take care of their own health. No research activity about health literacy in facilities for people with impairments is known to have been carried out in Austria so far. The aim of this thesis was to gather information about organizational health literacy in a facility of this kind and to map it out using Brach et al.'s (2012) ten attributes of a health literate health care organization. The research also analysed whether - and in what way - the perception of different professional and sociodemographic groups changed. **Methods:** Healthcare and social care professionals in the facility «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» (in the Austrian region of Styria) were asked within a cross-sectional study to report to which degree the facility takes account and promotes the health literacy of its residents. An online survey was carried out using the German-language instrument «The health literate health care organization 10 item questionnaire» (HLHO-10). This was followed by descriptive and inferential statistical analysis through the use of the «IBM SPSS» software. **Results:** The response rate was 19,6% (n=135). The survey showed that the organizational health literacy is relatively high, with an overall score of 5,5 on a seven point-Likert scale and that the health literacy of the residents is already being acknowledged and promoted, especially with regard to the criteria «access to health information and services and navigation», «communication standards» and «leadership». On the other hand, the criteria «costs» and «target group involvement» showed significant potential for improvement. The overall evaluation of the interviewed professional and sociodemographic groups revealed mostly minor and statistically insignificant differences. **Conclusions:** In the facility «Lebenswelten Steiermark», several measures to promote health literacy are already being taken. However, the survey revealed that the coverage/financing of different services should be communicated in a clearer way to the involved persons. Furthermore, it revealed a higher need for involvement and participation of the target groups in the health literacy strategies.

1 Einleitung

1.1 Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz

Die Fähigkeiten des Einzelnen im täglichen Leben (selbstbestimmt) Entscheidungen zu treffen, zu kommunizieren und umzusetzen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, auf dem Markt, am Arbeitsplatz, in der Politik, im Gesundheitssystem oder auch in der Gesellschaft ganz allgemein – werden als «Gesundheitskompetenz» bezeichnet (Dodson et al. 2015; Kickbusch & Hartung 2014), international ist von «Health Literacy» die Rede. «Health Literacy» bedeutet wörtlich «auf die Gesundheit bezogene Literalität». Damit sind grundlegende Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten gemeint, die Menschen benötigen, damit sie Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen können (Schaeffer et al. 2020; Kickbusch & Hartung 2014).

In der Wissenschaft hat sich nach Schaeffer et al. (2020) mittlerweile das Verständnis von Gesundheitskompetenz mehrfach weiterentwickelt. Heute wird mit dem Begriff generell die Fähigkeit zum richtigen Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen bezeichnet.

1.1.1 Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

Auf Basis des systematischen Reviews von Sørensen et al. (2012), in dem 17 Definitionen und 12 Modelle zur Gesundheitskompetenz identifiziert wurden, wurde im Projekt des Europe-Health Literacy Survey (HLS-EU) folgende umfassende Definition von Gesundheitskompetenz definiert:

Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.

(Sørensen et al. 2012, p. 3)

Die Definition der Gesundheitskompetenz von Sørensen et al. (2012) basiert auf einem konzeptuellen Modell (**Anhang; Abbildung 12**). Kernstück des Modells bilden vier Kompetenzen einer Person, die zur Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen erforderlich sind, nämlich **Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen kritisch beurteilen** und **Informationen anwenden**. Dieser Informationsprozess generiert Wissen und Fähigkeiten, die es einer Person ermöglichen, durch die Bereiche **Krankheitsbewältigung/-behandlung, Krankheitsprävention** und **Gesundheitsförderung** zu navigieren.

Nach Schaeffer et al. (2018) führen eine Reihe von unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklungen dazu, dass die Gesundheitskompetenz zunehmend an Bedeutung gewinnt. Einige dieser gesellschaftlichen Entwicklungen und Herausforderungen werden nachfolgend kurz beschrieben.

1.1.2 Umfangreiches und wachsendes Informationsangebot

Die Gesundheitsgesellschaft¹ charakterisiert sich unter anderem durch eine immer größer werdende Informationsflut über Gesundheit. Werbungen für ein Produkt oder für eine Dienstleistung im Zusammenhang mit Gesundheit lassen sich in unterschiedlichen Medien finden. Im Supermarkt wird eine Vielzahl von Nahrungsmitteln angeboten, die einen speziellen gesundheitlichen Nutzen versprechen. Am Kiosk lassen sich zahlreiche Magazine finden, in denen es vorwiegend um Gesundheit geht. Auch Fernsehen und Hörfunk verbreiten häufig Informationen über Gesundheit und klären ihre Zuseherinnen und Zuseher bzw. ihre Hörerinnen und Hörer über Gesundheitsthemen auf. Über Internet, Apps und soziale Medien sind Gesundheitsinformationen sowieso jederzeit zugänglich (Kickbusch & Hartung 2014). Speziell durch die Digitalisierung steht wie nie zuvor ein breites Spektrum an Gesundheits- und Krankheitsinformationen an frei zugänglichen Kanälen, Quellen und Foren zur Verfügung (Schaeffer et al. 2018; Schaeffer & Pelikan 2017a).

¹ Der Begriff «Gesundheitsgesellschaft» wurde von Ilona Kickbusch gewählt und beschreibt die Bedeutung, die die Gesundheit in der modernen Gesellschaft und für jede einzelne Person hat. Diese Bedeutung für Gesundheit ergibt sich wiederum aus der Dynamik, die durch Interaktion von Demografie, Ökonomie, Globalisierung, Individualisierung, einer immer leistungsfähigeren Medizin und neuen technologischen Möglichkeiten ausgelöst wird (Kickbusch & Hartung 2014).

Die Vielfalt an Information und das große Angebot gesundheitsfördernder Produkte und Dienstleistungen sind eine positive Entwicklung für den Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden. Allerdings besteht die Gefahr für Personen, die nicht das nötige Wissen und Informationsverhalten oder keine hohen kritischen Urteilsfähigkeiten besitzen, sich in dieser Flut an Informationen, Produkten und Dienstleistungen zu verlieren. Hier besteht das Risiko, sich in Widersprüche zu verfangen und in der Konsequenz darauf negativ und abweisend zu reagieren. Darüber hinaus sind viele Informationen schwer verständlich oder sogar qualitativ fragwürdig. Auch die Verbreitung von Fehl- und Falschinformationen in den Medien hat nach Schaeffer et al. (2018) zugenommen, wie beispielsweise die Propagierung nicht evidenzbasierter Therapieoptionen. Die Gesundheitsgesellschaft erfordert also einen geübten und kritischen Umgang mit den Quellen und Angaben von Gesundheitsinformationen. Wenn die Gesundheitsgesellschaft aktive und kritische Bürgerinnen und Bürger, Konsumentinnen und Konsumenten sowie Patientinnen und Patienten braucht, dann müssen diese Personen ein entsprechendes Maß an Gesundheitskompetenz besitzen (Schaeffer et al. 2018; Kickbusch & Hartung 2014)

1.1.3 Anstieg der Lebenserwartung

Auch der demografische Wandel hat zur Folge, dass Gesundheitskompetenz und solide Fähigkeiten im Umgang mit Information immer bedeutsamer werden. Durch den demografischen Wandel ist die Lebenserwartung der Bevölkerung enorm gestiegen. Nach Haveman & Stöppler (2014) sind auch Menschen mit geistiger Behinderung bzw. intellektueller Beeinträchtigung gleichermaßen positiv betroffen. Die Menschen leben länger und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist größer geworden und wird weiter zunehmen. Zugleich wächst damit der Wunsch und die Herausforderung, die gewonnenen Jahre möglichst gesund und beschwerdefrei zu verbringen (Schaeffer et al. 2018; Schaeffer & Pelikan 2017a).

1.1.4 Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Chronische Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck, Allergien oder Diabetes, dauerhafte Funktionseinschränkungen und in der Folge Pflegebedürftigkeit nehmen zu. Immer mehr Menschen müssen dauerhaft mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben (Schaeffer et al. 2020; Schaeffer et al. 2018). Speziell Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger von

psychischen oder körperlichen Erkrankungen betroffen (Sappok et al. 2021; Haveman & Stöppler 2014). Durch den medizinisch-pharmakologischen Fortschritt ist auch bei vielen (chronischen) Krankheiten ein Gewinn an Lebenszeit zu verzeichnen. Allerdings verläuft diese Lebenszeit nicht zwingend beschwerdefrei. Betroffene Personen und ihr soziales Umfeld können mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden. Beispielsweise wenn sich unerwartet der Gesundheitszustand verschlechtert. Um diesen Anforderungen nachkommen zu können und mit chronischer Beeinträchtigung und/oder Pflegebedürftigkeit leben zu lernen, ist eine ausreichende Gesundheitskompetenz notwendig und unverzichtbar (Schaeffer et al. 2020; Schaeffer et al. 2018).

1.1.5 Veränderte Rolle von Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten, darunter natürlich auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, sind nicht mehr als passive Leistungsempfänger, sondern als aktiv Handelnde und Kooperationspartnerinnen und -partner zu betrachten (Sappok et al. 2021; Schaeffer et al. 2018; Schaeffer & Pelikan 2017a). Das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung («Shared Decision Making») zwischen betroffenen Personen und den Gesundheitsprofessionen entspricht modernen Anforderungen an die Verwirklichung der Teilhabe an Entscheidungen. Erst wenn Patientinnen und Patienten ausreichend über den Nutzen und möglichen Schaden einer Behandlung informiert sind, können sie abwägen und entscheiden, ob sie sich der Behandlung unterziehen oder nicht (Kickbusch & Hartung 2014). Um sich nicht alleine auf ihr Bauchgefühl oder Hörensagen verlassen zu müssen, sondern fundierte Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit fällen zu können, benötigen Patientinnen und Patienten zuverlässige Informationen und die Fähigkeit, diese zur Entscheidungsfindung nutzen zu können. Allerdings ist anzuführen, dass sich betroffene Personen oftmals in einer Ausnahmesituation bzw. einer verletzlichen Situation befinden und hier die Unterstützung anderer Personen benötigen, auch beim Umgang mit Information (Schaeffer et al. 2020). Insbesondere Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind hier oftmals auf ihre Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuer angewiesen (Haveman & Stöppler 2014). Überdies hinaus müssen Gesundheitsprofessionen selbst in der Lage sein, mit gesundheits- und pflege-relevanter Information kompetent umzugehen, damit sie Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz gezielt und adäquat informieren und beraten können.

Beispielsweise haben nach Schaeffer et al. (2020) Pflegepersonen in den unterschiedlichen Settings unter anderem die Aufgabe, sich Methoden anzueignen, um die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten einzuschätzen sowie Kommunikationstechniken einzuüben, um mit Personen mit geringer Gesundheitskompetenz etwa über präventive Maßnahmen zu sprechen und sie zu informieren. Darüber hinaus sollen Pflegepersonen gut verständliche und nutzerfreundliche Informationen zur Verfügung stellen. Generell haben sie für eine gesundheitskompetente Umgebung zu sorgen, die Orientierung fördert und die Informationsbeschaffung erleichtert.

1.1.6 Konsequenzen von geringer Gesundheitskompetenz

Es ist evident, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz Probleme und negative Folgen mit sich zieht (Schaeffer et al. 2021; Kickbusch & Hartung 2014; Pelikan et al. 2013b). Die Gesundheitskompetenz beeinflusst beispielsweise das Gesundheitsverhalten. Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz treffen allgemein schlechtere Gesundheitsentscheidungen (z.B. vermehrtes Rauchen, ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung), haben schlechtere Selbstmanagementfähigkeiten (z.B. inkorrekte Einnahme von Medikamenten) sowie eine geringere Compliance. Sie zeigen eine generell schlechtere körperliche und geistige Gesundheit (= schlechter Gesundheitszustand), schätzen den subjektiven Gesundheitsstatus schlechter ein, haben weniger Wissen über den eigenen Gesundheitszustand sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Darüber hinaus nehmen sie Präventionsangebote (z.B. Influenza-Impfung, Mammographie) weniger in Anspruch als Personen, die eine höhere Gesundheitskompetenz besitzen. Zudem zeigt sich, dass die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage am Arbeitsplatz bei Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz höher ist als bei Personen mit besserer Gesundheitskompetenz. Auch die Nutzung bzw. Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen wird von der Gesundheitskompetenz beeinflusst. Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz haben ein erhöhtes Risiko für Krankenhausaufenthalte und nutzen die Notfallversorgung/Notaufnahme häufiger. Überdies haben sie öfters Kontakte zu Haus- und Fachärztinnen und Fachärzten. Hier kommt das Problem hinzu, dass diese Personen oftmals Schwierigkeiten damit haben, den Erklärungen von Gesundheitsprofessionen zu folgen. Häufig werden das Gesagte und das Geschriebene nicht richtig verstanden. Ebenso fällt es Personen mit geringer

Gesundheitskompetenz schwer, sich qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen zu beschaffen, zu bewerten und anzuwenden. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft mit vielen negativen bzw. schlechten gesundheitlichen Ergebnissen verbunden ist und generell höhere Gesundheitskosten verursacht (Schaeffer et al. 2021; Schaeffer et al. 2018; Abrams et al. 2014; Kickbusch & Hartung 2014; Pelikan et al. 2013b; Sørensen et al. 2012; Berkman et al. 2012, Institute of Medicine Committee on Health Literacy 2012, Vernon et al. 2007 zit. in Abrams et al. 2014; World Health Communication Associates 2011).

1.1.7 Empirische Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz

International werden seit etlichen Jahren Erhebungen durchgeführt, um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu ermitteln. Zunächst in den USA, später auch in anderen Ländern wie z.B. in Kanada oder Australien. In Europa fanden diese Erhebungen erst mit Verzögerung statt. Durch den European Health Literacy Survey, kurz «HLS-EU» erhielt das Thema Gesundheitskompetenz in vielen europäischen Ländern besondere Aufmerksamkeit (Schaeffer et al. 2021). Dies gilt auch für Österreich. In der HLS-EU-Erhebung wurde von 2009 bis 2012 die individuelle Gesundheitskompetenz der Bevölkerung systematisch erhoben. Insgesamt haben acht europäische Mitgliedsstaaten² an der Studie teilgenommen. In Österreich wurde zum HLS-EU-Survey eine Zusatzerhebung in allen Bundesländern durchgeführt (HLS-EU Consortium 2012; Pelikan et al. 2013a; Sørensen et al. 2015). Die Ergebnisse dieser Erhebung haben gezeigt, dass die Gesundheitskompetenz in Österreich unter dem Durchschnitt aller acht europäischen Länder liegt. In Österreich weisen nur 11,2% der 1.764 Befragten eine exzellente umfassende Gesundheitskompetenz auf und 37,2% der österreichischen Bevölkerung verfügen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Im Vergleich mit den teilnehmenden Ländern liegt Österreich auf dem vorletzten Platz. Limitierte Gesundheitskompetenz (d.h. inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz) betrifft mit 51,6% die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung. Insgesamt ist jede zweite Österreicherin bzw. jeder zweite Österreicher von mangelnder Gesundheitskompetenz betroffen. Das Problem der limitierten Gesundheitskompetenz zeigt sich, wenn auch in

² Österreich, Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, die Niederlande, Polen und Spanien

unterschiedlicher Schärfe, in allen österreichischen Bundesländern, und ganz besonders in der Steiermark (Pelikan et al. 2013a; Pelikan et al. 2013b).

An dieser Stelle ist anzuführen, dass limitierte Gesundheitskompetenz nicht nur ausschließlich als Problem der Allgemeinbevölkerung, einer Bevölkerungsgruppe oder als Problem einer einzelnen Person zu sehen ist, sondern auch als Herausforderung an die Gestaltung des Gesundheitssystems und an die Kompetenz der jeweiligen (Gesundheits-) Organisationen und Gesundheitsdienstleister. Hier lassen sich die Bedeutung und die Forderung einer Umsetzung von gesundheitskompetenten Organisationen bzw. von organisationaler Gesundheitskompetenz in der Praxis ableiten.

1.2 Die Bedeutung der organisationalen Gesundheitskompetenz

Je nach Komplexität der Situation, in der eine gesundheitsrelevante Entscheidung zu treffen oder eine Aufgabe zu bewältigen ist, kann die gleiche persönliche und individuelle (Gesundheits-) Kompetenz einer Person gut bzw. ausreichend oder auch ungenügend sein. Einerseits können die persönlichen Kompetenzen durch Information, Beratung, Schulung und Coaching entwickelt werden, während es auf der systembezogenen Ebene darum geht, auffindbare, verständliche, bewertbare und für die Nutzerinnen und Nutzer möglichst leicht anwendbare Informationen anzubieten. Die situative Anforderung gilt es so zu gestalten, damit sie mit den persönlichen Fähigkeiten zu bewältigen sind (Pelikan & Dietscher 2015). Wie bereits das konzeptuelle Modell von Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. (2012) zeigt, haben umweltbezogene und situative Determinanten einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz einer Person. Ob Menschen mit ihren individuellen Fähigkeiten gesundheitskompetente Entscheidungen treffen können, hängt also auch von der Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen ab (Birgmann 2020).

Damit die Gesundheitskompetenz wirksam gefördert, gestärkt und verbessert werden kann, bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen und einer entsprechenden Anpassung und Entwicklung der jeweiligen Organisation und Organisationskultur (Schaeffer et al. 2020; ÖPGK 2019; Pelikan & Dietscher 2015; Abrams et al. 2014).

Gesundheitskompetenz ist als umfassendes und relationales Konzept zu verstehen. Nach Parker (2009) erreicht man Gesundheitskompetenz, indem die persönlichen und individuellen Kompetenzen bzw. Fähigkeiten mit den situativen Anforderungen und der Komplexität des Systems abgestimmt sind. Somit sind beide Faktoren als Zusammenspiel zu verstehen (**Abbildung 1**). Es gilt also einerseits Menschen zu unterstützen und andererseits Lebenswelten/Systeme zu gestalten (Nowak 2017).



Abbildung 1: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept nach Parker (2009)

Menschen verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in verschiedenen Organisationen, beispielsweise an ihrem Arbeits- oder Ausbildungsplatz, aber auch in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, wenn sie gesundheitliche Probleme haben oder Unterstützung benötigen. Aus diesem Grund erweisen sich diese Organisationen als geeignete und ideale Orte, um die Gesundheit und auch die Gesundheitskompetenz von Individuen positiv zu beeinflussen (ÖPGK 2019). Besonders hervorzuheben sind hier die Gesundheitseinrichtungen. Gesundheitskompetenz wird häufig im Zusammenhang mit der Behandlung und Betreuung von (chronisch) kranken und pflegebedürftigen Menschen thematisiert. Es ist bekannt, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz präventive Leistungen weniger in Anspruch nehmen und somit ein höheres Risiko einer Einweisung in ein Krankenhaus vorweisen. Gesundheitseinrichtungen haben mit Personen zu tun, die ein beeinträchtigtes Gesundheitskompetenzniveau verzeichnen und (Gesundheits-) Informationen besonders schwer verstehen (Pelikan & Dietscher 2015).

Gesundheitseinrichtungen besitzen meist komplexe Strukturen, haben oftmals mehrere Eingänge, die oftmals schlecht gekennzeichnet sind, stark frequentierte Flure, übereinander angeordnete Schilder und Hinweise mit fremden Ausdrücken aus der Medizin und der Pflege sowie viele verschiedene dort anzutreffende Gesundheitsberufe. Weiters lassen sich in den Gesundheitseinrichtungen auch oft mit Fachbegriffen versehene Formulare, Aufklärungs- und Informationsbögen finden,

mit denen beispielsweise der Gesundheitszustand erhoben oder mit denen die Einwilligung für bestimmte Eingriffe eingeholt wird. Generell lassen sich im Gesundheitssektor oftmals schlecht verfasste und unverständliche Gesundheitsinformationen wie z.B. Arztbriefe, Broschüren für Patientinnen und Patienten oder Beipackzettel von Arzneimitteln finden, die von vielen Nutzerinnen und Nutzern wenig oder gar nicht verstanden werden (Jacobi 2020; Kickbusch et al. 2016).

Überdies kommunizieren Gesundheitsfachpersonen oft unklar und unverständlich in gesprochener oder geschriebener Fachsprache. Viele Personen haben Probleme damit, zu verstehen, was Gesundheitsfachpersonen zu ihnen sagen, sie können den Fragen oft nur schwer folgen oder nicht gut darauf antworten. Ebenso haben sie Probleme damit, die Vor- und Nachteile von unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten zu verstehen bzw. deren Risiken und Nutzen abzuwägen oder damit, Testergebnisse von Untersuchungen korrekt zu interpretieren. Viele betroffene Personen benötigen hier Begriffsdefinitionen, Schilderungen, konkrete Beispiele und Hilfe bei der Problemlösung. Sie müssen aktiv ermuntert werden, Fragen zu stellen (Kickbusch et al. 2016; Pelikan & Dietscher 2015). Ob Kommunikation gelingt, hängt nach Jacobi (2020) auch von der Asymmetrie zwischen behandelnder und behandelnder Person ab. Oftmals ist ein Gefälle dadurch bedingt, dass die behandelte Person krank, emotional belastet und damit schwächer als die behandelnde Person sowie auf deren Hilfe angewiesen ist. Zusätzlich kann das Zeitmanagement bzw. die mangelnde Zeit ein Problem darstellen, indem die Dauer von Kontakten und die Möglichkeiten für den Informationsaustausch zwischen Gesundheitsdienstleister und Patientinnen/Patienten verringert sind (Kickbusch et al. 2016).

Es gilt zu beachten, dass nicht nur Personen mit geringer Bildung oder vulnerable Gruppen wie z.B. hochaltrige Personen von geringer Gesundheitskompetenz betroffen sind. Je nach Situation können auch gut gebildete Menschen im klinischen Kontext überfordert sein. Beispielsweise wenn oben erwähnte Faktoren zutreffen oder das Verständnis aufgrund einer Schock-Diagnose getrübt ist (Pelikan & Dietscher 2015).

Alle diese genannten Tatsachen führen zu einer generell schlechteren bzw. häufigeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, einem höheren Risiko für Fehlbehandlungen, für erneute Einweisungen ins Krankenhaus, zu schlechteren Ergebnissen von Behandlungen, aber auch dazu, dass Personen ein schlechteres Selbstmanagement vorweisen (ÖPGK 2019; Pelikan & Dietscher 2015; Berkman et al. 2011a). Die «organisationale Gesundheitskompetenz» oder «gesundheitskompetente Organisation» kann dem gegensteuern und Abhilfe schaffen.

Die organisationale Gesundheitskompetenz wirkt darauf hin, Strukturen und Prozesse so zu gestalten, dass sowohl Klientinnen und Klienten als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über für sie relevante Gesundheitsthemen ausreichend informiert sind und ihre gesundheitsbezogenen Entscheidungen daran ausrichten können (Nowak et al. 2020). Eine Organisation, die sich intensiv um die Gesundheitskompetenz bemüht, zeichnet sich durch möglichst leichten Zugang zu relevanten (Gesundheits-) Informationen und zu Angeboten aus. Ebenso durch die Verbesserung der Kommunikation mit ihren Nutzerinnen/Nutzern (z.B. Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen). Eine gesundheitskompetente Organisation ermöglicht es, dass das Finden, das Verstehen, das Bewerten und das Anwenden von Informationen erleichtert wird, um auf die Gesundheit zu achten (ÖPGK 2021a).

Der organisatorische Kontext kann dazu beitragen, die eingeschränkte individuelle Gesundheitskompetenz auszugleichen (Delp & Jones 1996 zit. in Kowalski et al. 2015; DeWalt et al. 2010 zit. in Kowalski et al. 2015). Durch eine gesundheitskompetente Organisation können die Qualität der Versorgung verbessert, medizinische Fehler reduziert, gemeinsame Entscheidungen erleichtert sowie gesundheitliche Ergebnisse verbessert werden. Folglich können auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten besser erfüllt werden (Farmanova et al. 2018; Abrams et al. 2014).

Gesundheitskompetente Organisationen profitieren davon, wenn ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kundinnen und Kunden, Patientinnen und Patienten etc. die Kompetenz vorweisen, für ihre eigene Gesundheit zu sorgen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz im Betrieb bzw. in der Arbeitswelt kann beispielsweise Fehlzeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verringern und die Leistung, das

Engagement und die Bindung zur Organisation verbessern (Kickbusch et al. 2016). Als Betrieb profitieren gesundheitskompetente Organisationen von gesünderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Speziell Gesundheitseinrichtungen erreichen, wie bereits erwähnt, bessere Ergebnisse durch gesundheitskompetente Patientinnen und Patienten (ÖPGK 2019). Mit der Fokussierung auf die organisationale Gesundheitskompetenz ergeben sich also vielversprechende Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Gesundheit in der Bevölkerung (Pelikan & Dietscher 2015).

1.2.1 Die gesundheitskompetente (Gesundheits-) Organisation

Health care organizations that make it easier for people to navigate, understand, and use information and services to take care of their health.

(Brach et al. 2012, p. 1)

Die «National Academy of Medicine» in den Vereinigten Staaten stellt in einem Diskussionspapier zehn relevante Merkmale bzw. Eigenschaften einer gesundheitskompetenten Organisation vor. Darin werden eine Reihe wegweisender und organisationsbezogener Strategien/Merkmale zur Entwicklung ausreichender organisationaler Gesundheitskompetenz empfohlen. Die zehn Merkmale richten sich an Organisationen, die Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Dazu gehören beispielsweise Gruppenpraxen, Apotheken, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen (Brach et al. 2012). Organisationen, die diese zehn Merkmale verkörpern, schaffen eine Umgebung, in der Menschen auf die angebotenen Gesundheitsdienstleistungen und auf relevante Informationen zugreifen können. Die Zugangshürden zu den Dienstleistungen und Informationen sollen somit gesenkt und die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten verbessert werden (Pelikan & Dietscher 2015; Brach et al. 2012).

Aus diesem Grund können die im Diskussionspapier beschriebenen Merkmale auf Systeme sowie in Organisationen angewendet werden, die eine Förderung der Gesundheitskompetenz anstreben. Die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation sind auf der nächsten Seite dargestellt.

Eine gesundheitskompetente Organisation...

1. ...verfügt über eine Führung, die Gesundheitskompetenz zu einem integralen Bestandteil ihrer Mission, ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Arbeitsprozesse/Tätigkeiten macht.
2. ...integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluierungsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung/-verbesserung.
3. ...bereitet die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Gesundheitskompetenz vor bzw. fördert deren Gesundheitskompetenz und überwacht/kontrolliert den Fortschritt.
4. ...entwickelt, implementiert und evaluiert Gesundheitsinformationen und Gesundheitsdienstleistungen unter Einbeziehung/Beteiligung der Zielgruppe.
5. ...bietet eine Reihe von Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz an, um die Bedürfnisse der Bevölkerungsgruppen zu erfüllen, die die Leistung der Einrichtung in Anspruch nehmen – ohne Stigmatisierung.
6. ...verwendet Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der zwischenmenschlichen Kommunikation und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses.
7. ...ermöglicht einen einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und zu Gesundheitsdienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation in der Organisation bzw. dem System an.
8. ...entwickelt und verwendet/verteilt gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Inhalt und Botschaft leicht zu verstehen und zu befolgen sind (in Ergänzung zur gesprochenen Kommunikation).
9. ...befasst sich mit der Gesundheitskompetenz in Hochrisiko-Situationen, einschließlich Schnittstellen in der Versorgung und der Vermittlung von Informationen über Medikamente.
10. ...kommuniziert klar, welche Leistungen von Versicherungen abgedeckt werden und welche Leistungen selbst zu bezahlen sind.

(Brach et al. 2012)

1.3 Vergleichsstudien und Neuigkeitswert

Es gibt bereits mehrere Studien aus unterschiedlichen Ländern zur individuellen Gesundheitskompetenz in Bevölkerungen und einzelnen Bevölkerungsgruppen (Schaeffer et al. 2021; Duong et al. 2017; Sukys et al. 2017; Storms et al. 2017; Schaeffer et al. 2016; Nakayama et al. 2015; Röthlin et al. 2013; Pelikan et al. 2013a; Van der Heide et al. 2013; HLS-EU Consortium 2012). Die organisationale Gesundheitskompetenz ist ein Konzept, das ebenso in einigen Studien bzw. Organisationen und Settings untersucht wurde. Beispielsweise in deutschen Brustkrebszentren (Kowalski et al. 2015), in einem akademischen Gesundheitszentrum in den USA (Prince et al. 2018), in privaten und öffentlichen Krankenhäusern in Istanbul (Hayran et al. 2019) oder in Krankenhäusern in der Toskana (Bonaccorsi et al. 2020) sowie in Nordtexas (Howe et al. 2020). Daneben gibt es bereits erste Erhebungen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen in Deutschland (Rathmann et al. 2020), die einen Vergleich zu dieser Arbeit zulassen. An dieser Stelle kann angeführt werden, dass es bisher generell wenige Untersuchungen zur individuellen und organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen gibt. Für Österreich ist derzeit keine Forschungsarbeit bekannt, die die organisationale Gesundheitskompetenz in einer Einrichtung der Sozial- und Behindertenhilfe untersucht hat, speziell nicht aus Sicht von unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen, die täglich im direkten Kontakt mit den zu behandelnden und zu betreuenden Personen stehen. Mit dem Hintergrund, dass in den «Lebenswelten Steiermark» pflegebedürftige, intellektuell, psychisch und mehrfach beeinträchtigte Menschen aller Altersstufen begleitet und betreut werden und rund 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind, erweist sich die Umsetzung des Konzepts einer gesundheitskompetenten Organisation als sinnvoll und erstrebenswert. Um vorhandene Stärken sowie Verbesserungsmöglichkeiten in der Organisation offen zu legen, sollte zunächst der Ist-Zustand festgestellt werden. Gleichzeitig sind organisatorische Bewertungen der Gesundheitskompetenz nützlich, um das Bewusstsein und die Diskussion über aktuelle Praktiken zu fördern oder um eine Priorisierung von Interventionen zu erzielen. Die organisatorische Bewertung kann ebenso als Grundlage für die strategische Planung zur Förderung der Gesundheitskompetenz hilfreich sein (Brach 2017; Pelikan & Dietscher 2016).

1.4 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel dieser Arbeit ist es, erstmals Informationen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» aus der Sicht von unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen zu erheben und abzubilden. Mit der Erhebung werden erstmals empirische Erkenntnisse zur organisationalen Gesundheitskompetenz in einer Einrichtung der Sozial- und Behindertenhilfe in Österreich vorgelegt, um festzustellen, in welchem Maße die Organisation die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner³ berücksichtigt und fördert. Darüber hinaus wird untersucht, ob und wie sich die Einschätzung zur organisationalen Gesundheitskompetenz im Hinblick auf die Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe sowie ausgewählte soziodemografische Merkmale unterscheidet. Aus den angeführten Zielen lassen sich folgende zwei Forschungsfragen ableiten:

1. Wie stellt sich die organisationale Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» aus Sicht von Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen dar?
2. Wie unterscheidet sich die Einschätzung zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» hinsichtlich der Berufsgruppen und ausgewählter soziodemografischer Merkmale?

³ schließt auch externe Klientinnen und Klienten der Tageswerkstätten mit ein.

2 Methode und Material

2.1 Forschungsansatz und Design

Die Erhebung der organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten Steiermark» erfolgte mit einem quantitativen Forschungsansatz. Als Design kam eine Querschnittstudie zum Einsatz. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden einmalig, in einer kurzen Zeitspanne⁴ mit einem vollstandardisierten Online-Fragebogen, basierend auf dem Erhebungsinstrument «HLHO-10» (**Kapitel 2.5**) befragt. Mit dem Querschnittsdesign war es möglich, eine Momentaufnahme zu erstellen und eine Bewertung darüber zu machen, wie die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Datenerhebung aussieht (Häder 2015).

2.2 Setting

Die Untersuchung fand in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» statt. An mehreren Standorten werden pflegebedürftige, intellektuell, psychisch und mehrfach beeinträchtigte Menschen aller Altersstufen von einem multiprofessionellen Team aus den Fachbereichen Pflege, Medizin, Pädagogik, Klinische Psychologie, Ergo- und Physiotherapie sowie Sozialberatung begleitet und betreut. Das umfangreiche Angebot beinhaltet Leistungen nach dem Sozial- und Behindertenhilfegesetz. Es werden Wohngruppen bzw. Lebensräume für maximal 600 Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Beeinträchtigung oder psychischer Erkrankung geboten, die sich an verschiedenen fachlichen Schwerpunkten (z.B. hoher Betreuungsbedarf, psychische Erkrankungen oder Mehrfachbeeinträchtigung) orientieren. Je nach Standort werden Vollzeitbetreutes Wohnen, Teilzeitbetreutes Wohnen, medizinisch-pflegerische 24-Stunden-Versorgung, Trainingswohnen oder Kurzzeitpflege zur Familienentlastung pflegender Angehöriger sowie Arbeit und Beschäftigung in Tageswerkstätten angeboten.

⁴ Erhebungszeitraum: 13. Juli 2020 bis 24. August 2020

2.3 Population

Die Population umfasst alle in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» tätigen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe (N= 690⁵). Die Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe erhalten tiefe Einblicke in die Lebenswelt der zu behandelnden und zu betreuenden Personen. Sie sind es, die täglich im direkten Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Bezugspersonen stehen. Aus diesem Grund können sie auch sehr gut Einfluss auf deren Gesundheitskompetenz nehmen und durchaus gut bewerten, wie deren Gesundheitskompetenz in der Organisation berücksichtigt und gefördert wird. Folglich erweisen sich die Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe als geeignete Zielgruppe für die Befragung.

Um die Anonymität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu gewährleisten, wurde keine Stratifizierung der einzelnen Berufe (z.B. Ärztinnen und Ärzte) vorgenommen. Es erfolgt lediglich eine Stratifizierung nach «Gesundheitsberufen» und «Sozialbetreuungsberufen». Unter den zwei genannten Berufsgruppen werden folgende Berufe zusammengefasst:

Gesundheitsberufe: Ärztinnen und Ärzte, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten, Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, Diätologinnen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Klinische Psychologinnen

Sozialbetreuungsberufe: Diplom-Sozialbetreuerinnen und Diplom-Sozialbetreuer mit und ohne Ausbildung zur Pflegeassistenz, Fach-Sozialbetreuerinnen und Fach-Sozialbetreuer mit und ohne Ausbildung zur Pflegeassistenz, Heimhilfe

Aufgrund der überschaubaren und gut erreichbaren Population wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Das bedeutet, dass alle 690 Personen befragt wurden.

⁵ Personalstand: Juli 2020

2.4 Rekrutierung und Datenerhebung

Im Rahmen eines Gespräches mit der Hausleitung wurde eine Erlaubnis zur Durchführung der Erhebung eingeholt. Eine Woche vor Beginn der Erhebungsphase wurde die geplante Untersuchung bei einer Sitzung von Leitungspersonen vorgestellt. Ziel war es, dass Leiterinnen und Leiter der einzelnen Bereiche über Vorhaben und genauen Ablauf informiert und aufgeklärt sind. Die Datenerhebung erfolgte einmalig und mittels vollstandardisiertem Online-Fragebogen (**Anhang; 6.2 Fragebogen**). Dieser wurde mit dem Programm «Lime Survey», einem Online-Umfrage-Tool, erstellt und mit einem Link an alle relevanten E-Mail-Adressen wie etwa an Leitungspersonen sowie an die jeweiligen Bereiche versendet. Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, wurde die Befragung mit einem An- bzw. Informationsschreiben im Vorfeld angekündigt. Danach erfolgte die Rekrutierung der Zielpersonen aktiv durch die jeweiligen Leitungspersonen. Während dem Erhebungszeitraum wurden die Zielpersonen mehrmals daran erinnert, an der Befragung teilzunehmen. Ebenso war es möglich, den Link zur Befragung über die Startseite des hauseigenen Intranets abzurufen. Die Erhebungsphase dauerte insgesamt fünf Wochen.

2.5 Erhebungsinstrument: «HLHO-10»

Für Gesundheitseinrichtungen wie z.B. Krankenhäuser, Gesundheitszentren oder Apotheken wurden bereits eine Reihe von Messinstrumenten zur Bewertung der organisationalen Gesundheitskompetenz entwickelt (Brach 2017). Beispielsweise das «Health Literacy Environment Review» (Rudd & Anderson 2006), das «HLHO-10» (Kowalski et al. 2015), das «Primary Care Health Literacy Assessment» (Brega et al. 2015), das «WGKKO-I» (Dietscher & Pelikan 2016; Dietscher et al. 2015), das «HL-COM» (Ernstmann et al. 2017), das «OHL-Hos» (Working Group HPH & HLO 2019), das «HLE2 Assessment Tool» (Rudd et al. 2019), das «Org-HLR» (Trezona et al. 2020; Trezona et al. 2017) oder das «Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen» (ÖPGK 2018).

In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» wurde die organisationale Gesundheitskompetenz mit dem von Kowalski et al. (2015) entwickelten und deutschsprachigen Instrument «The health literate health care organization 10 item questionnaire», kurz «HLHO-10» bewertet. Das Messinstrument wurde aufgrund

der in deutscher Sprache frei und kostenlos verfügbaren Version, der bereits vorhandenen wissenschaftlichen Überprüfung hinsichtlich Reliabilität und Validität sowie der relativ einfach, leicht verständlich und schnell zu beantwortenden Fragen ausgewählt und unverändert übernommen. Lediglich der Begriff «Patient» wurde mit den Begrifflichkeiten «Bewohnerinnen und Bewohner» ersetzt. Eine Erlaubnis für die Verwendung des Instruments wurde bei Herrn Dr. Christoph Kowalski schriftlich per E-Mail eingeholt.

Das Messinstrument knüpft an die Definition einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation von Brach et al. (2012) an und stellt die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation (**Kapitel 1.2.1**) dar. Anhand dieser Merkmale nimmt die Befragung Bezug auf die Hauptthemen Führung, Integration, Einbezug der Zielgruppe (z.B. Patientinnen und Patienten), Gesundheitskompetenz-Niveau (z.B. individualisierte Gesundheitsinformationen), Kommunikationsstandards, Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie Navigation, Medienvielfalt, Informationen über Risikosituationen (Hohes Risiko), Kosten und Belegschaft.

Die Entwicklung des Instruments basiert auf einer Literaturrecherche, auf einem Expertenworkshop, auf einer Fokusgruppen-Diskussion sowie auf qualitativen Interviews. «HLHO-10» wurde erstmalig in einer Studie zum Informations- und Schulungsbedarf von Brustkrebspatientinnen (PIAT-Studie: Breast cancer patients' information and training needs') in 51 deutschen Krankenhäusern bzw. Brustkrebszentren angewendet. Befragt wurden Leiterinnen und Leiter oder deren Stellvertretung, um Auskünfte über die jeweiligen Standorte zu erlangen. Im Rahmen dieser Studie wurde die Zuverlässigkeit (interne Konsistenz) sowie die Eindimensionalität der HLHO-10-Messung bewertet und ihre Kriteriumsvalidität sowie ihre prädiktive Validität getestet (Kowalski et al. 2015).

Nach Kowalski et al. (2015) ist das deutschsprachige «HLHO-10» ein nützliches, reliables und valides Instrument, um zu beurteilen, inwieweit Organisationen des Gesundheitswesens Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, Informationen und Dienste zu navigieren, zu verstehen und zu nutzen. Zusammengefasst hilft das Instrument dabei, zu bewerten, ob eine Einrichtung in der Lage ist, mit den

Einschränkungen der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten umzugehen. Das Messinstrument wurde auch in anderen Ländern in einer türkischen und in einer italienischen Version verwendet bzw. getestet. Beide Versionen wurden ebenfalls als zuverlässig und zufriedenstellend eingestuft (Hayran & Özer 2018; Hayran et al. 2019; Bonaccorsi et al. 2020). Im Rahmen dieser Erhebung wurde eine Reliabilitätsanalyse der Items durchgeführt. Die Reliabilität wurde mit dem Cronbach's Alpha-Koeffizienten, ein Reliabilitätsindex zur Ermittlung der internen Konsistenz des Instruments, überprüft. Nach Häder (2015) soll Cronbach's Alpha mindestens 0,8 betragen. Bei der Überprüfung ergab sich ein Wert von 0,868, der damit als akzeptabel und ausreichend zu interpretieren ist.

Die Items des «HLHO-10» werden als direkte Fragen formuliert. Die befragten Personen schätzen ein, in welchem Maße die Organisation die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten berücksichtigt und fördert. Leitkriterium ist dabei die Wahrnehmung der befragten Person. Beantwortet werden die Fragen auf einer vorgegebenen siebenstufigen Likert-Skala. Der Wert 1 bedeutet «überhaupt nicht», der Wert 4 bedeutet «teils/teils», der Wert 7 bedeutet «in sehr großem Maße». Höhere Werte drücken somit eine größere Zustimmung zur organisationalen Gesundheitskompetenz aus. Mithilfe von Antwortvorgaben können die befragten Personen, die jeweils für sie passende Antwort auswählen. Die Formulierung der zehn Items ist in **Tabelle 1** dargestellt.

Tabelle 1: Formulierung der Items des Instruments «HLHO-10» (Kowalski et al. 2015)

Nr. In welchem Maße...

Q01 ...widmet sich die Leitung Ihres Standortes explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild)?

Q02 ...wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?

Q03 ...werden Gesundheitsinformationen in Ihrem Standort unter Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt?

Q04 ...werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?

Q05 ...gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?

Q06 ...wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?

Q07 ...werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Bewohnerinnen und Bewohner über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?

Q08 ...wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?

Q09 ...kommunizieren Sie in Ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?

Q10 ...werden in Ihrem Standort die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?

2.5.1 Betrachtung ausgewählter soziodemografischer Merkmale

Neben den Fragen zur organisationalen Gesundheitskompetenz wurden in der vorliegenden Erhebung auch die Berufsgruppe und bestimmte soziodemografische Merkmale näher betrachtet. Dazu gehören Geschlecht, Alter, Bildung, Beschäftigungsstatus und subjektiver Gesundheitszustand.

Bisher durchgeführte Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz in Österreich haben gezeigt, dass es bei den Indikatoren Geschlecht, Alter und Beschäftigungsstatus leichte Zusammenhänge mit der Gesundheitskompetenz gibt. Der Indikator Bildung hängt in Österreich deutlich mit der Gesundheitskompetenz zusammen (Pelikan et al. 2013a). Ebenso korreliert nach Pelikan et al. (2013b) die Gesundheitskompetenz mit der selbst eingeschätzten Gesundheit. Aus diesem Grund wurden die genannten soziodemografischen Merkmale ausgewählt und in die Befragung mit aufgenommen.

Zielgruppe der Befragung waren alle in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» tätigen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe. Aus diesem Grund konnte bei der Befragung ausgewählt werden, ob man einem Gesundheitsberuf oder einem Sozialbetreuungsberuf angehört (**Kapitel 2.3**). Das Geschlecht wurde mit «Weiblich», «Männlich» sowie mit «Anderes» erfasst. Mit der dritten Geschlechtsoption hatten Personen, deren Geschlecht nicht eindeutig weiblich oder männlich ist, eine entsprechende Auswahlmöglichkeit.

Das Alter wurde mit den Alterskategorien «18-25 Jahre», «26-35 Jahre», «36-45 Jahre», «46-55 Jahre», «56-65 Jahre» und «66 Jahre oder älter» abgefragt. In den «Lebenswelten Steiermark» sind ausschließlich Personen in den Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen beschäftigt, die 18 Jahre oder älter sind. Folglich wurde das Mindestalter auf 18 Jahre gesetzt. Die Antwortmöglichkeiten für die höchste erfolgreich abgeschlossene Schulbildung orientieren sich am österreichischen Bildungssystem. Zu Auswahl standen «Pflichtschule (Neunte Schulstufe)», «Lehre mit Berufsschule», «Berufsbildende mittlere Schule/Fachschule (z.B. Schule für Gesundheits- und Krankenpflege)», «Matura (z.B. AHS, BHS, Berufsreifeprüfung)», «Hochschule (z.B. Universität, Fachhochschule, Universitätslehrgang)», «Anderer Abschluss (z.B. Kolleg, Meisterschule)». Die Optionen «Pflichtschule (Neunte

Schulstufe)» und «Lehre mit Berufsschule» wurden gewählt, damit Personen, die über eine Ausbildung zur Heimhilfe verfügen, gegebenenfalls auch eine entsprechende Auswahlmöglichkeit haben. Die anderen befragten Berufsgruppen haben aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation zumindest eine Fachschule oder eine Hochschule absolviert.

Zur Erfassung des Beschäftigungsstatus wurden alle in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» möglichen Beschäftigungsformen als Auswahlmöglichkeit angeführt. Dazu gehören «Vollzeit», «Teilzeit» und «Geringfügig». Die Antwortmöglichkeiten für die selbst eingeschätzte Gesundheit leiten sich nach den WHO-Empfehlungen (WHO-Euro 1996) bzw. aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (Statistik Austria 2015) ab. Der subjektive Gesundheitszustand konnte mit «sehr gut», «gut», «mittelmäßig», «schlecht» oder «sehr schlecht» beantwortet werden.

2.5.2 Pretest

Um die Verständlichkeit, Anwendbarkeit und Auswertbarkeit des Fragebogens zu testen, wurde vor der Durchführung der Befragung ein Pretest mit zehn Zielpersonen durchgeführt. Insgesamt ist der Pretest erfolgreich verlaufen. Wenige Unklarheiten und Anmerkungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden im finalen Fragebogen berücksichtigt und eingearbeitet.

2.6 Ethische Überlegungen

Für die Erhebung waren keine physischen oder psychischen Risiken, Schädigungen oder Belastungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erwarten. Die befragten Personen wurden über die Thematik sowie über die Zielsetzung und den Nutzen der Erhebung in der Einleitung zum Online-Fragebogen informiert und aufgeklärt (**Anhang; 6.2 Fragebogen**). Auf dieser Basis wurde eine informierte Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme an der Befragung eingeholt. Ebenso wurde der Datenschutz berücksichtigt, indem alle Forschungsdaten anonym erhoben wurden. Der ethisch verantwortungsvolle Umgang mit den Zielpersonen wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz geprüft. Ein positives Ethikvotum liegt vor (EK-Nummer: 32-515 ex 19/20).

2.7 Datenaufbereitung und Analyse

Nach Abschluss der Erhebungsphase wurden alle Rohdaten mittels Excel-Tabelle aus dem Programm «LimeSurvey» extrahiert und zur statistischen Datenanalyse in die Statistik- und Analysesoftware «IBM SPSS», Version 26 übertragen. Im Zuge der Datenaufbereitung, die der Steigerung der Datenqualität dient, erfolgte zunächst die Datenbereinigung. Als unplausibel erachtete Fragebögen wurden ausgeschlossen und entfernt. Hierzu zählten Fragebögen, bei denen die Befragung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer abgebrochen worden ist. Bei den verbliebenen Fragebögen wurden fehlende Werte als solche kenntlich gemacht und als «Fehlend» gekennzeichnet. Die fehlenden Werte resultieren daraus, dass Befragungspersonen eine Frage übersehen oder möglicherweise absichtlich nicht beantwortet haben. Fehlende Werte wurden in der Datenanalyse nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund variiert die Stichprobengröße leicht in den Berechnungen der Häufigkeitsunterschiede.

Damit eine bestmögliche Homogenität und bessere Vergleichbarkeit der Gruppen gewährleistet ist, wurden Variablen umkodiert, neue Variablen gebildet sowie neue Wertelabels vergeben:

Das Alter wurde zunächst in sechs Alterskategorien erhoben und nachträglich für Analysezwecke in die zwei Kategorien «Junges Erwachsenenalter» (18-35 Jahre) sowie «Mittleres Erwachsenenalter» (36-65 Jahre) zusammengefasst.

Die höchste abgeschlossene Schulbildung wurde ebenso in sechs Kategorien erfasst und anschließend für die Datenanalyse in «Mittleres Bildungsniveau» und «Hohes Bildungsniveau» eingeteilt. Diese Einteilung orientiert sich an der «Internationalen Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED-11)». Das mittlere Bildungsniveau umfasst das ISCED-Level 3 und 4. Hierzu zählen u.a. ein Pflichtschulabschluss, eine abgeschlossene Lehre, eine berufsbildende mittlere Schule sowie eine Fachschule wie z.B. eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege oder eine Schule für Sozialbetreuungsberufe. Das hohe Bildungsniveau inkludiert das ISCED-Level 5 bis 8. Darunter fallen u.a. eine

absolvierte Matura, ein Abschluss einer Meisterschule oder eines Kollegs sowie ein Abschluss an einer Hochschule (z.B. Universität oder Fachhochschule).

Der Beschäftigungsstatus wurde im Fragebogen ursprünglich in drei Kategorien erhoben. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße von $n=2$ bei der geringfügigen Beschäftigung, wurden die Beschäftigungsformen «Geringfügig» und «Teilzeit» für Analysezwecke zu einer Kategorie «Geringfügig/Teilzeit» zusammengefasst. Die Kategorie «Vollzeit» blieb unverändert.

Für die Datenanalyse, die der Beantwortung der Forschungsfragen dient, erfolgten deskriptive sowie inferenzstatistische Analysen der aufbereiteten Datensätze. Zu Beginn wurde die Stichprobe anhand soziodemografischer Merkmale beschrieben.

Für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurden Häufigkeitsverteilungen (Prozentwerte), der Median sowie die Standardabweichung berechnet. Die Daten aus dem Messinstrument «HLHO-10» wurden als ordinalskaliert betrachtet, da Zweifel an der Gleichabständigkeit der sieben Stufen innerhalb der Likert-Skala bestehen bzw. deren Abstände nicht eindeutig definierbar sind (Döring & Bortz 2016). Nach Weiß (2010) und Döring & Bortz (2016) ist die Berechnung des Mittelwertes bei ordinalskalierten Daten nicht statthaft bzw. nicht sinnvoll interpretierbar. Aus diesem Grund wurde ausschließlich der Median als Lageparameter benutzt.

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden Häufigkeitsverteilungen (Prozentwerte) sowie mit zuvor erstellten Kreuztabellen statistische Signifikanztests der Unterschiede für die Einschätzung der organisationalen Gesundheitskompetenz nach den Berufsgruppen und den soziodemografischen Merkmalen durchgeführt. Dabei wurden die zehn Items aus dem Messinstrument als abhängige Variable und die Berufsgruppe sowie die soziodemografischen Merkmale wie z.B. Geschlecht als unabhängige Variable definiert. Für die Analyse der Häufigkeitsunterschiede wurde zunächst der Chi-Quadrat-Test herangezogen.

Für den asymptotischen Chi-Quadrat-Test dürfen nach Janssen & Laatz (2017) die Erwartungswerte jedoch nicht zu klein sein. Als Faustregel gilt, dass diese in jeder Zelle mindestens fünf betragen sollen. Nach einer Prüfung der Erwartungswerte

wurde im vorliegenden Datensatz festgestellt, dass diese zu klein sind und eine Anwendungsbedingung für einen asymptotischen Test nicht gegeben ist. Aus diesem Grund wurde ein exakter Test, konkret der «Fisher's exact Test» bevorzugt.

Der «Fisher's exact Test» wurde zur Analyse der Häufigkeitsunterschiede bei der Berufsgruppe als auch bei den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht, Alter, Bildung und Beschäftigung eingesetzt. Bei dem subjektiven Gesundheitszustand wurde das «Monte-Carlo-Verfahren» verwendet. Dieses sollte nach Janssen & Laatz (2017) eingesetzt werden, falls eine Kreuztabelle viele Spalten und Zeilen aufweist und sofern «SPSS» aus Gründen mangelnden Speicherplatzes das exakte «p» nicht berechnen kann, was wiederum bei dem subjektiven Gesundheitszustand der Fall war. Bei allen Testverfahren wurde als Signifikanzniveau ein p-Wert von weniger als 0,05 festgelegt.

Wie bereits im Methoden-Teil erwähnt, wurden die Fragen zur organisationalen Gesundheitskompetenz auf einer vorgegebenen siebenstufigen Likert-Skala beantwortet. Der Wert 1 bedeutet «überhaupt nicht», der Wert 4 bedeutet «teils/teils» und der Wert 7 bedeutet «in sehr großem Maße». Höhere Werte drücken somit eine höhere Bewertung bzw. Einschätzung zur organisationalen Gesundheitskompetenz aus. Um die Ergebnisse mittels Grafik übersichtlicher darzustellen sowie Vergleiche zu vereinfachen, wurden die Werte der Likert-Skala wie folgt zusammengefasst und definiert:

- Werte 1, 2 und 3: «geringe Bewertung»
- Wert 4: «teils/teils»
- Werte 5, 6 und 7: «hohe Bewertung»

Die Häufigkeitsverteilungen bzw. Prozentwerte wurden mit einer Nachkommastelle dargestellt. Aus diesem Grund summieren sich die Prozentwerte rundungsbedingt nicht immer auf 100%.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe

	Antworten	
	%	n
Berufsgruppe		
Gesundheitsberufe	60,7	82
Sozialbetreuungsberufe	39,3	53
Gesamt	100,0	135
Geschlecht *		
Weiblich	73,5	97
Männlich	26,5	35
Gesamt	100,0	132
Alter		
Junges Erwachsenenalter (18-35 Jahre)	36,6	49
Mittleres Erwachsenenalter (36-65 Jahre)	63,4	85
Gesamt	100,0	134
Bildung		
Mittleres Bildungsniveau	53,4	71
Hohes Bildungsniveau	46,6	62
Gesamt	100,0	133
Beschäftigung		
Geringfügig/Teilzeit	41,8	56
Vollzeit	58,2	78
Gesamt	100,0	134
Subjektiver Gesundheitszustand		
sehr gut	43,0	58
gut	45,9	62
mittelmäßig	11,1	15
schlecht	0,0	0
sehr schlecht	0,0	0
Gesamt	100,0	135

* Das Geschlecht «Anderes» wurde aufgrund von n=1 in der gesamten Analyse nicht berücksichtigt.

Bei der Erhebung zur organisationalen Gesundheitskompetenz wurden in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» 690 Personen befragt. Insgesamt haben 135 Personen an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 19,6%.

Mit 60,7% sind mehr als die Hälfte der Personen Angehörige von Gesundheitsberufen. Insgesamt sind fast drei Viertel der Befragten Frauen. 63,4% der 135 Teilnehmenden sind im mittleren Erwachsenenalter (36-65 Jahre). Knapp mehr als die Hälfte der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügt über ein mittleres Bildungsniveau – 46,6% weist ein hohes Bildungsniveau auf. 58,2% der befragten Personen sind in einer Vollzeitbeschäftigung. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzt ihren Gesundheitszustand als «sehr gut» oder «gut» ein (**Tabelle 2**).

3.2 Die organisationale Gesundheitskompetenz

Im Zentrum der Analyse stehen die 10 Items zur organisationalen Gesundheitskompetenz aus dem Instrument «HLHO-10». Die Antworthäufigkeiten (Prozentwerte), die Mediane und die Standardabweichungen aller Antwortkategorien sind dem Anhang (**Tabelle 13**) zu entnehmen.

Die Gesundheitsberufe sowie Sozialbetreuungsberufe haben die organisationale Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» in den Hauptthemen Führung, Integration, Einbezug der Zielgruppe, Gesundheitskompetenz-Niveau, Kommunikationsstandards, Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie Navigation, Medienvielfalt, Informationen über Risikosituationen (Hohes Risiko), Kosten und Belegschaft wie folgt bewertet:

3.2.1 Führung (Q01)

In welchem Maße widmet sich die Leitung Ihres Standortes explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild)?

3.2.1.1 Einschätzung (gesamt)

71,1% der 135 befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind der Auffassung, dass sich die Leitung ihres Standortes explizit dem Thema Gesundheitskompetenz widmet (MD 5; **Abbildung 2**).

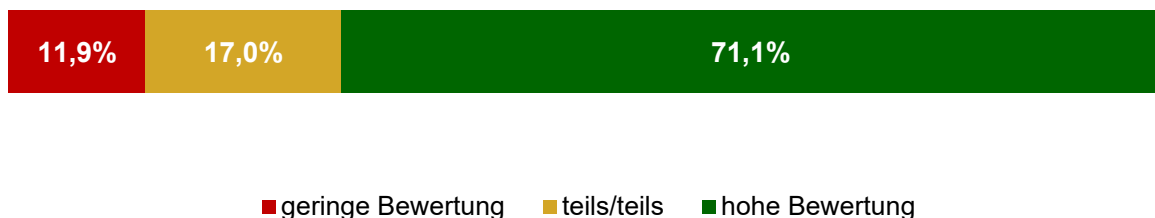


Abbildung 2: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Führung» gesamt (n=135)

3.2.1.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Die **Tabelle 3** zeigt, dass die Sozialbetreuungsberufe im Vergleich zu den Gesundheitsberufen das Merkmal «Führung» etwas höher bewertet bzw. eingeschätzt haben (77,4% vs. 67,1%). Mit 74,2% vs. 65,7% sind Frauen gegenüber den Männern eher der Ansicht, dass sich die Leitung ihres Standortes explizit dem Thema Gesundheitskompetenz widmet. Insgesamt wird die Thematik von Mitarbeitenden mit einer geringfügigen oder mit einer Teilzeit-Beschäftigung etwas höher bewertet als von Mitarbeitenden mit einer Vollzeit-Beschäftigung (76,8% vs. 66,7%). Vollzeit-Beschäftigte haben mit 15,4% eine deutlich geringere Bewertung abgegeben. Befragte, die ihren Gesundheitszustand «mittelmäßig» einschätzen, haben das Thema «Führung» mit 80% am höchsten bewertet.

Tabelle 3: Einschätzung zum Merkmal «Führung» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße widmet sich die Leitung Ihres Standortes explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild)?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	12,1%	20,7%	67,1%	0,545
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	11,4%	11,3%	77,4%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	11,4%	14,4%	74,2%	0,758
Männlich (n=35)	11,5%	22,9%	65,7%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	6,1%	26,5%	67,4%	0,175
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	15,4%	11,8%	72,9%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	11,2%	18,3%	70,5%	0,906
Hohes Bildungsniveau (n=62)	11,3%	16,1%	72,6%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	7,2%	16,1%	76,8%	0,584
Vollzeit (n=78)	15,4%	17,9%	66,7%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	8,6%	15,5%	75,8%	0,107
gut (n=62)	14,5%	21,0%	64,5%	
mittelmäßig (n=15)	13,4%	6,7%	80,0%	

3.2.2 Integration (Q02)

In welchem Maße wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?

3.2.2.1 Einschätzung (gesamt)

Mit 66,6% sind mehr als die Hälfte der Personen der Meinung, dass das Thema Gesundheitskompetenz in Maßnahmen des Qualitätsmanagements integriert und berücksichtigt wird (MD 5; **Abbildung 3**).



Abbildung 3: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Integration» gesamt (n=135)

3.2.2.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Insgesamt haben die Sozialbetreuungsberufe im Vergleich zu den Gesundheitsberufen das Merkmal «Integration» höher bewertet bzw. eingeschätzt (75,5% vs. 61,0%). Mit 20,7% haben die Gesundheitsberufe eine deutlich geringere Bewertung angegeben. Sowohl bei Personen mit mittlerem Bildungsniveau als auch bei Personen mit hohem Bildungsniveau haben mehr als die Hälfte angeführt, dass das Thema Gesundheitskompetenz in Maßnahmen des Qualitätsmanagements integriert und berücksichtigt wird. Personen mit mittlerem Bildungsniveau vergaben hier höhere Werte. Mit 71,5% haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer geringfügigen oder mit einer Teilzeit-Beschäftigung das Merkmal «Integration» höher bewertet als Personen mit einer Vollzeit-Beschäftigung (**Tabelle 4**).

Tabelle 4: Einschätzung zum Merkmal «Integration» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
In welchem Maße wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?				
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	20,7%	18,3%	61,0%	0,402
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	9,4%	15,1%	75,5%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	15,5%	16,5%	68,0%	0,875
Männlich (n=35)	20,0%	17,1%	62,9%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	14,2%	20,4%	65,3%	0,784
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	17,7%	15,3%	67,1%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	12,6%	12,7%	74,7%	0,251
Hohes Bildungsniveau (n=62)	19,4%	22,6%	58,1%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	14,3%	14,3%	71,5%	0,199
Vollzeit (n=78)	17,9%	19,2%	62,8%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	18,9%	10,3%	70,8%	0,100
gut (n=62)	16,1%	22,6%	61,2%	
mittelmäßig (n=15)	6,7%	20,0%	73,3%	

3.2.3 Einbezug der Zielgruppe (Q03)

In welchem Maße werden Gesundheitsinformationen in Ihrem Standort unter Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt?

3.2.3.1 Einschätzung (gesamt)

Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (49,7%) haben angeführt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen miteinbezogen werden. Fast 30% der 135 befragten Personen sind mit der Antwort «teils/teils» unentschlossen (MD 4; **Abbildung 4**).

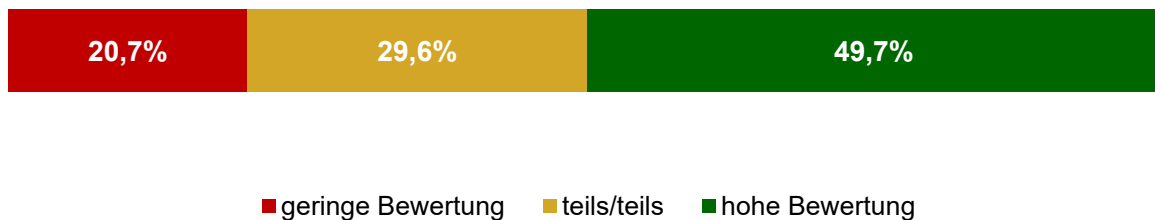


Abbildung 4: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Einbezug der Zielgruppe» gesamt (n=135)

3.2.3.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Das Merkmal «Einbezug der Zielgruppe» wurde von Frauen im Vergleich zu den Männern höher bewertet. Personen im jungen Erwachsenenalter haben mit 28,6% eine deutlich geringere Bewertung angeführt als Personen im mittleren Erwachsenenalter. Knapp über die Hälfte der Personen mit mittlerem Bildungsniveau sind der Auffassung, dass die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen miteinbezogen werden. Bei den 62 Personen mit hohem Bildungsniveau war es mit 46,7% etwas weniger als die Hälfte. Das Einbeziehen der Zielgruppe wurde von 62,1% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihren Gesundheitszustand «sehr gut» einschätzen, hoch bewertet. Bei Personen, die ihren Gesundheitszustand als «gut» oder «mittelmäßig» einschätzen, waren es deutlich weniger als die Hälfte (**Tabelle 5**).

Tabelle 5: Einschätzung zum Merkmal «Einbezug der Zielgruppe» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße werden Gesundheitsinformationen in Ihrem Standort unter Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	22,0%	26,8%	51,2%	0,164
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	18,8%	34,0%	47,1%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	18,6%	28,9%	52,5%	0,153
Männlich (n=35)	28,5%	31,4%	40,0%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	28,6%	22,4%	48,9%	0,156
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	15,4%	34,1%	50,6%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	16,8%	31,0%	52,1%	0,850
Hohes Bildungsniveau (n=62)	24,2%	29,0%	46,7%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	14,4%	33,9%	51,8%	0,508
Vollzeit (n=78)	25,6%	26,9%	47,5%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	17,2%	20,7%	62,1%	0,373
gut (n=62)	24,3%	33,9%	42,0%	
mittelmäßig (n=15)	20,0%	46,7%	33,3%	

3.2.4 Gesundheitskompetenz-Niveau (Q04)

In welchem Maße werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?

3.2.4.1 Einschätzung (gesamt)

70,4% der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe sind der Ansicht, dass an ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen wie z.B. Informationen in verschiedenen Sprachen und Schriftgrößen zum Einsatz kommen (MD 6; **Abbildung 5**).

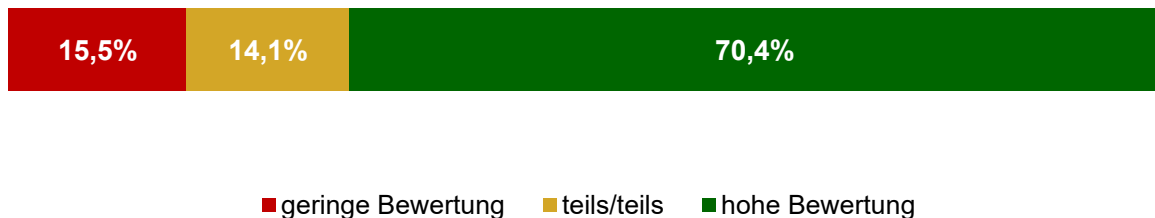


Abbildung 5: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Gesundheitskompetenz-Niveau» gesamt (n=135)

3.2.4.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Die **Tabelle 6** zeigt, dass die Gesundheitsberufe im Vergleich zu den Sozialbetreuungsberufen das Merkmal «Gesundheitskompetenz-Niveau» höher bewerteten (76,8% vs. 60,4%). Bei der Einschätzung gibt es mit $p=0,017$ einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gesundheitsberufen und den Sozialbetreuungsberufen. Personen im mittleren Erwachsenenalter sind gegenüber den Personen im jungen Erwachsenenalter mit 73% eher der Auffassung, dass an ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen zum Einsatz kommen. Mit 22,4% haben Personen im jungen Erwachsenenalter eine deutlich geringere Bewertung angeführt. Im Vergleich zu Personen mit hohem Bildungsniveau schätzen Personen mit mittlerem Bildungsniveau den Einsatz von Gesundheitsinformationen höher ein.

Tabelle 6: Einschätzung zum Merkmal «Gesundheitskompetenz-Niveau» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe *				
Gesundheitsberufe (n=82)	10,9%	12,2%	76,8%	0,017
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	22,6%	17,0%	60,4%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	14,5%	14,4%	71,2%	0,911
Männlich (n=35)	17,2%	14,3%	68,6%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	22,4%	10,2%	67,3%	0,178
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	11,7%	15,3%	73,0%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	14,0%	9,9%	76,1%	0,791
Hohes Bildungsniveau (n=62)	17,7%	17,7%	64,5%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	14,3%	14,3%	71,4%	0,323
Vollzeit (n=78)	16,7%	14,1%	69,2%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	15,4%	12,1%	72,4%	0,964
gut (n=62)	16,1%	16,1%	67,7%	
mittelmäßig (n=15)	13,4%	13,3%	73,3%	

* statistisch signifikanter Unterschied

3.2.5 Kommunikationsstandards (Q05)

In welchem Maße gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?

3.2.5.1 Einschätzung (gesamt)

Mit 72,6% sind fast drei Viertel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Auffassung, dass in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» Kommunikationsstandards verwendet werden, die sicherstellen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen (MD 6; **Abbildung 6**).

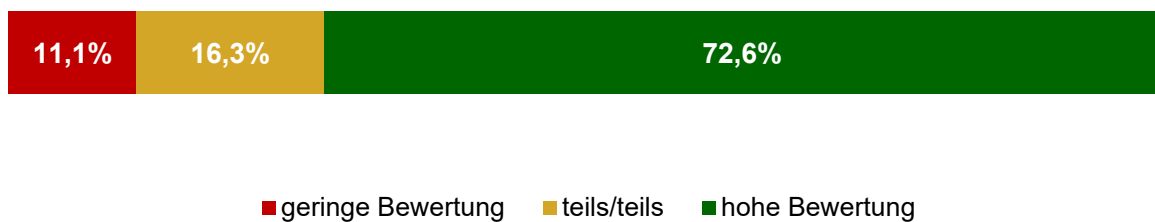


Abbildung 6: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Kommunikationsstandards» gesamt (n=135)

3.2.5.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Hinsichtlich des Alters sind Personen im jungen Erwachsenenalter eher der Meinung, dass in den «Lebenswelten Steiermark» Kommunikationsstandards verwendet werden, die sicherstellen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen. Bei der Einschätzung besteht mit $p=0,020$ ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem jungen Erwachsenenalter und dem mittleren Erwachsenenalter. Insgesamt haben Personen mit einer geringfügigen oder mit einer Teilzeit-Beschäftigung das Merkmal «Kommunikationsstandards» höher bewertet als Personen mit einer Vollzeit-Beschäftigung (80,4% vs. 66,6%). Vollzeit-Beschäftigte haben mit 15,4% eine deutlich geringere Bewertung abgegeben (**Tabelle 7**).

Tabelle 7: Einschätzung zum Merkmal «Kommunikationsstandards» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	9,8%	17,1%	73,1%	0,808
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	13,3%	15,1%	71,7%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	9,3%	15,5%	75,2%	0,399
Männlich (n=35)	11,5%	20,0%	68,6%	
Alter *				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	18,4%	6,1%	75,5%	0,020
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	7,1%	22,4%	70,6%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	4,2%	16,9%	78,9%	0,197
Hohes Bildungsniveau (n=62)	19,4%	16,1%	64,6%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	5,4%	14,3%	80,4%	0,178
Vollzeit (n=78)	15,4%	17,9%	66,6%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	12,0%	12,1%	75,8%	0,736
gut (n=62)	11,2%	19,4%	69,4%	
mittelmäßig (n=15)	6,7%	20,0%	73,4%	

* statistisch signifikanter Unterschied

3.2.6 Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie Navigation (Q06)

In welchem Maße wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?

3.2.6.1 Einschätzung (gesamt)

Mit 87,4% werden der Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie die Navigation in den «Lebenswelten Steiermark» sehr hoch bewertet bzw. eingeschätzt. Die Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe sind somit stark der Ansicht, dass Mühe darauf verwendet wird, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner problemlos zurechtfinden, z.B. mittels Hinweisschilder oder Auskunftspersonal (MD 6; **Abbildung 7**).

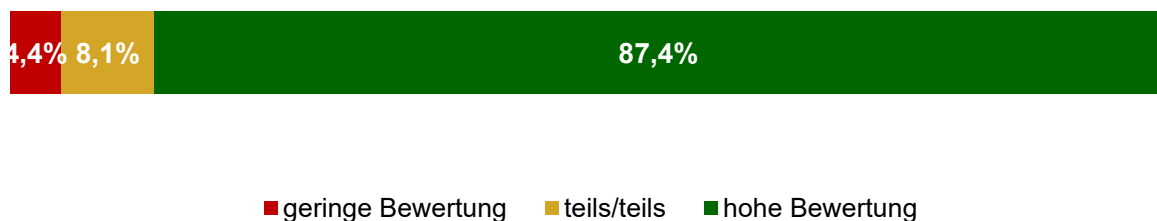


Abbildung 7: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Zugang/Navigation» gesamt (n=135)

3.2.6.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Erwachsene im jungen und mittleren Alter sind sehr ähnlich hoher Auffassung darüber, dass in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» Mühe darauf verwendet wird, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner problemlos zurechtfinden. Insgesamt wurde das Merkmal «Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie Navigation» von Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau sehr hoch beurteilt (88,7% vs. 85,5%). Bei der Einschätzung gibt es mit $p=0,010$ einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen dem mittleren Bildungsniveau und dem hohen Bildungsniveau. In Bezug auf die Beschäftigung zeigen alle beiden Beschäftigungsformen gleich hohe Bewertungen (**Tabelle 8**).

Tabelle 8: Einschätzung zum Merkmal «Zugang/Navigation» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	1,2%	9,8%	89,0%	0,150
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	9,5%	5,7%	84,9%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	5,2%	6,2%	88,7%	0,648
Männlich (n=35)	2,9%	11,4%	85,6%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	6,1%	6,1%	87,8%	0,810
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	3,6%	9,4%	87,1%	
Bildung *				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	1,4%	9,9%	88,7%	0,010
Hohes Bildungsniveau (n=62)	8,0%	6,5%	85,5%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	3,6%	8,9%	87,5%	0,501
Vollzeit (n=78)	5,2%	7,7%	87,3%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	3,4%	12,1%	84,5%	0,489
gut (n=62)	6,4%	4,8%	88,7%	
mittelmäßig (n=15)	0,0%	6,7%	93,3%	

* statistisch signifikanter Unterschied

3.2.7 Medienvielfalt (Q07)

In welchem Maße werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Bewohnerinnen und Bewohner über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?

3.2.7.1 Einschätzung (gesamt)

Etwas mehr als die Hälfte der 135 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat angeführt, dass an ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Bewohnerinnen und Bewohner über verschiedene Medien wie z.B. Bildergeschichten bereitgestellt werden. Knapp 27% der Personen war bei der Beantwortung unentschlossen (MD 5; **Abbildung 8**).

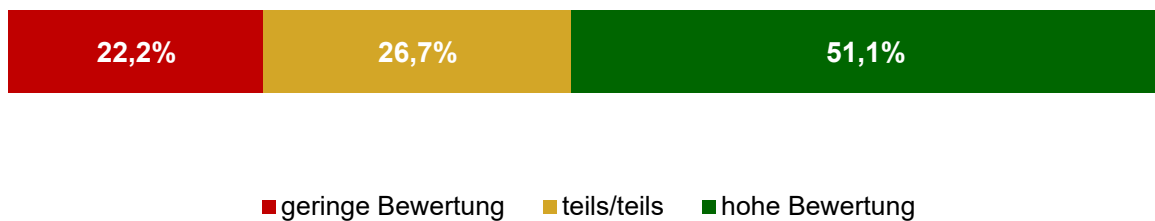


Abbildung 8: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Medienvielfalt» gesamt (n=135)

3.2.7.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Mehr als die Hälfte der Personen mit mittlerem Bildungsniveau sind der Ansicht, dass an ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Bewohnerinnen und Bewohner über verschiedene Medien bereitgestellt werden. Bei den 62 Personen mit hohem Bildungsniveau waren es mit 35,5% deutlich weniger – diese waren mit 37,1% der Antwort «teils/teils» auch unentschlossener. Bei der Einschätzung gibt es mit $p=0,006$ einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Bildungsniveaus. 56,4% der 62 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihren Gesundheitszustand «gut» einschätzen, haben das Merkmal «Medienvielfalt» hoch bewertet. Bei den Personen mit sehr gutem oder mittelmäßigem Gesundheitszustand war es weniger als die Hälfte. Personen mit sehr gutem Gesundheitszustand sind mit 43,1% der Antwort «teils/teils» deutlich unentschlossener. Bei der Einschätzung gibt es mit $p=0,014$ einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den subjektiven Gesundheitszuständen «sehr gut», «gut» und «mittelmäßig» (**Tabelle 9**).

Tabelle 9: Einschätzung zum Merkmal «Medienvielfalt» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Bewohnerinnen und Bewohner über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	22,0%	26,8%	51,2%	0,307
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	22,6%	26,4%	50,9%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	18,5%	27,8%	53,6%	0,333
Männlich (n=35)	31,3%	20,0%	48,6%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	32,6%	26,5%	40,8%	0,281
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	16,5%	27,1%	56,5%	
Bildung *				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	18,2%	16,9%	64,9%	0,006
Hohes Bildungsniveau (n=62)	27,4%	37,1%	35,5%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	23,2%	30,4%	46,5%	0,843
Vollzeit (n=78)	21,8%	23,1%	55,1%	
Subjektiver Gesundheitszustand *				
sehr gut (n=58)	10,3%	43,1%	46,5%	0,014
gut (n=62)	32,3%	11,3%	56,4%	
mittelmäßig (n=15)	26,7%	26,7%	46,7%	

* statistisch signifikanter Unterschied

3.2.8 Informationen über Risikosituationen – Hohes Risiko (Q08)

In welchem Maße wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?

3.2.8.1 Einschätzung (gesamt)

Mit 54% vertreten mehr als die Hälfte der befragten Personen die Ansicht, dass in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» sichergestellt ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner besonders in kritischen Situationen wie z.B. der Einnahme von Medikamenten wirklich alles verstanden haben. 28,1% der Personen war bei der Beantwortung unentschlossen (MD 5; **Abbildung 9**).

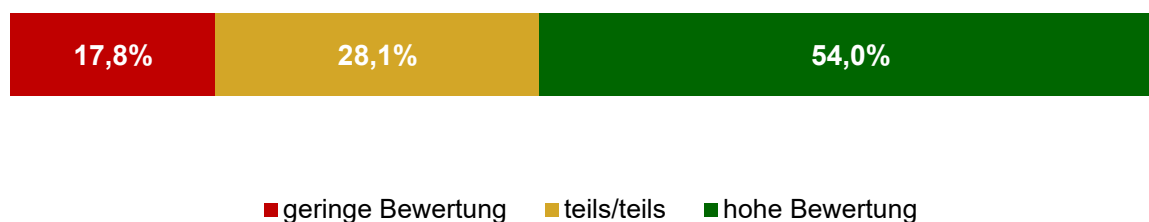


Abbildung 9: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Informationen über Risikosituationen» gesamt (n=135)

3.2.8.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Mehr als die Hälfte der Personen im mittleren Erwachsenenalter haben das Merkmal «Informationen über Risikosituationen» hoch eingeschätzt (56,5%). Bei den jungen Erwachsenen war es mit 48,9% weniger als die Hälfte; diese haben mit 28,6% eine deutlich geringere Bewertung angeführt. Mit 60,6% sind Personen mit mittlerem Bildungsniveau im Vergleich zu Personen mit hohem Bildungsniveau eher der Auffassung, dass in den «Lebenswelten Steiermark» sichergestellt ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner besonders in kritischen Situationen wirklich alles verstanden haben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihren Gesundheitszustand «mittelmäßig» einschätzen, haben die Thematik mit 66,6% am höchsten bewertet. Bei Personen mit sehr gutem Gesundheitszustand ist es mit 46,6% weniger als die Hälfte (**Tabelle 10**).

Tabelle 10: Einschätzung zum Merkmal «Informationen über Risikosituationen» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	18,3%	28,0%	53,7%	0,615
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	16,9%	28,3%	54,7%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	17,6%	29,9%	52,6%	0,700
Männlich (n=35)	17,1%	22,9%	60,0%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	28,6%	22,4%	48,9%	0,090
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	11,7%	31,8%	56,5%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	11,2%	28,2%	60,6%	0,338
Hohes Bildungsniveau (n=62)	24,3%	29,0%	46,8%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	12,5%	30,4%	57,2%	0,400
Vollzeit (n=78)	21,8%	25,6%	52,5%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	24,2%	29,3%	46,6%	0,468
gut (n=62)	14,5%	27,4%	58,1%	
mittelmäßig (n=15)	6,7%	26,7%	66,6%	

3.2.9 Kosten (Q09)

In welchem Maße kommunizieren Sie in Ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?

3.2.9.1 Einschätzung (gesamt)

Mit 47,3% sind weniger als die Hälfte der Befragten der Ansicht, dass an ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich kommuniziert wird, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung bzw. Betreuung zu tragen hat. Fast 30% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben hier eine geringe Bewertung an (MD 4; **Abbildung 10**).

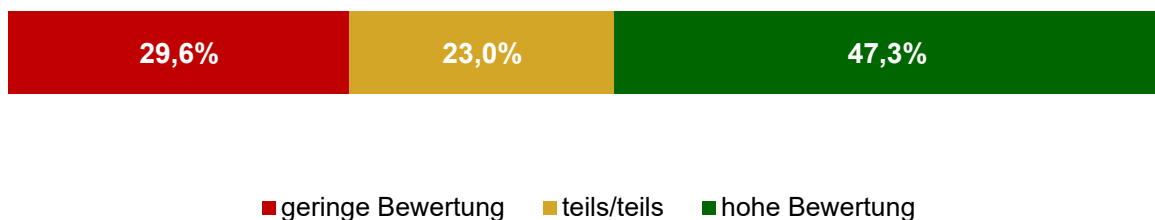


Abbildung 10: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Kosten» gesamt (n=135)

3.2.9.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Die Bewertung des Merkmals «Kosten» zeigt, dass Frauen und Männer in allen drei Antwortkategorien sehr ähnlicher Meinung sind und es kaum Unterschiede gibt. Bei beiden Geschlechtern haben weniger als die Hälfte eine hohe Bewertung angeführt (48,5% vs. 47,5%). Bei der Einschätzung gibt es mit $p=0,043$ einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern. Mitarbeitende im jungen Erwachsenenalter haben ebenso höher beurteilt als die Kolleginnen und Kollegen im mittleren Erwachsenenalter (53,0% vs. 44,7%). Letztere waren mit 27,1% der Antwort «teils/teils» deutlich unentschlossener. Mit 55,4% sind Personen mit einer geringfügigen oder mit einer Teilzeit-Beschäftigung im Vergleich zu Personen mit einer Vollzeit-Beschäftigung eher der Auffassung, dass an ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich kommuniziert wird, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung zu tragen hat (**Tabelle 11**).

Tabelle 11: Einschätzung zum Merkmal «Kosten» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
In welchem Maße kommunizieren Sie in Ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?				
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	30,5%	24,4%	45,1%	0,110
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	28,4%	20,8%	50,9%	
Geschlecht *				
Weiblich (n=97)	28,8%	23,7%	47,5%	0,043
Männlich (n=35)	28,6%	22,9%	48,5%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	30,7%	16,3%	53,0%	0,141
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	28,3%	27,1%	44,7%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	25,3%	25,4%	49,2%	0,107
Hohes Bildungsniveau (n=62)	32,2%	21,0%	46,8%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	25,0%	19,6%	55,4%	0,546
Vollzeit (n=78)	33,4%	24,4%	42,3%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	32,8%	19,0%	48,3%	0,676
gut (n=62)	30,7%	25,8%	43,6%	
mittelmäßig (n=15)	13,4%	26,7%	60,0%	

* statistisch signifikanter Unterschied

3.2.10 Belegschaft (Q10)

In welchem Maße werden in Ihrem Standort die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?

3.2.10.1 Einschätzung (gesamt)

Fast 60% der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe führten an, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» zum Thema Gesundheitskompetenz geschult werden. Knapp 26% der Personen war bei der Beantwortung unentschlossen (MD 5; **Abbildung 11**).

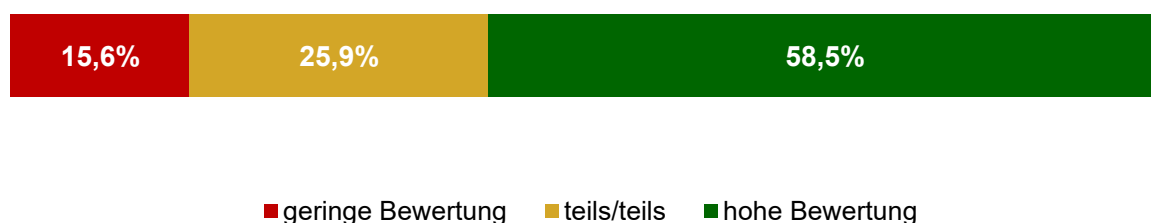


Abbildung 11: Prozentverteilung der Einschätzung zum Merkmal «Belegschaft» gesamt (n=135)

3.2.10.2 Einschätzung nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

Die **Tabelle 12** zeigt, dass die Sozialbetreuungsberufe im Vergleich zu den Gesundheitsberufen das Merkmal «Belegschaft» deutlich höher bewertet bzw. eingeschätzt haben (66,1% vs. 53,7%). 31,7% der Gesundheitsberufe haben den Wert 4, also «teil/teils» angeführt und sind hier bei der Beantwortung deutlich unentschlossener als die Sozialbetreuungsberufe. Mit 59,9% vs. 51,4% wurde die Thematik von den Frauen etwas höher bewertet als von den Männern. Befragte, die ihren Gesundheitszustand «sehr gut» einschätzen, sind mit 65,5% eher der Ansicht, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» zum Thema Gesundheitskompetenz geschult werden. Personen mit mittelmäßigem Gesundheitszustand waren mit 40% der Antwort «teils/teils» deutlich unentschlossener.

Tabelle 12: Einschätzung zum Merkmal «Belegschaft» nach Berufsgruppe & soziodemografischen Merkmalen

In welchem Maße werden in Ihrem Standort die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?				
	geringe Bewertung	teils/teils	hohe Bewertung	p
Berufsgruppe				
Gesundheitsberufe (n=82)	14,6%	31,7%	53,7%	0,475
Sozialbetreuungsberufe (n=53)	17,0%	17,0%	66,1%	
Geschlecht				
Weiblich (n=97)	16,5%	23,7%	59,9%	0,920
Männlich (n=35)	14,3%	34,3%	51,4%	
Alter				
Junges Erwachsenenalter (n=49)	14,3%	24,5%	61,2%	0,157
Mittleres Erwachsenenalter (n=85)	15,3%	27,1%	57,7%	
Bildung				
Mittleres Bildungsniveau (n=71)	14,0%	25,4%	60,5%	0,541
Hohes Bildungsniveau (n=62)	16,2%	27,4%	56,4%	
Beschäftigung				
Geringfügig/Teilzeit (n=56)	12,5%	26,8%	60,7%	0,114
Vollzeit (n=78)	18,0%	25,6%	56,3%	
Subjektiver Gesundheitszustand				
sehr gut (n=58)	12,0%	22,4%	65,5%	0,661
gut (n=62)	21,0%	25,8%	53,3%	
mittelmäßig (n=15)	6,7%	40,0%	53,4%	

4 Diskussion

Mit den Ergebnissen dieser Arbeit liegen erstmals Informationen vor, die Aussagen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark», einer Einrichtung der Sozial- und Behindertenhilfe in Österreich, zulassen. Mit den erhobenen Daten wurde festgestellt, in welchem Maße die Organisation die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und fördert. Darüber hinaus wurde untersucht, ob und wie sich die Einschätzung zur organisationalen Gesundheitskompetenz im Hinblick auf die Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe und ausgewählte soziodemografische Merkmale unterscheidet.

Wie stellt sich die organisationale Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» aus Sicht von Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen dar?

Insgesamt wurde die organisationale Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» sehr gut bzw. relativ hoch bewertet. Die Gesamtantwort der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe in Bezug auf das Ausmaß, in dem die Organisation die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und fördert betrug 5,5 auf der siebenstufigen Likert-Skala. Im Vergleich dazu zeigte eine Erhebung von Rathmann et al. (2020), dass die organisationale Gesundheitskompetenz in Einrichtungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland mit 4,8 etwas niedriger eingeschätzt wurde.

Zugang/Navigation: Hinsichtlich einzelner Merkmale bzw. Items kann angeführt werden, dass das Merkmal «Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie Navigation» (Q06) in einigen bisherigen HLHO-10-Erhebungen die höchste Bewertung erhalten hat. Sowohl in einem akademischen Gesundheitszentrum in den USA (Prince et al. 2018), in privaten und öffentlichen Krankenhäusern in Istanbul (Hayran et al. 2019), in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland (Rathmann et al. 2020) als auch in der vorliegenden Erhebung sind die befragten Personen stark der Auffassung, dass Mühe darauf verwendet wird,

dass sich die zu betreuenden Personen problemlos in den Organisationen zurechtfinden. In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» könnte die hohe Bewertung unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass zur Navigation innerhalb der Einrichtung teilweise bereits Hinweisschilder bzw. Beschriftungssysteme in leichter Sprache (z.B. bei Türschildern) eingesetzt werden. Darüber hinaus stehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Empfangs 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche zur Auskunft zur Verfügung, um unter anderem das Zurechtfinden in der Organisation zu erleichtern. Nach Brach et al. (2012) unterstützen gesundheitskompetente Organisationen Personen in der Bewältigung des unüberschaubaren Angebots an Gesundheitsinformationen, in dem sie korrekte, leicht verständliche und handlungsrelevante Informationen bereitstellen. Auch in den «Lebenswelten Steiermark» wird darauf großen Wert gelegt. So wurden speziell in der Coronapandemie Informationen über Hygienemaßnahmen sowie Informationen zur Impfung in leichter Sprache erstellt. Auch der Zugang zu unterschiedlichen (Gesundheits-) Dienstleistungen wird den Bewohnerinnen und Bewohnern einfach ermöglicht, indem hausintern verschiedene Fachdisziplinen wie Pflege, Medizin, Pädagogik, Ergo- und Physiotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie oder Sozialberatung zur Verfügung stehen. Bei Bedarf werden die Bewohnerinnen und Bewohner auch dabei unterstützt, externe Leistungen und Angebote in Anspruch zu nehmen (z.B. Unterstützung bei der Terminvereinbarung und Begleitung).

Kommunikationsstandards: Im Vergleich zu den anderen HLHO-10-Items bekam das Merkmal «Kommunikationsstandards» (Q05) die zweithöchste Bewertung. Die befragten Personen sind überwiegend der Ansicht, dass in der Einrichtung Kommunikationsstandards vorhanden sind, die sicherstellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen. Hier ist anzuführen, dass Sprache und Kommunikation generell einen wichtigen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung besitzen. Eine gelingende Kommunikation zwischen den behandelnden Personen und den Fachkräften wirkt sich unter anderem positiv auf den Therapieerfolg aus und steigert vor allem die Zufriedenheit. Aus diesem Grund ist es notwendig, eine barrierefreie Kommunikation zu gewährleisten. Unter anderem auch mit dem Hintergrund, dass dies speziell in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen von der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert wird (Jacobi 2020). Bisherige HLHO-10-Erhebungen in deutschen Brustkrebszentren

(Kowalski et al. 2015), in Krankenhäusern in der Toskana und Nordtexas (Bonaccorsi et al. 2020; Howe et al. 2020) sowie in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland (Rathmann et al. 2020) zeigen hinsichtlich Gesundheitskommunikation ebenfalls überdurchschnittliche Werte. Hier wird das Thema somit als besonders wichtig angesehen. Beispielsweise konzentrieren sich die Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland auf die Kommunikation, die individuell auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Personen zugeschnitten ist, einschließlich der Kenntnis einfacher Sprach- und Bildungsfähigkeiten (Rathmann et al. 2020). In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» sind seit einigen Jahren starke Bemühungen hinsichtlich barrierefreier Kommunikation erkennbar. Es werden Methoden wie leichte Sprache, Gebärdensprache und Kommunikationsformen aus dem Fachgebiet der «Unterstützten Kommunikation»⁶ in der täglichen Behandlung und Betreuung ausgewählt und angewendet. Hierzu zählen etwa die Kommunikation über grafische Symbole und Abbildungen, die Wörter bildlich darstellen oder die Kommunikation über technische bzw. elektronische Kommunikationshilfen wie Sprachausgabegeräte. Auch erste Ansätze zur digitalen Barrierefreiheit werden umgesetzt. So wirken die «Lebenswelten Steiermark» auch am EU-Projekt «Letitbe» mit, welches das Ziel verfolgt, die soziale und berufliche Inklusion von erwachsenen Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen durch vermehrte Nutzung digitaler Technologien voranzutreiben. All diese bisher umgesetzten Maßnahmen erklären womöglich die hohe Bewertung dieses Merkmals.

Gesundheitskompetenz-Niveau: In Bezug auf das Merkmal «Gesundheitskompetenz-Niveau» (Q04) sind die befragten Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe stark der Auffassung, dass individualisierte Gesundheitsinformationen in der täglichen Betreuung zum Einsatz kommen. Demgegenüber zeigen hier Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen aus Deutschland einer der niedrigsten Bewertungen. Die Entwicklung von Gesundheitsinformationen (z.B. in Form von Flyern) wurde dort als weniger relevant eingestuft und wird nur gelegentlich in Einrichtungen

⁶ Die «Unterstützte Kommunikation» dient nach Jacobi (2020) als Ergänzung oder als Ersatz für das natürliche Sprechen und bietet nicht oder kaum sprechenden Menschen die Möglichkeit, mit Hilfe verschiedener Kommunikationsformen und Hilfsmitteln zu kommunizieren.

angewendet. Allerdings wurde angeführt, dass mehr Wert darauf gelegt wird, bereits vorhandene Gesundheitsinformationen an einzelne Kundinnen und Kunden anzupassen. Nach Rathmann et al. (2020) ist es jedoch wichtig, dass Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen unter Beteiligung der Zielgruppe Gesundheitsinformationen entwickeln, die Betroffene dabei unterstützen, Informationen richtig zu verstehen und es ihnen ermöglichen, gesundheitsbezogene Entscheidungen so unabhängig wie möglich zu treffen.

Führung: Das Merkmal «Führung» (Q01) wurde in der vorliegenden Erhebung als auch in anderen Gesundheitseinrichtungen (Howe et al. 2020; Rathmann et al. 2020; Hayran et al. 2019; Prince et al. 2018; Kowalski et al. 2015) relativ hoch bewertet. An dieser Stelle ist anzuführen, dass eine erfolgreiche und langfristige Implementierung der Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation nur gelingen kann, wenn diese von der Führung dauerhaft unterstützt wird (Brach et al. 2012). Denn die Führungskräfte sind es, die Ziele und Rahmenbedingungen für die Organisationsentwicklung bestimmen, Entscheidungen treffen und etwas in Auftrag geben (ÖPGK 2019). Folglich nehmen sie eine zentrale Rolle ein, wenn es um die Förderung der Gesundheitskompetenz in einer Organisation geht. Ein großer Anteil der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» ist der Ansicht, dass sich die Leitung ihres Standortes explizit dem Thema Gesundheitskompetenz widmet. Diese Wahrnehmung lässt sich möglicherweise daraus herleiten, dass die Hausleitung in den «Lebenswelten Steiermark» bereits einige Projekte zum Thema Gesundheitskompetenz unterstützt und gefördert hat. Bis dato wurden einige finanzielle, personelle sowie zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt, um beispielsweise hausinterne Erhebungen zur individuellen und organisationalen Gesundheitskompetenz durchzuführen oder um unterschiedliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz umzusetzen. Exemplarisch kann die Erhebung zur Gesundheitskompetenz von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Pichlbauer 2018), die Abhaltung diverser Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Umsetzung erster Schritte in Richtung barrierefreier Kommunikation oder diese Arbeit genannt werden.

Kosten: Die niedrigste Bewertung erhielt das Merkmal «Kosten» (Q09). Das zeigte sich auch in den Erhebungen von Prince et al. (2018) und Howe et al. (2020). Die Kommunikation hinsichtlich der Leistungsfinanzierung wurde sowohl im akademischen Gesundheitszentrum in den USA als auch in den Krankenhäusern in Nordtexas als problematisch und verbesserungswürdig eingestuft. In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» sind weniger als die Hälfte der Befragten der Ansicht, dass an ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich kommuniziert wird, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung bzw. Betreuung zu tragen hat. Hier ist zu erwähnen, dass in den «Lebenswelten Steiermark» sämtliche Angelegenheiten zur Finanzierung wie beispielsweise die Finanzierungsberatung für Aufnahmewerberinnen und Aufnahmewerber, Finanzierungsklärung vor der Aufnahme oder die Unterstützung in der Weiterfinanzierung befristeter Leistungen in der Verantwortung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialberatung, als eigener Bereich der Verwaltung liegen. Möglicherweise sehen es die befragten Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe daher auch nicht als ihre Aufgabe an, die Kostenbesprechung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen oder ihren gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern zu übernehmen. Darüber hinaus müssten die Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe im Allgemeinen auch mehr über die Finanzierung wissen, um sie zu kommunizieren.

Einbezug der Zielgruppe: Verglichen mit den anderen HLHO-10-Items bekam das Merkmal «Einbezug der Zielgruppe» (Q03) die zweitniedrigste Bewertung. Nur knapp die Hälfte der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe haben angeführt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen miteinbezogen werden. Nach Brach et al. (2012) werden Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppen viel zu selten in die Entwicklung und Gestaltung von Informationen und Dienstleistungen einbezogen. Dies wird auch in bisherigen HLHO-10-Erhebungen bestätigt. Beispielsweise wurden in deutschen Brustkrebszentren (Kowalski et al. 2015), in einem akademischen Gesundheitszentrum in den USA (Prince et al. 2018), in privaten und öffentlichen Krankenhäusern in Istanbul (Hayran et al. 2019) oder in Krankenhäusern in Nordtexas (Howe et al. 2020) niedrige Werte hinsichtlich der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten vergeben. Diesbezüglich ist auch in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen ein

Verbesserungspotenzial erkennbar (Rathmann et al. 2020). Brach et al. (2012) führen in ihrem Diskussionspapier über die Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation an, dass es besonders wichtig wäre, die Meinung der Zielgruppen in Planung, Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen. Denn nur durch partizipative Gestaltungsprozesse ist es möglich, den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht zu werden. In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» gibt es seit einigen Jahren eine Selbstvertretungsgruppe für Bewohnerinnen und Bewohner. Diese besteht derzeit aus einer Bewohnerin, drei Bewohnern, einer Mitarbeiterin und einem Mitarbeiter des Hauses. Diese Arbeitsgruppe zur Selbstvertretung beschäftigt sich damit, wie Menschen mit Beeinträchtigungen am besten dabei unterstützt werden können, ihre eigenen Interessen und Wünsche mitzuteilen. Sie sorgt unter anderem dafür, dass Bewohnerinnen und Bewohner ihre Rechte und Pflichten kennen, mitreden und eigene Entscheidungen treffen können. Im Laufe der Corona-Pandemie sind erste Initiativen entstanden, Gesundheitsinformationen in leichter Sprache unter Einbeziehung und Beteiligung der Zielgruppe zu erstellen, wie etwa wichtige Informationen über das Corona Virus, zum Tragen von Schutzmasken oder zur Impfung. Diese Entwicklung gilt es künftig weiter zu forcieren, auch im Hinblick auf andere wichtige Gesundheitsthemen. Wie die Erhebung zum Merkmal «Medienvielfalt» (Q07) gezeigt hat, besteht auch ein Handlungsbedarf, Informationen über verschiedene Medien bereitzustellen. Howe et al. (2020) erwähnen in ihrer Arbeit beispielsweise die Verfügbarkeit von relevanten Videos auf Tablets und Krankenhausfernsehkänen, das Bereitstellen von Medikamentenfotos, das Zeichnen von Bildern oder die Verwendung von Puppen, um medizinische Verfahren einfach zu erklären. Solche Medien könnten künftig auch in den «Lebenswelten Steiermark» vermehrt zum Einsatz kommen. Hier sind also weitere Bemühungen und Investitionen notwendig, um kreative und vielfältige Medien zu entwickeln und zu verwenden, deren Botschaft einfach zu verstehen und zu befolgen ist.

Wie unterscheidet sich die Einschätzung zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» hinsichtlich der Berufsgruppen und ausgewählter soziodemografischer Merkmale?

Die Einschätzung bzw. Wahrnehmung in den einzelnen Merkmalen zur organisationalen Gesundheitskompetenz unterscheidet sich hinsichtlich der beiden Berufsgruppen und den soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Bildung und dem subjektiven Gesundheitszustand geringfügig.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass lediglich die Studie von Prince et al. (2018) teilweise einen Vergleich mit den vorliegenden Ergebnissen zulässt. Aus diesem Grund werden die Einschätzungen zur organisationalen Gesundheitskompetenz hauptsächlich mit bisherigen Erkenntnissen zur individuellen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung diskutiert.

Berufsgruppe: Die Merkmale zur gesundheitskompetenten Organisation wurden sowohl von den Gesundheitsberufen als auch von den Sozialbetreuungsberufen sehr ähnlich bewertet. Dennoch zeigen sich leichte, wenn auch statistisch nicht signifikante Unterschiede. Auffallend ist, dass von den Gesundheitsberufen jene Merkmale höher bewertet wurden, in denen Kommunikation und deren Vermittlungsweise eine entscheidende Rolle spielen. Dies lässt sich womöglich darauf zurückführen, dass Gespräche zwischen den Gesundheitsberufen und den Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Angehörigen und mit den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern hochrelevant sind, um eine gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (ÖPGK 2021b). Dementsprechend verbringen die Gesundheitsberufe in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» auch einen großen Teil ihrer Arbeitszeit damit, diese Gespräche zu führen. Möglicherweise sind sie deswegen für das Thema (Gesundheits-) Kommunikation sensibilisierter als Angehörige von Sozialbetreuungsberufen. Vergleichsweise wurde in der Erhebung von Prince et al. (2018) unter anderem untersucht, ob es Unterschiede in den Bewertungen innerhalb von Gesundheitsberufen wie etwa Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonen, Apothekerinnen und Apotheker, Therapeutinnen und Therapeuten gibt. Obwohl es keine statistisch signifikanten Unterschiede gab, zeigten die Ergebnisse, dass

Pflegepersonen mit mehr als 10% direkten Kontakt mit Patientinnen/Patienten und mit 5 oder weniger Dienstjahren, die organisationale Gesundheitskompetenz am höchsten bewerteten.

Geschlecht: Frauen haben eine geringfügig höhere Gesundheitskompetenz als Männer, sowohl international als auch in Österreich (Pelikan et al. 2013a). Das zeigen auch neuere Befunde für Deutschland (Schaeffer et al. 2021). In der vorliegenden Erhebung haben Frauen gegenüber den Männern die organisationale Gesundheitskompetenz höher bewertet. Dies zeigt sich in neun von zehn Merkmalen. Lediglich das Merkmal «Informationen über Risikosituationen» wurde von den Männern etwas besser eingeschätzt.

Alter: Die Gesundheitskompetenz bei älteren Personen ist im Durchschnitt niedriger als bei Jüngeren. Dieser Zusammenhang kann in unterschiedlichem Ausmaß in allen österreichischen Bundesländern beobachtet werden (Pelikan et al. 2013a). Auch aktuelle Ergebnisse aus der Bevölkerung in Deutschland bestätigen, dass die Gesundheitskompetenz bei Menschen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahren) geringer ist als bei jüngeren Menschen. Überdies wird aufgezeigt, dass ebenso Personen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren häufig Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformation haben (Schaeffer et al. 2021). Im Rahmen der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass Personen im mittleren Erwachsenenalter (36-65 Jahre) im Vergleich zu Personen im jungen Erwachsenenalter (18-35 Jahre) die meisten Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation geringfügig höher einschätzten.

Bildung: Gesundheitskompetenz hängt deutlich mit der Bildung zusammen. Dabei haben Personen mit höheren Bildungsabschlüssen auch eine im Schnitt höhere Gesundheitskompetenz (Pelikan et al. 2013a; HLS-EU Consortium 2012). Dies wird auch im aktuellen Ergebnisbericht der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland bestätigt (Schaeffer et al. 2021). In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem mittleren Bildungsniveau neun von zehn Merkmale höher bewertet als Personen mit einem hohen Bildungsniveau. Ebenso zeigten auch Prince et al. (2018) in ihrer

Erhebung, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss eine niedrigere Bewertung zur organisationalen Gesundheitskompetenz abgaben.

Beschäftigung: Die Einschätzungen hinsichtlich Beschäftigungsstatus zeigen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer geringfügigen oder in einer Teilzeit-Beschäftigung die organisationale Gesundheitskompetenz gegenüber Vollzeit-Beschäftigten höher bewertet haben. Das zeigt sich wieder in neun von zehn Merkmalen. Diese Einschätzung liegt möglicherweise daran, dass der Frauenanteil bei Teilzeit-Beschäftigungen höher ist. Wie zuvor beschrieben, haben Frauen die organisationale Gesundheitskompetenz höher bewertet.

Subjektiver Gesundheitszustand: Die Gesundheitskompetenz korreliert mit der selbst eingeschätzten Gesundheit. Je höher die Gesundheitskompetenz einer Person ist, desto besser schätzt sie auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein. Dieser Zusammenhang ist in Österreich stärker als in den meisten anderen HLS-EU-Ländern (Pelikan et al. 2013b). Die Erhebung zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» hat gezeigt, dass sechs von zehn Merkmalen von jenen Personen höher bewertet wurden, die ihren Gesundheitszustand als «mittelmäßig» einschätzten. Drei Merkmale, nämlich «Einbezug der Zielgruppe», «Kommunikationsstandards» und «Belegschaft» wurden von jenen Personen besser bewertet, die ihrer Ansicht nach, einen sehr guten Gesundheitszustand vorweisen.

4.1 Stärken und Limitationen

Für die vorliegende Erhebung wurde ein Querschnittsdesign gewählt. Mit dieser Erhebungsmethode war es im Gegensatz zu anderen Methoden relativ einfach und kostengünstig möglich, den Ist-Zustand zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten Steiermark» abzubilden. Somit konnten aktuelle Stärken der Organisation, aber auch Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert sowie eine Auswahl und Priorisierung von Interventionen erzielt werden. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei ausschließlich um eine Momentaufnahme handelt und eine Generalisierung auf andere Messzeitpunkte nicht gegeben ist. Mit dem verwendeten «HLHO-10» lag ein Erhebungsinstrument vor, welches nach Kowalski

et al. (2015) sowohl in der Forschung zur Beurteilung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Gesundheitsorganisationen als auch als Selbstbewertungsinstrument einer Organisation eingesetzt werden kann. Im Rahmen der Befragung konnte das «HLHO-10» in einer Einrichtung für Menschen mit Beeinträchtigungen in Österreich getestet werden. Das Erhebungsinstrument erwies sich als einfach anwendbares und leicht verständliches Instrument, welches eine relativ schnelle Beurteilung der organisationalen Gesundheitskompetenz ermöglichte. Somit kann das «HLHO-10» auch für Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen empfohlen werden. Allerdings ist anzuführen, dass in der siebenstufigen Likert-Skala einige Werte⁷ nicht definiert sind und es hier an Bezeichnungen fehlt, was wiederum die präzise Beantwortung der Fragen und folglich eine Interpretation der Ergebnisse erschwerte. Des Weiteren ist anzumerken, dass das «HLHO-10» vorwiegend Fragen darüber enthält, in welchem Maße die Organisation die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und fördert. Mit wenigen Ausnahmen spielt die Gesundheitskompetenz anderer Personengruppen wie z.B. die der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Instrument keine wesentliche Rolle. Mit den Ergebnissen der Erhebung konnte somit nicht ausreichend beurteilt werden, wie die Gesundheitskompetenz von anderen Nutzerinnen und Nutzern bzw. Stakeholdern der «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» berücksichtigt und gefördert wird. Die Einschätzung zur organisationalen Gesundheitskompetenz erfolgte durch Angehörige der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe, die täglich im direkten Kontakt mit den zu behandelnden und zu betreuenden Personen stehen. Die Ergebnisse spiegeln somit ausschließlich die Wahrnehmung dieser Berufsgruppen wider. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese von der Wahrnehmung anderer Interessensgruppen wie etwa dem Management, von Bewohnerinnen und Bewohnern oder deren Angehörigen abweicht. Die Datenerhebung wurde mit einer Online-Befragung vorgenommen. Mit dieser Vorgehensweise war es möglich, eine größere Stichprobe kostengünstig, schnell und ohne Einfluss des Interviewers zu befragen. Überdies hatten die Zielpersonen die Möglichkeit, den Fragebogen zu jenem Zeitpunkt auszufüllen, der ihnen am angenehmsten erscheint. Zugleich stand ihnen beliebig viel Zeit zum Durchdenken ihrer Antworten zur Verfügung. Ein weiterer Vorteil der Online-Befragung bestand darin, dass die Anonymität der Befragten

⁷ Wert 2, 3, 5 und 6

sowie eine hohe Datengenauigkeit gewährleistet werden konnten. Ein wesentlicher Einwand gegenüber der Online-Befragung stellen mögliche Verzerrungen der Stichprobe im Zuge des Rekrutierungsverfahrens dar. Es war weitgehend unkontrollierbar, wer tatsächlich unter welchen Bedingungen den Fragebogen ausfüllt und wie ernst die Befragung von den Zielpersonen genommen wurde (Diekmann 2020; Häder 2015; Von Törne et al. 2011). Obwohl mehrmals eine Erinnerung zur Teilnahme erfolgte und der Link zur Befragung über das Intranet an präsenster Stelle abrufbar war, kann als weiterer Nachteil angeführt werden, dass nicht alle Zielpersonen über eine eigene E-Mail-Adresse verfügten. Somit hatten unerfahrene Nutzerinnen und Nutzer des Inter- bzw. Intranets möglicherweise Probleme damit, die Befragung zu finden und daran teilzunehmen. Die Tatsache, dass die Erhebung in der Haupturlaubszeit sowie wenige Monate nach Ausbruch der Corona-Pandemie stattfand, könnte sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft ausgewirkt haben. Abschließend ist anzumerken, dass aufgrund der hohen Nonresponse-Rate bzw. der daraus resultierenden geringen Stichprobengröße keine repräsentativen Aussagen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» getroffen werden können.

4.2 Implikationen für weitere Forschung

Das Messinstrument «HLHO-10» wurde bereits in einigen Ländern in mehreren Sprachen sowie in verschiedenen Versorgungsbereichen und Organisationen anhand vielfältigerer Stichproben getestet und in den bisherigen Erhebungen als zufriedenstellend eingestuft (Rathmann et al. 2020; Howe et al. 2020; Bonaccorsi et al. 2020; Hayran et al. 2019; Prince et al. 2018; Kowalski et al. 2015). Dennoch wäre es erforderlich, das Instrument weiterzuentwickeln und anzupassen. Unter anderem wäre es nützlich und hilfreich, die Werte 2, 3, 5 und 6 in der siebenstufigen Likert-Skala mit einer Bezeichnung zu versehen, damit eine präzise Beantwortung der Fragen ermöglicht und die Interpretation der Ergebnisse erleichtert wird. Wie bereits erwähnt, konzentriert sich das «HLHO-10» vorwiegend auf die Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund könnte das Instrument um Fragen erweitert werden, damit auch beurteilt werden kann, inwieweit eine Organisation andere wichtige Personengruppen und Stakeholder dabei unterstützt, Informationen und Dienste zu navigieren, zu verstehen und zu

nutzen. Zum Beispiel könnte diese Frage dann Auskunft darüber liefern, in welchem Maße die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt und gefördert wird. Ebenso wäre nach Kowalski et al. (2015) eine Validierung des Instruments notwendig, indem es beispielsweise von Forscherinnen und Forscher eingesetzt wird, um die HLHO-Merkmale unabhängig von Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Organisation zu bewerten. An dieser Stelle ist anzuführen, dass derzeit noch kein «Goldstandard» zur Verfügung steht, um Organisationen hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz zu messen und zu beurteilen. Dazu wären künftige Forschungsarbeiten sinnvoll und wünschenswert, um Ergebnisse besser vergleichen zu können.

Nach Schaeffer & Pelikan (2017b) wäre es notwendig, die Gesundheitskompetenz nicht nur punktuell, sondern auch in regelmäßigen Abständen zu messen. Dies sollte auch bei der Messung bzw. Bewertung der organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» berücksichtigt werden. Denn nur durch regelmäßige und systematische Vorgehensweisen können Problem- und Interventionsfelder identifiziert werden, die es erst ermöglichen, passgenaue und wirkungsvolle Interventionsstrategien und Interventionsprogramme zu entwickeln. Zugleich ermöglicht ein regelmäßiges Monitoring, bereits durchgeführte Maßnahmen zu evaluieren (Schaeffer & Pelikan 2017b). An dieser Stelle ist anzuführen, dass in den «Lebenswelten Steiermark» generell weitere Forschungsprojekte zur Gesundheitskompetenz umgesetzt werden sollten. Diese Projekte könnten einerseits die individuelle Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erheben und andererseits die Wahrnehmung unterschiedlicher Interessensgruppen hinsichtlich organisationaler Gesundheitskompetenz erfassen und der Frage nachgehen, ob und wie sich diese Bewertungen voneinander unterscheiden. Zudem könnten dann auch Unterschiede in den Einschätzungen untersucht werden, die auf dem Grad der individuellen Gesundheitskompetenz basieren. Unter anderem ob Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz höhere oder niedrigere Bewertungen dafür abgeben, inwieweit die Organisation die Gesundheitskompetenz ihrer Stakeholder berücksichtigt und fördert. Nachdem bisher einige Untersuchungen gezeigt haben, dass es bei Menschen mit Beeinträchtigungen einer Förderung ihres Gesundheitsbewusstseins und ihrer Gesundheitskompetenz bedarf (Rathmann et al. 2021;

Rathmann & Nellen 2019), können genannte Implikationen auch als Empfehlung für andere Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen angesehen werden.

4.3 Implikationen für Praxis

Abgeleitet aus den Ergebnissen dieser Arbeit wird nachfolgend eine Auswahl an ersten Handlungsempfehlungen und Interventionsmöglichkeiten für die «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» vorgestellt:

Führung unterstützt Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz:

Für eine nachhaltige Entwicklung in Richtung gesundheitskompetenter Organisation bedarf es weiterhin unterstützende Strukturen und Rahmenbedingungen. Aus diesem Grund sollten die oberste als auch die mittlere Führungsebene die Bedeutung und die Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz verstehen und es als ihre Pflicht ansehen und sich dafür einsetzen, Gesundheitskompetenz in der Organisation sowie entsprechende Entwicklungsschritte zu fördern, sie zum integralen Bestandteil ihrer Mission, ihres Leitbildes, ihrer Strategie, ihrer Ziele und Prozesse zu machen und auch in die Qualitätssicherung/-verbesserung einzubauen. Dafür sollten ein explizites Budget festgelegt sowie weiterhin zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (Howe et al. 2020; Kraus-Füreder et al. 2020; Khorasani et al. 2020; ÖPGK 2019; Abrams et al. 2014; Pelikan et al. 2013b; Brach et al. 2012).

Ein Gesundheitskompetenz-Team bilden sowie Zielgruppen miteinbeziehen:

Entwicklungsschritte in Richtung gesundheitskompetenter Organisation sollte nicht von einer einzelnen Person getragen, sondern im Team unter Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen erarbeitet werden. Als Empfehlung kann ein Gesundheitskompetenz-Team aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Fachdisziplinen sowie mit der Selbstvertretungsgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner gebildet werden, die dann gemeinsam mit den verantwortlichen Bereichen Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz planen, entwickeln, umsetzen und evaluieren (Kraus-Füreder et al. 2020; ÖPGK 2019; Abrams et al. 2014; Brach et al. 2012).

Zugang zu (Gesundheits-) Dienstleistungen und Informationen ermöglichen:

Die Einrichtung sollte weitere Anstrengungen unternehmen, um einen einfachen Zugang zu unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen, indem weiterhin verschiedene Dienstleistungen im Haus und die Unterstützung für die Inanspruchnahme externer Dienstleistungen angeboten werden. Darüber hinaus sollen den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern transparente und verständliche Informationen über bestehende Leistungsangebote, auf welche sie Anspruch haben, einfach und problemlos zugänglich gemacht werden. Darunter auch die Weiterverweisung an relevante Ansprechpartner (Kraus-Füreder et al. 2020; Brach et al. 2012).

Orientierung erleichtern und Navigationsqualität aufrechterhalten: In den «Lebenswelten Steiermark» soll weiterhin die Orientierung erleichtert und die Navigationsqualität aufrechterhalten werden. Damit ist gemeint, dass klare und einfache Leitsysteme und Orientierungshilfen im Außen- und Innenbereich erweitert bzw. adaptiert werden. Beispiele hierfür sind gut sichtbare und leserliche Hinweisschilder und Wegweiser mit alltäglichen Begrifflichkeiten, die mit bekannten Grafiken und Symbolen versehen sind. Darüber hinaus kann auch eine spezielle Farbgestaltung von Wänden und Bodenbelägen hilfreich sein, um sich einfach innerhalb der Organisation zurechtzufinden. Anzudenken wäre unter anderem auch eine Verbesserung der Telefonkommunikation durch eigene Schulungsprogramme. Denn das Gespräch über Telefon ist oft der erste Kontakt, den eine Person mit einer Gesundheitseinrichtung hat. Diese erste Interaktion kann den Eindruck einer Person von der Einrichtung beeinflussen und Orientierung ermöglichen (Jacobi 2020; Khorasani et al. 2020; Kraus-Füreder et al. 2020; Brach et al. 2012; Rudd & Anderson 2006).

Barrierefreie Kommunikation als Gesamtkonzept anwenden: Barrierefreie Kommunikation umfasst alle Maßnahmen zur Eindämmung von Kommunikationsbarrieren in unterschiedlichen Situationen und Handlungsfeldern. Dazu gehören zahlreiche Methoden und Hilfsmittel, damit Kommunikation erleichtert oder erst ermöglicht wird (Jacobi 2020). In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» sollte barrierefreie Kommunikation als Gesamtkonzept definiert und als Selbstverständlichkeit angewendet werden. Im Zuge dessen ist es unter anderem erforderlich, barrierefreie, jedoch auch bedarfs- und situationsgerechte

Kommunikationsangebote zu erweitern. Darunter fallen leicht verständliche Sprachvarianten und Konzepte wie einfache und leichte Sprache, Dolmetschen von Gebärdensprache [oder einer anderen Fremdsprache; ergänzt Pichlbauer], Brailleschrift, Sehhilfen und unterstützende Technologien bei Sehbehinderung, unterstützte Kommunikation sowie der Einsatz unterschiedlicher visueller und audiovisueller Medien wie etwa Filme/Videos, 3-D-Modelle, Bilder, Foto-Romane, Comics usw. (Jacobi 2020; Brach et al. 2012; Rudd & Anderson 2006). Daneben sollten auch Strategien zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Gesundheitsversorgung umgesetzt werden, damit eine klare Kommunikation und folglich wirksame Interventionen in der Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung erzielt werden (ÖPGK 2021b).

Gute Gesundheitsinformationen anbieten: Informationen sind bei Menschen mit Beeinträchtigungen oftmals schwer vermittelbar. Je schwerer der Grad der kognitiven Beeinträchtigung ist, desto schwieriger gestaltet es sich für Fachpersonal, mit den betroffenen Personen über ihre gesundheitlichen Belange ins Gespräch zu kommen. Dementsprechend fehlt es an einer Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine bestimmte Behandlung und Betreuung (Sappok et al. 2021). Der Einsatz von guten Gesundheitsinformationen würde es möglich machen, dass Bewohnerinnen und Bewohner ihr Wissen über verschiedene Möglichkeiten einer Untersuchung, einer Behandlung [oder ihr Wissen über verschiedene Gesundheitsthemen; ergänzt Pichlbauer] verbessern und sich gut informiert fühlen. Mitunter können so bessere und unabhängige Gesundheitsentscheidungen getroffen werden (ÖPGK 2020a; ÖPGK 2020b). Aus diesem Grund sollten in den «Lebenswelten Steiermark» künftig verstärkt Bemühungen stattfinden, zielgruppenorientierte und verständliche Gesundheitsinformationen nach den 15 Qualitätskriterien «Gute Gesundheitsinformation Österreich» (ÖPGK 2020c) oder anhand der Leitlinie evidenzbasierter Gesundheitsinformation (Lühnen et al. 2017) zu erstellen oder bereits bestehende Informationen, die diesen Anforderungen entsprechen, zu implementieren. Diese gesundheitsrelevanten Informationen können dann beispielsweise als Broschüren, Flyer, Pocketcards oder mittels Aufklärungsbögen als Ergänzung zur gesprochenen Kommunikation angeboten werden.

Bildungsangebote zur Gesundheitskompetenz erweitern: Damit die Gesundheitskompetenz gefördert werden kann, benötigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus unterschiedlichen Bereichen ein Bewusstsein für die Herausforderung limitierter Gesundheitskompetenz, die Bereitschaft zur Umsetzung von Best-Practice-Strategien sowie die notwendigen Kompetenzen für den direkten Einsatz in der Praxis. Daher ist es eine wichtige Voraussetzung für eine gesundheitskompetente Organisation, kontinuierlich Wissen und Fähigkeiten an die Belegschaft zu vermitteln und das Bildungsangebot im Hinblick auf Gesundheitskompetenz zu erweitern. Künftig sollten regelmäßige Fortbildungen durch interne und/oder externe Expertinnen und Experten abgehalten werden. Mögliche Inhalte: Basiswissen zur Gesundheitskompetenz, Kompetenzen in der Entwicklung von Informationsmaterialien, Kompetenzen in der Orientierung sowie Kompetenzen in barrierefreier Kommunikation (Kraus-Füreder et al. 2020; ÖPGK 2019; Kickbusch et al. 2016; Brach et al. 2012). Hinsichtlich guter Gesprächsqualität könnten beispielsweise evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Kommunikationstrainings angeboten werden, wie etwa die Trainings nach ÖPGK-tEACH-Standard (ÖPGK 2021b). Ebenso sollten auch für die Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedliche und vielfältige Bildungsangebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz in leichter Sprache angeboten werden.

Abschließend ist anzuführen, dass die gegebenen Handlungsempfehlungen und Interventionsmöglichkeiten keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und lediglich als Denkanstöße für die «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» sowie für andere Gesundheitseinrichtungen zu werten sind. An dieser Stelle ist ebenso zu betonen, dass die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation von Brach et al. (2012) nur als Versuch einer Zusammenfassung über den Stand der noch jungen Forschung auf dem Gebiet der organisationalen Gesundheitskompetenz angesehen wird. Die Merkmale und Handlungsfelder gesundheitskompetenter Organisationen sind vielfältiger und erweiterbar. Darüber hinaus kann die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetenter Organisation als komplexer Prozess angesehen werden, der nicht von heute auf morgen vollzogen wird (Khorasani et al. 2020; Abrams et al. 2014) und stets einer Weiterentwicklung und Anpassung an die Gegebenheiten bedarf.

4.4 Schlussfolgerung

Die Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, die in der modernen (Gesundheits-) Gesellschaft notwendig ist, um im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dabei wird deutlich, dass Gesundheitskompetenz als Zusammenspiel von persönlichen Fähigkeiten und situativen Anforderungen von Organisationen zu verstehen ist. Durch dieses Verständnis wird es möglich, sowohl die individuelle Gesundheitskompetenz von Personen als auch die Gesundheitskompetenz von Organisationen, also die «organisationale Gesundheitskompetenz» zu messen und zu verbessern. Ziel der vorliegenden Erhebung war es, erstmals Informationen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark», einer Einrichtung für Menschen mit Beeinträchtigungen, zu erheben und abzubilden. Dabei wurden die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation von Brach et al. (2012) einbezogen. Ebenso wurde untersucht, ob und wie sich die Einschätzung unterschiedlicher Berufsgruppen sowie ausgewählter soziodemografischer Merkmale unterscheidet. Die Erhebung hat gezeigt, dass die organisationale Gesundheitskompetenz mit einer Gesamtantwort von 5,5 auf einer siebenstufigen Likert-Skala relativ hoch ist und dass bereits in vielen Bereichen der Begleitung und Betreuung die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und gefördert wird. Besonders auf die Merkmale «Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen sowie Navigation», «Kommunikationsstandards» und «Führung» trifft dies zu. Demgegenüber weisen die Merkmale «Kosten» und «Einbeziehung der Zielgruppen» ein Optimierungspotenzial auf. Insgesamt zeigte die Einschätzung hinsichtlich der befragten Berufsgruppen und der soziodemografischen Merkmale nur geringfügige, dabei meist statistisch nicht signifikante Unterschiede. Aus der vorliegenden Arbeit lässt sich ableiten, dass in den «Lebenswelten Steiermark» bereits viele Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz umgesetzt werden. Um den Weg in Richtung gesundheitskompetenter Organisation weiterzugehen, sollte die Abdeckung bzw. Finanzierung unterschiedlicher Leistungen noch deutlicher an Betroffene kommuniziert werden. Ebenso gilt es, die Zielgruppen in Gesundheitskompetenz-Strategien noch stärker einzubeziehen und zu beteiligen.

5 Literaturverzeichnis

Abrams, M, Kurtz-Rossi, S, Riffenburgh, A, Savage, B 2014, Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change, Unity Point Health.

Berkman, ND, Sheridan, SL, Donahue, KE, Halpern DJ, Crotty, K 2011a, Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review, *Annals of Internal Medicine*, 155, pp. 97-107.

Birgmann, R 2020, Betriebe für Gesundheitskompetenz! Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden. Ein Leitfaden, um gesunde Entscheidungen in der Lebenswelt Betrieb zu erleichtern, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Graz, Wien, Linz.

Bonaccorsi , G, Romiti, A, Ierardi, F, Innocenti, M, Del Riccio, M, Frandi, S, Bachini, L, Zanobini, P, Gemmi, F, Lorini, C 2020, Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, pp. 1-16.

Brach, C 2017, The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement, *Stud Health Technol Inform*, 240, pp. 203-237.

Brach, C, Keller, D, Hernandez, LM, Baur, C, Parker, R, Dreyer, B, Schyve, P, Lemerise, AJ, Schillinger, D 2012, Ten attributes of health literate health care organizations. New York: Institute of Medicine.

Brega, AG, Barnard, J, Mabachi, NM, Weiss, BD, DeWalt, DA, Brach, C, Cifuentes, M, Albright, K, West, DR 2015, AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 2nd Edition, Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, pp. 71-76.

Diekmann, A 2020, Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 13th Edition, Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Dietscher, C & Pelikan, JM 2016, Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen, Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhäusern, *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, pp. 53-61.

Dietscher, C, Lorenc, J, Pelikan, JM 2015, Pilottestung zum „Selbstbewertungs-instrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern“ gemäß dem Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen, LBIHPR Forschungsbericht.

Dodson, S, Good, S, Osborne, R.H. 2015, Health literacy toolkit for low and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East, Asia.

Döring, N & Bortz, J 2016, Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 5th Edition, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Duong, TV, Aringazina, A, Baisunova, G, Nurjanah, Pham, TV, Pham, KM, Truong, Q, Nguyen, KT, Oo, WM, Mohamad, E, Su, TT, Huang, HL, Sørensen, K, Pelikan, JM, Van den Broucke, S, Wushou Changa, P 2017, Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, vol. 27, (2), pp.80-86.

Ernstmann, N, Halbach, S, Kowalski, C, Pfaff, H, Ansmann, L 2017, Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM), *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol. 121, 58, pp.58-63.

Farmanova, E, Bonneville, L, Bouchard, L 2018, Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues, *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, pp. 1-17.

Häder, M 2015, *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung*, 3rd Edition, Springer Verlag, Wiesbaden.

Hayran, O & Özer, O 2018, Organizational health literacy as a determinant of patient satisfaction, *Public Health*, 163, pp. 20-26.

Hayran, O, Atac, Ö, Özer, O 2019, Assessment of Organizational Health Literacy in a Group of Public, Private and University Hospitals in Istanbul, *Journal of Health Systems and Policies* 1(1), pp. 47-59.

Haveman, M & Stöppler, R 2014, *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

HLS-EU Consortium 2012, Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version).

Howe, CJ, Adame, T, Lewis, B, Wagner, T, 2020, Original Research: Assessing Organizational Focus on Health Literacy in North Texas Hospitals, *The American journal of nursing*, vol. 120, 12, pp. 24-33.

Jacobi, P 2020, *Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen: Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz*, Springer Verlag, Berlin.

Janssen, J & Laatz, W 2017, *Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests*, 9th Edition, Springer Gabler Verlag, Berlin.

Khorasani, EC, Tavakoly Sany, SB, Tehrani, H, Doosti, H, Peyman, N 2020, Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators, *International journal of environmental research and public health*, vol. 17 (20), 7544.

Kickbusch, I & Hartung, S 2014, *Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*, 2nd Edition, Verlag Hans Huber, Bern.

Kickbusch, I, Pelikan, JM, Haslbeck, J, Apfel, F, Tsouros, AD 2016, *Gesundheitskompetenz: Die Fakten*, Careum Stiftung, Schweiz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, AOK-Bundesverband, Deutschland.

Kowalski, C, D Lee, S-Y, Schmidt, A, Wesselmann, S, Wirtz, MA, Pfaff, H, Ernstmann, N 2015, The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation, *BMC Health Services Research*, 15:47.

Kraus-Füreder, H, Soffried, J, Holler P 2020, *Methodenbox: Die gesundheitskompetente Sozialversicherung*, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Wien.

Lühren, J, Albrecht, M, Mühlhauser, I, Steckelberg, A 2017, *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*, Hamburg, viewed 04 June 2021, <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de>

Nakayama, K, Osaka, W, Togari, T, Ishikawa, H, Yonekura, Y, Sekido, A, Matsumoto, M 2015, Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy, *BMC Public Health*, 15:505.

Nowak, P 2017, Warum und wie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken?, Präsentation, Informationsveranstaltung „MEHR Beteiligung! Gesundheit verstehen – beurteilen – anwenden“, Graz.

Nowak, P, Dietscher, C, Flaschberger, E, Griebler, R, Gugglberger, L, Sator, M, Schmotzer, C, Soffried, J 2020, Gesundheitskompetenz. In: Rümmele, M & Sprenger M 2020, Wir denken Gesundheit neu!, Corona als Chance für eine Zeitenwende im Gesundheitswesen, Ampuls Verlag.

ÖPGK 2018, Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen, Kurzform für Teams, Version 1.0, Wien.

ÖPGK 2019, Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen - Wie kann das gelingen?, Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation, Wien.

ÖPGK 2021a, Rahmenbedingungen in Organisationen und Settings, viewed 04 June 2021, <https://oepgk.at/rahmenbedingungen-in-organisationen-und-settings/>

ÖPGK 2021b, Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem, viewed 04 June 2021, <https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheits-system/>

ÖPGK 2020a, Gute Gesundheitsinformation, ÖPGK-Factsheet, Version 05/2020. Wien: ÖPGK.

ÖPGK 2020b, Verständliche Sprache beim Verfassen von schriftlichen Gesundheitsinformationen, ÖPGK-Factsheet, Version 05/2020. Wien: ÖPGK.

ÖPGK 2020c, Gute Gesundheitsinformation Österreich: Die 15 Qualitätskriterien, Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen, 4th Edition, BMSGPK, Frauengesundheitszentrum, ÖPGK, Wien, Graz.

Parker, R 2009, Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Hernandez, LM 2009, Measures of Health Literacy: Workshop Summary, Washington D.C., The National Academies Press.

Pelikan, JM & Dietscher, C 2015, Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern?, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 58, pp. 989-995.

Pelikan, JM & Ganahl K 2017, Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, Health Literacy: Forschungsgegenstand und Perspektiven, Hogrefe Verlag, Bern, pp. 93-125.

Pelikan, JM, Röthlin, F, Ganahl, K 2013a, Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich, Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer Studie, LBIHPR Forschungsbericht, Wien.

Pelikan, JM, Röthlin, F, Ganahl, K 2013b, Gesundheitskompetenz verbessern: Handlungsoptionen für die Sozialversicherung, Linz.

Pichlbauer, DW 2018, Die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten. Eine quantitative Erhebung in der Lebenswelt Kainbach, Masterarbeit, Medizinische Universität Graz.

Polit, DF & Beck, CT 2017, Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Prince, LY, Schmidtke, C, Beck, JK, Hadden, KB 2018, An assessment of organizational health literacy practice at an academic health center, Quality Management Health Care, 27, pp. 93-97.

Rathmann, K & Nellen, C 2019, Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung, Ergebnisse einer explorativen Studie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Prävention und Gesundheitsförderung, 14, pp. 375-383.

Rathmann, K, Vockert, T, Wetzel, LD, Lutz, J, Dadaczynski, K 2020, Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study, Int J Environ Res Public Health, 17(8), 2886.

Rathmann, K, Zelfl, L, Kleine, A, Dadaczynski, K 2021, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung: Erste Ergebnisse einer Befragung in Leichter Sprache in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe, Prävention und Gesundheitsförderung, viewed 04 June 2021, <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00828-x>

Röthlin, F, Pelikan, JM, Ganahl, K 2013, Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz, Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).

Rudd, RE & Anderson, JE 2006, The health literacy environment of hospitals and health centers, Boston: Harvard School of Public Health, pp. 7-26.

Rudd, RE, Oelschlegel, S, Grabeel, KL, Tester, E, Heidel, E 2019, The HLE2 Assessment tool, Boston: Harvard T.H. Chan School of Public Health, viewed 04 June 2021, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED606503.pdf>

Sappok, T, Burtscher, R, Grimmer, A (Hrsg.) 2021, Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit: Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache, Hogrefe Verlag, Bern.

Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017a, Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, Health Literacy: Forschungsgegenstand und Perspektiven, Hogrefe Verlag, Bern, pp.11-18.

Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017b, Health Literacy – künftige Herausforderungen. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, Health Literacy: Forschungsgegenstand und Perspektiven, Hogrefe Verlag, Bern, pp.315-320.

Schaeffer, D, Berens, EM, Gille, S, Griese, L, Klinger, J, de Sombre, S, Vogt, D, Hurrelmann K 2021, Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.

Schaeffer, D, Ewers, M, Horn, A, Büker, C, Gille, S, Wagner, F, Weskamm, A 2020, Kurzinformation für Pflegefachpersonen, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe und Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Berlin.

Schaeffer, D, Hurrelmann, K, Bauer, U, Kolpatzik, K 2018, Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, KomPart, Berlin.

Schaeffer, D, Vogt, D, Berens EM, Hurrelmann K 2016, Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Ergebnisbericht, Universität Bielefeld.

Sørensen, K, Pelikan, J, Roethlin, F, Ganahl, K, Slonska, Z, Doyle, G, Fullam, J, Kondilis, B, Agrafiotis, D, Uiters, E, Falcon, M, Mensing, M, Tchamov, K, Van den Broucke, S, Brand, H 2015, Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), European Journal of Public Health, vol. 25 (6), pp.1053-1058.

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, 12:80.

Statistik Austria 2015, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, Wien.

Storms, H, Claes, N, Aertgeerts, B, Van den Broucke S 2017, Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire, *BMC Public Health*, 17:475.

Sukys, S, Cesnaitiene, VJ, Ossowsky, ZM 2017, Is Health Education at University Associated with Students' Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q, *Hindawi, BioMed Research International*.

Trezona, A, Dodson, S, Fitzsimon, E, LaMontagne, AD, Osborne RH 2020, Field-Testing and Refinement of the Organisational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment (Org-HLR) Tool and Process, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 1000.

Trezona, A, Dodson, S, Osborne, RH 2017, Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals, *BMC Health Services Research*, 18, 694.

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*, 13:179.

Von Törne, I, Güther, B, Potthoff, P 2011, Quantitative Erhebungsverfahren in der Pflegeforschung. In: Schaeffer, D & Wingenfeld, K (Hrsg.) 2011, *Handbuch Pflegewissenschaft*, Juventa Verlag, Weinheim & München.

Weiß, C 2010, *Basiswissen Medizinische Statistik*, 5th Edition, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

WHO-Euro 1996, Health Interview survey. Towards international harmonization of methods and instruments: 51-53, viewed 04 June 2021, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf

Working Group HPH & HLO 2019, *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN* international, Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).

World Health Communication Associates 2011, Health Literacy "The Basics" Revised Edition, WHCA Action Guides Project, World Health Communication Associates Ltd, UK, viewed 04 June 2021, <https://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>

6 Anhang

6.1 Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. (2012)

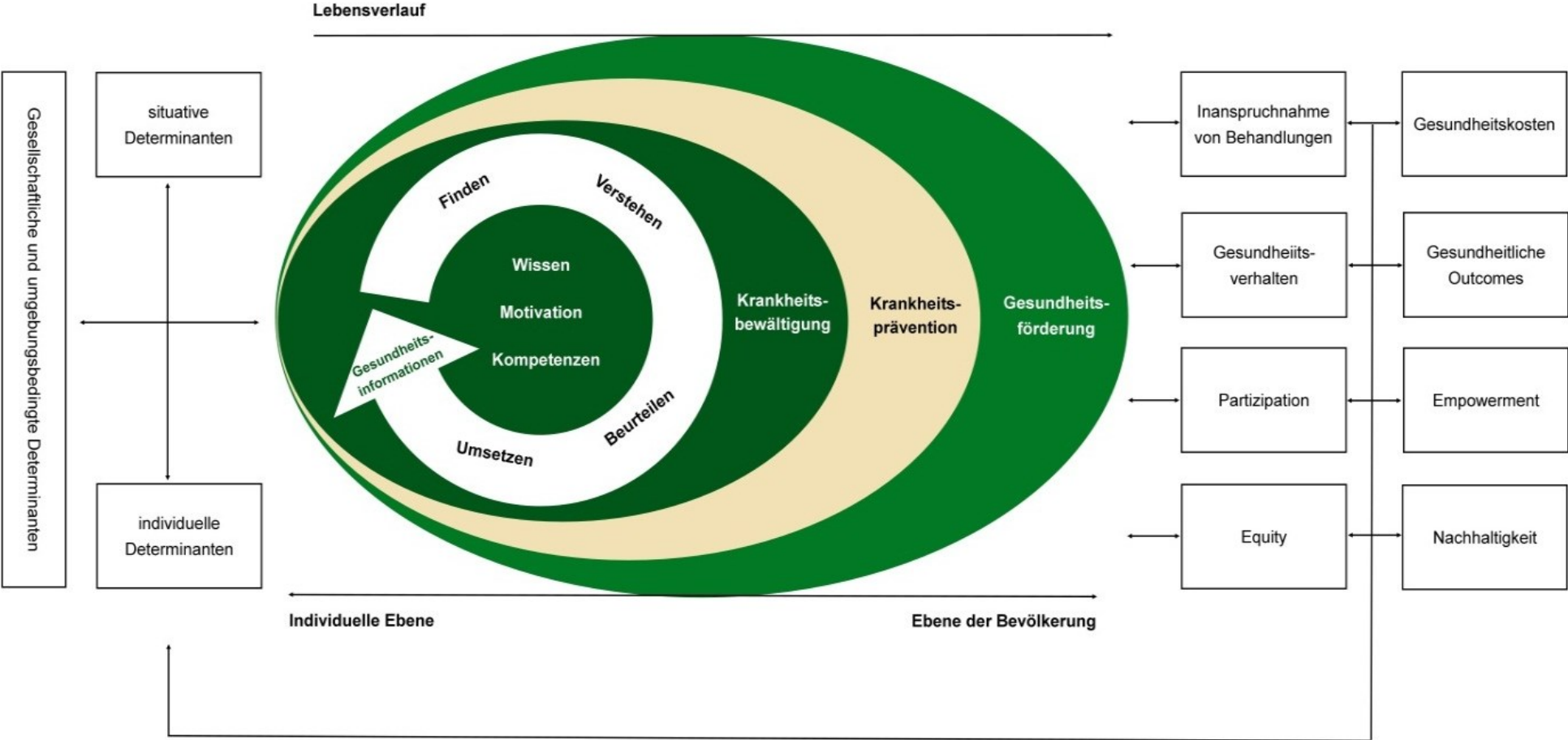


Abbildung 12: Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. (2012), p. 9; aus Pichlbauer (2018)

6.2 Fragebogen



Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer.

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter.

Im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz wird eine Online-Befragung zur organisationalen Gesundheitskompetenz in den Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark durchgeführt.

Für diese Befragung ist Ihre persönliche Einschätzung als Angehörige/r eines Gesundheits- oder Sozialbetreuungsberufes wesentlich.

Organisationale Gesundheitskompetenz

Eine gesundheitskompetente Organisation ermöglicht und erleichtert ihren Nutzerinnen und Nutzer (z.B. Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Bezugspersonen) Informationen in unterschiedlicher Form sowie Angebote bzw. Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und anzuwenden, damit diese auf ihre Gesundheit achten können und somit positiv beeinflussen.

Ziel der Befragung

Ziel der Befragung ist es, aus der Sicht von unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen festzustellen, in welchem Maße die Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und fördert.

Umfang und Dauer

Der nachfolgende Fragebogen umfasst insgesamt 16 Fragen.

Das Ausfüllen benötigt in etwa 10-15 Minuten.

Datenschutz

Die Teilnahme an der Befragung erfolgt anonym. Niemand kann Ihre Antworten mit Ihnen in Zusammenhang bringen bzw. erfahren, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben.

Einverständnis

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Mit dem Ausfüllen und Absenden des Fragebogens stimmen Sie automatisch einer freiwilligen Teilnahme zu und sind damit einverstanden, dass die anonym erhobenen Daten zu Forschungszwecken verwendet werden.

Kosten und Vergütung

Durch Ihre Teilnahme an dieser Erhebung entstehen für Sie keine Kosten.

Für Ihre Teilnahme erhalten Sie keine Vergütung.



A4. Frage 4:

In welchem Maße werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?

Skala: Lebenswelten Skizzen

- 1 überhaupt nicht
- 2
- 3
- 4 teils/teils
- 5
- 6
- 7 in sehr großem Maße

A5. Frage 5:

In welchem Maße gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?

Skala: Lebenswelten Skizzen

- 1 überhaupt nicht
- 2
- 3
- 4 teils/teils
- 5
- 6
- 7 in sehr großem Maße

A6. Frage 6:

In welchem Maße wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Personal für Auskunft)?

Skala: Lebenswelten Skizzen

- 1 überhaupt nicht
- 2
- 3
- 4 teils/teils
- 5
- 6
- 7 in sehr großem Maße



A7. Frage 7:

In welchem Maße werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Bewohnerinnen und Bewohner über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?

Standort: Lebenswelten Ostermark

- 1 überhaupt nicht
- 2
- 3
- 4 teils/teils
- 5
- 6
- 7 in sehr großem Maße

A8. Frage 8:

In welchem Maße wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner besonders in kritischen Situationen (z.B. Einnahme von Medikamenten) wirklich alles verstanden haben?

Standort: Lebenswelten Ostermark

- 1 überhaupt nicht
- 2
- 3
- 4 teils/teils
- 5
- 6
- 7 in sehr großem Maße

A9. Frage 9:

In welchem Maße kommunizieren Sie in Ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?

Standort: Lebenswelten Ostermark

- 1 überhaupt nicht
- 2
- 3
- 4 teils/teils
- 5
- 6
- 7 in sehr großem Maße



A10. Frage 10:

In welchem Maße werden in Ihrem Standort die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?

Standort: Lebenswelten Ostermark

1 überhaupt nicht

2

3

4 teils/teils

5

6

7 in sehr großem Maße

Teil B: Berufsgruppe

B1. Frage 11:

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

Gesundheitsberuf (z.B. DGKP, PFA, PA, Ärztin/Arzt, Ergo-/Physiotherapie, Diätologie, Kl. Psychologie)

Sozialbetreuungsberuf (z.B. DSB, FSB, DSB/PA, FSB/PA, Heimhilfe)

Teil C: Soziodemografische Merkmale

C1. Frage 12:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

Weiblich

Männlich

Anderes

C2. Frage 13:

Wie alt sind Sie?

18-25 Jahre

26-35 Jahre

36-45 Jahre

46-55 Jahre

56-65 Jahre

66 Jahre oder älter

C3. Frage 14:

Was ist Ihre höchste erfolgreich abgeschlossene Schulbildung?

Pflichtschule (Neunte Schulstufe)

Lehre mit Berufsschule

Berufsbildende mittlere Schule / Fachschule (z.B. Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Schule für Sozialbetreuungsberufe)

Matura (z.B. AHS, BHS, Berufsreifeprüfung)

Hochschule (z.B. Universität, Fachhochschule, Universitätslehrgang)

Anderer Abschluss (z.B. Kolleg, Meisterschule)



C4. Frage 15:

Arbeiten Sie geringfügig, Teilzeit oder Vollzeit?

Geringfügig

Teilzeit

Vollzeit

C5. Frage 16:

Subjektiver Gesundheitszustand:

Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Ist sie...

sehr gut

gut

mittelmäßig

schlecht

sehr schlecht

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mithilfe.

6.3 HLHO-10: Prozentwerte aller Antwortkategorien

Tabelle 13: Prozentsätze aller Antwortkategorien (n=135; je Item)

Organisationale Gesundheitskompetenz (1)										
Nr.	In welchem Maße...	1	2	3	4	5	6	7	MD	SD
		überhaupt nicht			teils/ teils			in sehr großem Maße		
Q01	...widmet sich die Leitung Ihres Standortes explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild)?	1,5%	3,0%	7,4%	17,0%	22,2%	23,7%	25,2%	5	1,468
Q02	...wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	1,5%	4,4%	10,4%	17,0%	25,9%	25,9%	14,8%	5	1,445
Q03	...werden Gesundheitsinformationen in Ihrem Standort unter Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt?	3,7%	8,9%	8,1%	29,6%	17,8%	20,0%	11,9%	4	1,586
Q04	...werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	3,7%	7,4%	4,4%	14,1%	11,9%	25,2%	33,3%	6	1,756
Q05	...gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	1,5%	3,7%	5,9%	16,3%	13,3%	34,1%	25,2%	6	1,476

Tabelle 13: Fortsetzung

Organisatorische Gesundheitskompetenz (2)										
Nr.	In welchem Maße...	1	2	3	4	5	6	7	MD	SD
		überhaupt nicht			teils/ teils			in sehr großem Maße		
Q06	...wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?	0,0%	2,2%	2,2%	8,1%	12,6%	29,6%	45,2%	6	1,212
Q07	...werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Bewohnerinnen und Bewohner über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	3,7%	9,6%	8,9%	26,7%	16,3%	17,0%	17,8%	5	1,690
Q08	...wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	5,2%	5,9%	6,7%	28,1%	13,3%	16,3%	24,4%	5	1,747
Q09	...kommunizieren Sie in Ihrem Standort der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten sie/er selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?	8,9%	11,1%	9,6%	23,0%	9,6%	13,3%	24,4%	4	1,984
Q10	...werden in Ihrem Standort die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	3,7%	5,2%	6,7%	25,9%	19,3%	22,2%	17,0%	5	1,577