

# Konferenzbeiträge

2. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz  
13. Oktober 2016, Wien

---

Sprechen Sie Gesundheit? – Kommunikation als Motor  
für Gesundheitskompetenz

Eine Veranstaltung der ÖPGK in Kooperation mit:





# Inhalt

1	Fachvortrag 1: Talking about health. Teaching communication in healthcare – why bother? ...	3
2	Fachvortrag 2: Gesundheitsinformationen, Gesundheitskompetenz, gute Entscheidungen .....	4
3	Themenforum 1: Gesundheitskompetente Organisationen und Systeme .....	5
3.1	Walking Interviews – Die Einschätzung von Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf die Unterstützung der Gesundheitskompetenz.....	5
3.2	Kliniksuche.at – Qualität schrittweise sichtbar machen! .....	6
3.3	Die gute Wahl .....	7
3.4	"Gesundheitskompetenz in der außerschulischen Jugendarbeit" – Jugendzentren, Jugendinfos und die mobile Jugendarbeit werden zu gesundheitskompetenten Settings für Jugendliche und Jugendarbeiterinnen/Jugendarbeiter .....	8
4	Themenforum 2: Empowerment von Bürgerinnen/Bürgern und Patientinnen/Patienten .....	10
4.1	Gesund und aktiv leben – Selbstmanagementkurse für Frauen und Männer mit chronischer Erkrankung .....	10
4.2	„Durchblick“ – Gesundheitskompetenz für Frauen: ein Projekt zur Stärkung der Health literacy bei älteren und zugewanderten Frauen und Frauen, die mit chronischen Krankheiten leben.....	11
4.3	Gesundsein – Ein Kurs für Menschen mit Lernschwierigkeiten.....	12
4.4	Kompetenzentwicklung in Selbsthilfegruppen .....	13
5	Themenforum 3: Gesundheitsbezogene Kommunikation mit Migrantinnen/Migranten, Asylwerberinnen/Asylwerber.....	15
5.1	Gesundheitskompetenz und Erleben von Kommunikation im System der Krankenbehandlung von Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien. Ergebnisse der „Österreichischen MigrantInnen Gesundheitskompetenz Studie“ (GKM).....	15
5.2	Interkulturelle Kommunikation in der medizinischen Versorgung neuneuerhaus.....	16
5.3	Das Projekt „SALUS – Salzburger GesundheitslotsInnen“: Partizipation als Grundprinzip .....	17
5.4	Universitätslehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“ .....	18
6	Themenforum 4: Gesundheitsbezogene Kommunikation mit spezifischen Zielgruppen .....	20
6.1	Verstehe ich meine Gesundheit?.....	20
6.2	„feel ok“ auf einen Klick? Gelingensfaktoren und Grenzen internetbasierter Interventionsprogramme zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen.....	21
6.3	Videodolmetschen im Gesundheitswesen – Chancen, Nutzen und Risiken eines neuen Tools zur Überwindung von Sprachbarrieren .....	22
6.4	Fredi Fuchs im Kinderzentrum .....	23
7	Themenforum 5: Forschung und Evidenzbasierung in der Gesundheitskompetenz.....	25
7.1	Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse.....	25
7.2	Gute Gesundheitsinformation. Kriterienkatalog für evidenzbasierte und geschlechtergerechte Gesundheitsinformation, Österreich.....	26

7.3	Entwicklung eines Tools zur Ernährungskommunikation für Jugendliche im NEET-Status .....	27
7.4	Gesundheitskompetenz von Jugendlichen: What we (don't) know.....	28
8	Themenforum 6: Gesprächsqualität in der Krankenversorgung .....	30
8.1	Die Bedeutung der Kommunikation und Beratung im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf. Wie Auszubildende den Wert der Patientenkompetenz als ein zentrales Ziel ihrer praktischen Ausbildung erleben können. ....	30
8.2	Die Rolle von Gesundheitskompetenz und Kommunikationskultur in der Ausbildung des Gesundheitspersonals in Österreich und Kanada: Eine vergleichende Studie .....	31
8.3	Demenzfreundliche Apotheke .....	32
8.4	Gesundheitskompetente Kommunikation im Alter. Wissen für selbstverantwortliche Entscheidungen fördern.....	33
9	Themenforum 7: Multiplikatorenschulungen für Gesundheitskompetenz .....	35
9.1	Gelingende Netzwerk-Kommunikation im Rahmen der Frühen Hilfen.....	35
9.2	LEA-BuS / Leben mit Epilepsie in der Arbeitswelt Beratung und Sensibilisierung .....	36
9.3	Gesundheitsbezogene Kommunikation mit Migrantinnen und Asylwerberinnen durch interkulturelle Gesundheitstrainerinnen.....	37
9.4	Förderung der Gesundheitskompetenz funktionaler Analphabeten durch Sensibilisierung von Health Professionals .....	38
10	Themenforum 8: Posterausstellung und Medienvorführung .....	40
10.1	Poster 1 Richtig essen von Anfang an! – Multiplikatorenfortbildungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz .....	40
10.2	Poster 2 Schulung und Netzwerkarbeit für Gesundheitsmultiplikatorinnen in Niedriglohnbereichen.....	41
10.3	Poster 3 Informationsvermittlung zum Thema medizinische Primärversorgung zwischen öffentlichen Stellen und Asylwerberinnen/Asylwerber.....	42
10.4	Poster 4 Mit der filmischen Darstellung des Gesundheitsbegriffs zum zielgruppenspezifischen Kommunikationserfolg.....	43
10.5	Poster 5 Wichtige Themen für Angehörige auf der Intensivstation – Resultate einer Umfrage bei Angehörigen und Krankenhauspersonal.....	44
10.6	Poster 6 Evidenzbasierte Qualitätsentwicklung in interprofessionellen Arbeitsfeldern.....	45
10.7	Poster 7 Herausforderungen, Lösungsansätze und Methoden zur Informationsvermittlung und Förderung der Handlungskompetenz für Migrantinnen/Migranten und Asylbewerberinnen/Asylwerber .....	46
10.8	Poster 8 „Arztsuche Österreich“ – Ordinationsinformationen für Patientinnen/Patienten.....	47
10.9	Poster 9 Die Macht des Wortes – Stellenwert von Kommunikation im logopädischen Therapieprozess .....	48
10.10	Poster 10 „Ich kann gesund leben“, Fachtagung Gesundheitsförderung für und mit Menschen mit Behinderung.....	49
10.11	Poster 11 Die Bedeutung von Gesundheitsvorträgen und -Diskussionen für die Entwicklung der Health Literacy der österreichischen Bevölkerung am Beispiel des MINI MED Studiums .....	50
10.12	Poster 12 Entwicklung eines Anamnesebogens in Arabisch und Farsi für Asylwerberinnen .....	53

# 1 Fachvortrag 1: Talking about health. Teaching communication in healthcare – why bother?

Why bother with communication learning and teaching?

- Are there problems in communication between health professionals and patients that impact health care, health promotion and prevention?
- Is there evidence that communication skills can overcome these problems and make a difference to patients, professionals and outcomes of care?
- What is there to learn?
- Can we define the individual behaviourally-specific skills of effective communication?
- Can we put these skills within a workable structure suitable for all health professionals?
- Can we apply the skills and structure to the many difficult issues and contexts within which health professional work?

Can you learn communication?

- Isn't it all a matter of learning by experience or osmosis?
- Isn't it really a matter of personality, that some people can do it and others will never be able to?
- Is there evidence that communication skills can be taught and learned?
- Is there evidence that learning is retained?

How do you learn communication?

- Do we know effective ways to teach this subject?
- Do we know how to structure a curriculum over time?

If the answer to any of these questions is “no”, then we can all relax and get back to our busy worlds without worrying about yet another whole area to teach and the need to create a curriculum for all health professionals. But if the answer is “yes”, then we ignore communication skills teaching at our peril. In this lecture, I will look at examples that demonstrate the central importance of communication to effective high-quality healthcare, explore the evidence that communication can be taught and learned and look at the implications for us all.

## Jonathan Silverman

President, European Association for Communication in Healthcare, Honorary Visiting Senior Fellow, School of Clinical Medicine, University of Cambridge



## 2 Fachvortrag 2: Gesundheitsinformationen, Gesundheitskompetenz, gute Entscheidungen

Leistungen im Gesundheitswesen sollen eine – von der Patientin bzw. dem Patienten erwünschte – Verbesserung des Gesundheitszustands bewirken.

Nach heutiger Auffassung soll die Patientin bzw. der Patient die Möglichkeit erhalten, ihr bzw. sein eigenes Urteil darüber zu treffen, ob sie bzw. er – nach Abwägen von Nutzen und Schäden – die entsprechende Leistung in Anspruch nehmen möchte oder nicht.

Dafür benötigt sie bzw. er evidenzbasierte Informationen zu patientenrelevanten Behandlungsergebnissen und die Möglichkeit, im Gespräch zu klären, ob bei Abwägen von Nutzen und Schaden er oder sie die Maßnahme für sich wünscht oder nicht.

Der „Entscheidungsalltag“ weicht davon häufig ab. Dies gilt sowohl für diagnostische und therapeutische aber auch für präventive Maßnahmen.

Dies stellt die Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung infrage, insbesondere bei Maßnahmen, die nicht zwingend sind, sondern vom Werturteil der Patientin bzw. dem Patienten abhängen. So erhalten Patientinnen bzw. Patienten Gesundheitsleistungen, die sie ablehnen würden, wenn sie besser informiert wären.

Für die Verbesserung der Entscheidungsqualität ist eine Verbesserung der Informationsinfrastruktur erforderlich, letztlich aber auch eine Veränderung der Haltung auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte und der Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten.

Kritische Gesundheitskompetenz auf Seiten von Organisationen und Individuen sollte wesentlich zur Weiterentwicklung der medizinischen Kultur und zur Bedarfsgerechtigkeit der gesundheitlichen Versorgung beitragen können.

### David Klemperer

Technische Hochschule Regensburg,  
Fakultät Angewandte Sozial-  
und Gesundheitswissenschaften



## 3 Themenforum 1: Gesundheitskompetente Organisationen und Systeme

### 3.1 Walking Interviews – Die Einschätzung von Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf die Unterstützung der Gesundheitskompetenz

**Autorinnen/Autoren:** Barbara Hartmann, Andrea Daia, Elisabeth Haslinger-Baumann

**Kontakt:** hartmann.barbara@gmail.com

*FH Campus Wien*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Gesundheitskompetenz ist laut WHO als „kognitive und soziale Fähigkeit des Einzelnen“ definiert, „sich durch eigene Motivation und Möglichkeit Zugang zu Informationen verschaffen, diese zu verstehen und dafür zu nutzen, eine gute Gesundheit zu fördern und zu erhalten“ (WHO, 2009). Die Stärkung der Gesundheitskompetenz umfasst lt. Sørensen et al, 2012 und Soellner et al, 2010 auch die Verhältnisse, in denen Menschen leben, z.B. Informationssysteme zur Orientierung. Es besteht eine Uneinheitlichkeit hinsichtlich schriftlicher und mündlicher Leitsysteme in Gesundheitseinrichtungen (Grone et al, 2011). Ziel der Erhebung ist die zusammenfassende Beschreibung der Orientierungssysteme in österreichischen Gesundheitseinrichtungen bei gleichzeitiger Prüfung der Praktikabilität des Erhebungsinstruments.

**Methodik:** Angewendet ist im „The Health Literacy Environment Activity Packet“ von Rudd (2010) das vorgeschlagene Erhebungsinstrument „First Impressions and Walking Interview“. Dies ist im Rahmen der Lehrveranstaltung „Gesundheitsförderung und Prävention“ für die Masterlehrgänge Advanced Nursing Education und Advanced Nursing Counseling 2016 am FH Campus Wien unter der Leitung von Fr. Dr. Elisabeth Haslinger-Baumann durchgeführt worden.

Nach Reflexion der Theorie zu Gesundheitskompetenz und nach ca. einstündiger Einschulung auf das Erhebungsinstrument, führten 26 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit mehrjähriger Berufserfahrung zu zweit in 13 Gesundheitseinrichtungen in Ostösterreich die Einschätzung durch.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass die mündliche Informationsweitergabe meist als freundlich und kompetent erlebt wird. Visualisierte Leitsysteme sind jedoch oft uneinheitlich gestaltet und manchmal mit einer Überfülle oder Mangel an Informationen ausgestattet, so dass das Verständnis einen hohen Bildungsgrad voraussetzt (Wong, 2012). Die Praktikabilität und Verständlichkeit des Instruments wird als hoch eingeschätzt und der Blickwechsel in eine neue Perspektive als Bereicherung erlebt.

**Schlussfolgerungen:** Gesundheitseinrichtungen sollen die Gesundheitskompetenz fördern. Alle darin arbeitenden Personen sind aufgefordert, die Informationsweitergabe zur Orientierung einfach und klar zu gestalten. Dem Gebäudemanagement können die Ergebnisse für eine Maßnahmenplanung zur einfachen Orientierung dienen, die für ein klares Verständnis nötig sind.

## 3.2 Kliniksuche.at – Qualität schrittweise sichtbar machen!

**Autorinnen/Autoren:** Silvia Türk

**Kontakt:** [silvia.tuerk@bmg.gv.at](mailto:silvia.tuerk@bmg.gv.at)

*Bundesministerium für Gesundheit*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Bekanntmachung des neuen Webtools des BMG zur Information über Krankenanstalten. Ziel der Veröffentlichung von Qualitätsdaten ist, die Bevölkerung in Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt über eine neutrale Plattform bei der Entscheidungsfindung (Empowerment) zu unterstützen. Kliniksuche.at ist ein Projekt aus der aktuellen Gesundheitsreform 2013 (Zielsteuerung-Gesundheit). Dort werden im Bereich Qualität und Patientensicherheit eine Vielzahl an unterschiedlichsten Themen bearbeitet – Qualitätsstandards (z.B. Schlaganfall, Koloskopie), Festlegung von Mindestanforderungen für Qualitätsmanagementsysteme, Zufriedenheitsbefragungen und vieles mehr. Die größte Herausforderung ist jedoch, dass von der Reform auch etwas bei der Bevölkerung „ankommt“.

**Methodik:** Im ersten Schritt sind 9 Themengebiete abgebildet. Sowohl die Themengebiete als auch die einzelnen Kriterien sollen in regelmäßigen Abständen erweitert werden.

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| ■ Gallenblasen-Entfernung | ■ Mandeloperation         |
| ■ Herzschrittmacher       | ■ Geburt                  |
| ■ Leistenbruch            | ■ Schilddrüsen-Entfernung |
| ■ Gebärmutter-Entfernung  | ■ Knieprothese            |
| ■ Hüftprothese            |                           |

Jedes dieser 9 Themengebiete wird je Krankenhaus in 3 Kategorien dargestellt und bewertet.

**Ergebnisse:** Möglichkeit für die Bevölkerung, gezielt nach krankenhaushausrelevanten Informationen zu suchen.

**Lernerfahrungen:** Das Instrument ist erst seit April 2016 in Betrieb.



### 3.3 Die gute Wahl

**Autorinnen/Autoren:** Irene Umschaden<sup>1</sup>, Katrin Seper<sup>1</sup>, Alexandra Wolf<sup>1</sup>, Judith Benedics<sup>2</sup>, Petra Lehner<sup>2</sup>

**Kontakt:** irene.umschaden@ages.at

<sup>1</sup> *Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH*, <sup>2</sup> *Bundesministerium für Gesundheit*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Gesundheitsentscheidungen werden laufend in unterschiedlichen Alltagssituationen getroffen. Vor allem im Setting Schule sind Kinder bzw. Jugendliche gefordert, eine gute Wahl hinsichtlich ihrer Jause zu treffen. Mit dem aus Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur finanzierten Projekt „Die gute Wahl“ wird getestet, ob sich Schülerinnen und Schüler an Symbolkennzeichnungsmodellen hinsichtlich ihrer Lebensmittelauswahl orientieren und so die gesündere Wahl treffen. Ziel ist es, diese Entscheidung am Schulbuffet zu unterstützen und dadurch die Ernährungskompetenz zu etablieren bzw. zu stärken.

**Methodik:** In einem ersten Schritt wurden vier international etablierte Kennzeichnungssysteme (Bewusst Wählen, Ampel, Keyhole, Health Star Rating) hinsichtlich der Übertragbarkeit für das Setting „Schule“ überprüft. Davon wurden zwei – das „Bewusst Wählen“-Logo und das „Ampelsystem“ – zur Testung im Feld ausgewählt. In Zusammenarbeit mit engagierten Buffetbetreiberinnen und Buffetbetreibern wurde das Angebot von jeweils vier Schulbuffets in Niederösterreich und der Steiermark erhoben und anschließend anhand entsprechender Kriterien gekennzeichnet. Nach einer Kennzeichnungsphase von sechs bis acht Wochen erfolgte die Evaluierung im Hinblick auf die Praktikabilität und Wirkung der Kennzeichnungssysteme (qualitative Interviews mit Buffetbetreibern und Buffetbetreiberinnen, Online-Fragebögen für Schülerinnen und Schüler zur Erhebung der Ernährungskompetenz, Fokusgruppen in ausgewählten Schulen).

**Ergebnisse:** Die Feldphase wurde im Juli 2016 abgeschlossen. Erste Ergebnisse aus den Befragungen zeigen sehr differenzierte Aspekte. Die Schülerinnen/Schüler der Fokusgruppen waren in der Lage die gesündere Jause aus verschiedenen Produkten auszuwählen. Die Kennzeichnung der Produkte am Schulbuffet wurde lt. Aussagen der Fokusgruppe und Buffetbetreiberinnen/ Buffetbetreiber wahrgenommen, jedoch größtenteils keine nähere Beachtung geschenkt. Lt. Buffetbetreiberinnen/ Buffetbetreibern konnte die Maßnahme zwar eine Bewusstseinsbildung bei den Schülerinnen/Schülern schaffen, jedoch war keine Änderung hinsichtlich Kaufverhalten erkennbar. Weitere Ergebnisse sind erst nach vollständiger Auswertung des Online-Fragebogens verfügbar (August 2016).

**Schlussfolgerungen:** Erst nach vollständiger qualitativen und quantitativen Evaluierung (September 2016) werden die finalen Ergebnisse zeigen, ob eine Symbolkennzeichnung am Schulbuffet das Ernährungsverhalten von Schülerinnen und Schülern beeinflusst und dadurch die Gesundheitskompetenz gestärkt werden kann.

### 3.4 "Gesundheitskompetenz in der außerschulischen Jugendarbeit" – Jugendzentren, Jugendinfos und die mobile Jugendarbeit werden zu gesundheitskompetenten Settings für Jugendliche und Jugendarbeiterinnen/Jugendarbeiter

**Autorinnen/Autoren:** Daniela Kern-Stoiber<sup>1</sup>, Aleksandar Prvulovics<sup>2</sup>

**Kontakt:** daniela.kern@boja.at

<sup>1</sup> *boJA – Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit*, <sup>2</sup> *BÖJI – Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Jugendliche in Österreich weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Im europäischen Ranking liegt Österreich auf dem vorletzten Platz. Vor allem bildungsferne und sozial benachteiligte Jugendliche weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Die professionelle außerschulische Jugendarbeit bietet mit ihren Haltungen und Methoden die ideale Voraussetzung zur Auseinandersetzung mit Gesundheitskompetenz und Schaffung von gesundheitskompetenten Settings.

**Methodik:** Ausgewählte Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit (Jugendzentren, Jugendtreffs, mobile Jugendarbeit) und die Jugendinformationsstellen in der Steiermark, Salzburg und Tirol erarbeiteten Leitfäden zur Förderung der Gesundheitskompetenz in ihren Organisationen. Hauptziel ist die Stärkung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit von jungen Menschen in Österreich. Als wissenschaftliches Konzept zur Entwicklung der Leitfäden diente das Wiener Modell für organisationale Gesundheitskompetenz (Pelikan, Dietscher 2015), das ursprünglich für Krankenhäuser entwickelt wurde. Begleitend zu den Leitfäden finden Veranstaltungen, Fortbildungen und Projekte zu Gesundheitskompetenz in der außerschulischen Jugendarbeit statt. In diesen werden die Inhalte der Leitfäden vermittelt und in den Alltag der Jugendarbeit integriert. Ein Online-Tool zum Selbstcheck dient den Einrichtungen dazu, sich mit Gesundheitskompetenz auseinanderzusetzen und Maßnahmen zu etablieren, die die Gesundheitskompetenz sowohl der jugendlichen Nutzerinnen/Nutzer als auch der Beschäftigten verbessern. Es wurde außerdem ein österreichweites Netzwerk zur gesundheitskompetenten Jugendarbeit gegründet. Das Projekt wird vom Fonds Gesundes Österreich, dem Bundesministerium für Familien und Jugend sowie dem Sportministerium unterstützt.

**Ergebnisse:** Der Leitfaden wurde aus der Praxis für die Praxis entwickelt und dient als Orientierung und Anregung für das Handlungsfeld der außerschulischen Jugendarbeit. Er ist Teil der Qualitätsentwicklung des Handlungsfelds der außerschulischen professionellen Jugendarbeit. Die Inhalte der Leitfäden bauen auf die bestehenden Prinzipien und Arbeitsmethoden der professionellen außerschulischen Jugendarbeit auf.

**Lernerfahrungen:** Im Vordergrund stehen die aktive Beteiligung der Professionistinnen/Professionisten im Jugendbereich und die Nachhaltigkeit im Setting. So werden z.B. die Fortbildungworkshops zu Gesundheitskompetenz, die der praxisorientierten Anwendung der Leitfäden dienen, von Jugendarbeiterinnen/Jugendarbeiter selbst gehalten werden.

## 4 Themenforum 2: Empowerment von Bürgerinnen/Bürgern und Patientinnen/Patienten

### 4.1 Gesund und aktiv leben – Selbstmanagementkurse für Frauen und Männer mit chronischer Erkrankung

**Autorinnen/Autoren:** Christine Hirtl

**Kontakt:** christine.hirtl@fgz.co.at

*Frauengesundheitszentrum, Graz*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Mehr als ein Drittel der Österreicherinnen/Österreicher lebt mit einer chronischen Erkrankung. Frauen sind in allen Altersgruppen direkt und indirekt als Angehörige stärker betroffen. Das stellt eine enorme Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. 70 – 80 % der Gesundheitsausgaben werden für chronische Krankheiten aufgewendet. Die Versorgung ist meist auf die Therapie somatischer Beschwerden ausgerichtet. Den Großteil ihrer Zeit verbringen betroffene Frauen und Männer jedoch außerhalb des Versorgungssystems. Ziel der Kurse ist, Fähigkeiten und Strategien zu erlernen, mit chronischer Erkrankung im Alltag (Familie, Lebensumfeld, Beruf, Freizeit) möglichst gut umzugehen und mit Fachpersonen effizient zusammenzuarbeiten.

**Methodik:** Das Frauengesundheitszentrum führt seit 2012 als Mitglied im Evivo Netzwerk (derzeit einzige Anbieterin in Österreich) Gesund und aktiv leben – Selbstmanagementkurse durch. Die Schweizer Stiftung Careum hat das in Stanford, USA, entwickelte Programm für den deutschsprachigen Raum adaptiert und den Verein Evivo Netzwerk gegründet. Die Mitgliedschaft sichert die Lizenz. Der krankheitsübergreifende Kurs besteht aus 6 wöchentlichen Einheiten á 2,5 h. Zwei ausgebildete Kursleiterinnen – zumindest eine davon lebt selbst mit einer chronischen Erkrankung – führen den Kurs nach einem festen Manual durch.

**Ergebnisse:** Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer lernen Werkzeuge für

- den Umgang mit Schmerzen, Erschöpfung, schwierigen Gefühlen
- Gespräche mit Fachpersonen und mit Familienangehörigen
- Medikamentenmanagement
- aktives Lösen von Problemen
- Treffen von Entscheidungen
- Ziele stecken und umzusetzen
- sich gesünder zu ernähren und aktiv zu bewegen.

**Lernerfahrungen:** Der Kurs führt zu

- höherer Lebensqualität und Selbstwirksamkeit
- besserer Zusammenarbeit mit Fachpersonen
- höherer Aktivität
- effektiverer Kommunikation mit dem sozialen Umfeld
- effizienterer Nutzung des Versorgungssystems
- besserem Erkennen des eigenen Handlungsspielraums sowie seiner Grenzen: „Ich bin aktiver geworden, ins Tun gekommen“ „Die menschliche Begegnung war schön, ich habe den Wunsch, dass wir uns weiterhin treffen.“ „Werkzeugkasten mit verschiedenen Schwerpunkten und Perspektiven ist super – es gibt so viele Lösungsansätze.“

## 4.2 „Durchblick“ – Gesundheitskompetenz für Frauen: ein Projekt zur Stärkung der Health literacy bei älteren und zugewanderten Frauen und Frauen, die mit chronischen Krankheiten leben

**Autorinnen/Autoren:** Hilde Wolf, Veronika Graber, Maria Bernhart

**Kontakt:** hilde.wolf@wienkav.at

*ARGE Durchblick, c/o Frauengesundheitszentrum FEM, Wien*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd in Wien und das Frauengesundheitszentrum in Graz sind eine Kooperation eingegangen, um die Gesundheitskompetenz von Frauen zu stärken. Das dreijährige Projekt „Durchblick“ startete im April 2013 und wurde vom Fonds Gesundes Österreich, der Wiener Gesundheitsförderung, der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Land Steiermark und der Stadt Graz unterstützt. Zielsetzung war die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Frauen mit Migrationshintergrund, Seniorinnen und Frauen, die mit chronischen Krankheiten leben. Diese sollten relevante Gesundheitsinformationen erhalten und in ihrer Entscheidungs- und Handlungskompetenz gestärkt werden. Institutionen und Expertinnen/Experten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sollten sensibilisiert werden, um eine aktive Rolle von Frauen im Gesundheitssystem zu fördern.

**Methodik:** Es wurden bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote für die unterschiedlichen Zielgruppen von Frauen entwickelt und in niederschweligen Settings umgesetzt. Die Basis stellte eine Bedarfserhebung, bei der Frauen als Expertinnen für sich selbst sowie Angehörige der Gesundheitsberufe befragt wurden, anschließend wurden Health Literacy-Kursreihen für Frauen durchgeführt. Im Zentrum der Verhältnisebene standen Health Literacy-Schulungen für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, drei Tagungen für Expertinnen/Experten sowie die Gründung eines Fachbeirates.

**Ergebnisse:** An den 81 Gesundheitskompetenz-Kursen bei diversen Trägerorganisationen, wie Volkshochschulen, Pensionistenklubs, Kulturvereinen, etc. nahmen etwa 900 Frauen teil. Die Evaluierung durch *queraum. kultur- und sozialforschung* zeigte deutliche Verbesserungen in der Gesundheitskompetenz. Eine Gruppe von Frauen, die mit chronischen Krankheiten leben, wurde initiiert und dabei unterstützt, selbst ihre Anliegen zu vertreten. Weiters wurden 24 Maßnahmen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe durchgeführt, an denen etwa 330 Expertinnen/Experten teilnahmen.

**Lernerfahrungen:** Das Projekt „Durchblick“ hat dazu beigetragen, dass der abstrakte Begriff „Gesundheitskompetenz“ Eingang gefunden hat in Lebensrealitäten von Frauen. Es ist in einem partizipativen Prozess gelungen, Angebote zu entwickeln, die zugeschnitten auf die Bedürfnisse und Anliegen von Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenslagen sind. Dies zeigt sich in der hohen Akzeptanz und den positiven Wirkungen der Maßnahmen.

## 4.3 Gesundsein – Ein Kurs für Menschen mit Lernschwierigkeiten

**Autorinnen/Autoren:** Heidrun Rader

**Kontakt:** heidrun.rader@wig.or.at

*Wiener Gesundheitsförderung*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Menschen mit Lernschwierigkeiten werden mit dem Thema Gesundheitsförderung kaum erreicht. Interessenvertretungen, Selbstvertreterinnen/Selbstvertreter und unabhängige Gremien sehen einen hohen Bedarf an verständlichen Informationen und spezifischen Schulungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten zu Körperwissen, gesundem Verhalten und dem Gesundheitssystem. Die HLS-EU Studie zeigt, dass Menschen mit Behinderungen häufig zu wenig Gesundheitskompetenz besitzen. Das Teilprojekt Gesundsein wurde im Rahmen des Projekts ziel.sicher.gesund. – Gesundheitskompetenz für Patientinnen/Patienten (01/2014 – 12/2016) der Wiener Gesundheitsförderung entwickelt. Das Projekt wird aus dem Landesgesundheitsförderungsfonds finanziert. Ziel war die partizipative Entwicklung eines Kurs-Curriculums zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Kompetenzen der Zielgruppe inklusive Multiplikatorenschulungen sowie dessen Umsetzung in Wien.

**Methodik:**

- Entwicklung eines qualitätsgesicherten Kursprogramms
- Aufbau Gesundsein-Trainerpool
- Umsetzung und Evaluation einer Pilotphase
- Erfahrungsbasierte Überarbeitung des Kursprogramms
- Ausrollung des Kurses
- Begleitende Evaluation

**Ergebnisse:** Unter partnerschaftlicher Mitarbeit von Selbstvertreterinnen/Selbstvertretern wurde ein Kursprogramm in sechs aufbauenden Modulen einschließlich Hintergrundinformationen, Studentafeln, Methoden, Arbeitsblättern und begleitenden Multiplikatorenschulungen entwickelt. Es schließt an den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs an und entspricht durch den pädagogischen Zugang den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention. Wesentliche Aspekte des Kursprogramms sind die Förderung der Selbstbestimmung in Bezug auf die eigene Gesundheit, der Umgang mit Informationen, Leichte Sprache und die Erweiterung von Handlungskompetenzen als Patientinnen/Patienten. Determinanten von Gesundheit, Körperwissen und Körperwahrnehmung, seelische Gesundheit, Verhalten im Krankheitsfall, Orientierung im Gesundheitswesen und Sexualitäten sind Inhalte des Kurses. Bislang (Stand April 2016) konnten 90 Personen an den Kursen teilnehmen. Bis Ende 2016 sind weitere 13 Kurse geplant. Die Umsetzung erfolgt in Kooperation mit Einrichtungen der Behindertenhilfe und als frei buchbare Kurse.

**Lernerfahrungen:** Geringe Gruppengröße sowie hohe soziale Kompetenz und Flexibilität der Trainerinnen/Trainer sind Erfolgsfaktoren. Es gibt ein Spannungsfeld zwischen dem Settingansatz der Gesundheitsförderung und dem Inklusionsansatz. Folgeangebote für Kursteilnehmerinnen/Kursteilnehmer fördern eine nachhaltige Wirkung. Das Interesse daran ist groß. Für Inklusionsprojekte, bei denen Selbstvertreterinnen/Selbstvertreter partnerschaftlich mitarbeiten, sind mehr zeitliche und finanzielle Ressourcen nötig.

## 4.4 Kompetenzentwicklung in Selbsthilfegruppen

**Autorinnen/Autoren:** Monika Maier

**Kontakt:** maier@selbsthilfe-kaernten.at

*Dachverband Selbsthilfe Kärnten*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Clearingfunktion, Informationsvermittlung, Unterstützung im administrativen und organisatorischen Bereich, fachliche Beratung und selbsthilfespezifische Weiterbildungsangebote des Dachverbandes Selbsthilfe Kärnten folgen dem Empowerment-Ansatz. Im Mittelpunkt der Unterstützungsleistungen steht die Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen, die sich in Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen haben, zu erhöhen und zu festigen. Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen hat das Ziel, das Erfahrungswissen der Betroffenen zu systematisieren, zu reflektieren und so zu qualifizieren, dass auf der individuellen Ebene Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Betroffenen, ihr soziales Engagement und auf der kollektiven Ebene die eigenständige Kraft der Selbsthilfegruppen gestärkt wird. Der Fokus in der Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist nicht defizitorientiert, sondern zielt darauf ab, die Möglichkeiten von Betroffenen zu fördern, ihre Stärken und Fähigkeiten auch in schwierigen Lebenssituationen zu entdecken und zu entwickeln (Ressourcenorientierung).

**Methodik:** Mit der Kompetenzentwicklung von Selbsthilfegruppen-Teilnehmerinnen/-Teilnehmern durch ein bedarfsorientiertes Weiterbildungsangebot, das in Kärnten seit 1997 angeboten wird, soll nicht eine Anpassung an professionelle Sichtweisen erreicht werden, denn gerade die in Selbsthilfegruppen gebündelte Erfahrungskompetenz kann die Fachkompetenz aufgrund der anderen Perspektive sehr gut ergänzen. Die Schulungsmaßnahmen haben zum Beispiel im Bereich der Informationsaufbereitung das Ziel, einen Überblick über die Studienlandschaft zu geben und herauszufinden, wo es gut aufbereitete, unabhängige und verständliche Informationen gibt. Der Fokus liegt also nicht auf einer meist aussichtslosen Diskussion mit Expertinnen/Experten über Studienergebnisse.

**Ergebnisse:** Entwicklung von Gesundheitskompetenz kann nicht ausschließlich auf der individuellen und kollektiven Ebene stattfinden, sondern muss sich auch bei den Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen und Entscheidungsträger im Sozial- und Gesundheitsbereich entwickeln. Voraussetzung dafür sind partizipative Entscheidungsstrukturen, wo die erlebte Kompetenz der Betroffenen nicht als unerwünschte Einmischung verstanden wird, sondern als Erweiterung der erlernten Kompetenz im beruflichen Kontext.

**Lernerfahrungen:** Kompetenz entsteht im Handeln – also in der Interaktion in unterschiedlichen Zusammenhängen und Kompetenz ist auch mit individuellen Handlungsoptionen verbunden. Daher ist Gesundheitskompetenz nur eingeschränkt theoretisch erlernbar und der Erfolg der Maßnahmen nur schwer messbar.



## 5 Themenforum 3: Gesundheitsbezogene Kommunikation mit Migrantinnen/Migranten, Asylwerberinnen/Asylwerber

### 5.1 Gesundheitskompetenz und Erleben von Kommunikation im System der Krankenbehandlung von Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien. Ergebnisse der „Österreichischen MigrantInnen Gesundheitskompetenz Studie“ (GKM).

**Autorinnen/Autoren:** Kristin Ganahl<sup>1</sup>, Julia Dahlvik<sup>2</sup>, Jürgen Pelikan<sup>1</sup>

**Kontakt:** kristin.ganahl@goeg.at

<sup>1</sup> *Gesundheit Österreich GmbH*, <sup>2</sup> *Österreichische Akademie der Wissenschaften*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Es gibt einen empirisch belegten sozialen Gradienten für Gesundheitskompetenz (GK) und Hinweise darauf, dass Migrationsstatus einen Risikofaktor für mangelnde GK darstellt. Ebenso nachgewiesen ist, dass GK Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Indikatoren wie Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und Krankheitsverhalten hat. Daher ist von Interesse wie die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten ihr Erleben der Kommunikation im System der Krankenbehandlung in Österreich beeinflusst. Die österreichische GKM-Studie (2013–2016) erlaubt es diese Fragestellung für Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien empirisch zu beleuchten.

**Methodik:** Es wurden qualitative und quantitative Erhebungen unter Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien durchgeführt: Experteninterviews (N=51) und Fokusgruppen (N=14) sowie ein telefonischer Survey (N=625) mit standardisierten Fragebogen.

**Ergebnisse:** Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei erleben die Kommunikation im System der Krankenbehandlung in Österreich meist als weniger wertschätzend als jene aus Ex-Jugoslawien. Der Zusammenhang zwischen als wertschätzend erlebter Kommunikation und GK aber ist in beiden Migrantengruppen ähnlich stark: Je höher die GK, desto eher wird die Kommunikation als wertschätzend erlebt. Auch in der qualitativen Studie wurden Diskriminierung und Nicht-Wertschätzung als wesentliche Probleme identifiziert.

**Schlussfolgerungen:** Die Kommunikation mit Migrantinnen/Migranten im österreichischen Krankenbehandlungssystem ist jedenfalls verbesserungsfähig und GK spielt dabei eine Rolle. Leicht verständliche (z.B. muttersprachliche Angebote, Dolmetsch-Dienste,...) und Verbesserung der wertschätzenden Kommunikation sind auch laut Expertinnen/Experten dringend notwendig. Angebote zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten könnten zu einer Verbesserung der Kommunikations-Situation beitragen.

## 5.2 Interkulturelle Kommunikation in der medizinischen Versorgung neunerhaus

**Autorinnen/Autoren:** Sandra Stuber-Poirson, Simone Floh

**Kontakt:** sandra.stuber-poirson@neunerhaus.at

*neunerhaus – Hilfe für obdach- und wohnungslose Menschen*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Die neunerhaus Arztpraxis und neunerhaus Zahnarztpraxis versorgen täglich neben Patientinnen/Patienten aus der Wiener Wohnungslosenhilfe auch nicht versicherte Menschen aus anderen EU-Staaten oder Menschen auf der Flucht. Für eine gelingende Behandlung ist Sprachverständnis von zentraler Bedeutung. Die medizinische Versorgung neunerhaus arbeitet gezielt am Abbau von sprachlichen Barrieren und berücksichtigt den kulturellen Hintergrund der Patientinnen/Patienten hinsichtlich ihres Verständnisses von Krankheit und Gesundheit. Die somatischen und psychosozialen Anliegen der Menschen im Wortsinne zu „verstehen“ ist die Basis für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und der Grundstein für die Entwicklung von Körperbewusstsein und Gesundheitskompetenz der Patientinnen/Patienten.

**Methodik:** Seit 2014 wird in der neunerhaus Arztpraxis und neunerhaus Zahnarztpraxis Videodolmetsch eingesetzt. Via eine hochverschlüsselte Datenverbindung und Webcam dolmetschen praktisch „auf Knopfdruck“ professionelle Dolmetscherinnen/Dolmetschern das Gespräch zwischen Ärztin/Arzt oder Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter und Patientinnen/Patienten in deren jeweiligen Sprache. Diese Maßnahme hat gegenüber Laienübersetzerinnen/Laienübersetzern (wie Familienangehörige und andere Begleitpersonen) neben der sprachlichen Akkuranz und der Professionalität den wesentlichen Vorteil, dass die Menschen aufgrund der Anonymität offener über körperliche, psychische und soziale Beschwerden bzw. Anliegen sprechen können. Ergänzt wird die professionelle Dolmetschung durch leicht verständliches Informationsmaterial mit Piktogrammen, Aushänge mit Texten in Leicht-Lesen-Qualität sowie in Kürze durch eine leicht verständliche digitale mobile Patientenaufklärung.

**Ergebnisse:** Nach anfänglicher Skepsis werden das Videodolmetschsystem und die begleitenden Angebote von den Patientinnen/Patienten sehr gerne in Anspruch genommen. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 140 ärztliche Konsultationen im neunerhaus mittels Videodolmetsch begleitet. Patientinnen/Patienten mit geringen bzw. nicht vorhandenen Deutschkenntnissen fühlen sich in den Einrichtungen der medizinischen Versorgung neunerhaus ernst genommen und gut betreut.

**Lernerfahrungen:** Die Menschen nehmen Gesundheit zunehmend mehr als die bloße Abwesenheit körperlicher Symptome wahr und werden, etwa im Falle chronischer Erkrankungen, in ihrer Gesundheitskompetenz und Patientenautonomie gestärkt. Die medizinischen Einrichtungen des neunerhaus arbeiten kontinuierlich am Ausbau interkultureller Arbeitsmethoden und -haltungen weiter.

### 5.3 Das Projekt „SALUS – Salzburger GesundheitslotsInnen“: Partizipation als Grundprinzip

**Autorinnen/Autoren:** Ursula Liebing<sup>1</sup>, Projekt SALUS Salzburger GesundheitslotsInnen

**Kontakt:** u.liebing@frau-und-arbeit.at

*Frau & Arbeit GmbH Salzburg*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Zielsetzung des Salzburger Projektes war die Verbesserung der Chancengleichheit von Migrantinnen/Migranten im Gesundheitssystem und die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Projektlaufzeit: Juli 2014 bis Dezember 2016.

**Methodik:** Das Projekt „SALUS – Salzburger GesundheitslotsInnen“ richtet sich primär an Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus migrantischen "Communities", qualifiziert sie durch einen Gesundheitslotsenlehrgang und ein Multiplikatorentraining und unterstützt sie bei der Konzeption und Umsetzung eigener Angebote zu Gesundheits-, Präventions-, und Vorsorgethemen. Eine Besonderheit des Projektes ist die partizipative Bedarfsermittlung, Planung und Konzeption der Projektmaßnahmen (Lehrgänge und eigene Angebote der Migrantinnen/Migranten) unter Einbeziehung eines Netzwerkes aus Salzburger Expertinnen/Experten aus dem Gesundheitssystem und von Migrantinnen/Migranten und Vertreterinnen/Vertretern von migrantischen Communities. Hierdurch werden alle Maßnahmen regionalspezifisch und zielgruppenorientiert gestaltet und zugleich eine Sensibilisierung der mitwirkenden Einrichtungen für konkrete Bedarfe und Bedürfnisse von Migrantinnen/Migranten gefördert und die Zugänge zu Einrichtungen des Gesundheitssystems nachhaltig erleichtert.

**Ergebnisse:** Stand Juni 2016:

- Konstituierung eines Salzburger Fachnetzwerkes Migration und Gesundheit
- Qualifizierung von insgesamt 45 Gesundheitslotsinnen/Gesundheitslotsen (2015 und 2016)
- Basis-Qualifizierung von 22 kommunalen (Laien-)Dolmetscherinnen/Dolmetschern (2016)
- Umsetzung von bislang (Juni 2016) 24 niederschweligen Gesundheitsinformations-Angeboten (je 2–3 Std.) für Migrantinnen/Migranten
- Umsetzung von bislang 9 Angeboten (jeweils 10 Stunden) zum Erwerb gesundheitsbezogener Sprachkompetenz
- Entwicklung eines "Wegweisers Salzburger Gesundheitssystem"(Broschüre) in einfacher Sprache

**Lernerfahrungen:** Die konsequente und systemische Einbeziehung von Fachexpertinnen/Fachexperten und migrantischen Multiplikatorinnen/Multiplikatoren bzw. Selbstvertreterinnen/Selbstvertretern in Konzeption und Umsetzung aller Projektmaßnahmen ist zentraler Faktor für die Erreichung von Zielgruppen, die andernfalls nicht erreicht werden können.

## 5.4 Universitätslehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“

**Autorinnen/Autoren:** Türkan Akkaya-Kalayci, Christine Binder-Fritz

**Kontakt:** Tuerkan.Akkaya-Kalayci@meduniwien.ac.at

*Medizinische Universität Wien*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Im Kontext mit Globalisierung und internationaler Mobilität in unserer modernen Zuwanderergesellschaft ist die Begegnung mit Menschen, die einen Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung haben, mittlerweile Alltagsrealität. Die daraus resultierende soziokulturelle Diversität mit einer Vielzahl von Sprachen und Lebensstilen macht sich auch in den Gesundheitseinrichtungen der europäischen Länder bemerkbar. Das Fachpersonal im Gesundheitssystem steht hierbei laufend vor neuen und komplexeren Herausforderungen. Transkulturelle Kompetenz gilt heute deshalb als Schlüsselqualifikation für das Personal im Gesundheitssystem, um eine adäquate medizinische Versorgung und Betreuung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen gewährleisten zu können.

**Methodik:** Als Antwort auf die vielfältigen Herausforderungen durch die pluralen kulturellen Settings in unseren Gesundheitseinrichtungen wurde nun ein innovativer Lehrgang entwickelt und richtet sich an alle im Gesundheitsbereich, sowie in der Lehre und Forschung tätigen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Pflegewissenschaftlerinnen/Pflegewissenschaftler und verwandtes klinisches Fachpersonal im europäischen Raum. Der Universitätslehrgang mit modularem Charakter ist die erste umfassende postpromotionelle

Ausbildung im europäischen Raum zur Erlangung transkultureller Kompetenz im Gesundheitsbereich. Der interdisziplinäre Master-Lehrgang beinhaltet ein weites Themenspektrum im Kontext mit Migration und Gesundheit: Den Teilnehmerinnen/Teilnehmer wird von erfahrenen Expertinnen/Experten einerseits wissenschaftliches Know-how über aktuelle Trends der Migration nach Europa und damit verbundene klinisch relevante Aspekte – medizinisch fächerübergreifend – vermittelt. Andererseits werden der Einfluss von soziokulturellen Prägungen auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, der Umgang mit dem Körper, migrationsbedingte psychosoziale Belastungen und spezifische Gesundheitsprobleme von Migrantinnen/Migranten, sowie deren Vorstellungen und Erwartungen bezüglich Therapie und Betreuung erläutert.

**Ergebnisse:** Der berufsbegleitende Universitätslehrgang vermittelt nicht nur theoretisches Wissen, sondern die Teilnehmerinnen/Teilnehmer werden mittels praxisrelevanter Übungen und Analysen von Fallbeispielen auch in der interkulturellen Kommunikation geschult und erarbeiten anhand von Konfliktanalysen verschiedene Konfliktbewältigungsstrategien.

**Lernerfahrungen:** Unter Beachtung der Patienten-Diversität wird die interkulturelle Kommunikationsfähigkeit des Fachpersonals im Gesundheitssystem verbessert und die transkulturelle Kompetenz hinsichtlich Prävention, Diagnostik und Therapie, sowie in der Rehabilitation und Palliativmedizin erhöht.

## 6 Themenforum 4: Gesundheitsbezogene Kommunikation mit spezifischen Zielgruppen

### 6.1 Verstehe ich meine Gesundheit?

Autorinnen/Autoren: Walter Hiller

Kontakt: [capito.hiller@auftakt-services.at](mailto:capito.hiller@auftakt-services.at)

*capito Wien*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Sprachkompetenz hat mit Gesundheitskompetenz viel zu tun. Rund 1 Million Menschen in Österreich haben keine oder eine sehr niedrige Sprachkompetenz. Erhöhen wir die Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen, erhöhen wir gleichzeitig auch die Gesundheitskompetenz.

**Methodik:** Ralf Beekveldt vom „Spaß am Lesen“-Verlag hat eine Erhebung gemacht, wonach das Sprachniveau von öffentlich angebotenen Informationen viel höher liegt als die meisten Menschen verstehen können. Knapp 70 Prozent der Informationen werden nur von 5 Prozent der Menschen verstanden. Wie kann man das ändern? Indem man Informationsbarrieren abbaut und leicht verständliche Texte und barrierefreie Informationen zur Verfügung stellt.

**Ergebnisse:** Stellen wir leicht verständliche Texte in der Gesundheitsvorsorge zur Verfügung, stärken wir die funktionale Gesundheitskompetenz: Alle wissen über ihre Rechte und Pflichten Bescheid. Alle können die zur Verfügung gestellten Informationen verstehen. Daraus resultiert ein verantwortungsvolles Handeln der eigenen Gesundheit gegenüber.

**Lernerfahrungen:** Nach dem capito Standard für Leicht Lesen werden alle in leichte Sprache übersetzten Texte von einer Prüfgruppe geprüft. Die Prüfgruppe entspricht der Zielgruppe für die Informationen. In diesen Prüfgruppen wird die Verständlichkeit des Textes abgefragt und der Text entsprechend korrigiert. Daraus resultieren leicht verständliche Texte, die von rund 90 Prozent der Bevölkerung verstanden werden.

## 6.2 „feel ok“ auf einen Klick? Gelingensfaktoren und Grenzen internetbasierter Interventionsprogramme zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen

**Autorinnen/Autoren:** Inge Zelinka-Roitner

**Kontakt:** inge.zelinka-roitner@styriavitalis.at

*Styria vitalis*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Internetbasierte Angebote zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz verfolgen den Anspruch, niederschwellig breite Bevölkerungsschichten zu erreichen und diese zu einer aktiven Rolle hinsichtlich ihres Gesundheitsmanagements zu motivieren. Deren Wirksamkeit hängt stark von Faktoren wie Öffentlichkeitsarbeit, Verfügbarkeit und sprachlicher und grafischer Gestaltung ab. Die Website [www.feel-ok.at](http://www.feel-ok.at) richtet sich an Jugendliche von 12 - 18 Jahren und versucht, mit zielgruppenspezifischen Ansätzen auf die oben genannten Herausforderungen zu reagieren, um effektiv die Gesundheitskompetenz österreichischer Jugendlicher zu erhöhen. Der wissenschaftliche Hintergrund wurde am Züricher Institut für Sozialmedizin entwickelt, basiert auf dem Transtheoretischen Modell nach Prochaska und orientiert sich an folgenden Prinzipien, die einerseits fachliche Kompetenz, andererseits optimale Anwendbarkeit und Verständlichkeit garantieren sollen:

- Wissenschaftlichkeit und integriertes Experten-Wissen
- Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen der Zielgruppe
- Attraktivität für die Zielgruppe
- Verständlichkeit
- Zielorientierung
- Vermeidung von Reaktanz
- Berücksichtigung von Genderaspekten und Diversity
- Erzeugung von Synergien, insbesondere mit Hilfe der Beratungsstellendatenbank INFO SUCHE
- Nachhaltigkeit

**Methodik:** Mittels [www.feel-ok.at](http://www.feel-ok.at) wird versucht, interaktive Elemente wie Spiele und Tests mit Informationen und Erfahrungsberichten von Jugendlichen zu verbinden. Um die für die Hauptzielgruppe bestmögliche Nutzungsmöglichkeit und Wirksamkeit zu erzielen, richtet sich das Interventionsprogramm auch an Multiplikatorinnen/Multiplikatoren wie Lehrerinnen/Lehrer, Jugendarbeiterinnen/Jugendarbeiter und Eltern. Für die Behandlung der verschiedenen Themen zu Gesundheitskompetenz sind Arbeitsblätter, Tests und Spiele als Download bzw. über den Einsatz im Internet verfügbar. Die Bandbreite der behandelten Themen reicht von der Prävention von Alkohol- und Suchtproblemen über klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung und Bewegung bis zu Sexualität, Gewaltprävention und Unterstützung bei der Berufswahl.

**Ergebnisse:** Sprachliche und grafische Attraktivität des Programms und wahrgenommener persönlicher Nutzen als Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit wurden im Oktober 2015 in einer Erhebung mit 100 Schülerinnen/Schülern getestet. Einige Ergebnisse dazu sollen präsentiert und hinsichtlich ihrer Verallgemeinerbarkeit in Bezug auf Möglichkeiten und Grenzen internetbasierter Interventionsprogramme analysiert werden.

**Lernerfahrungen:** Vorweg kann gesagt werden, dass die Schwierigkeiten in Bezug auf die Wirksamkeit vor allem in der Bekanntmachung und strukturellen Unterstützung des Angebots liegen. Außerdem wäre es wichtig, Beteiligungsaspekte aller Zielgruppen noch stärker zu berücksichtigen.

### 6.3 Videodolmetschen im Gesundheitswesen – Chancen, Nutzen und Risiken eines neuen Tools zur Überwindung von Sprachbarrieren

**Autorinnen/Autoren:** Sabine Parrag

**Kontakt:** sabine.parrag@univie.ac.at

*Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM) & Österreichische Plattform Patientensicherheit (ANetPAS)*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Nicht alle in Österreich lebenden Personen verfügen über Sprachkenntnisse, die es ihnen ermöglichen, beim Arztbesuch zufriedenstellend zu kommunizieren. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sind daher jeden Tag mit Patientinnen/Patienten konfrontiert, mit denen sie sich nur schwer – oder im Extremfall gar nicht – verständigen können. Dies ist insofern von großer Bedeutung, als die Kommunikation in der Interaktion zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten zentral ist, da das Gespräch eines der wichtigsten Untersuchungs-/Therapieinstrumente darstellt. Das IERM, in Kooperation mit ANetPAS, testete daher im Rahmen des Forschungsprojektes „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ den Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen/Dolmetschern, welche via Videokonferenz technisch unkompliziert zu jedem Arzt-Patienten-Gespräch zugeschaltet werden können.

**Methodik:** Zur Durchführung des Projektes wurde ein Mixed-Methods-Design verwendet, welches qualitative halbstrukturierte Interviews, eine Fragebogenerhebung und die aufbereiteten qualitativen Daten der Videocall-Verbindungsdaten beinhaltet.

**Ergebnisse:** Anhand der Forschungsergebnisse aus dem Projekt soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern der Einsatz des Videodolmetsch-Tools einen Einfluss auf Patienten- und Mitarbeitersicherheit ausübt. Ebenso zu hinterfragen ist, inwieweit es soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung auszugleichen vermag und ob der Einsatz von Videodolmetschen die Möglichkeit einer Umsetzung des Anspruchs, allen Bevölkerungsgruppen gleichen,



zielgruppengerechten und diskriminierungs- und barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem zu gewährleisten bietet. Zudem soll auf alltäglich praktizierte Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung sowie das in Österreich erstmals getestete Tool „Videodolmetschen“ und deren Chancen, Nutzen und Risiken für Patientinnen/Patienten, Angehörige der Gesundheitsberufe und Institutionen des Gesundheitswesens eingegangen werden.

**Schlussfolgerungen:** Videodolmetschen stellt eine sehr gute effektive und kostengünstige Möglichkeit zur qualitätsgesicherten Überwindung von Kommunikationsbarrieren dar, allerdings gilt Videodolmetschen nicht prinzipiell für jedes Setting als das geeignetste Mittel. Die Wichtigkeit einer Institutionalisierung professioneller Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprach- und Kommunikationsbarrieren darf jedenfalls nicht unterschätzt werden. Die Verantwortung zur Findung und zur Zur-Verfügung-Stellung mitarbeiterentlastender, effizienter Lösungsstrategien ist jedenfalls auf Seiten des Trägers anzusiedeln, anstatt Entscheidungen über den Zugang von Patientinnen/Patienten zu qualitätsgesicherter Versorgung den Angehörigen der Gesundheitsberufe zu überlassen.

## 6.4 Fredi Fuchs im Kinderzentrum

**Autorinnen/Autoren:** Gerald Sendlhofer<sup>1,2</sup>, Karina Leitgeb<sup>1</sup>, Brigitte Kober<sup>1</sup>, Magdalena Hoffmann<sup>1</sup>

**Kontakt:** gerald.sendlhofer@klinikum-graz.at

<sup>1</sup> Stabsstelle QM-RM, LKH-Univ. Klinikum Graz, <sup>2</sup> Research Unit for Safety in Health, Medizinische Universität Graz

**Hintergrund und Zielsetzung:** Im Kinderzentrum des LKH-Univ. Klinikums Graz werden pro Jahr rund 17.000 Kinder stationär behandelt. Ihr Aufenthalt hängt zumeist mit einer schweren Krankheit, Schmerzen und Angst zusammen. Dazu kommt, dass alles im Krankenhaus fremd und damit zusätzlich belastend ist. Der Film „Fredi Fuchs im Kinderzentrum“ soll das in Zukunft ändern. Spielerisch, sympathisch und in einfachen Worten erklärt er den Ablauf im Krankenhaus.

**Methodik:** Studierende der FH Joanneum haben mit der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement durch Interviews mit Kindern, deren Eltern und Mitarbeiterinnen im Kinderzentrum sowie durch eine Konkurrenzanalyse die wichtigsten Themen für den Film ausgeforscht und das Konzept erstellt. Darauf aufbauend wurde ein Drehbuch geschrieben und als Kinderinformationsfilm umgesetzt. Inhalte sind der Ablauf im Krankenhaus, die Anmeldung im Krankenhaus mit der e-Card, die Wichtigkeit von Hygienemaßnahmen, die Bedeutung von Patienten- und Allergiearmband, die Aufklärung über die Untersuchungen vor einer Operation, dem Hilfefknopf bei Schmerzen oder sonstigen Nöten, den Möglichkeiten zum Spielen und Lernen bis hin zur wichtigsten Nachricht, dass ihre Eltern immer bei ihnen sein und sogar bei ihnen übernachten können.

**Ergebnisse:** Im Februar 2016 wurde der Kinderinformationsfilm der Öffentlichkeit vorgestellt und wird zu drei verschiedenen Sendeterminen im Klinik-TV gezeigt und kann auch mittels QR-Code schon vor der geplanten stationären Aufnahme in das Kinderzentrum angesehen werden. Weiters spielt der Film im Ambulanzbereich ohne Ton, dafür mit Untertiteln in Deutsch und Englisch.

**Lernerfahrungen:** Um den Outcome des Films für die Zielgruppe systematisch zu evaluieren wird zum Thema „Patient Empowerment – Nutzen für Patienten und Mitarbeiter“ aktuell eine Diplomarbeit ausgeschrieben. Die Einbeziehung der verschiedenen Nutzergruppen ist von essentieller Bedeutung für die Akzeptanz eines Informationsfilms. Aus den Rückmeldungen im Entstehen des Films war es für uns besonders positiv zu erfahren, dass wir mit einem solchen Projekt als gesundheitskompetente Organisation wahrgenommen werden.

## 7 Themenforum 5: Forschung und Evidenzbasierung in der Gesundheitskompetenz

### 7.1 Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse.

**Autorinnen/Autoren:** Bernd Kerschner

**Kontakt:** bernd.kerschner@donau-uni.ac.at

*Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Rund ein Drittel der Österreicherinnen/Österreicher bezieht Gesundheitsinformation aus Printmedien, zwischen 35 und 53 Prozent aus Onlinemedien. Nicht immer sind die Inhalte darin jedoch evidenzbasiert. Ziel unserer Studie war es, quantitativ zu erheben, in wie weit die Informationen über Gesundheitsthemen aus österreichischen Print- und Onlinemedien mit der tatsächlichen Evidenz zur jeweiligen Fragestellung übereinstimmen.

**Methodik:** Anhand einer modifizierten Version des GRADE Schemas bewerteten wir mithilfe von Rapid Reviews die Evidenzlage zu 219 gesundheitsrelevanten Fragestellungen, die in insgesamt 990 Beiträgen in österreichischen Print- und Online-Medien behandelt worden waren. Zusätzlich bestimmten wir dual verblindet die implizite Evidenzlage, welche die Medienartikel einem Laien vermitteln, auf einer selbstentwickelten, an GRADE angelehnten Skala. Die Differenz zwischen tatsächlicher Evidenzlage und durch die Medienartikel vermittelte Evidenzlage interpretierten wir als Grad der medialen Über- bzw. Untertreibung.

**Ergebnisse:** 59,5% der Medienbeiträge geben die Evidenz zu medizinischen Fragestellungen stark verzerrt (über- bzw. untertrieben) wieder, nur 10,8% berichten gemäß der tatsächlichen Evidenzlage. Während 61,3% der Medienartikel die höchste Evidenzstufe für die berichteten Effekte nahelegen, ist die tatsächliche Evidenz nur für 2,6% der Artikel tatsächlich so hoch. Boulevardmedien berichten verzerrter als Qualitätsmedien. Dies ist aber hauptsächlich auf die unterschiedliche Auswahl der berichteten Themen zurückzuführen, die Berichterstattung zu denselben Themen unterscheidet sich zwischen Boulevard- und Qualitätsmedien nicht signifikant. Onlinemedien berichten mit Ausnahme des „Standard“ nicht signifikant stärker verzerrt als Print-Medien. Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Berichterstattung zu unterschiedlichen Themen. Artikel über zulassungspflichtige Medikamente oder Ärzten vorbehaltene Untersuchungen und Interventionen berichten signifikant weniger verzerrt als Beiträge zu Nahrungsergänzungsmitteln oder Interventionen, die auch Nichtmedizinerinnen/Nichtmediziner durchführen dürfen. Am verzerrtesten waren Berichte zu kosmetischen und Abnehm-Interventionen.

**Schlussfolgerungen:** Unsere Analyse von 990 Medienberichten zeigt, dass österreichische Print- und Online-Medien die Fakten zu 219 gesundheitsbezogenen Fragestellungen überwiegend stark verzerrt wiedergeben. Während knapp zwei Drittel der Medienartikel den Eindruck einer hohen Evidenzlage vermittelt, ist dies in Wirklichkeit nur selten der Fall.

## 7.2 Gute Gesundheitsinformation. Kriterienkatalog für evidenzbasierte und geschlechtergerechte Gesundheitsinformation, Österreich

**Autorinnen/Autoren:** Sylvia Groth, Felice Gallé

**Kontakt:** sylviaagroth@gmx.at, felice.galle@fgz.co.at

*Frauengesundheitszentrum, Graz*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Seriöse Berichterstattung über Gesundheitsthemen hat in Österreich noch Seltenheitswert (Kerschner et al. 2015). Gesundheitsinformationen sollten unabhängig, unverzerrt, verlässlich, verständlich und nützlich sein, auf Evidenz basierend und daher auch geschlechterspezifisch. Das erhöht ihre Relevanz, die Qualität und den Nutzen. Diese Maßnahme 1.4.2. zur Umsetzung des österreichischen Rahmengesundheitszieles 3, Health Literacy, trägt dem Umstand Rechnung, dass qualitätsvolle, leicht zugängliche Gesundheitsinformationen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.

**Methodik:** Der Forschungsstand zum Thema Sex and Gender Specific Consumer Health Information wurde gesichtet. Work in progress wurde einbezogen, insbesondere die Arbeitsergebnisse der Cochrane Methods Equity Group und der Sex and Gender Equity in Research (SAGER) Guidelines der European Association of Science Editors (EASE). Auf Basis der Guten Praxis Gesundheitsinformation des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (2015) wurde die *Gute Gesundheitsinformation. Kriterienkatalog für evidenzbasierte und geschlechtergerechte Gesundheitsinformation, Österreich* erstellt. In einem Feedback-Prozess hat das Redaktionsteam über 60 Fachleute um ihre Mitarbeit gebeten.

**Ergebnisse:** Soweit (im Juli 2016) absehbar, liegt der österreichische Kriterienkatalog *Gute Gesundheitsinformation* vor.

**Lernerfahrungen:** Die enge Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Patienteninformation des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Information ermöglichte es, auf anerkannten evidenzbasierten Kriterien aufzubauen und diese für Österreich zu nutzen. Die *Gute Gesundheitsinformation* ist ein Kriterienkatalog für Consumer Health Information. Dass dieser Katalog geschlechtergerechte Kriterien enthält, ist auch international gesehen einzigartig und innovativ. Das provoziert natürlich Widerstand. Die Herausforderung ist, den erarbeiteten Kriterienkatalog in Österreich zu verbreiten und möglichst alle, die Gesundheitsinformationen in Auftrag geben und erstellen, dafür zu gewinnen, ihn auch anzuwenden. Österreichische

Konsumentinnen und Konsumenten von gesundheitlichen Leistungen, Versicherte sowie Patientinnen und Patienten fordern diese Qualität bisher noch nicht offensiv ein. Daher kommt den Auftraggeberinnen und Auftraggebern von Gesundheitsinformationen die Schlüsselrolle zu, evidenzbasierte und geschlechtergerechte Gesundheitsinformation zur Verfügung zu stellen.

### 7.3 Entwicklung eines Tools zur Ernährungskommunikation für Jugendliche im NEET-Status

**Autorinnen/Autoren:** Elisabeth Höld<sup>1</sup>, Claudia Winkler<sup>1</sup>, Katharina Klausburg<sup>1</sup>, Petra Rust<sup>2</sup>

**Kontakt:** elisabeth.hoeld@fhstp.ac.at

<sup>1</sup> Fachhochschule St. Pölten GmbH, Institut für Gesundheitswissenschaften, <sup>2</sup> Universität Wien, Department für Ernährungswissenschaften

**Hintergrund und Zielsetzung:** Jugendliche im NEET-Status (=not in education, employment or training) sind vermehrt von sozialer Ausgrenzung und gesundheitlicher Chancenungleichheit betroffen. Zu ihrem Gesundheitsverhalten existieren nur limitiert Daten und diese deuten auf eine nachteilige Situation hin. Ein Ziel des FGO-Projektes GAAS (Projekt zur Förderung der Gesundheitskompetenzen von Jugendlichen, die sich nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden), durchgeführt von der Mobilien Jugendarbeit Nordrand, spacelab – Produktionsschule Wien, der Universität Wien und der FH St. Pölten, ist die Entwicklung eines auf umfassenden Bedarfsanalysen basierenden Produktes zur Ernährungskommunikation.

**Methodik:** Das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen wurde mittels Fragebogen erhoben. Bei einem Subsample wurden zudem Körpergröße und –gewicht sowie die Körperzusammensetzung mittels Bioelektrischer Impedanzanalyse (BIA) gemessen. Zudem wurden Interviews und Fokusgruppen zur Gesundheitskompetenz der Jugendlichen durchgeführt.

**Ergebnisse:** 53 Jugendliche (32 Mädchen, 21 Burschen) nahmen an der Fragebogenerhebung teil. Sie sind durchschnittlich  $17,9 \pm 1,7$  Jahre alt, 52,8% haben einen Migrationshintergrund und 69,8% leben in Familien mit niedrigem/mittlerem sozialen Status. Die Analyseergebnisse zeigen ein nachteiliges Ernährungsverhalten der teilnehmenden Jugendlichen. Nur etwa ein Viertel isst täglich Obst und Gemüse, während 38,5% gesüßte Getränke und 29,4% Energydrinks konsumieren. 11,8% trinken täglich Fruchtsäfte oder Fruchtsirupe. Zwei Drittel (66%) decken ihre alltägliche Flüssigkeitszufuhr durch Wasser oder ungesüßte Tees. Die Ergebnisse der Interviews unterstreichen diese problematische Getränkeauswahl. Auch zeigt sich, dass bestimmte Getränke wie z.B. Energydrinks wesentlicher Bestandteil des jugendlichen Lifestyles sind.

**Schlussfolgerungen:** Das Projekt GAAS sammelt erstmalig Daten rund um das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im NEET-Status. Die Analysen zeigen, dass vor allem der Getränkekonsum verbesserungswürdig ist. Um Gesundheitskompetenz und -verhalten zu fördern wird im Rahmen des Projektes gemeinsam mit den Jugendlichen ein Getränk als Tool zur Ernährungskommunikation entwickelt. Die zielgruppenorientierte Gestaltung des Getränks soll Jugendliche unterstützen, Ernährungsinformationen besser zu verstehen, zu beurteilen und selbstverantwortlich zu handeln. Dieses Kommunikationstool wird auch anderen Settings zur Verfügung stehen, um gesundheitsförderliche Entscheidungen zu erleichtern.

## 7.4 Gesundheitskompetenz von Jugendlichen: What we (don't) know.

**Autorinnen/Autoren:** Gunter Maier, Rosemarie Felder-Puig

**Kontakt:** gunter.maier@ifgp.at

*Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP)*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Gesundheitskompetenz von Erwachsenen wird in zahlreichen Studien erhoben und mittlerweile als eine wichtige Gesundheitsdeterminante angesehen, durch die sich der Gesundheitszustand von Individuen mitunter besser vorhersagen lässt als durch klassische sozio-demographische Merkmale. Im Vergleich dazu existieren zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen nahezu keine Erkenntnisse, da (a) keine allgemein anerkannten Konzepte von Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen existieren; (b) folglich nur wenige Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz in dieser Zielgruppe entwickelt wurden; und (c) die vorhandenen Instrumente nicht wirklich für Jugendliche geeignet sind, da sie entweder auf sehr spezifische Aspekte fokussieren, ursprünglich für andere Zielgruppen entwickelt wurden und/oder ausschließlich selbstberichtete Gesundheitskompetenz erheben. Es existieren demzufolge keine (validierten) Instrumente, die der spezifischen Situation von Jugendlichen und den damit verbundenen Problemen und Besonderheiten Rechnung tragen. Ziel ist es daher, ein Instrument zu entwickeln, das diese berücksichtigt und neben Einstellungsfragen einen leistungsorientierten Test zur Messung der funktionalen Gesundheitskompetenz beinhaltet. Mittel- bis langfristig soll dieses Instrument dann auch im Rahmen der HBSC-Studie zur Anwendung kommen, um periodisch Daten zur Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen zu erhalten.

**Methodik:** Die Vorgehensweise lässt sich in 4 Schritte unterteilen: (1) Entwicklung eines Konzepts und Item-Generierung unter Einbeziehung der Zielgruppe; geplant sind neben einer umfassenden Literaturrecherche auch Fokusgruppeninterviews mit 12- bis 17-jährigen Jugendlichen sowie telefonische Leitfadeninterviews mit Expertinnen/Experten; (2) Pilotierung des Instruments; (3) Psychometrische Analysen; (4) Überarbeitung des Instruments.

**Ergebnisse:** Weil sich das Projekt noch in einer frühen Phase befindet, wird dieser Beitrag Problemstellung, Konzeptentwicklung sowie Ergebnisse der Recherchen und evtl. der Fokusgruppen behandeln.

**Schlussfolgerungen:** Bisherige Recherchen haben Defizite bei der Messung von Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen offenbart. Es gibt Hinweise darauf, dass die selbstberichtete Gesundheitskompetenz von Jugendlichen kaum mit funktionaler Gesundheitskompetenz korreliert; auch ein Zusammenhang mit Alkohol- oder Tabakkonsum konnte nicht festgestellt werden. Die Notwendigkeit, ein speziell für Jugendliche konzipiertes Instrument zu entwickeln, ist evident.

## 8 Themenforum 6: Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

### 8.1 Die Bedeutung der Kommunikation und Beratung im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf. Wie Auszubildende den Wert der Patientenkompetenz als ein zentrales Ziel ihrer praktischen Ausbildung erleben können.

Autorinnen/Autoren: Christa Santner

Kontakt: csantner@bfi-sbg.at

*BFI Salzburg BildungsGmbH Schule für Gesundheits- und Krankenpflege*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Auszubildende in der Pflege erleben die Arbeit von Pflegepersonen im Krankenhaus als eine medizin- und systemorientierte Tätigkeit, die möglichst effizient im Alltag abgearbeitet werden soll. Für Gespräche mit Patientinnen und Patienten bleibt oft keine Zeit. Ziel ist es, den Auszubildenden Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie einen Perspektivenwechsel einnehmen können, und die Patientenorientierung und somit die Patientenkompetenz in ihrer zukünftigen Arbeit erhöhen können.

**Methodik:** Dieser Vortrag basiert auf ethischen Aspekten des Pflegeberufes, sowie auf einer salutogenetisch orientierten Patientenberatung. Es werden Lernsettings an Hand von praktischen Lernzielen und Anleitungszielen aufgezeigt. Die Umsetzung dieser Ausbildungs- und Anleitungsziele ermöglichen einen Perspektivenwechsel. Weg von der rein system- und medizinerorientierten Praxis hin zu einer patientenorientierten Praxis. Der ethische Aspekt einer fürsorglichen Hinwendung zum Menschen durch eine angemessene Patientenberatung verleiht dem praktischen Alltag eine andere Dimension. Die Patientin, der Patient steht mit ihren/seinen Themen im Mittelpunkt der Arbeit auf der Station, in der Klinik usw. Die Patientenkompetenz wird so erhöht!

**Ergebnisse:** Die Einstellung und Haltung der Auszubildenden zum Thema Patientenkommunikation und -beratung kann durch die Praxisanleitung und die Interaktion mit den zu Pflegenden reflektiert und diskutiert werden. Durch die Umsetzung von praktischen Lernzielen, welche die Patientenkompetenz erhöhen, können Auszubildende ihre Arbeit u. U. wirkungsvoller erleben. Dies ist ein wichtiger Faktor, um die eigene zukünftige Berufszufriedenheit zu verbessern. So bleiben Pflegepersonen länger gerne in ihrem Beruf tätig.



**Lernerfahrungen:** Insgesamt bewerten Auszubildende die praktische Anleitung durch diplomierte Pflegepersonen im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung sehr hoch. Wenn Auszubildende zu ihren praktischen Lernzielen gut angeleitet werden, und ihre Ziele und somit ihre Arbeit mit den zu Pflegenden als sinnvoll erleben, werden sie selbst später gute Modelle für die zukünftigen Auszubildenden im Klinikalltag sein. Das pädagogische Konzept "Lernen am Modell" wird generell in der Pädagogik als sehr wirkungsvoll beschrieben. Die Auszubildenden werden somit selbst gute Modelle für die nächste Generation.

## 8.2 Die Rolle von Gesundheitskompetenz und Kommunikationskultur in der Ausbildung des Gesundheitspersonals in Österreich und Kanada: Eine vergleichende Studie

**Autorinnen/Autoren:** Laryn McLernon

**Kontakt:** larynm@hotmail.com

*Institut für Sprachwissenschaft, Universität Wien*

**Hintergrund und Zielsetzung:** In Österreich bestehen trotz jüngster Anstrengungen immer noch eine Reihe von Barrieren in den Bereichen Public Health und Gesundheitskompetenz, inklusive einem Mangel an Forschung, institutioneller Kapazitätsentwicklung sowie Ausbildung des Gesundheitspersonals. Im Gegensatz dazu kann Kanada auf eine längere Tradition in Public Health und Gesundheitskompetenz zurückblicken und gilt als Vorreiter auf diesem Gebiet. Internationaler Wissenstransfer und Gedankenaustausch ist deshalb von besonderer Bedeutung für die Entwicklung neuer Konzepte. Vor diesem Hintergrund verfolgt dieses Projekt das Ziel, die Ausbildung des Gesundheitspersonals vergleichend zu analysieren. Im Fokus stehen dabei die (interprofessionelle) Kommunikationskultur und die Fähigkeiten im Bereich der Gesundheitskompetenz, insbesondere auch mit dem Ziel, die (Gesundheits)Versorgung marginalisierter Bevölkerungsgruppen zu verbessern.

**Methodik:** Eine Analyse von offiziellen Dokumenten (Berichte, gesetzliche Rahmenbedingungen, Websites) und Curricula von relevanten Bildungseinrichtungen in Österreich und Kanada zeigen die unterschiedlichen Bemühungen auf, Gesundheitsmitarbeiterinnen/Gesundheitsmitarbeiter in den Bereichen Gesundheitskommunikation und -kompetenzen zu schulen. Teilstrukturierte Interviews mit Lehrenden in beiden Ländern untersuchen deren Erfahrungen mit der Verbesserung der (interprofessionellen) Kommunikationskultur und der Rolle der Gesundheitskompetenzen im patientenzentrierten Gesundheitsbereich.

**Ergebnisse:** Auf den Erfahrungen der letzten Dekaden aufbauend setzt Kanada bei der Schulung des Gesundheitspersonals aktuell verstärkt auf Bewusstseinsbildung für die Konsequenzen von begrenzten Gesundheitskompetenzen, insbesondere innerhalb besonders schutzbedürftiger sozialer Gruppen. Patientenzentrierte Kommunikation und Verständnis für

Gesundheitskompetenzen stellen integrale Teile der Curricula an Universitäten in British Columbia, Alberta und Ontario dar. Die Public Health Agency of Canada bietet Onlinemodule an, mit denen Gesundheitsmitarbeiterinnen/Gesundheitsmitarbeiter ihre Fähigkeiten erweitern können. Zudem hat die PHAC kostenfreie Ressourcen entwickelt, um die Integration von Gesundheitskompetenzen in der täglichen Praxis zu fördern.

**Schlussfolgerungen:** Dieser Vortrag vermittelt Stakeholdern im österreichischen Gesundheitsbereich Einblicke in die kanadischen Erfahrungen bezüglich der Vermittlung von Gesundheitskompetenz, der Entwicklung von Qualität in der Kommunikation zwischen Gesundheitsmitarbeiterinnen/Gesundheitsmitarbeitern und Patientinnen/Patienten und damit der Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur.

## 8.3 Demenzfreundliche Apotheke

**Autorinnen/Autoren:** Petra Plunger, Katharina Heimerl

**Kontakt:** [petra.plunger@aau.at](mailto:petra.plunger@aau.at)

*Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik, IFF, AAU*

**Hintergrund und Zielsetzung:** In Österreich leben ca. 113.000 Menschen mit Demenz, überwiegend in der häuslichen Umgebung und mehrheitlich betreut von Angehörigen. Als Herausforderungen für eine qualitätsvolle Versorgung werden u.a. die Integration unterschiedlicher Angebote, die rechtzeitige Diagnosestellung und die bedürfnisgerechte Unterstützung betreuender Angehöriger beschrieben (Österreichischer Demenzbericht 2014). Das Projekt „Demenzfreundliche Apotheke“ zielt darauf ab, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer betreuenden Angehörigen zu fördern und Apotheken zu gesundheitsförderlichen Settings zu entwickeln.

**Methodik:** Aufbauend auf Prinzipien der Gesundheitsförderung und von Palliative Care wurde ein partizipatives Forschungs-Praxisprojekt vom Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik gemeinsam mit der Selbsthilfegruppe Alzheimer Austria und der Österreichischen Apothekerkammer entwickelt. 18 Apotheken in Wien und Niederösterreich und weiteren Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartnern aus Praxis und Wissenschaft haben sich an der Umsetzung beteiligt. Nach einer Fortbildungsreihe für die teilnehmenden Apotheken haben diese im Rahmen von Praxisprojekten und begleitet vom Projektteam Maßnahmen zur Betreuung von Menschen mit Demenz, zur Beratung von Angehörigen und zur Wissensvermittlung und Entstigmatisierung in der allgemeinen Öffentlichkeit entwickelt.

**Ergebnisse:** Die selbsteingeschätzte Kompetenz der Apothekenmitarbeiterinnen/Apothekenmitarbeiter in der Beratung von Menschen mit Demenz betreuenden Angehörigen hat sich nach der Workshopreihe signifikant erhöht, ebenso die Anzahl der Kontakte der Apotheken mit relevanten Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (Evaluationsbericht). Betreuende Angehörige

zeigen sich sehr zufrieden mit den entwickelten Maßnahmen (Evaluationsbericht). Ein Logo/Label wurde partizipativ entwickelt und die Ergebnisse der Entwicklung zur Demenzfreundlichen Apotheke in einer Broschüre gesammelt, die der interessierten Fachöffentlichkeit zur Verfügung steht.

**Schlussfolgerungen:** Das Konzept der „Demenzfreundlichen Apotheke“ als Setting-Entwicklungs-Projekt konnte erfolgreich umgesetzt werden: Durch Sensibilisierung der und Wissensvermittlung für die Apothekenmitarbeiterinnen/Apothekenmitarbeiter, durch die Entwicklung von erprobten Maßnahmen für Apotheken, und durch die Vernetzung der beteiligten Apotheken mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Die Beteiligung von betreuenden Angehörigen und die Berücksichtigung von strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen in der Apotheke sind zentrale Erfolgsfaktoren.

## 8.4 Gesundheitskompetente Kommunikation im Alter. Wissen für selbstverantwortliche Entscheidungen fördern.

**Autorinnen/Autoren:** Anna-Christina Kainradl

**Kontakt:** anna.kainradl@medunigraz.at

*Institut für Moraltheologie der Karl-Franzens-Universität Graz*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Wissen wird gegenwärtig immer mehr zu einem Leitwert und spielt auch für Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle. Der Blick auf die Situation alter Menschen im dritten oder vierten Lebensalter zeigt, dass Wissen dabei in einem breiten Sinne verstanden werden muss und sowohl Voraussetzung für gesundheitsbezogene Kommunikation ist als auch in gesundheitsbezogener Kommunikation vermittelt und angeeignet wird. Der Beitrag zeigt auf, inwiefern gesundheitsbezogene Kommunikation wechselseitiges Lernen ermöglicht, denn offenkundig müssen sowohl Patientinnen/Patienten als auch Gesundheitsdienste – wenngleich jeweils anderes – lernen. Die Einsicht in den Zusammenhang von Autonomie und Wissen ermöglicht gesundheitsbezogene Kommunikationsformen, die aufseiten der Patientinnen/Patienten die Fähigkeit zur Mitteilung der eigenen Situation und Erfahrung und das Bewusstsein für bereits vorhandenes Handlungswissen stärkt, Platz bietet für autonom gewähltes Nichtwissen und damit eine Umgebung schafft, in der selbstbestimmte Entscheidungen gefunden und getroffen werden können.

**Methodik:** Durch die (Begriffs-)Kritik des der Wissensgesellschaft zugrundeliegenden Wissensbegriffs werden die Eigenheiten des Wissens deutlich, das in der gesundheitsbezogenen Kommunikation mit älteren Menschen notwendig ist. Diese Begriffs-Analyse wird ergänzt durch die Auswertung qualitativer Interviews, die im Rahmen des Projektes "Die Bedeutung von Nicht-Wissen für ältere Menschen in der Wissensgesellschaft" mit 14 Personen im Alter zwischen 59 und 74 Jahren geführt wurden und sich mit dem Zusammenhang von Wissen und Autonomie befassen.

**Ergebnisse:** Kompetente Gesundheitsentscheidungen sind zu weiten Teilen Entscheidungen, an denen Patientinnen/Patienten selbstbestimmt beteiligt sind. Dabei brauchen ältere Menschen ein besonderes Wissen, das in der Gesundheitskommunikation wechselseitig hergestellt wird. Es werden Kriterien präsentiert, anhand derer die Qualität gesundheitsbezogener Kommunikation hinsichtlich der Verständlichkeit und Relevanz für die Selbstbestimmungsfähigkeit älterer Patientinnen/Patienten beschrieben und verbessert werden kann.

**Schlussfolgerungen:** Die präsentierten Kriterien für alterssensible gesundheitsbezogene Kommunikation befähigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in Gesundheitsdiensten, kommunikative Situationen zu gestalten, in denen alte Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen selbstbestimmte, selbstverantwortliche wissensbasierte Entscheidungen treffen können.

## 9 Themenforum 7: Multiplikatorenschulungen für Gesundheitskompetenz

### 9.1 Gelingende Netzwerk-Kommunikation im Rahmen der Frühen Hilfen

**Autorinnen/Autoren:** Wolfgang Laskowski<sup>1</sup>, Monika Gebetsberger<sup>2</sup>, Renate Hackl<sup>2</sup>, Reinhold Rampler<sup>2</sup>

**Kontakt:** wolfgang.laskowski@ooegkk.at

<sup>1</sup> *Oberösterreichische Gebietskrankenkasse*, <sup>2</sup> *Land Oberösterreich*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Frühe-Hilfen-Netzwerke haben den Zweck, Schwangere und Familien in belastenden Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit zu unterstützen. Im Zentrum der Arbeit der Frühen-Hilfen steht dabei ein regionales, multiprofessionelles Netzwerk, welches die Angebote für Eltern und Kinder koordiniert. Das jeweilige Netzwerk-Management kümmert sich dabei um den Aufbau und Pflege der Kooperationsbeziehungen zwischen den Netzwerk-Partnern. Darüber hinaus werden Familien von Familienbegleiterinnen/Familienbegleitern über einen längeren Zeitraum kontinuierlich, umfassend und niederschwellig begleitet.

**Methodik:** In der Implementierungsphase kommt der Kommunikation und Abstimmung der Frühe Hilfen-Netzwerke mit bestehenden Strukturen im Gesundheits- und Sozialsystem große Bedeutung zu. Um eine reibungslose Zusammenarbeit der Fachkräfte zu garantieren, bedarf es effizienter Prozesse an den Nahtstellen. So wurde in Oberösterreich auf allen im Frühe Hilfen-Projekt involvierten Ebenen eine ressortübergreifende Kommunikationsstruktur etabliert. Sowohl in der Steuerungsgruppe, auf der Ebene der Projektleitung als auch auf der operativen Ebene der Fachkräfte sind unterschiedliche Professionen konzeptionell vorgesehen. Vor allem der Steuerungsgruppe kommt dabei die Aufgabe zu, durch Abstimmungsprozesse im Vorfeld die operative Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften sowie zwischen Fachkräften und Familien zu erleichtern.

**Ergebnisse:** Dies geschieht durch eine koordinierte und einander ergänzende Vorgehensweise zwischen den beiden Organisationen Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und Land Oberösterreich (Abteilungen Gesundheit, Soziales, Kinder- und Jugendhilfe), welche auf bestehendem Wissen aufbauen und gemeinsam neues Wissen generieren. Diese Abstimmungsprozesse verfolgen zwei wesentliche Ziele: Auf der Ebene der Frühen Hilfen-Netzwerke sorgt die Steuerungsgruppe einerseits für die einheitliche Umsetzung des Frühe Hilfen-Konzepts in den einzelnen Bezirken, der Etablierung einer gleichen Sprache zwischen den Fachkräften sowie der Sensibilisierung der Fachkräfte in der Wahrnehmung von

Unterstützungsbedarf. Andererseits werden die Zugangsmöglichkeiten zu und die Strukturen der Unterstützungs- und Beratungsleistungen der Frühen Hilfen selbst reflektiert, um deren Komplexität zu reduzieren und Zugangshürden zu beseitigen.

**Lernerfahrungen:** Dadurch soll die Wirksamkeit der Frühen Hilfen hinsichtlich der Förderung der Selbstkompetenz und der Führung eines selbstbestimmten Lebens bei Familien gesteigert werden.

## 9.2 LEA-BuS / Leben mit Epilepsie in der Arbeitswelt Beratung und Sensibilisierung

**Autorinnen/Autoren:** Elisabeth Pless

**Kontakt:** elisabeth.pless@epilepsieundarbeit.at

*Institut für Epilepsie IfE gemeinnützige GmbH*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Das größte Hindernis für die Integration von Menschen mit Epilepsie in Schule, Freizeit und Arbeit ist das mangelnde Wissen über die Krankheit selbst: Die Arbeitslosigkeit unter Menschen mit Epilepsie ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung etwa doppelt bis dreifach so hoch. Arbeitslosigkeit und Stigmatisierung führen häufig zu Depressionen (60 % der Menschen mit Epilepsie leiden an Depressionen). Wobei Depressionen die Chance auf Anfallsfreiheit wesentlich verringern. Ziel von LEA-BuS ist die Sensibilisierung und Beratung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus dem Netzwerk berufliche Assistenz (NEBA), um in weiterer Folge Menschen mit Epilepsie nachhaltig in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

**Methodik:** Das Erscheinungsbild von epileptischen Anfällen kann sehr unterschiedlich sein – es reicht von leichten Muskelzuckungen über kurze Bewusstseinsstörungen bis hin zu großen Krampfanfällen. Statistiken belegen, dass Anfallskranke im Durchschnitt den gleichen IQ haben wie die Gesamtbevölkerung. In den meisten Fällen ergeben sich Einschränkungen im (Arbeits-)Alltag lediglich durch Symptome während eines Anfalls und gegebenenfalls zusätzliche Erkrankungen. Durch Epilepsie-Basis-Schulungen und individuelle Unterstützung bei der Betreuung wird der Wissensstand von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren über Epilepsie erhöht und deren Handlungskompetenz gestärkt. Wodurch Sie ihrerseits Menschen mit Epilepsie mit Informationen zu Diagnose, Therapie und psychosoziale Aspekte versorgen und gegenüber Betrieben etc. als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in Bezug auf Epilepsie auftreten.

**Ergebnisse:** 2014 und 2015 haben 325 NEBA-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeiter an 30 ganztägigen Epilepsie-Workshops teilgenommen und haben ausreichendes Basiswissen zu Epilepsie um eine grobe Einschätzung machen zu können. Sie stellen die richtigen Fragen und erkennen, wann sie epilepsiespezifische Unterstützung bei der Betreuung brauchen. In 133 Fällen wurde bei LEA-BuS Unterstützung angefordert und die weitere Beratung gemeinsam durchgeführt.

**Lernerfahrungen:** Viele Leute glauben über Epilepsie schon alles zu wissen und sehen keine Notwendigkeit zu einer Fortbildung! Sehr häufig werden von selbsternannten Epilepsie-Expertinnen/Experten Pauschalaussagen in Bezug auf Epilepsie unter anderem auch zur Arbeitsfähigkeit getroffen. Aufgrund der zahlreichen verschiedenen Meinungen die Betroffene und deren Familien schon gehört haben, sind diese oft sehr verunsichert. Kompetente Epilepsieberatung sollte allen Menschen offen stehen.

### 9.3 Gesundheitsbezogene Kommunikation mit Migrantinnen und Asylwerberinnen durch interkulturelle Gesundheitstrainerinnen

**Autorinnen/Autoren:** Anita Mukherjee

**Kontakt:** anita.mukherjee@caritas-wien.at

*Caritas Zentrum für Frauengesundheit*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Bisherige Erfahrungen in Bezug auf die bio-psycho-soziale Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Asylwerberinnen zeigen, das besonders bei den weniger gebildeten und daher in verstärktem Ausmaß sozio-ökonomisch benachteiligten Frauen der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem erschwert ist. Das scheint zum einen Teil auf Sprachprobleme, zum anderen Teil auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen zu sein. Ziele unserer Arbeit sind daher u.a.:

- die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für diese Migrantinnen und Asylwerberinnen
- Zielgruppenadäquate gesundheitsbezogene Kommunikation mit Migrantinnen und Asylwerberinnen
- Selbstermächtigung und Vernetzung der Frauen.

**Methodik:** Ausbildung von muttersprachlichen Gesundheitstrainerinnen (Multiplikatorinnen) zur Weitergabe von Gesundheitswissen an Asylwerberinnen und Migrantinnen und zur Brückenbildung zum österreichischen Gesundheitssystem. Zur Qualitätssicherung wurde ein Handbuch erstellt.

**Ergebnisse:**

- 2x pro Jahr Ausbildung zur interkulturellen Gesundheitstrainerin a 6 Wochen.
- Einsatz von interkulturellen Gesundheitstrainerinnen als Laiendolmetscherinnen in Caritas Einrichtungen und in kommunalen Einrichtungen. Die Frauen arbeiten dabei selbständig auf Honorarbasis.
- Einsatz von interkulturellen Gesundheitstrainerinnen in Caritas Projekten. Derzeit sind sie in 16 regionalen Frauengesundheitszirkel in insgesamt 10 Gemeinden aktiv. Die Frauen arbeiten auf Honorarbasis oder angestellt.

- Die am Gesundheitszirkel teilnehmenden Migrantinnen und Asylwerberinnen gewinnen an Selbstvertrauen und können sich selbständig besser im österreichischen Gesundheitssystem bewegen.
- Frauen vernetzen sich auch außerhalb der Gesundheitszirkel und stärken sich gegenseitig.

**Lernerfahrungen:** Der Einsatz der interkulturellen Gesundheitstrainerinnen zielt auf Nachhaltigkeit ab. Die bei uns ausgebildeten Frauen nützen das erworbene Wissen einerseits für ihre Familien und Communities, andererseits eröffnen sich eventuell Einstiegsmöglichkeiten in den Arbeitsmarkt. Außerdem wird dadurch das Gesundheitssystem entlastet, weil die Frauen und deren Familien rechtzeitig bei den richtigen Stellen im Gesundheitssystem Beratung suchen, an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, etc. Die interkulturellen Gesundheitstrainerinnen werden regelmäßig zu Vernetzungs- und Fortbildungsveranstaltungen eingeladen. Es erscheint sinnvoll, die Arbeit der interkulturellen Gesundheitstrainerinnen zum Zwecke der Kommunikation mit und besseren Integration von Migrantinnen und Asylwerberinnen fortzuführen.

## 9.4 Förderung der Gesundheitskompetenz funktionaler Analphabeten durch Sensibilisierung von Health Professionals

**Autorinnen/Autoren:** Thomas Fenzl<sup>1</sup>, Gloria Sagmeister<sup>2</sup>, Philipp Mayring<sup>1</sup>, Beate Gfrerer<sup>2</sup>

**Kontakt:** thomas.fenzl@aau.at

<sup>1</sup> *Zentrum für Evaluation und Forschungsberatung (ZEF), Alpen-Adria Universität Klagenfurt,*  
<sup>2</sup> *Kärntner Volkshochschulen*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Das Projekt „Alpha-Power im Gesundheitsbereich“ geht von der zentralen Einschätzung aus, dass Maßnahmen der Gesundheitsprävention und Gesundheitsintervention unter anderem am geringen Bildungsstand der Zielpersonen scheitern. Dies liegt aber oft auch an der geringen Sensibilität für dieses Problem seitens der Anbieterinnen/Anbieter. Ziel des Projekts war es, durch die Sensibilisierung von Health Professionals den Zugang zum Thema Gesundheit für bildungsferne Personen zu erleichtern und durch eine zielgruppengerechte Kommunikation mit den Betroffenen deren Wissens-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz in gesundheitsbezogenen Fragen zu stärken.

**Methodik:** Während der Projektlaufzeit von Jänner 2012 bis Jänner 2013 wurden insgesamt 103 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter unterschiedlicher Kärntner Gesundheitseinrichtungen in zehn Sensibilisierungsworkshops für die Kommunikation mit bildungsbenachteiligten Personen geschult. Zur Überprüfung der Wirkungen der Fortbildungsmaßnahme wurden mittels Fragebogen-Erhebung am Ende des Workshops die Reaktionen der Teilnehmerinnen/Teilnehmer quantitativ erfasst. In den Follow-Up-Fokusgruppendifkussionen, die zwischen 4 bis 8 Wochen



nach der Maßnahme bei vier Gruppen durchgeführt wurden, wurden der subjektive Wissenszuwachs durch die Teilnahme am Workshop und der Praxistransfer thematisiert.

**Ergebnisse:** Die Auswertung der 100 gültigen Fragebögen und der Transkripte zu den vier Fokusgruppen zeigte, dass ein Großteil der Health Professionals die im Workshop vermittelten Inhalte und Kompetenzen als sehr wichtig und nützlich für eine gelungene Kommunikation mit bildungsbenachteiligten Personen im Arbeitsalltag beurteilte. Darüber hinaus belegen die Ergebnisse, dass die Health Professionals Kompetenzen für das Erkennen von Personen mit Verstehensdefiziten entwickelten.

**Schlussfolgerungen:** Ausgehend von den positiven Evaluationsergebnissen ist die Durchführung weiterer Workshops in Gesundheitseinrichtungen zu empfehlen. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse aus dem Projekt aber auch, dass in Ergänzung zur Qualifizierung der Health Professionals für den Umgang mit Klientinnen/Klienten mit Grundbildungsdefiziten die Durchführung von Maßnahmen zur Förderung von Health Literacy, die direkt bei der Zielgruppe ansetzen, unverzichtbar ist.

## 10 Themenforum 8: Posterausstellung und Mediovorführung

### 10.1 Poster 1 Richtig essen von Anfang an! – Multiplikatorenfortbildungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz

**Autorinnen/Autoren:** Bernadette Bürger-Schwaninger, Melanie Bruckmüller,  
Birgit Dieminger-Schnürch

**Kontakt:** bernadette.buerger@ages.at

*Richtig essen von Anfang an! AGES-DSR-PRE*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Immer häufiger treten Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter auf, ebenso wie ernährungs- und lebensstilassoziierte Erkrankungen. Gesundheitsfördernde soziale Umwelten sind die Basis für einen gesunden Lebensstil und unterstützen die Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Daher ist es notwendig, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren im Gesundheitssektor (bspw. Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler, Diätologinnen/Diätologen, Ärztinnen/Ärzten, Hebammen) für das Thema zu sensibilisieren und bestmöglich zu informieren. Ziel ist es, alle relevanten Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, die mit den Lebenswelten von Kindern und Familien in Berührung kommen zu schulen, um einheitliche Botschaften zu kommunizieren und die Zielgruppe zu bestärken.

**Methodik:** In ganz Österreich werden kostenlose Multiplikatorenfortbildungen zu den Themen „Ernährung in der Schwangerschaft, Stillzeit, im Beikostalter sowie für ein- bis dreijährige Kinder“ angeboten. Die Inhalte basieren auf aktuellen wissenschaftlichen und evidenzbasierten Erkenntnissen, die in einheitlichen und qualitätsgesicherten Botschaften vermittelt werden. Zusätzlich besteht das Angebot für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Anfragen an das Programmteam zu richten und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse per E-Mail zu erhalten.

**Ergebnisse:** Seit 2011 wurden in ganz Österreich 1.907 Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zu den oben genannten Themen geschult. Zudem fanden Informationsveranstaltungen statt, die unter anderem als Netzwerktreffen dienten, um die Bedürfnisse der Multiplikatorinnen/Multiplikatoren wahrzunehmen und diese in die Maßnahmenplanung miteinzuschließen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Ausbildung von Gesundheitsprofessionistinnen/Gesundheitsprofessionisten. Die Fortbildungsinhalte wurden bereits in einige Lehrpläne integriert (bspw. Hebammenstudium, Ausbildung Ernährungsmedizin) sowie über Berufsverbände (bspw. Verband der Ernährungswissenschaftler Österreichs) kommuniziert. Eine rasche Informationsdistribution erfolgt über den E-Mailverteiler, der derzeit 1.267 Kontakte umfasst. Dieser wird u.a. für die

Aussendung von wissenschaftlichen Updates genutzt. Wissenschaftliche Publikationen stehen den Expertinnen/Experten auch über die Webpage [www.richtigessenvonanfangan.at](http://www.richtigessenvonanfangan.at) zur Verfügung (bspw. Downloads Österreichischen Beikostempfehlungen seit 2011: 32.713).

**Lernerfahrungen:** Durch die Einbindung der Multiplikatorinnen/Multiplikatoren wurde ein österreichweit einheitlicher Wissenstransfer sichergestellt. Die Fortbildungen sowie die unterstützenden Kommunikationskanäle tragen wesentlich zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bei. Weiters haben sich daraus Strukturen und Netzwerke etabliert, die eine Ausweitung des Angebots ermöglichen.

## 10.2 Poster 2 Schulung und Netzwerkarbeit für Gesundheitsmultiplikatorinnen in Niedriglohnbereichen

**Autorinnen/Autoren:** Reinhard Faber<sup>1</sup>, Karin Korn<sup>2</sup>, Ida Raheb-Moranjkić<sup>2</sup>

**Kontakt:** reinhard.faber@wienkav.at

<sup>1</sup> Wiener Krankenanstaltenverbund, <sup>2</sup> Frauengesundheitszentrum FEM Süd

**Hintergrund und Zielsetzung:** Die Förderung von Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden insbesondere in Bereichen der Reinigungskräfte, Abteilungshilfen sowie in der Speisenproduktion soll einerseits die persönliche Arbeitssituation verbessern und andererseits präventiv auf das Krankenstandverhalten Einfluss nehmen. Um die Multiplikatorinnen auf Peergroup-Ebene auf ihre Beratungsarbeit vorzubereiten und dabei zu begleiten, wird 2016 erstmalig ein mehrtägiger Lehrgang angeboten und ein Netzwerk aller Gesundheitsmultiplikatorinnen des Krankenanstaltenverbundes (KAV) eingerichtet.

**Methodik:**

1. Entwicklung eines Curriculums für den Lehrgang und Durchführung (Pilot) von zwei Lehrgängen 2016 mit je ca. 12 Teilnehmenden (inkl. Evaluierung und Fortführung ab 2017)
2. Festigung der bestehenden eher informellen Strukturen zwischen den aktiven Gesundheitsmultiplikatorinnen durch halbjährliche Austauschtreffen auf Ebene des Gesamt-KAV

**Ergebnisse:** Der erste Lehrgang im 1.Halbjahr 2016 mit 10 Teilnehmerinnen ist absolviert und wurde evaluiert. Die Erkenntnisse fließen einerseits in den 2.Piloten 2016 im Herbst und für 2017 ein, andererseits wurden weitere Inhalte identifiziert, um eine weiterführende Fortbildung und Kompetenzentwicklung zu sichern.

**Lernerfahrungen:** Strukturen in großen Organisationen wie dem KAV und den großen Krankenhäusern dienen der Nachhaltigkeit und sichern die qualitative Beratungsarbeit auf Peergroup-Ebene auf Dauer. Dermaßen fortgebildete Multiplikatorinnen werden zu "Expertinnen" in ihrem Wirkungsbereich aber auch auf Hausebene. Durch diese Unterstützung werden die Frauen empowert, weitere Laufbahnwege zu beschreiten (z.B. Führungsfunktionen).

### 10.3 Poster 3

## Informationsvermittlung zum Thema medizinische Primärversorgung zwischen öffentlichen Stellen und Asylwerberinnen/Asylwerber

**Autorinnen/Autoren:** Lisa Fuchs, Natascha Zeitel-Bank

**Kontakt:** [natascha.zeitel-bank@mci.edu](mailto:natascha.zeitel-bank@mci.edu)

*Management Center Innsbruck*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Ein Großteil der Asylwerberinnen/Asylwerber in Österreich benötigt medizinische Unterstützung. Im Rahmen der Grundversorgung haben diese einen Anspruch auf entsprechende Dienstleistungen verbunden mit der entsprechenden Information darüber.

Mit einem besonderen Fokus auf Tirol wird in dieser Studie der Informations- bzw. Kommunikationsfluss zwischen den Beteiligten, dem sogenannten „Sender“ (örtliche Behörden, NGOs, Heimleiterinnen/Heimleiter) und dem sogenannten „Empfänger“ (Asylwerberinnen/Asylwerber) analysiert, um den Status Quo und mögliche Verbesserungsfelder aufzuzeigen.

**Methodik:** Konzeptionell werden hierbei die klassischen Kommunikationsmodelle von Harold Dwight Lasswell (Kommunikationsfluss) und Paul Watzlawicks Zwei-Level-Analyse (Beziehung und reine Information) berücksichtigt. Die Methode umfasst zunächst die Analyse von einschlägigen Studien und von entsprechendem Informationsmaterial öffentlicher Stellen. Problemzentrierte Interviews mit Heimleiterinnen/Heimleitern (Brückenfunktion) und Asylwerberinnen/Asylwerbern bieten einen Einblick in die tatsächlichen Sichtweisen und Abläufe.

**Ergebnisse:** Als vorläufiges Ergebnis kann festgehalten werden, dass es nur wenige Broschüren in den jeweiligen zentralen Sprachen gibt. Keine davon behandelt speziell medizinische Aufklärung und beinhaltet Formen der Unterstützung. Außerdem gibt es keinen standardisierten Informationsfluss von örtlichen Behörden zu Heimleiterinnen/Heimleitern mit dem Ergebnis, dass individuell zusammengestellte, sogenannte „Willkommensdokumente“ erstellt und vor Ort den Asylwerberinnen/Asylwerbern erklärt werden (Dauer ca. 15 Min. bis zu zwei Stunden). Der Wunsch nach einer sofortigen Lösung des jeweiligen gesundheitlichen Problems auf der Empfängerseite wird oftmals durch den ersten, verpflichtenden medizinischen Check nicht erfüllt; dies vor allem auf Grund von fehlendem Wissen und verschiedenen kulturellen Hintergründen.

**Schlussfolgerungen:** Abschließend kann angemerkt werden, dass die Information über die Grundversorgung nicht einheitlich ist, und die Aufklärung hierüber den Heimleiterinnen/Heimleitern weitgehend überlassen wird. Klare Verantwortlichkeiten verbunden mit standardisierten Informationen über den erstmaligen Zugang zum Gesundheitssystem (Grundversorgung) würden den Kommunikationsfluss zwischen den Beteiligten vereinfachen und Unsicherheiten auf Sender- und Empfängerseite vermindern.

## 10.4 Poster 4

### Mit der filmischen Darstellung des Gesundheitsbegriffs zum zielgruppenspezifischen Kommunikationserfolg

**Autorinnen/Autoren:** Bernd Groselj<sup>1</sup>, Monika Hofer<sup>1</sup>, Brigitte Loder-Fink<sup>2</sup>, Julia Unger<sup>2</sup>

**Kontakt:** brigitte.loder-fink@fh-joanneum.at

<sup>1</sup> ISS Facility Services GmbH, <sup>2</sup> Fachhochschule JOANNEUM

**Hintergrund und Zielsetzung:** Im Dienstleistungsunternehmen ISS Facility Services GmbH in der Steiermark wird ein zweijähriges betriebliches Gesundheitsförderungsprojekt, das vom Fonds Gesundes Österreich und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse gefördert wird, umgesetzt. Die Zielgruppe besteht zum größten Teil aus Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern mit Migrationshintergrund. Um deren Bedürfnisse berücksichtigen zu können, wurde von Anfang an versucht, auf deren Kultur und Sprache einzugehen. Um den Gesundheitsbegriff im Sinne der Weltgesundheitsorganisation allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern leicht verständlich zu vermitteln, wurden zwei zielgruppenspezifisch aufbereitete Kurzfilme mit der Zielgruppe gedreht. Ziel dieser Präsentation ist es, die Vorgehensweise und das Ergebnis der zielgruppenspezifischen, filmischen Darstellung des Gesundheitsbegriffs für Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern mit Migrationshintergrund im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekts vorzustellen.

**Methodik:** Es wurden alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter über das Vorhaben informiert und um freiwillige Mitarbeit am Filmdreh gebeten. Eine große Anzahl an Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern mit und ohne Migrationshintergrund meldete sich. Die Aufgabe der Protagonisten war es, das Wort „Gesundheit“ in ihre Muttersprache zu übersetzen und anschließend in wenigen Worten zu berichten, was für sie persönlich „Gesundheit“ bedeutet. Die Dreharbeiten beanspruchten einen ganzen Tag und wurden in der Niederlassung in Graz durchgeführt.

**Ergebnisse:** Das Ergebnis besteht aus zwei Kurzfilmen mit einer gesamten Dauer von sieben Minuten, in denen das Wort „Gesundheit“ in mehrere Sprachen übersetzt wird und vielfältige Sichtweisen zum Thema „Was ist für mich Gesundheit?“ gezeigt werden. Diese beiden Kurzfilme wurden bei einem Gesundheitsfest, das im Laufe des betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekts stattfand, vorgeführt. Die eingeladenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Betriebes zeigten sich von den Filmen begeistert.

**Lernerfahrungen:** Begriffe, die inhaltlich eine zentrale Rolle in einem betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekt spielen, können mit einfachen Mitteln zielgruppenadäquat dargestellt werden. Die Produktion von Kurzfilmen ist zwar zeitaufwendig, aber zielführend, um sprachliche Barrieren zu überwinden. Ein positiver Nebeneffekt bei den Dreharbeiten dieser Filme war die Partizipation vieler Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und ein dadurch gestärktes „Wir-Gefühl“.

## 10.5 Poster 5

### Wichtige Themen für Angehörige auf der Intensivstation – Resultate einer Umfrage bei Angehörigen und Krankenhauspersonal

**Autorinnen/Autoren:** Magdalena Hoffmann<sup>1</sup>, A.K. Holl<sup>1</sup>, H. Burgsteiner<sup>2</sup> T.R. Pieber<sup>1</sup>, P. Eller<sup>1</sup>, K. Amrein<sup>1</sup>

**Kontakt:** magdalena.hoffmann@medunigraz.at

<sup>1</sup> Medizinische Universität Graz, LKH-Univ. Klinikum Graz, <sup>2</sup> FH Joanneum, Health-Informatics Graz

**Hintergrund und Zielsetzung:** Angehörige auf der Intensivstation (ICU) sind wichtige Partnerinnen/Partner in der Betreuung von Kritisch Kranken. Durch das oftmals akute Ereignis kommt es nicht selten zu Angst und massivem Stress. Viele Angehörige sind auch durch die hochtechnisierte Umgebung auf einer ICU und limitierte Zeitressourcen des Krankenhauspersonals für deren Betreuung überfordert. Ziel unseres Projektes ist die Identifizierung der wichtigsten Themen für Angehörige von Kritisch Kranken und der Vergleich der Einschätzung von Professionalisten (Pflege/Ärztinnen/Ärzte), welche Themen für Angehörige am relevantesten sind.

**Methodik:** Anhand von 42 Fragen wurde am LKH-Universitätsklinikum Graz eine Selbst- und Fremdeinschätzung mithilfe einer quantitativen Fragebogenerhebung an Angehörigen (n=25), Medizinerinnen/Medizinern (n=29), Pflegepersonen (n=202) und einer Intensivpflege-Facebookgruppe (n=80) durchgeführt. Die Bewertung erfolgte mittels einer Skala zwischen 1 (überhaupt nicht wichtig) und 5 (sehr wichtig). Die Themen decken verschiedene Aspekte der Bereiche Diagnose, Behandlung, Prognose, Befinden, Interaktion, Kommunikation, Angehörige und Post-ICU ab.

**Ergebnisse:** Über alle Themen hin war die Einschätzung der Wichtigkeit der vorgegebenen Themen bei Angehörigen 4,34 (SD 0,97), bei Medizinerinnen/Medizinern 3,97 (SD 0,81), bei den Pflegepersonen 3,90 (SD 0,94) und bei der Intensivpflege-Facebookgruppe 4,05 (SD 0,83). Die Top 5-Themen für Angehörige waren Krisen, Mithilfe, Keime, Schmerzen und Zukunftsperspektiven.

**Schlussfolgerungen:** Es gibt große Unterschiede bei den Priorisierung der Themen, insbesondere findet sich kein einziges Top-5-Thema von Angehörigen in der Top-10-Liste von Ärztinnen/Ärzte, aber auch die Übereinstimmung mit Pflegepersonal ist bescheiden. Dies zeigt, dass Krankenhauspersonal die subjektive Wichtigkeit, welche Themen für Angehörige von Kritisch Kranken von Bedeutung sind, anders einschätzt. Es soll daher in einer zukünftigen prospektiven randomisierten Studie basierend auf diesen Ergebnissen die Wirkung von Online-Informationen auf Angehörige von Kritisch Kranken untersucht werden.

## 10.6 Poster 6

### Evidenzbasierte Qualitätsentwicklung in interprofessionellen Arbeitsfeldern

**Autorinnen/Autoren:** Henriette Löffler-Stastka

**Kontakt:** henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

*Medizinische Universität Wien*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Zur Qualitätssicherung der Psychotherapeutischen Ausbildungen wurde in Zusammenarbeit mit dem Qualitätszirkel Psychotherapieforschung (BMG, GÖG/ÖBIG) der Universitätslehrgang (ULG) Psychotherapieforschung an der MedUni Wien etabliert. Diese Implementierung ging parallel zur Änderung der Facharztausbildung (Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin), wo durch die Einführung des Basiscurriculums psychotherapeutische Inhalte für Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie verpflichtend zu lehren waren. Um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern fand die forschungsgeleitete Professionalisierung der Berufsausbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten statt. Letztere ist für Kandidatinnen/Kandidaten verschiedener Grundberufe möglich und berücksichtigt verschiedene Bildungsbiografien.

**Methodik:** Der Lehrgang Psychotherapieforschung stellt die Plattform für Forschung in interprofessionellen Bereichen dar und berücksichtigt die verschiedenen Bildungsbiografien, die im psychosozialen Feld anzutreffen sind, und stellt durch die Betonung der forschungsgeleiteten Lehre ein qualitätssicherndes Angebot dar. Zugangsvoraussetzungen sind BA-Studien aus Psychosozialen Bereichen, sowie Teile des psychotherapeutischen Propädeutikums. Details dazu, sowie der gesamte ULG Psychotherapieforschung sind unter <http://www.meduniwien.ac.at/hp/ulg-psychotherapieforschung/>, das entsprechende Curriculum auf ebengenannter Homepage (unter Mitteilungsblatt) dargestellt.

**Ergebnisse:** Publikationen und Projekte, die aus dem Lehrgang hervorgegangen sind, sind unter <http://www.meduniwien.ac.at/hp/ulg-psychotherapieforschung/schnellinfo/publikationen/> dargestellt.

**Schlussfolgerungen:** International resultiert aus dieser Forschungsarbeit die Aufnahme in wissenschaftliche Komitees (z.B. des Psychodynamic Diagnostic Manual (APA) und die federführende Mitwirkung in der Task Force "Case Illustrations" (vgl. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471982/>). Weitere interprofessionelle Vernetzungsprojekte sind Resultat und durch den Lehrgang etabliert: z.B. Österreich-Koordination einer weltweiten Studie der Society for Psychotherapy Research zur Therapie-Ausbildungsforschung (siehe <http://www.psychotherapyresearch.org/?page=SPRISTAD>).

## 10.7 Poster 7

### Herausforderungen, Lösungsansätze und Methoden zur Informationsvermittlung und Förderung der Handlungskompetenz für Migrantinnen/Migranten und Asylbewerberinnen/Asylwerbern

**Autorinnen/Autoren:** Simone Meidl

**Kontakt:** meidl@avos.at

*AVOS – Prävention und Gesundheitsförderung*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Ziel des Beitrags ist eine Weitergabe der gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse die im Rahmen der Projekte "Gemeinsam aufgetischt", "Gesundheit für Alle" und Initiativen im Rahmen der "Gesunden Stadtteile". Diese wurden intern evaluiert und systematisch aufbereitet.

**Methodik:** Je nach Projekt:

- Zielgruppenadäquat ausgearbeitetes Infomaterial
- Mentorenkonzept
- Miteinbeziehen der Zielgruppe
- Netzwerke ausbauen
- Interkulturelle Frühstückstermine
- Interkulturelle Kochkurse
- Organisation und Umsetzung von Dialogrunden



**Ergebnisse:** Zielgruppe wird erreicht über bestehendes Netzwerk, Einrichtungen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter. Informationsmaterialien und praktische Übungen zur Förderung der Handlungskompetenz werden sehr positiv aufgenommen. Herausforderungen und Lernergebnisse wurden in Fortbildungen (FGÖ Bildungsnetzwerk) und Vorträgen (Kongress Armut und Gesundheit in Berlin) präsentiert.

**Lernerfahrungen:** Notwendig sind:

- zeitliche Ressourcen seitens der Projektbegleitung für Vernetzung und persönliche Kommunikation mit Mentorinnen/Mentoren
- Partizipation
- Informationsmaterial einfach aufbereiten

## 10.8 Poster 8 „Arztsuche Österreich“ – Ordinationsinformationen für Patientinnen/Patienten

**Autorinnen/Autoren:** Michael Nöhammer

**Kontakt:** [m.noehammer@aerztekammer.at](mailto:m.noehammer@aerztekammer.at)

*Österreichische Ärztekammer*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Patientinnen/Patienten sollen abhängig von ihrem Standort in die Lage versetzt werden, eine Suche nach offenen Ordinationen durchzuführen. Dies dient sowohl zur allgemeinen Information über Ordinationen und deren Angeboten als auch zur Informationsabwicklung von Bereitschaftsdiensten (Abend/Nacht/Wochenende/Feiertag). Die Informationen sollen möglichst niederschwellig angeboten werden und für weite Teile der Bevölkerung verfügbar sein.

**Methodik:** Für die verbreiteten Smartphone-Betriebssysteme „IOS“ und „Android“ wurde eine Applikation erstellt, die kostenfrei in den jeweiligen Stores verfügbar ist. Diese bietet eine Standardkartenansicht mit den Ordinationen in der Umgebung. Offene Ordinationen sind farblich hervorgehoben. Es ist möglich, auf eine Listenansicht umzuschalten und gezielt nach Suchkriterien abzufragen:

- Ort der Ordination
- Fachrichtung
- Kassenärztin/Kassenarzt je Krankenkasse/Wahlärztin/Wahlarzt
- Ordinationszeiten

Weitere Dienstleistungen sind die Möglichkeit, die gewählte Ordination direkt anzurufen und sich auf Wunsch zur Ordination hinführen zu lassen.

Die Suche kann auch einen beliebigen zukünftigen Zeitpunkt ausgedehnt werden, beispielsweise für das nächste Wochenende.

**Ergebnisse:** Die Applikation läuft derzeit auf circa 20.000 Geräten und wird mit 4 von 5 Sternen bewertet. Die jeweils aktuellen Ordinationszeiten und Feiertags- und Bereitschaftsdienste sind verfügbar, die Patientinnen/Patienten können zielgerichtet eine Ordination aufsuchen bzw., kontaktieren.

**Lernerfahrungen:** Die Rückmeldungen der Benutzerinnen/Benutzer sind positiv. Eine Ausweitung auf weitere Bundesländer ist in Vorbereitung. Die benötigten Daten sind nicht in allen Ärztekammern in der geforderten Struktur vorhanden, die „Geokodierung“ (Hinterlegung der genauen Ordinationskoordinaten) ist noch nicht flächendeckend vollzogen. Eine Einbindung der Zahnärztinnen/Zahnärzte wäre wünschenswert, wurde aber noch nicht vollzogen.

## 10.9 Poster 9

### Die Macht des Wortes – Stellenwert von Kommunikation im logopädischen Therapieprozess

**Autorinnen/Autoren:** Eva-Maria Rosenmayr-Khemiri, Julia Brunner

**Kontakt:** [eva-maria.rosenmayr-khemiri@fhwn.ac.at](mailto:eva-maria.rosenmayr-khemiri@fhwn.ac.at)

*Fachhochschule Wiener Neustadt, Studiengang Logopädie*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Patientenzentrierung, Beratung und gezielte Gesprächsführung gewinnen immer mehr an Bedeutung für das Gelingen einer logopädischen Therapie. Die zentrale Zielsetzung dieser Untersuchung geht der Frage nach dem Stellenwert und der grundsätzlichen Relevanz von professioneller Kommunikation im Kontext der Logopädie nach.

**Methodik:** Im Rahmen einer wissenschaftlichen Literaturrecherche wird der Stand der Forschung beleuchtet – speziell im Bereich „funktioneller Stimmstörungen“, im Rahmen von Experteninterviews wird die Relevanz gezielter Beratung und Gesprächsführung im logopädischen Therapieprozess exploriert, sowie Einsatz und Anwendung in der logopädischen Praxis dargestellt. (Logopädin/Logopäde – Patientin/Patient).

**Ergebnisse:** Gesprächs- und Beratungsanteile stellen wichtige, Vertrauen bildende und Vertrauen stabilisierende Maßnahmen in jeder Therapieeinheit im logopädischen Kontext dar und werden als entscheidend für den fortschreitenden Therapieprozess bezeichnet. Kommunikation, Information, Counselling und Consulting, Transparenz, „shared decision making“ (SDM), Empathie, das Eingehen auf Patientenbedürfnisse werden als die zentralen Merkmale einer effektiven

logopädischen Therapie hervorgehoben, welche einerseits die Effektivität von logopädischen Therapien eindeutig erhöhen und andererseits die Eigenverantwortlichkeit, die Gesundheitskompetenz und den präventiven Gedanken stärken. Patientinnen/Patienten beschreiben Empathie und Kommunikationskompetenzen als mindestens so wichtig wie logopädische Maßnahmen.

**Schlussfolgerungen:** Sowohl durch Studien belegt, als auch durch die aktuell durchgeführten Experteninterviews (2015) mit langjährig tätigen Logopädinnen/Logopäden zeigt sich die essentielle Bedeutung von professioneller Kommunikation für den gesamten logopädischen Therapieprozess. Zur Verbesserung der Gesprächsqualität wären eine noch stärkere Verankerung in der Ausbildung für Logopädinnen/Logopäden sinnvoll, sowie qualifizierende Fort- und Weiterbildungen in Folge. Die Fokussierung auf verschiedene Altersgruppen, Gender-Aspekte und Kultur spezifische Unterschiede von Patientinnen/Patienten und Erkrankungen fordern auch verstärkt in Zukunft spezifische qualifizierte Beratung und Gesprächsführung. Gesprächskompetenz wird für alle Health Professionals als Kernkompetenz erachtet und findet weiterführend in dem Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ (MI) eine zukunftsweisende Möglichkeit, Veränderungsprozesse einzuleiten und zu unterstützen.

(Büttner, C., Quindel, R. 2013; Clausen-Söhngen, M. 2005; Dehn-Hindenberg, A. 2010; Hammer, S. 2013; Hurrelmann, K. & Leppin, A. 2001; Lamnek, S. 2010; Mayring, P. 2015; Ulrich, P. et al. 2014; Miller, W.R., Rollnick, S. 2015; Rosenmayr-Khemiri, E.-M., 2015; Shiavo, R.2014; Walton, R. 2010; Weinberger, S. 2006)

## 10.10 Poster 10

### „Ich kann gesund leben“, Fachtagung Gesundheitsförderung für und mit Menschen mit Behinderung

**Autorinnen/Autoren:** Waltraud Sawczak

**Kontakt:** waltraud.sawczak@newlevel.at

*new level*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Menschen mit intellektueller Behinderung hatten bislang wenig bzw. keine Möglichkeit sich zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung zu bilden bzw. Wissen und Kompetenzen dazu zu erwerben. Vor diesem Hintergrund und den Erfahrungen eines erfolgreichen 3-jährigen FGO-Projekts in diesem Setting wurden die Notwendigkeit und das Interesse dazu deutlich erkennbar. Menschen mit Behinderung (MmB) sollten chancengerecht die Möglichkeit erhalten an Angeboten der Gesundheitsförderung zu partizipieren und ihr Gesundheitswissen und ihre Kompetenzen, entsprechend ihrer Voraussetzungen, zu erweitern bzw. zu erwerben.

**Methodik:** Das Projekt beschreibt die erste Fachtagung zur Gesundheitsförderung für und mit MmB, welche im Jänner 2014 in Leichter Sprache durchgeführt wurde. 2015 wurde zu dieser Tagung erstmalig ein Tagungsband in Leichter Sprache herausgegeben. Die Fachtagung stand unter dem Thema Grundprinzipien der Gesundheitsförderung. Das Normalisierungs- und Inklusionsprinzip leitete im Ablauf, Methode und Referentinnen/Referenten-Auswahl: klassischer Ablauf einer Fachtagung mit Vorträgen, Workshops, Praxisbeispielen und Referentinnen/Referenten aus dem deutschsprachigen Raum mit und ohne Inklusionshintergrund, jedoch ganz Expertinnen/Experten im Bereich der Gesundheit und Gesundheitsförderung. Der aktiven Teilnahme während der Fachtagung wurde besondere Bedeutung gegeben.

**Ergebnisse:** Chancengerechte und barrierefreie Gesundheitsbildung und Kommunikation in practice: MmB konnten erstmalig an einer Tagung zur Gesundheitsförderung teilnehmen und diese auch verstehen, die Vermittlung von Gesundheitswissen wurde zielgruppengerecht angeboten. Selbstbestimmte Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen lernen, gemeinsam mit den relevanten Bezugspersonen, angepasst an die persönlichen Möglichkeiten der einzelnen Person, jedoch auf gleicher Augenhöhe, waren wichtige und zeitgemäße Aspekte im Projekt. Insgesamt haben an der Fachtagung „Ich kann gesund leben“ 172 Personen teilgenommen.

**Lernerfahrungen:** Um Bereitschaft und Akzeptanz zur aktiven Gesundheitsvorsorge und -förderung zu erreichen, Chancengerechtigkeit zu leben, ist es erforderlich und zeitgemäß barrierefreie und zielgruppengerechte Angebote für MmB anzubieten. Die nächste Fachtagung für und mit MmB wird 2018 zum Thema Stärkung der Gesundheitskompetenz von und mit MmB gemeinsam mit der Lebenshilfe Österreich stattfinden.

## 10.11 Poster 11

### Die Bedeutung von Gesundheitsvorträgen und – Diskussionen für die Entwicklung der Health Literacy der österreichischen Bevölkerung am Beispiel des MINI MED Studiums

**Autorinnen/Autoren:** Charlotte Sengthaler

**Kontakt:** c.sengthaler@ekpr.at

*Mini Med*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Das MINI MED Studium – Österreichs führende Gesundheitsveranstaltungsreihe – setzt sich nunmehr seit 16 Jahren dafür ein, die Österreicherinnen/Österreicher dabei zu unterstützen, ihre „Health Literacy“ zu verbessern. Mit bisher rund einer halben Million Besucherinnen/Besucher an insgesamt 30 Standorten in ganz Österreich kann eine Kommunikationsmaßnahme dieses Ausmaßes nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz ihrer Besucherinnen/Besucher bleiben. Eine erste Untersuchung der Medizinischen Hochschule Hannover (vergl. Seidel 2010) unter 420 MINI MED-

Studentinnen/Studenten zeigte, dass 94,5 % der Befragten ihre Erkenntnisse aus dem MINI MED-Studium (MMS) in den letzten Monaten im Alltag nutzen konnten:

- Sie fühlen sich kompetenter im Gespräch mit Ärztinnen/Ärzten und können Fragen besser formulieren.
- Sie geben an, sich mehr zu bewegen und sich gesünder zu ernähren
- Sie können eigene Erkrankungen oder die der Angehörigen besser verstehen
- Sie erhalten Informationen, wie sie im Falle einer Erkrankung selber die Initiative ergreifen können und wo sie verlässliche Informationen finden.

2012 führte das MMS eine E-Mail-Umfrage unter 6.666 MINI MED Studentinnen/Studenten durch, bei der innerhalb von 14 Tagen 1051 Antworten eingingen. (Rücklauf 15,8 %). Die Frage, ob der Besuch des MMS dabei hilft, mit Ärztinnen/Ärzten kompetenter zu sprechen und sie besser zu verstehen, beantworteten 98,6 % oder 1.028 mit „Ja“. 15 Personen antworteten mit „Nein“, 8 Antworten waren ungültig.

2014 habe ich in meiner Masterarbeit an der Universität Wien– Health Communication „Die Bedeutung des MINI MED-Studiums für die Entwicklung der Health Literacy der Bevölkerung in Österreich: Schlussfolgerungen für eine Erweiterung dieses Modells auf die Europäische Union“ in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research nachgewiesen, dass Besucherinnen/Besucher des MINI MED-Studiums tatsächlich eine höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als die Österreicherinnen/Österreicher in der gleichen Altersgruppe. Und dass das Ausmaß der Health Literacy mit der Besuchsfrequenz der MINI MED Veranstaltungen korreliert.

**Methodik:** Österreich hat neben sieben anderen Mitgliedsstaaten der EU – Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Polen, Spanien – an der Health Literacy Survey–Europe (HLS–EU) 2009 bis 2012 teilgenommen. Im Rahmen dieses Projektes wurden ein Modell, eine Definition und ein Instrument zur Messung von Gesundheitskompetenz in allgemeinen Bevölkerungen erarbeitet (Sørensen:2012) sowie Daten erhoben und analysiert. Damit liegen auch für eine Stichprobe von 1015 Österreicherinnen/Österreicher Daten zur Gesundheitskompetenz vor, die in einem vergleichenden englischsprachigen Bericht ausgewertet und publiziert wurden (HLS–EU Consortium: 2012). In meiner Untersuchung habe ich die Daten einer neuen MINI MED-Studie (N=922) den im internationalen Bericht (vergl. HLS–EU Consortium: 2012) publizierten österreichischen Daten (N=1015) gegenüber gestellt.

Datenbasis für die MINI MED Studie sind 9.756 Online-Datensätze, die MINI MED-Studentinnen/Studenten in ganz Österreich im Laufe der letzten 10 Jahre an den einzelnen MINI MED Standorten freiwillig hinterlassen haben. Die MINI MED-Studentinnen/Studenten wurden mittels E-Mail kontaktiert und mittels HLS–EU-Fragebogen online befragt. Insgesamt langten 922 online-Fragebögen ein. In einem zweiten Schritt wurde im Rahmen einer Stichprobe zusätzlich die Besuchshäufigkeit abgefragt (N=371). Die Stichprobe teilt sich in Teilnehmerinnen/Teilnehmer, die das MMS 1 – 10 Mal (N=190) besucht haben und Teilnehmerinnen/Teilnehmer mit einer Besuchshäufigkeit 11 + (N=181).

**Ergebnisse:** Aufgrund der unterschiedlichen Sozialstruktur beider Zielgruppen lieferte erst ein Vergleich des MINI MED Samples in der Altersgruppe 56+ (N=674) mit dem HLS-EU-AT-Sample 56+ (N=323), der durch das Entgegenkommen des Ludwig Boltzmann Institutes Health Promotion Research möglich wurde, eindeutige Ergebnisse:

- a) Höhere Gesundheitskompetenz: MINI MED-Studentinnen/Studenten 56+ haben eine deutlich höhere Gesundheitskompetenz als der Durchschnitt der Österreicherinnen/Österreicher im gleichen Alter. Noch deutlicher zugunsten der MINI MED-Studentinnen/Studenten fällt der Vergleich ab einem Alter von 66+ aus.
- b) MINI MED Studium wirkt: Das MMS ist eine wirksame Form, die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen/Österreicher vor allem ab der Altersgruppe 56+ zu erhöhen. Das ist deshalb bemerkenswert, weil es sich dabei um eine vulnerable Zielgruppe handelt. Im Durchschnitt der österreichischen Bevölkerung ist Alter mit einer schlechten Gesundheitskompetenz signifikant verhaftet. Bei den MMS-Studentinnen/Studenten ist dieser Zusammenhang nicht (mehr) erkennbar.
- c) MINI MED unterstützt die Prävention: Das MINI MED Studium wirkt auf den Gesamtindex der Gesundheitskompetenz, zeigt sich aber am deutlichsten in seiner Wirkung beim Präventionsindex, gefolgt vom Krankheitsbewältigungsindex und Gesundheitsförderungsindex.
- d) Besuchshäufigkeit erhöht Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz steigt mit der Häufigkeit der Besuche beim MMS. Damit entsteht ein überraschender Effekt: Je älter MMS-Studentinnen werden, desto kompetenter präsentieren sie sich hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz. Die Vergleiche zeigen, dass die Anzahl der Menschen mit inadäquater Gesundheitskompetenz ab einer Besuchshäufigkeit von 11 Mal deutlich abnimmt. MMS-Studentinnen/Studenten, die das MMS nur 1 bis 10 Mal besuchen, haben in allen Vergleichen eine schlechtere Gesundheitskompetenz als der Österreich-Durchschnitt. Das ist vermutlich auch darauf zurück zu führen, dass es im MMS-Sample doppelt so viele chronisch Kranke gibt.
- e) Das MMS erhöht die Chancengleichheit: Weder Sozialstatus, noch Einkommen noch Alter spielen eine Rolle für den Outcome.

**Lernerfahrungen:** Hochkarätige medizinisch-wissenschaftliche Vorträge von Ärzten in einfacher Sprache mit entsprechender Powerpoint-Unterstützung und eine angeschlossene Publikumsdiskussion sind ein probates Mittel, um die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher in der Zielgruppe 55+ zu erhöhen. Die Nachhaltigkeit spielt eine wesentliche Rolle für den Erfolg dieser Maßnahme.

## 10.12 Poster 12

### Entwicklung eines Anamnesebogens in Arabisch und Farsi für Asylwerberinnen

**Autorinnen/Autoren:** Brigitte Theierling, Johanna Sengschmid, Elli Schlintl

**Kontakt:** oehg@hebammen.at

#### *Österreichisches Hebammengremium*

**Hintergrund und Zielsetzung:** Seit vergangenem Sommer suchen vermehrt Arabisch oder Farsi sprechende Asylwerberinnen oder Migrantinnen Spitalsambulanzen wegen geburtshilflicher/gynäkologischer Probleme auf. Frauenärztinnen/Frauenärzte, Hebammen oder Pflegekräfte stehen oft vor unüberwindbaren Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund der Sprachbarriere. Die meisten Asylwerberinnen sind der deutschen Sprache nicht mächtig. Sie verständigen sich auf Englisch oder brauchen einen Dolmetscher/eine Dolmetscherin. Die Begleitpersonen sind meistens Familienmitglieder, Bekannte oder Dolmetscherinnen/Dolmetscher. Erschwerend kommt hinzu, dass Gespräche über Beschwerden, die den weiblichen Körper und seine Sexualorgane betreffen, mit starken Schamgefühlen einhergehen können und manche Frauen darüber mit einem männlichen Familienmitglied oder einem Dolmetscher nicht sprechen können. Zur Unterstützung der Kommunikation können entsprechenden Apps eingesetzt werden. Die schriftliche Dokumentation der Anamnese ersetzen diese nicht. Videodolmetschen ist noch wenig etabliert und wird aus finanziellen und organisatorischen Gründen nicht flächendeckend eingesetzt. Aus dieser unbefriedigenden Situation heraus haben Hebammen in Österreich Anamnesebögen in Deutsch/Arabisch und Deutsch/Farsi entwickelt.

**Methodik:** Die Frauen können diese durch Ankreuzen der entsprechenden Antworten selbst ausfüllen. Syrische oder afghanische Frauen ohne Deutschkenntnisse können so brauchbare Angaben machen, ohne darüber mit jemand Drittem sprechen zu müssen. Der Aufbau der geburtshilflichen Anamnese orientiert sich stark am Mutter-Kind-Pass. Die erfragten Daten sind wichtig für die Einschätzung der Schwangerschaftsdauer und die Beurteilung von Schwangerschaftsproblemen. Grundsätzlich bekommen alle schwangeren Frauen, auch Asylwerberinnen, in Österreich einen Mutter-Kind-Pass ausgehändigt, für den man dann ebenfalls die Angaben aus den Anamnesebögen verwenden kann. Ergänzend dazu gibt es zwei Listen, ebenfalls in Deutsch/Arabisch und Deutsch/Farsi, die die betreuenden Personen einsetzen: eine Liste der vorgeschlagenen Untersuchungen oder Therapien und eine Liste mit den wichtigsten geburtshilflich/gynäkologischen Fachbegriffen. Durch Fingerzeig oder Ankreuzen können die betreuenden Personen den Frauen entsprechende Informationen vermitteln.

**Ergebnisse:** Durch Fingerzeig oder Ankreuzen am Anamnesebogen ist es den asylsuchenden syrischen oder afghanischen Frauen jetzt möglich, auch ohne einen Dolmetscher/eine Dolmetscherin mit der betreuenden Person zu kommunizieren und ihre Beschwerden mitzuteilen.

**Lernerfahrungen:** Medizinische Begriffe für Asylwerberinnen verständlich zu machen.



