



# Die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten

Eine quantitative Erhebung in der Lebenswelt Kainbach  
«Lebenswelten der Barmherzigen Brüder - Steiermark»

eingereicht von

**Daniel Wolfgang Pichlbauer, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science  
(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie**

unter der Anleitung von

**Ao.Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Éva Rásky, MME**

**Univ.-Ass. Dr. Erwin Stolz, MA**

Graz, April 2018

# Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 25. April 2018

Daniel Wolfgang Pichlbauer, BSc eh.

# Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn **Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan** für die Verwendung des Erhebungsinstruments «HLS-EU-Q47» bedanken. Ebenso bei Frau **Ao.Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Éva Rásky, MME** und bei Herrn **Univ.-Ass. Dr. Erwin Stolz, MA** vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz für die tolle Anleitung und Betreuung dieser Masterarbeit. Die schnellen Rückmeldungen bei offenen Fragen sowie die persönlichen Treffen am Institut waren eine sehr große Hilfe. Vielen Dank für Ihre Zeit und für das Einbringen Ihrer Erfahrung und Expertise.

Herzlichen Dank an Herrn Gesamtleiter **Ivan Jukić, MAS** und an Herrn Pflegedirektor **Günther Widhalm** für die Erlaubnis, die Studie in der Lebenswelt Kainbach durchführen zu können sowie für die Bereitstellung der notwendigen materiellen und zeitlichen Ressourcen. Außerdem gilt mein Dank dem gesamten Kollegium der Pflegedirektion, allen Wohngruppenleitungen sowie allen Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die an der Erhebung teilgenommen haben. Ohne die wertvolle Unterstützung und die angenehme Zusammenarbeit wäre die Umsetzung der Studie nicht möglich gewesen.

Ebenfalls möchte ich mich bei allen meinen Mitstudierenden bedanken, die mich im gesamten Studium begleitet und moralisch unterstützt haben. Tolle und wunderbare Bekanntschaften und Freundschaften sind entstanden. Ein spezieller Dank geht an **Mag.<sup>a</sup> Brigitte Limburger, BSc** und an **Sarah Madelaine Steinlechner, BSc MSc**. Ich danke Euch für die tolle Zusammenarbeit in den letzten Jahren und für die gegenseitige Unterstützung, die hilfreichen Ratschläge, die aufbauenden und motivierenden Worte in stressigen Zeiten sowie für die vielen Augenblicke, in denen wir gelacht haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie für den starken emotionalen Rückhalt während meiner gesamten Studienzzeit: meiner Mutter **Margret Kickenweiz**, meinem Vater **Wolfgang Kickenweiz**, meiner Schwester **Petra Pichlbauer**, meinen Großeltern **Margarethe Pichlbauer, Ingeborg Kickenweiz** und **Johann Kickenweiz**. Für die Unterstützung all meiner Entscheidungen, für die unermüdliche Stärkung und Motivierung in meinen Lern- und Arbeitsphasen, für das stets offene Ohr meiner Gedanken und Pläne sowie für die teils finanzielle Unterstützung möchte ich mich sehr herzlich bei Euch bedanken.

# Inhaltsverzeichnis

|   |       |
|---|-------|
| Abkürzungen .....   | vii   |
| Glossar .....   | ix    |
| Abbildungsverzeichnis .....   | xii   |
| Tabellenverzeichnis .....   | xiii  |
| Zusammenfassung .....   | xiv   |
| Abstract .....  | xvi   |
| Forschungsprozess .....   | xviii |
| Kapitelübersicht .....  | xix   |
| 1. Einleitung .....   | 1     |
| 1.1. Die allgemeine Bedeutung und Relevanz der Gesundheitskompetenz ..... | 1     |
| 1.1.1. Konsequenzen von mangelnder Gesundheitskompetenz .....             | 6     |
| 1.2. Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) .....                     | 8     |
| 1.2.1. Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz .....                | 15    |
| 1.3. European Health Literacy Survey (HLS-EU) .....                       | 18    |
| 1.4. Ein Gesundheitsziel für Österreich .....                             | 21    |
| 1.5. Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz für die Pflege .....          | 25    |
| 1.6. Vergleichsstudien und Neuigkeitswert .....                           | 27    |
| 1.7. Zielsetzung und Forschungsfragen .....                               | 28    |
| 2. Pflegeassistenz .....  | 29    |
| 2.1. Berufsbild .....   | 29    |
| 2.2. Berufsbezeichnung .....  | 30    |
| 2.3. Ausbildung .....   | 30    |
| 2.4. Tätigkeitsbereich .....  | 31    |
| 3. Material und Methoden .....  | 34    |
| 3.1. Lehrveranstaltung und Literaturrecherche .....                       | 34    |
| 3.2. Ansatz und Design .....  | 34    |
| 3.3. Erhebungsinstrument: «HLS-EU-Q47» .....                              | 35    |
| 3.4. Population .....   | 40    |
| 3.5. Setting .....  | 41    |
| 3.6. Datenerhebung und Rekrutierungsverfahren .....                       | 42    |
| 3.7. Ethische Überlegungen .....  | 43    |
| 3.8. Datenaufbereitung und Datenanalyse .....                             | 43    |

|   |    |
|---|----|
| 4. Ergebnisse.....  | 44 |
| 4.1. Charakteristika der teilnehmenden Personen.....                      | 44 |
| 4.2. Die Gesundheitskompetenz-Items (n=172) .....                         | 46 |
| 4.2.1. Krankheitsbewältigung (GK-KB).....                                 | 46 |
| 4.2.2. Krankheitsprävention (GK-PV).....                                  | 49 |
| 4.2.3. Gesundheitsförderung (GK-GF).....                                  | 52 |
| 4.3. Die Gesundheitskompetenz-Indizes .....                               | 55 |
| 4.3.1. Reliabilität der vier Gesundheitskompetenz-Indizes .....           | 58 |
| 4.3.2. Validität der vier Gesundheitskompetenz-Indizes .....              | 58 |
| 4.3.3. Häufigkeitsverteilungen der vier Gesundheitskompetenz-Indizes..... | 59 |
| 4.3.4. Mittelwerte der Gesundheitskompetenz-Indizes im Vergleich .....    | 61 |
| 4.4. Die Gesundheitskompetenz-Levels .....                                | 63 |
| 4.4.1. Umfassende Gesundheitskompetenz: GK-Ges (n=168).....               | 64 |
| 4.4.2. Krankheitsbewältigung: GK-KB (n=169) .....                         | 65 |
| 4.4.3. Krankheitsprävention: GK-PV (n=170).....                           | 66 |
| 4.4.4. Gesundheitsförderung: GK-GF (n=169).....                           | 67 |
| 4.5. Geschlecht und Gesundheitskompetenz .....                            | 68 |
| 4.5.1. GK-Levels nach Geschlecht .....                                    | 68 |
| 4.6. Altersgruppen und Gesundheitskompetenz.....                          | 69 |
| 4.6.1. GK-Levels nach Altersgruppen.....                                  | 69 |
| 4.7. Beschäftigungsstatus und Gesundheitskompetenz .....                  | 70 |
| 4.7.1. GK-Levels nach Beschäftigungsstatus .....                          | 71 |
| 4.8. Bildungsniveau und Gesundheitskompetenz.....                         | 71 |
| 4.8.1. GK-Levels nach Bildungsniveau .....                                | 72 |
| 4.9. Chronische Erkrankung und Gesundheitskompetenz.....                  | 73 |
| 4.9.1. GK-Levels nach chronischer Erkrankung .....                        | 74 |
| 5. Diskussion .....   | 75 |
| 5.1. Limitationen .....   | 80 |
| 6. Schlussfolgerung .....   | 81 |
| 6.1. Implikationen für Politik.....                                       | 83 |
| 6.2. Implikationen für Forschung .....                                    | 84 |
| 6.3. Implikationen für Praxis .....                                       | 86 |
| 6.4. Fazit.....   | 89 |
| 7. Sponsoring und Interessenkonflikt.....                                 | 90 |

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 8. Literaturverzeichnis..... | 90 |
| 9. Anhang .....              | i  |

# Abkürzungen

|          |  |
|----------|--|
| %        | Prozent  |
| &        | und  |
| <        | kleiner als  |
| >        | größer als   |
| =        | ist gleich   |
| §        | Paragraph  |
| Abs.     | Absatz   |
| ANOVA    | Analysis of Variance (Varianzanalyse)                    |
| BGBI.    | Bundesgesetzblatt  |
| BMGF     | Bundesministerium für Gesundheit und Frauen              |
| BMS      | Berufsbildende mittlere Schule                           |
| Bsp.     | Beispiel   |
| bzw.     | beziehungsweise  |
| CINAHL®  | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| d.h.     | das heißt  |
| df       | degrees of freedom (Freiheitsgrade)                      |
| et al.   | et alii, et aliae, et alia (und andere)                  |
| etc.     | et cetera  |
| EU       | Europäische Union  |
| F        | F-Wert   |
| GK       | Gesundheitskompetenz (Health Literacy)                   |
| GK-Ges   | Gesundheitskompetenz - Gesamt (umfassend)                |
| GK-GF    | Gesundheitskompetenz - Gesundheitsförderung              |
| GK-KB    | Gesundheitskompetenz - Krankheitsbewältigung             |
| GK-PV    | Gesundheitskompetenz - Krankheitsprävention              |
| GuKG     | Gesundheits- und Krankenpflegegesetz                     |
| HLS-EU   | European Health Literacy Survey                          |
| HLS-EU-Q | European Health Literacy Survey Questionnaire            |
| Hrsg.    | Herausgeberin/Herausgeber                                |
| N        | Population   |
| n        | Stichprobengröße   |
| Nr.      | Nummer   |

|      |  |
|------|--|
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| OG   | Obergrenze   |
| p    | p-Wert   |
| p.   | page   |
| pp.  | pages  |
| Pkt. | Punkte   |
| Q    | Question   |
| SD   | Standardabweichung                                     |
| sog. | sogenannte(n)  |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences            |
| UG   | Untergrenze  |
| vs.  | versus   |
| vol. | Volume   |
| WHO  | World Health Organization                              |
| Z    | Ziffer   |
| z.B. | zum Beispiel   |
| zit. | zitiert  |



# Glossar

**Augenscheinvalidität:** das Ausmaß, in dem ein Messinstrument auch zu messen scheint, was es zu messen vorgibt (Polit & Beck 2017).

**Cronbach's Alpha:** ein Index, der die interne Konsistenz eines mehrteiligen Messinstruments einschätzt, auch Alpha- Koeffizient genannt (Polit & Beck 2017).

**Empirische Studie/Untersuchung:** dient der Lösung von inhaltlichen Forschungsproblemen auf der Basis systematischer eigener Datenerhebung und/oder Datenanalyse, wobei es sich um eine Originalstudie oder um eine Replikationsstudie handeln kann (Döring & Bortz 2016).

**Freiheitsgrade (df):** ein statistisches Konzept, das sich auf die Anzahl von Werten in einer Stichprobe bezieht, die frei variieren können (z.B. können bei einem gegebenen Stichprobenmittelwert alle außer einem Wert frei variieren) (Polit & Beck 2017).

**F-Wert (F):** durch verschiedene statistische Tests (z.B. ANOVA) gewonnener Wert, anhand dessen die auf verschiedene Quellen zurückzuführende Abweichung (z.B. zwischen den Gruppen und innerhalb der Gruppen) verglichen wird (Polit & Beck 2017).

**Inhaltsvalidität:** Die einzelnen Test-Items spiegeln das Zielkonstrukt in seinen inhaltlichen Bedeutungsaspekten vollständig und sinngemäß wider (Döring & Bortz 2016).

**Interne Konsistenz:** der Grad, zu dem alle einzelnen Teile eines Instruments (d.h. die Items) miteinander in Beziehung stehen und alle das gleiche Attribut oder die gleiche Dimension messen (Polit & Beck 2017).

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

**Konfidenzintervall:** kennzeichnet denjenigen Bereich von Merkmalsausprägungen, in dem sich 95% aller möglichen Populationsparameter befinden, die den empirisch ermittelten Stichprobenkennwert erzeugt haben können (Döring & Bortz 2016).

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

**Mittelwert:** durchschnittlicher Wert einer Reihe von Messwerten (Schäfer & Schöttker-Königer 2015). Alle Werte werden summiert und durch die Gesamtzahl der Fälle dividiert (Polit & Beck 2017).

**Monozentrische Studie:** Studie, die nur in einer Einrichtung oder in einer Abteilung durchgeführt wird.

**Orientierende Literaturrecherche:** dient vor allem dazu, die wichtigen Veröffentlichungen zu einem Thema zu identifizieren, so dass eine Orientierung zum Thema zur Verfügung steht. Es steht nicht die Vollständigkeit im Vordergrund, sondern die Identifizierung der wichtigsten Quellen und die Auseinandersetzung mit dem Thema (Simon 2017).

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

**Primäranalyse/Primärstudie:** typischer Fall einer empirischen Studie. Hier werden die empirischen Daten selbst erhoben und anschließend analysiert (Döring & Bortz 2016).

**p-Wert (p):** beim statistischen Testen die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse auf einem Zufall beruhen; Wahrscheinlichkeit eines Typ-1-Fehlers (Polit & Beck 2017). Ein Wert von 0,05 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, einen Typ-1-Fehler zu begehen, 5% beträgt (Schäfer & Schöttker-Königer 2015).

**Quantitativer Forschungsansatz:** Theoretisch abgeleitete Forschungshypothesen werden an vielen Untersuchungseinheiten mit strukturierten Datenerhebungsmethoden untersucht. Ziel ist meist die Theorieprüfung. Die erhobenen quantitativen (numerischen) Daten werden statistisch ausgewertet (Döring & Bortz 2016).

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

**Reliabilität (Zuverlässigkeit):** kennzeichnet den Grad der Messgenauigkeit bzw. der Messfehlerfreiheit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird. Ein reliabler Test liefert Messwerte, die wenig von Messfehlern belastet sind (Döring & Bortz 2016).

**Setting:** der physische Ort und die Bedingungen, an dem bzw. unter denen die Datenerhebung einer Studie stattfindet (Polit & Beck 2017).

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

**Standardabweichung (SD):** am häufigsten verwendete Statistik zur Messung des Grads der Variabilität in einer Reihe von Werten (Polit & Beck 2017).

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

**Validität (Gültigkeit):** gibt an, wie gut der Test in der Lage ist, genau das zu messen, was er laut Testbezeichnung zu messen beansprucht. Ein valider Test liefert Messwerte, die sich zielgenau auf das interessierende Merkmal beziehen (Döring & Bortz 2016).

**Varianzanalyse:** ein statistisches Verfahren zur Testung durchschnittlicher Unterschiede zwischen drei oder mehr Gruppen durch Vergleich der Variabilität zwischen den Gruppen mit der Variabilität innerhalb der Gruppen (Polit & Beck 2017).

# Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept .....               | 12 |
| Abbildung 2: Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz .....               | 16 |
| Abbildung 3: Verteilung der Punkte für «umfassende Gesundheitskompetenz» ..... | 59 |
| Abbildung 4: Verteilung der Punkte für «Krankheitsbewältigung» .....           | 60 |
| Abbildung 5: Verteilung der Punkte für «Krankheitsprävention» .....            | 60 |
| Abbildung 6: Verteilung der Punkte für «Gesundheitsförderung» .....            | 61 |
| Abbildung 7: GK-Levels für «umfassende Gesundheitskompetenz» .....             | 64 |
| Abbildung 8: GK-Levels für «Krankheitsbewältigung» .....                       | 65 |
| Abbildung 9: GK-Levels für «Krankheitsprävention» .....                        | 66 |
| Abbildung 10: GK-Levels für «Gesundheitsförderung» .....                       | 67 |
| Abbildung 11: GK-Levels für Geschlecht .....                                   | 68 |
| Abbildung 12: GK-Levels für Altersgruppen .....                                | 69 |
| Abbildung 13: GK-Levels für Beschäftigungsstatus .....                         | 71 |
| Abbildung 14: GK-Levels für Bildungsniveau .....                               | 72 |
| Abbildung 15: GK-Levels für chronische Erkrankung .....                        | 74 |

# Tabellenverzeichnis

|  |       |
|--|-------|
| Tabelle 1: Quantitativer Forschungsprozess .....                                   | xviii |
| Tabelle 2: Matrix der Items des Instruments «HLS-EU-Q47» .....                     | 37    |
| Tabelle 3: Formulierung der Items des Instruments «HLS-EU-Q47» .....               | 38    |
| Tabelle 4: Geschlecht (n=165).....   | 44    |
| Tabelle 5: Altersgruppen (n=166) .....   | 44    |
| Tabelle 6: Beschäftigungsstatus (n=167) .....                                      | 45    |
| Tabelle 7: Höchster Bildungsabschluss (n=163).....                                 | 45    |
| Tabelle 8: Vorhandensein einer chronischen Erkrankung (n=168).....                 | 45    |
| Tabelle 9: GK-Items für «Krankheitsbewältigung» (alle Antwortkategorien).....      | 47    |
| Tabelle 10: GK-Items für«Krankheitsbewältigung» (zusammengefasst) .....            | 48    |
| Tabelle 11: GK-Items für «Krankheitsprävention» (alle Antwortkategorien) .....     | 50    |
| Tabelle 12: GK-Items für «Krankheitsprävention» (zusammengefasst).....             | 51    |
| Tabelle 13: GK-Items für «Gesundheitsförderung» (alle Antwortkategorien).....      | 53    |
| Tabelle 14: GK-Items für «Gesundheitsförderung» (zusammengefasst).....             | 54    |
| Tabelle 15: Zugehörigkeit der Items zum GK-Index.....                              | 57    |
| Tabelle 16: Angaben der gültigen und fehlenden Werte für die vier Hauptindizes ... | 58    |
| Tabelle 17: Cronbach's-Alpha Werte für die vier Hauptindizes.....                  | 58    |
| Tabelle 18: Mittelwerte der vier GK-Indizes im Vergleich zum HLS-EU-Survey .....   | 61    |
| Tabelle 19: Deskriptive Statistik für die vier Hauptindizes .....                  | 62    |
| Tabelle 20: Geschlecht und «umfassende GK» .....                                   | 68    |
| Tabelle 21: Altersgruppen und «umfassende GK» .....                                | 69    |
| Tabelle 22: Beschäftigungsstatus und «umfassende GK» .....                         | 70    |
| Tabelle 23: Bildungsniveau und «umfassende GK» .....                               | 71    |
| Tabelle 24: Chronische Erkrankung und «umfassende GK» .....                        | 73    |

# Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die moderne Gesundheitsgesellschaft ist mit hohen Anforderungen verbunden und erfordert von der Bevölkerung, insbesondere von Health Professionals, einen kompetenten Umgang von unterschiedlichen Gesundheitsinformationen. Mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz (Health Literacy) können im täglichen Leben Entscheidungen getroffen werden, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Allerdings zeigen bisherige Forschungsergebnisse, dass die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz vorweist. Das Thema Gesundheitskompetenz spielt auch in der professionellen Pflege eine zusehends wichtige Rolle. Pflegepersonen müssen über ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz verfügen. Sie sind es, die tagtäglich in der direkten Kommunikation mit (chronisch) kranken und pflegebedürftigen Menschen stehen. Ebenso können bzw. müssen sie einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten. Für Österreich liegen bisher nur wenige Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz von Pflegepersonen vor. Die vorliegende Arbeit liefert einen Beitrag zur Ermittlung der Gesundheitskompetenz von Angehörigen der Pflegeassistenz. Ziel der Untersuchung war es, die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach, einer Einrichtung der Sozial- und Behindertenhilfe in der Steiermark, zu erheben und abzubilden.

**Methode:** In einer monozentrischen Querschnittstudie wurden 212 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten zu ihrer Gesundheitskompetenz befragt. Die Datenerhebung erfolgte mittels schriftlicher Befragung (Fragebogen), basierend auf der Langversion des European Health Literacy Questionnaire «HLS-EU-Q47», ergänzt mit Fragen zur Soziodemografie. Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels der Software IBM SPSS, Version 23.

**Ergebnisse:** Die Rücklaufquote betrug 81,1% (n=172). Mehr als die Hälfte der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach verfügt über eine «ausreichende» oder «exzellente» Gesundheitskompetenz (51,2%). Für 39,9% der Pflegeassistenz ist eine «problematische» und für 8,9% der Personen eine «inadäquate» Gesundheitskompetenz zu verzeichnen. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bildung, Beschäftigungsstatus und Vorhandensein einer chronischen Erkrankung gefunden.

**Schlussfolgerung:** Die Gesundheitskompetenz sollte erhöhte Aufmerksamkeit als auch einen festen Stellenwert in gesellschaftlichen Bereichen wie etwa der Arbeitswelt und vor allem im Gesundheitssystem, insbesondere der medizinischen und pflegerischen Versorgung, erhalten. Die erhobenen Daten zur Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach untermauern diese Forderung. In Zukunft sind weitere Bemühungen und Investitionen seitens Politik, Forschung und Praxis erforderlich, um gesamtgesellschaftliche und zielgruppenorientierte Strategien und Ansätze zu entwickeln. Dadurch kann neben der allgemeinen Bevölkerung vor allem auch die Gesundheitskompetenz der Health Professionals verbessert werden.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitskompetenz, Health Literacy, Pflegeassistenten, Querschnittstudie

# Abstract

**Background:** The modern health society is associated with high demands and requires a competent handling of different health information from the population, especially from health professionals. With sufficient health literacy, decisions can be made in daily life that have a positive effect on health. However, research results to date show that the majority of the Austrian population has limited health literacy. Health literacy also plays an increasingly important role in professional care. Nurses must have a high level of health literacy. They are the ones who communicate directly with (chronically) sick people and those in need of care on a daily basis. They can and must also make an important contribution to health promotion. For Austria, little information on health literacy of caregivers is available to date. This paper contributes to the health literacy of nursing assistance. The aim of the study was to assess and map the self-evaluated health literacy of nursing assistance in the «Lebenswelt Kainbach», an institution for social and disability assistance in Styria.

**Methods:** 212 nursing assistants were asked about their health literacy in a single center, cross-sectional study. The data was collected by means of a written questionnaire based on the long version of the European Health Literacy Questionnaire «HLS-EU-Q47», supplemented with questions on sociodemography. The statistical data analysis is carried out with the IBM SPSS software, version 23.

**Results:** The response rate was 81.1% (n=172). More than half of the nursing assistants in Kainbach have «sufficient» or «excellent» health literacy (51.2%). 39.9% of nursing assistants have «problematic» and 8.9% have «inadequate» health literacy. No statistically significant differences were found in sex, age, education, employment status and the presence of a chronic disease.

**Conclusion:** Health literacy should receive increased attention as well as a firm place in social areas such as the world of work and above all in the health system, especially in medical and nursing care. The data collected on the health literacy of nursing assistants in the «Lebenswelt Kainbach» underscore this demand. In the future, further efforts and investments on the part of politics, research and practice will be necessary in order to develop strategies and approaches geared to society as a



whole and to target groups. This can improve not only the knowledge of the general population, but above all the health literacy of health professionals.

**Keywords:** health literacy, nursing assistance, cross-sectional study

# Forschungsprozess

Die vorliegende Forschungsarbeit erfolgte in einem strukturierten Forschungsprozess. Angelehnt an Polit & Beck (2017) unterteilte sich der Forschungsprozess in folgende Phasen:

**Tabelle 1: Quantitativer Forschungsprozess**

## Konzeptionelle Phase

Forschungsthema finden

Gründliche Recherche und Aufsichten der Literatur

Aktuellen Forschungsstand und theoretischen Hintergrund ermitteln und anführen

Forschungsproblem identifizieren

Forschungsziel formulieren

Klare Forschungsfragen ableiten und formulieren

## Design- und Planungsphase

Forschungsansatz und Forschungsdesign auswählen

Population identifizieren und konkret bestimmen

Methoden zur Datenerhebung festlegen (z.B. Erhebungsinstrument)

Studienprotokoll/Arbeitsplan erstellen

Ethische Aspekte inkludieren (Positives Ethikvotum)

Sponsoring festhalten

## Empirische Phase

Datenerhebung durchführen (Feldarbeit)

Datenaufbereitung vornehmen bzw. Datenanalyse vorbereiten

## Analytische Phase

Datenanalyse durchführen

Ergebnisse interpretieren

# Kapitelübersicht

Im **ersten Kapitel «Einleitung»** wird der wissenschaftliche Hintergrund bzw. die Bedeutung und Notwendigkeit der durchgeführten Studie erläutert.

Im Mittelpunkt stehen die allgemeine Bedeutung und Relevanz der Gesundheitskompetenz für Bürgerinnen und Bürger sowie die Konsequenzen einer mangelnden Gesundheitskompetenz. Des Weiteren die Vermittlung einer genauen Begriffsbestimmung mit unterschiedlichen Definitionen und ausführlicheren Darstellungen inklusive eines konzeptuellen Modells von Gesundheitskompetenz (Health Literacy). Ebenso werden die europäische Studie zur Gesundheitskompetenz «HLS-EU», der Hinweis und die Bedeutung des österreichischen Gesundheitsziels «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken» sowie die Bedeutung der Gesundheitskompetenz für die professionelle Pflege vorgestellt. Abschließend werden der Neuigkeitswert der Studie, die Zielsetzung der Arbeit und die daraus ableitenden Forschungsfragen angeführt und beschrieben.

In **Kapitel zwei «Pflegeassistenz»** wird die Berufsgruppe der Pflegeassistenz mit dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) samt ausführlicher Erläuterung vorgestellt. Der Fokus richtet sich auf das Berufsbild, die Berufsbezeichnung, die Ausbildung und den Tätigkeitsbereich.

**Kapitel drei «Material und Methode»** beschreibt den methodischen Teil der Masterarbeit und zeigt die detaillierte und nachvollziehbare Vorgehensweise der durchgeführten Studie. Dargestellt werden die Literaturrecherche, der Forschungsansatz und das Forschungsdesign, das Erhebungsinstrument «HLS-EU-Q47», die Population, das gewählte Setting, die Datenerhebung einschließlich Rekrutierungsverfahren, die ethischen Überlegungen, die Datenaufbereitung und die statistischen Verfahrensweisen im Rahmen der Datenanalyse.

**Kapitel vier «Ergebnisse»** enthält die Forschungsergebnisse, d.h. die neutrale Zusammenfassung der Rohdaten bzw. der Ergebnisse, die bei der Datenanalyse gewonnen wurden. Im Text werden die bedeutendsten Ergebnisse zusammengefasst und hervorgehoben. Alle Ergebnisse werden mittels Tabellen oder Abbildungen dargestellt. Im Mittelpunkt stehen die Beschreibung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, die Darstellung der einzelnen Gesundheitskompetenz-Items, die Berechnung der Gesundheitskompetenz-Indizes, die Darstellung der unterschiedlichen Levels zur Gesundheitskompetenz sowie die Berechnung der statistischen Unterschiede im Hinblick auf soziodemografische Determinanten wie Geschlecht, Alter, Bildung, Beschäftigungsstatus und Vorhandensein einer chronischen Erkrankung.

Im **fünften Kapitel «Diskussion»** werden die Forschungsfragen noch einmal konkret beantwortet, die Forschungsergebnisse interpretiert und mit den Ergebnissen der HLS-EU-Studie für Österreich diskutiert sowie Limitationen bzw. Einschränkungen der Studie aufgezeigt.

Das **sechste** und letzte **Kapitel «Schlussfolgerung»** liefert Implikationen für Politik, Forschung und Praxis und bildet das Fazit der Arbeit.

# 01

## Einleitung

### 1.1. Die allgemeine Bedeutung und Relevanz der Gesundheitskompetenz von Bürgerinnen und Bürgern

Beim Einkauf von Lebensmitteln der Griff ins Supermarkt-Regal: Kartoffelchips ja oder nein? Wie wird der Arbeitsweg zurückgelegt: mit dem Auto, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit dem Fahrrad? Bei Krankheiten: zur Ärztin bzw. zum Arzt gehen oder sich selbst behandeln? Wie gut kann ich im Krankheitsfall meine Symptome beschreiben? Ist es mir möglich, ärztlichen Empfehlungen zu folgen? In der Freizeit: Mache ich Bewegung oder schaue ich fern? Im Krankenhaus: Finde ich mich im Krankenhaus zurecht? Generell: Wo finde ich gute Informationen über Gesundheitsthemen, die ich verstehe?

Die beispielhaften Fragen von Fousek et al. (2012) und Nowak (2017) machen deutlich, dass sich die heutige Zeit dadurch auszeichnet, dass wir im täglichen Leben immer wieder (neue) Entscheidungen treffen müssen. Das, was wir tun, gilt es zu reflektieren, und im Idealfall wird dadurch die Autonomie unseres Handelns gestärkt. Mit der Expansion der Gesundheit wird zudem auch immer deutlicher, dass jede Entscheidung, die wir treffen, zugleich immer auch eine Gesundheitsentscheidung ist (Kickbusch 2006; Kickbusch & Hartung 2014). Die Wissensgesellschaften im 21. Jahrhundert stehen vor einem Paradoxon, was Gesundheitsentscheidungen betrifft. Es wird für Menschen immer herausfordernder, Entscheidungen zugunsten einer gesunden Lebensweise zu treffen und ihren eigenen Weg und den ihrer Familie durch komplexe Lebenswelten und Gesundheitsversorgungssysteme zu steuern. Auf diese Aufgaben sind sie weder gut vorbereitet noch werden sie dabei gut unterstützt (WHO 2016). In einem sich immer schneller entwickelnden Gesundheitsmarkt werden Produkte und Dienstleistungen zunehmend als gesund angeboten und morgen möglicherweise schon wieder als ungesund definiert (Kickbusch 2006; Kickbusch & Hartung 2014). Die einzelne Person kann sich zwar bewusst für die eigene Gesundheit entscheiden, aber das bringt durch ein Überangebot an «gesunden» Produkten und Dienstleistungen auch eine Informationsflut und oft genug Orientierungslosigkeit mit

sich (Steinbach 2017). Auch die Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten werden immer zahlreicher. Es kommen fast täglich neue Medikamente auf den Markt und unterschiedliche Behandlungsformen in Umlauf. Ebenso ändern sich die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitssystems rasant. Folglich wird auch der Zugang zum Gesundheitssystem ständig neu definiert und erfordert neue Entscheidungen. Im Zuge dieser Änderungen wird die Rolle eines Individuums immer wichtiger, vielfältiger und somit immer wieder neu beschrieben. Beispielsweise ist eine Person auf dem Gesundheitsmarkt eine Konsumentin bzw. ein Konsument, im Gesundheitssystem eine Patientin bzw. ein Patient und in der Gesundheitsgesellschaft eine Bürgerin bzw. ein Bürger. In modernen Gesundheitsgesellschaften wird den Personen in ihren unterschiedlichen Rollen viel abverlangt. Es wird erwartet, dass sie fähig sind, stichhaltige und weitreichende Entscheidungen für ihre eigene und die Gesundheit anderer zu fällen. Es liegt aber die irreführende Annahme zugrunde, dass die Fähigkeiten, die für ein kompetentes Handeln auf dem Gesundheitsmarkt oder im Gesundheitssystem benötigt werden, schon vorhanden sind. In der Realität ist dies nicht der Fall, im Gegenteil, es besteht ein markanter Unterschied zwischen den vorhandenen und den geforderten Kompetenzen. Die Vielfalt der Rollenverteilungen ist mit einer Entscheidungslast verbunden, welche nicht von allen gleich getragen wird. Nicht alle Menschen verfügen über eine ausgereifte Kompetenz, eine ausreichende Handlungsfähigkeit, die notwendigen Ressourcen, den Willen, die Kraft oder die Zeit, um diese Herausforderungen zu bewältigen bzw. mit der Entscheidungslast auf dem Gesundheitsmarkt, im Gesundheitssystem oder in der Gesundheitsgesellschaft umzugehen (Kickbusch 2006; Kickbusch & Hartung 2014).

Die Gesundheitsgesellschaft charakterisiert sich unter anderem durch eine immer größer werdende Informationsflut über Gesundheit. Die Wissensexpansion in modernen Gesellschaften schreitet rasch voran und mit ihr die Zunahme von Information. Mittlerweile stehen überall Informationen zur Verfügung (Kickbusch 2006; Kickbusch & Hartung 2014; Schaeffer & Pelikan 2017a). Werbungen für ein Produkt oder für eine Dienstleistung im Zusammenhang mit Gesundheit lassen sich an jeder Straßenecke finden. Im Supermarkt wird eine Vielzahl von Nahrungsmitteln angeboten, die einen speziellen gesundheitlichen Nutzen versprechen. Beispielsweise lassen sich in den Regalen, neben den normalen Milchprodukten, auch zunehmend spezielle Milchprodukte, Yoghurts und Drinks finden, die alle mit dem Versprechen einer bes-

seren Gesundheit vermarktet werden. Am Kiosk lassen sich zahlreiche Magazine finden, in denen es vorwiegend um Gesundheit geht. Auch Fernsehen und Hörfunk verbreiten häufig Informationen über Gesundheit und klären ihre Zuseherinnen und Zuseher bzw. ihre Hörerinnen und Hörer über Gesundheitsthemen auf. Über Internet und soziale Medien sind Gesundheitsinformationen sowieso jederzeit zugänglich (Kickbusch 2006; Kickbusch & Hartung 2014). Speziell im Internet steht wie nie zuvor ein breites Spektrum an Gesundheits- und Krankheitsinformationen an frei zugänglichen Quellen und Foren zur Verfügung (Schaeffer & Pelikan 2017a). Der schnelle Zugang zu immer mehr Informationen im Internet ist Chance und Herausforderung zugleich. Unter anderem scheint «Google» ein idealer Berater zu sein, steht die Suchmaschine doch 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche und das an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Allerdings können Personen, die über keine Fachkenntnisse verfügen, neueste wissenschaftliche Forschungsergebnisse nicht immer von gewerblichen Angeboten und interessen geleiteten Empfehlungen unterscheiden. Überdies sind verschiedene Foren und Chats oftmals mit individuellen und häufig negativen Erfahrungen belastet und können folglich Ängste, aber auch ganz falsche Erwartungen an behandelnde Gesundheitsberufe auslösen (Schilling 2017).

Laut Kickbusch (2006) / Kickbusch & Hartung (2014) zufolge, sind die Information und das große Angebot an gesundheitsfördernder Produkte und Dienstleistungen zum einen eine positive Entwicklung, auf der anderen Seite besteht die Gefahr, sich in dieser Flut an Informationen, Produkten und Dienstleistungen zu verlieren, sich in Widersprüche zu verfangen und in der Konsequenz darauf negativ und abweisend zu reagieren. Daneben merken Schaeffer & Pelikan (2017a) an, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen Zugang zu den erforderlichen Informationen finden und richtig einordnen können. Denn in der großen Vielfalt die geeignete und passende Information ausfindig zu machen, ist mit hohen Anforderungen verbunden, deren Bewältigung oftmals Schwierigkeiten bereitet. Darüber hinaus ist es auch keine leichte Aufgabe, eine Information korrekt einzuschätzen und die richtige Information von einer falschen zu unterscheiden, nicht zuletzt wegen der hohen Verbreitung von Fehlinformationen. Hinzu kommt, dass vorhandene Informationen oft nicht qualitätsgesichert, evidenzbasiert und nutzerfreundlich aufbereitet sind. Sie setzen auf zu hohem Sprachniveau an, sind unverständlich und zu wenig auf die potentielle Zielgruppe ausgerichtet.

Durch immer mehr und neue Gesundheitsinformationen müssen Gewohnheiten also immer wieder neu reflektiert und Verhaltensentscheidungen neu getroffen werden. Es muss ein kontinuierlicher Prozess der Abschätzung und Anpassung der eigenen Handlungen stattfinden. Der Zuwachs von Wahlmöglichkeiten verlangt immer mehr Gewandtheit, Partizipation und Kompetenz. Wir informieren uns ständig, immer und fast überall, sowohl in Zeiten guter Gesundheit als auch umso mehr, wenn es uns gesundheitlich nicht so gut geht. Noch bevor ein Besuch bei einer Ärztin oder bei einem Arzt ansteht oder eine Therapie begonnen wird, informieren sich heutzutage viele Menschen zunächst anderwärtig (z.B. über das Internet). Es wird allerdings immer schwieriger die richtige Entscheidung zu fällen - für die eigene Gesundheit oder auch für die Gesundheit des näheren Umfeldes wie beispielsweise von Familienmitgliedern oder von Freunden. Vor allem für Personen, die nicht das nötige Wissen und Informationsverhalten besitzen, ist die Entscheidungsfindung noch schwieriger. Die Gesundheitsgesellschaft erfordert einen geübten und kritischen Umgang mit den Quellen und Angaben von Gesundheitsinformationen. Für die weitere Entwicklung des Gesundheitssystems und der Gesundheitsgesellschaft wird es zunehmend bedeutsamer, dass jede einzelne Person mit der oben erwähnten Informationsflut und dem Überangebot umgehen kann. Um die Navigation dieser Gesundheitskomplexität zu erleichtern, ist es nötig, die Handlungsfähigkeiten sowie die Kompetenzen von Bürgerinnen und Bürgern zu fördern. Wenn die Gesundheitsgesellschaft aktive und kritische Bürgerinnen und Bürger, Konsumentinnen und Konsumenten sowie Patientinnen und Patienten braucht, dann müssen diese Personen ein entsprechendes Maß an Gesundheitskompetenz besitzen (Kickbusch 2006; Kickbusch & Hartung 2014).

Nach Schaeffer & Pelikan (2017a) setzt der Umgang mit gesundheitlichen Herausforderungen, egal ob bei der Bewältigung von Gesundheitsstörungen und Krankheit oder im Bereich der Krankheitsprävention und Gesundheitserhaltung bzw. Gesundheitsförderung, ebenfalls ein gesättigtes Maß an gesundheitlicher Grundbildung und Gesundheitskompetenz voraus. Nur so können Nutzerinnen und Nutzer unterschiedliche Gesundheitsinformationen verstehen, sich durch das komplexe und unübersichtliche Gesundheitswesen navigieren, mit den Gesundheitsprofessionen kommunizieren und verhandeln und sich auf dem Gesundheitsmarkt sowie in der Welt der Konsumgüter bewegen.



Auch andere Megatrends wie der demografische und epidemiologische Wandel haben zur Folge, dass Gesundheitskompetenz und solide Fähigkeiten im Umgang mit Information immer bedeutsamer werden. Durch den demografischen Wandel ist die Lebenserwartung der Bevölkerung enorm gestiegen und zugleich wächst damit die Herausforderung, die gewonnenen Jahre möglichst gesund und beschwerdefrei zu verbringen (Schaeffer & Pelikan 2017a).

Des Weiteren kommt es zu einem sukzessiv voranschreitenden Wandel der Rolle von Patientinnen und Patienten. Dieser Wandel stärkt unter anderem die Position der Patientinnen und Patienten und räumt ihnen bis dato nicht gekannte Mitbestimmungsmöglichkeiten, Entscheidungsoptionen und Rechte ein. Die Präferenzen der Patientinnen und Patienten gewinnen hier zunehmend an Bedeutung (Schaeffer & Pelikan 2017a), diese verlangen mittlerweile eine geteilte Entscheidungsfindung, wenn es um bevorstehende Therapien geht. Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) entspricht modernen Anforderungen an die Verwirklichung der Teilhabe an Entscheidungen. Erst wenn Patientinnen und Patienten ausreichend über den Nutzen und möglichen Schaden einer Behandlung informiert sind, können sie abwägen und entscheiden, ob sie sich der Behandlung unterziehen oder nicht (Kickbusch & Hartung 2014). Diese Tatsache setzt aber voraus, dass Patientinnen und Patienten über die nötigen Informationen verfügen und bestehende Informationsasymmetrien zu den Gesundheitsprofessionen ausgeglichen werden (Schaeffer & Pelikan 2017a). Auch nach Fousek et al. (2012) wird in der Gesundheitsversorgung die Entscheidungskompetenz der Patientinnen und Patienten angesichts komplexer Systeme immer wichtiger. Eine aktive Teilnahme am Behandlungsgeschehen wird hier als ein wichtiger Faktor für den Behandlungserfolg gesehen. In diesem Zusammenhang spielt der Begriff «Patientenkompetenz» eine entscheidende Rolle. Mit der Kompetenz der Patientinnen und Patienten wird eine Form der Gesundheitskompetenz beschrieben, die notwendig ist, um spezifische Anforderungen in Verbindung mit Krankheit zu bewältigen. Der Begriff beschreibt, wie Menschen in der Lage sind, ihre Rolle als Patientin bzw. als Patient wahrzunehmen und die Angebote des Gesundheitssystems sinnvoll zu nutzen (Sommerhalder & Abel 2007 zit. in Steinbach 2017).

### **1.1.1. Konsequenzen von mangelnder Gesundheitskompetenz**

In der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts ist die Gesundheitskompetenz somit eine Grundkompetenz von Menschen, welche über das ganze Leben hinweg, zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem oder in der Gesellschaft ganz allgemein immer neu hergestellt werden muss. Es ist evident, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem gravierende Probleme nach sich zieht (Kickbusch 2006; Kickbusch & Hartung 2014).

Die Gesundheitskompetenz beeinflusst beispielsweise den Eintrittspunkt von Patientinnen und Patienten in das Gesundheitssystem, das Nutzungsverhalten im System und die im System erzielten Outcomes (Pelikan et al. 2013b). Eine unzureichende bzw. problematische Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist mit vielen negativen gesundheitlichen Outcomes verbunden. Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz treffen allgemein schlechtere Gesundheitsentscheidungen, haben schlechtere Selbstmanagement-Fähigkeiten und zeigen eine schlechtere körperliche und geistige Gesundheit. Darüber hinaus nehmen sie Präventionsangebote weniger in Anspruch (World Health Communication Associates 2011). Präventionsangebote werden häufiger von gesundheitskompetenteren Personen genutzt. Das gilt beispielsweise für Pap-Tests (für die Altersgruppe der über 40-jährigen), Mammographien und Impfungen (nachgewiesen für Grippeimpfungen). Im Behandlungsverlauf sind Patientinnen und Patienten mit niedrigerer Gesundheitskompetenz weniger in der Lage, ihre Medikamente richtig einzunehmen und gesundheitsrelevante Informationen, etwa von Beipackzetteln oder Mitteilungsblättern, zu verstehen (Berkman 2011 zit. in Pelikan et al. 2013b). Personen mit geringer Gesundheitskompetenz zeigen ein risikoreicheres Verhalten und haben ein erhöhtes Risiko für Krankenhausaufenthalte. Sie haben meist schlechtere Kenntnisse über chronische Erkrankungen wie Asthma, Bluthochdruck oder Diabetes, halten medizinische Anweisungen weniger ein, d.h. sie haben eine geringere Compliance und ein höheres frühzeitiges Mortalitätsrisiko. Eine geringe Gesundheitskompetenz in Bevölkerungen verursacht generell enorme zusätzliche Gesundheitskosten (World Health Communication Associates 2011). Nach Kickbusch et al. (2006) gibt Europa Millionen für den Gesundheitssektor aus, die mit verbesserter Gesundheitskompetenz leicht verhindert werden könnten. Investitionen in die Gesundheitskompetenz können die Gesundheit der Bevölkerung verbessern und die Gesundheitskosten senken.

Für Österreich können mit den Daten der HLS-EU-Studie (**siehe Kapitel 1.3.**) einige wichtige Konsequenzen von mangelnder Gesundheitskompetenz aufgezeigt werden. Beispielsweise besteht ein deutlicher Zusammenhang mit Indikatoren des Gesundheitszustands, besonders mit der selbsteingeschätzten Gesundheit. Je höher die Gesundheitskompetenz einer Person ist, desto besser schätzt sie auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein. Dieser Zusammenhang ist in Österreich stärker als in den meisten anderen HLS-EU-Ländern und wird nur noch in Spanien und Polen übertroffen. Darüber hinaus zeigen weitere Ergebnisse, dass Gesundheitskompetenz in älteren Kohorten (50+) noch einmal deutlich stärker mit der Gesundheit zusammenhängt als bei jüngeren Personen. Mit chronischen Erkrankungen findet sich ebenfalls ein Zusammenhang. Personen mit niedrigerer Gesundheitskompetenz leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen und sind im Durchschnitt auch stärker in ihrem Alltag durch die Krankheit eingeschränkt. Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich vor allem, dass Personen mit niedrigerer Gesundheitskompetenz weniger häufig Sport betreiben und einen höheren Body-Mass-Index haben. Auf das Rauch- und Trinkverhalten der Österreicherinnen und Österreicher scheint die Gesundheitskompetenz allerdings keinen Einfluss zu haben (Pelikan et al. 2013b).

Begrenzte Gesundheitskompetenz betrifft durchgängig die gesamte Bevölkerung und alle sozialen Schichten (Schaeffer & Pelikan 2017b). Bei Menschen mit mangelnder Gesundheitskompetenz handelt es sich am häufigsten um Personen mit niedrigem Bildungsstand, älteren Menschen, Personen mit chronischer Erkrankung und solche mit Migrationshintergrund sowie um Personen mit niedrigem sozialen bzw. sozio-ökonomischen Status (z.B. niedrigem Einkommen) und schlechterem (subjektiven) Gesundheitsstatus/-zustand (gemessen anhand von selbsteingeschätzter Gesundheit, Langzeiterkrankung und beschränkten Aktivitäten aufgrund von Gesundheitsproblemen) (WHO 2016). Ebenso hängt die Gesundheitskompetenz mit weiteren gesundheitlichen Indikatoren zusammen, so beispielsweise auch mit dem Gesundheitsverhalten und der Nutzung von Dienstleistungen aus dem Gesundheitssektor (Schaeffer et al. 2016). Die HLS-EU-Studie bestätigt ein soziales Gefälle. Unter anderem ist in allen teilnehmenden Ländern die Gesundheitskompetenz von Menschen mit höherer Bildung signifikant besser (WHO 2016). Abschließend kann hier festgehalten werden, dass in der Bevölkerung, neben der Gesundheit, auch die Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt ist (Schaeffer & Pelikan 2017b).

## 1.2. Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

Die «Health Literacy» spielt in der internationalen Diskussion seit Längerem eine zunehmend prominente Rolle und stellt für die Gesundheitsforschung, Praxis und Politik ein relevantes und vielversprechendes Konzept dar (Schaeffer & Pelikan 2017b, p. 315), welches noch relativ jung ist. Der Begriff wurde anfänglich in den 1970er-Jahren im Zusammenhang mit schulischer Gesundheitsbildung verwendet (Simonds 1974 zit. in Abel & Sommerhalder 2015). Die Forschung zur «Health Literacy» hat ihren Ursprung in Nordamerika und reicht bis in die frühen 1990er Jahre zurück. Zu Beginn stand dabei die Untersuchung von Fähigkeiten von erwachsenen Personen im Mittelpunkt, schriftliche Informationen zu verstehen bzw. richtig bewerten zu können, die zur Bewältigung einfacher Alltagsaufgaben erforderlich sind (sog. Literacy-Skills). Dabei zeigte sich ein hohes Maß an mangelnder Schreib- und Lesekompetenz. Vor dem Hintergrund dieser mangelnden Schreib- und Lesekompetenz in vielen Ländern, tauchte auch bald die Frage auf, ob es einen Zusammenhang zwischen den gemessenen Literalitätswerten und den Gesundheitsparametern gibt. Ausgehend von dieser Fragestellung entstanden zahlreiche Studien und Forschungsprojekte, die den Begriff «Health Literacy» prägten. Mittlerweile ist der Begriff in die Diskurse der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung eingedrungen (Nöcker 2015). «Health Literacy» wird im deutschen als «Gesundheitskompetenz» bezeichnet und ist in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum zu einem bedeutsamen und vielbeachteten Thema geworden. «Gesundheitskompetenz» meint wortwörtlich die gesundheitliche Literalität und entstammt der anglo-amerikanischen Alphabetisierungsdiskussion, in der Literalität als Schriftsprachkompetenz definiert und als Voraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe verstanden wird (Schaeffer & Pelikan 2017a). Bei dem Begriff geht es also um die Anwendung literaler Fähigkeiten auf Gesundheitsfragen. In Österreich wurde bereits im «Masterplan Gesundheit» des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger auf die besondere Bedeutung der Gesundheitskompetenz hingewiesen und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als eines der zehn Rahmengesundheitsziele durch die nationale Gesundheitspolitik verankert. Die Europäische Kommission fordert die Beteiligung und Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an Entscheidungsfindungen und fordert daher Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Auch das WHO-Regionalbüro für Europa definiert im Rahmenkonzept «Gesundheit 2020» als eines

von sechs Hauptzielen, dass die Beteiligung der Bevölkerung durch eine verbesserte Gesundheitskompetenz erhöht werden soll (Pelikan et al. 2013b).

Nach Abel & Sommerhalder (2015) ist Gesundheitskompetenz (Health Literacy) heute zahlreich definiert und vielfach operationalisiert. Auch die Anzahl der englisch- und deutschsprachigen Übersichtsarbeiten steigt. Um den Begriff genauer zu erläutern, werden im Folgenden die häufigsten zitierten und bekanntesten Definitionen angeführt.

Die WHO (1998) definierte Gesundheitskompetenz in ihrem «Health Promotion Glossary» als die kognitiven und sozialen Fähigkeiten einer Person, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen, diese Informationen zu verstehen und für sich zu nutzen, um die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten:

*Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*

*Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. Health literacy is itself dependent upon more general levels of literacy. Poor literacy can affect people's health directly by limiting their personal, social and cultural development, as well as hindering the development of health literacy (WHO 1998, p. 10).*

Die Gesundheitskompetenz impliziert also auch das Erreichen eines bestimmten Niveaus an Wissen, persönlichen Fähigkeiten und Selbstvertrauen, um Maßnahmen zu ergreifen, um die persönliche und gemeinschaftliche Gesundheit zu verbessern, indem persönliche Lebensstile und Lebensbedingungen verändert werden. Gesundheitskompetenz bedeutet also mehr, als Broschüren zu lesen und Termine vereinbaren zu können.

Nutbeam (2000) unterscheidet und beschreibt in seinem Modell drei Ebenen der Gesundheitskompetenz, welche unterschiedliche Fertigkeiten beinhalten:

1. Funktionale Gesundheitskompetenz (Basis): Die funktionale Gesundheitskompetenz wird als grundlegende Lese- und Schreibfähigkeit verstanden. Sie beinhaltet ausreichende Grundkompetenzen im Lesen und Schreiben, um in Alltagssituationen effektiv funktionieren zu können.  
Bsp.: Das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen (Abel 2018).
2. Kommunikative/Interaktive Gesundheitskompetenz: Die interaktive Gesundheitskompetenz umfasst fortgeschrittene bzw. zusätzliche kognitive Fähigkeiten sowie Lese- und Schreibfähigkeiten, die zusammen mit sozialen Fähigkeiten genutzt werden können, um aktiv an alltäglichen Aktivitäten teilzunehmen, Informationen zu extrahieren und Bedeutung aus verschiedenen Formen der Kommunikation abzuleiten und neue Informationen auf sich verändernde Umstände anzuwenden.  
Bsp.: Das Aneignen von spezifischerem Wissen zur eigenen Erkrankung im Gespräch mit einem Arzt (Abel 2018).
3. Kritische Gesundheitskompetenz: Bei der kritischen Gesundheitskompetenz können durch weiter fortgeschrittene kognitive und soziale Fähigkeiten gesundheitsrelevante Informationen kritisch analysiert, hinterfragt und genutzt werden, um Lebensereignisse und Situationen besser zu kontrollieren.  
Bsp.: Die kritische Nachfrage bei der Ärztin oder die aufmerksame, differenzierte Betrachtung von Gesundheitsinformationen aus dem Internet (Abel 2018).

Ilona Kickbusch, eine Pionierin im Bereich der Gesundheitsförderung, definiert Gesundheitskompetenz folgendermaßen:

*Die Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Kickbusch 2006, p. 69; Kickbusch & Hartung 2014, p. 95).*

Die Gesundheitskompetenz umfasst nach Kickbusch (2006) / Kickbusch & Hartung (2014) fünf Kompetenzbereiche. Diese Bereiche beziehen sich auf die persönliche Gesundheit, die Orientierung im Gesundheitssystem, das Konsumverhalten, die Gesundheitspolitik und die Arbeitswelt:

1. Persönliche Gesundheit im Alltag: Grundkenntnisse über Gesundheit, das Wissen und die Anwendung von gesundheitsförderlichem, gesundheitsbewahrendem und krankheitsverhinderndem Verhalten, die Selbstpflege und die Betreuung der Familie sowie Maßnahmen zur Ersten Hilfe.
2. Gesundheitssystem/Systemorientierung: Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und als kompetente Partnerin und als kompetenter Partner gegenüber Fachpersonal bzw. gegenüber den Gesundheitsberufen auftreten zu können.
3. Markt/Konsumverhalten: Die Fähigkeit, die eigenen Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen und notfalls auch die Konsumentenrechte einzuklagen und durchzusetzen.
4. Gesundheitspolitik: Die Fähigkeit, informiert gesundheitspolitisch zu handeln, z.B. das Eintreten für Gesundheitsrechte, durch Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen und die Mitgliedschaften in Patienten- und Gesundheitsorganisationen.
5. Arbeitswelt: Die Fähigkeit, bei der Arbeit Unfälle und Berufskrankheiten zu vermeiden, sich für die Sicherheit am Arbeitsplatz und für gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen einzusetzen und eine angemessene Balance zwischen Beruf und Privatleben zu finden.

Nach dem European Health Policy Forum (2005) zit. in Kickbusch et al. (2006) ist Gesundheitskompetenz aktiv und dynamisch. Mit einer sich wandelnden Gesellschaft verändern sich auch die notwendigen Schreib- und Lesefähigkeiten, um funktionieren zu können. Die Bürgerinnen und Bürger müssen ständig neue Informationen lernen und veraltete Informationen «verlernen», um Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Darüber hinaus sind gesundheitskompetente Menschen in einem kontinuierlichen Austausch und im Dialog mit ihrer Umwelt. Sie sind in der Lage, Autonomie und Abhängigkeit in ihrer Interaktionen mit beispielsweise Gesundheitsprofessionen und allen Diensten in der Gemeinschaft auszugleichen.

Yost et al. (2009) definieren «Health Literacy» wie folgt:

*The degree to which individuals have the capacity to read and comprehend health-related print material, identify and interpret information presented in graphical format (charts, graphs and tables), and perform arithmetic operations in order to make appropriate health and care decisions (Yost et al. 2009 p. 298).*

Nach Parker (2009) erreicht man Gesundheitskompetenz, indem die persönlichen Kompetenzen bzw. Fähigkeiten mit den Anforderungen und der Komplexität des Systems abgestimmt sind (**siehe Abbildung 1**). Hier gilt es einerseits Menschen zu unterstützen und andererseits Lebenswelten/Systeme zu gestalten (Nowak 2017).



**Abbildung 1: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept nach Parker (2009); eigene Zusammenstellung**

Thilo et al. (2012) haben den Begriff der Gesundheitskompetenz für die Pflege im deutschsprachigen Raum wie folgt definiert:

*Die Gesundheitskompetenz ermöglicht den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen, gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen, zu verstehen, zu nutzen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, Fragen im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu stellen und eigene Bedürfnisse zu formulieren. Um gesundheitskompetent zu sein, benötigen die Patientinnen und Patienten sowie Angehörige die Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, informierte Entscheidungen zu treffen und dadurch eine aktive Rolle für die Gesundheit zu übernehmen, um diese aufrechtzuerhalten, zu fördern oder wiederherzustellen (Thilo et al. 2012, p. 434).*



Nach Westra et al. (2014) ist Gesundheitskompetenz ein komplexes multidimensionales Problem und beinhaltet mehr als Lesefähigkeiten:

*Health literacy is a complex multidimensional issue and involves more than reading skills. Health literacy also requires the ability to interpret medical and health language and apply it to one's own specific health status. There are variations in the dimensions identified for health literacy competencies. Common dimensions of health literacy includes: oral literacy (speaking and listening), print/visual literacy (writing and reading, understanding graphical and visual information), information literacy (obtaining and applying relevant information), numeracy literacy (the ability to calculate or reason with numbers) and computer/digital literacy (operating a computer or information device) (Westra et al. 2014, p. 446).*

Nach Habermann-Horstmeier (2017) besitzen gesundheitskompetente Menschen...

*...die Fähigkeiten, förderlich mit ihrer Gesundheit umzugehen. Sie haben grundlegende Kenntnisse darüber, wodurch ihre Gesundheit positiv als auch negativ beeinflusst werden kann. Menschen, die über eine Gesundheitskompetenz verfügen, können Gesundheitsinformationen verstehen und sich innerhalb des vorhandenen Gesundheitssystems orientieren. Zusätzlich haben sie sich spezielle Kenntnisse in bestimmten Gesundheitsbereichen angeeignet wie beispielsweise das Wissen über eigene Erkrankungen oder das Wissen über die Erkrankungen oder Behinderungen ihrer Angehörigen sowie den Umgang damit. Nur mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz können sich Personen im Gesundheitssystem zurechtfinden oder gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen umsetzen. Die Gesundheitskompetenz ist nichts Statisches, sie muss immer wieder aktualisiert und gefördert werden (Habermann-Horstmeier 2017, p. 78)*

Auf Basis eines systematischen Reviews, indem 17 Definitionen und 12 Modelle zur Gesundheitskompetenz identifiziert wurden, wurde im Projekt des Europe-Health Literacy Survey (HLS-EU) folgende umfassende Definition von Gesundheitskompetenz definiert:

*Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (Sørensen et al. 2012, p. 3).*

Die Definition von Sørensen et al. (2012) wird im deutschen wie folgt übersetzt:

*Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) basiert auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern (Pelikan et al. 2013a, p. 24; Schaeffer & Pelikan 2017a, p.12).*

### **Exkurs: Was sind Gesundheitsinformationen?**

Unter Gesundheitsinformationen werden Informationen verstanden, die Wissen vermitteln und Klarheit verschaffen, wie Gesundheit in einer bestimmten Situation beeinflusst werden kann: beispielsweise Informationen für Patientinnen und Patienten zu bestimmten Krankheiten. Diese Informationen sollen verständlich und sachlich über die Krankheit, deren Diagnose und Therapie aufklären und dabei den möglichen Nutzen sowie Risiken der medizinischen Maßnahmen darstellen. Gute und zuverlässige Gesundheitsinformationen liefern Informationen, die für die Lebensqualität wichtig sind (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2015).

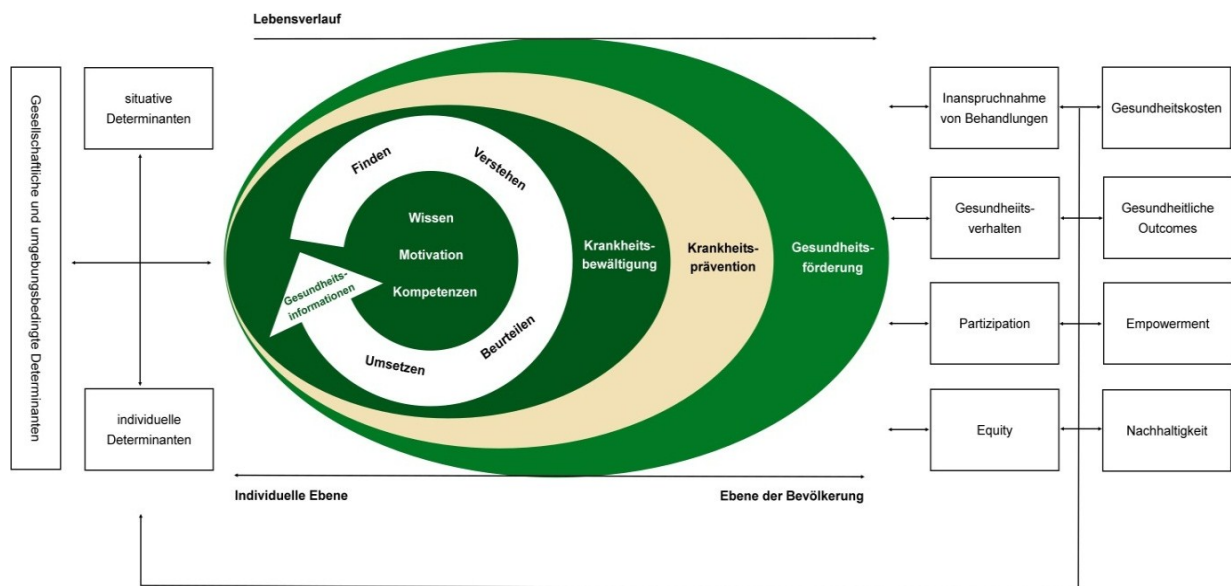
### 1.2.1. Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz

Die Definition der Gesundheitskompetenz von Sørensen et al. (2012) basiert auf einem konzeptuellen Modell (**siehe Abbildung 2**). Kernstück des Modells bilden vier Kompetenzen einer Person, die zur Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (Informationsprozess) erforderlich sind, nämlich Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen kritisch beurteilen und Informationen anwenden. Jede dieser Kompetenzen stellt eine entscheidende Dimension der Gesundheitskompetenz dar, erfordert spezifische kognitive Fähigkeiten und hängt von der Qualität der bereitgestellten Informationen ab:

1. **Zugang/Beschaffen/Finden:** bezieht sich auf die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu suchen und aufzufinden. Das Auffinden von Informationen ist abhängig vom Verständnis, vom Zeitplan und von der Vertrauenswürdigkeit
2. **Verständnis/Verstehen:** bezieht sich auf die Fähigkeit, die gefundenen Gesundheitsinformationen inhaltlich zu verstehen und ist beispielsweise abhängig von den Erwartungen, dem wahrgenommenen Nutzen und der Interpretationen der Kausalitäten bzw. der Zusammenhänge
3. **Beurteilung/Bewertung:** beschreibt die Fähigkeit, die gefundenen Gesundheitsinformationen zu interpretieren, zu filtern, zu beurteilen bzw. zu bewerten. Die Bewertung der Informationen hängt von der Komplexität, vom Fachjargon und dem partiellen Verständnis der Informationen ab.
4. **Anwendung:** bezieht sich auf die Fähigkeit zu kommunizieren und die Gesundheitsinformation zu verwenden. Ziel hierbei ist es, eine Entscheidung zu treffen, um die Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Eine effektive Kommunikation hängt vom Verständnis ab (Sørensen et al. 2012)

Der Informationsprozess generiert Wissen und Fähigkeiten, die es einer Person ermöglichen, durch drei gesundheitsrelevante Bereiche zu navigieren:

1. **Krankheitsbewältigung:** als kranke Person oder als Patientin/als Patient im Gesundheitswesen bzw. im Kontext einer Behandlung
2. **Krankheitsprävention:** als Person, die von einem Erkrankungsrisiko bedroht ist
3. **Gesundheitsförderung:** als Bürgerin/als Bürger, beispielsweise in der Gemeinde, am Arbeitsplatz, im Bildungssystem und im politischen Gestaltungsprozess. (Sørensen et al. 2012)



**Abbildung 2: Konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. 2012, p. 9; eigene Zusammenstellung**

Das Durchlaufen des Informationsprozesses (finden, verstehen, beurteilen und anwenden) in den drei Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung rüstet Menschen dazu aus, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu übernehmen, indem sie ihre allgemeine Lese- und Rechenfähigkeit sowie ihre spezifischen Fähigkeiten zur Gesundheitskompetenz anwenden. Ziel ist es, die notwendigen Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen und unabhängig bzw. selbstständig zu handeln, um Maßnahmen zu ergreifen, die persönliche, strukturelle, soziale und wirtschaftliche Barrieren für Gesundheit überwinden (Sørensen et al. 2012).

Darüber hinaus hängt die Fähigkeit, im Gesundheitssystem zu navigieren, von der kognitiven und psychosozialen Entwicklung sowie von früheren und aktuellen Erfahrungen ab. Aus diesem Grund entwickeln sich die Fähigkeiten der Gesundheitskompetenz während des Lebensverlaufs und sind folglich mit lebenslangem Lernen verbunden (Sørensen et al. 2012).

Das konzeptuelle Modell zeigt auch die wichtigsten Ursachen (Einflussfaktoren) und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz. Nach Sørensen et al. (2012) wird die Gesundheitskompetenz durch folgende Faktoren beeinflusst:

- **gesellschaftliche und umweltbezogene Determinanten** wie demografische Situation, Kultur, Sprache, politische Kräfte und Sozialsystem
- **situative Determinanten** wie soziale Unterstützung, Mediennutzung, Einfluss von Familie und Freunden
- **persönliche Faktoren bzw. individuelle Determinanten** wie Alter, Geschlecht, Rasse, sozioökonomischer Status, Bildung, Beruf, Beschäftigung und Einkommen

Die Gesundheitskompetenz beeinflusst das Gesundheitsverhalten und die Nutzung von Gesundheitsleistungen bzw. die Inanspruchnahme von Behandlungen und beeinflusst damit auch die gesundheitlichen Folgen (Outcomes) und die Gesundheitskosten in der Gesellschaft. Auf individueller Ebene führt ineffektive Kommunikation aufgrund mangelnder Gesundheitskompetenz zu Fehlern, schlechter Qualität und zu Risiken für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Auf der Ebene der Bevölkerung können gesundheitskompetente Personen beispielsweise an den laufenden öffentlichen und privaten Dialogen über Gesundheit, Medizin und wissenschaftliche Erkenntnisse teilnehmen. Der Nutzen von Gesundheitskompetenz wirkt sich somit auf die gesamte Bandbreite der Lebensaktivitäten aus – zu Hause, in der Arbeit, in der Gesellschaft und in der Kultur (Sørensen et al. 2012).

Die Förderung der Gesundheitskompetenz wird schrittweise zu mehr Autonomie und persönlichem Empowerment führen. Der Prozess der Gesundheitskompetenz kann als Teil der Entwicklung eines Individuums zur Verbesserung der Lebensqualität gesehen werden. In der Bevölkerung kann es auch zu mehr Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit der Veränderungen in der öffentlichen Gesundheit führen. Abschließend kann angeführt werden, dass eine geringe Gesundheitskompetenz verbessert werden kann, indem die persönliche Gesundheitskompetenz erhöht und gestärkt wird und Systeme verbessert und vereinfacht werden wie die Lesbarkeit des Systems (Sørensen et al. 2012).

### **1.3. European Health Literacy Survey (HLS-EU): Die europäische Studie zur Gesundheitskompetenz**

Nach Kickbusch et al. (2006) braucht es weitere Forschung über die Möglichkeiten zur Messung der Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. In Europa sind empirische Daten zur Prävalenz von geringer Gesundheitskompetenz erforderlich, um das Ausmaß des Problems zu quantifizieren und geeignete Lösungen für verschiedene Gruppen der Gesellschaft vorzuschlagen. Hierzu hat der European Health Literacy Survey einen bedeutenden Ansatz geliefert.

Der European Health Literacy Survey, kurz «HLS-EU», ist eine europäische Studie zur Gesundheitskompetenz, die von 2009 bis 2012 von einem Konsortium von neun Partnerinstitutionen aus acht europäischen Ländern durchgeführt und von der Universität Maastricht koordiniert wurde. Insgesamt haben acht Mitgliedsstaaten der EU (Bulgarien, Deutschland - nur Nordrhein-Westfalen, Griechenland, Irland, die Niederlande, Österreich, Polen und Spanien) an der Studie teilgenommen. In jedem Land wurde eine Zufallsstichprobe von etwa 1.000 Bürgerinnen und Bürger im Alter ab 15 Jahren befragt, woraus sich eine Gesamtstichprobe von etwa 8.000 Personen ergab (HLS-EU Consortium 2012; Sørensen et al. 2015). In Österreich wurde die Teilnahme des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) als österreichischer wissenschaftlicher Partner im HLS-EU Projektkonsortium durch eine nationale Förderung des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) ermöglicht (Pelikan et al. 2013a).

Die Ziele des HLS-EU-Projekts waren:

1. Erarbeitung eines Instruments zur Messung von Gesundheitskompetenz
2. Erstmalige Datenerhebung zur Gesundheitskompetenz in acht Mitgliedsstaaten der EU und Vergleich der Ergebnisse (Benchmarking)
3. Beratung der Ergebnisse und Ausarbeitung von nationalen Gesundheitskompetenzplänen in den betroffenen Mitgliedsstaaten
4. Schaffung nationaler Beiräte in den teilnehmenden Ländern und Erarbeitung von Dokumenten unterschiedlicher Förderungsstrategien
5. Agenda-Setting zur Gesundheitskompetenz in Europa durch Etablierung eines European Health Literacy Networks

(Pelikan et al. 2013a; Pelikan & Ganahl 2017)

Zur Messung der Gesundheitskompetenz wurde das Instrument «HLS-EU-Q» aus dem konzeptuellen Modell und der Definition des HLS-EU-Konsortiums (**siehe Kapitel 1.2.1.**) abgeleitet. Das Instrument besteht aus 47 Items und erfasst die wahrgenommene Schwierigkeit ausgewählter gesundheitsrelevanter Aufgaben (HLS-EU Consortium 2012; Sørensen et al. 2015). Zur Messung der funktionalen Gesundheitskompetenz wurde zusätzlich der New Vital Sign Test (NVS) im Rahmen von Interviews verwendet (Pelikan & Ganahl 2017).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesundheitskompetenz in Österreich in allen drei Bereichen (Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung) und somit auch im Gesamtindex, der umfassenden Gesundheitskompetenz, unter dem Durchschnitt aller befragten Länder liegt. In Österreich weisen nur 11,2% der Befragten eine exzellente umfassende Gesundheitskompetenz auf und 37,2% der österreichischen Bevölkerung verfügen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz (Pelikan et al. 2013a; Peinhaupt & Robl 2017).

Die Auswertungen der HLS-EU-Studie veranschaulichen, dass in Österreich die Mehrheit der Bevölkerung eine limitierte (d.h. inadäquate oder problematische) Gesundheitskompetenz vorweist. Mit insgesamt 51,6% ist limitierte Gesundheitskompetenz in Österreich verbreiteter als im internationalen Durchschnitt mit 47,6%. In der HLS-EU-Studie weisen die Niederlande mit weniger als 29% den geringsten Anteil von Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz auf, Bulgarien den höchsten mit 62%. Im Vergleich mit den teilnehmenden Mitgliedstaaten der EU liegt Österreich auf dem vorletzten Platz. Die deutlich höheren Prozentsätze in Österreich zeigen, dass limitierte Gesundheitskompetenz in Österreich kein Minoritäten-Problem ist, sondern die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung betrifft (Pelikan et al. 2013a; Pelikan et al. 2013b).

Insgesamt ist jede zweite Österreicherin bzw. jeder zweite Österreicher von mangelnder Gesundheitskompetenz betroffen. In einigen besonders vulnerablen Gruppen (etwa bei Personen mit schlechtem allgemeinem Gesundheitszustand) steigt die limitierte Gesundheitskompetenz sogar auf über 76% an. Vulnerabel sind einerseits Personen, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, bzw. Personen, die besonders häufig mit dem Krankenbehandlungssystem in Kontakt

kommen. Andererseits wurde auch in Personengruppen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (hinsichtlich Bildung, finanzieller Situation und Beschäftigungsstatus) oder bei älteren Menschen und teils auch bei Kindern von Migrantinnen und Migranten überdurchschnittlich häufig limitierte Gesundheitskompetenz beobachtet. Dies weist darauf hin, dass bereits Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt ist und nicht erst tatsächliche Gesundheit (Pelikan et al. 2013b). Ebenfalls zeigt die Betrachtung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesundheitskompetenz-Indizes ein ähnliches Bild wie die der limitierten Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz ist in Österreich niedriger als im EU-Durchschnitt und deutlich niedriger als im besten Land, den Niederlanden (Pelikan et al. 2013a).

Das HLS-EU Projekt wurde mit einem international vergleichenden Bericht und weiteren englischsprachigen Publikationen abgeschlossen. Darüber hinaus wurden die Projektergebnisse im Rahmen internationaler wissenschaftlicher Konferenzen präsentiert. Auch in Österreich gab es mehrere Ergebnis-Präsentationen. Die Projektergebnisse flossen auch in die Diskussion der österreichischen Gesundheitsziele (**siehe Kapitel 1.4.**) ein. Neben dem internationalen Report war aber auch ein Österreichbericht gewünscht, der darüber hinaus auch Daten für die österreichischen Bundesländer enthalten sollte, um der föderativen Struktur des österreichischen Gesundheitswesens zu entsprechen. In Österreich wurde sowohl eine Zusatzerhebung in allen Bundesländern (außer Wien) als auch eine zusätzliche Datenanalyse ermöglicht und durchgeführt (Pelikan et al. 2013a).

Zwischen den österreichischen Bundesländern variieren die Anteile derjenigen mit limitierter Gesundheitskompetenz beträchtlich: zwischen 36% in Vorarlberg und 63,1% in der die Steiermark. Das heißt, das Problem der limitierten Gesundheitskompetenz zeigt sich, wenn auch in unterschiedlicher Schärfe, in allen Bundesländern (Pelikan et al. 2013a). Die Steiermark weist im Bundesländervergleich die niedrigste Gesundheitskompetenz auf.

Die Daten aus der europäischen Studie zur Gesundheitskompetenz «HLS-EU» als auch die österreichische Zusatzerhebung verdeutlichen für Österreich und insbesondere für die Steiermark einen klaren Handlungsbedarf.



#### **1.4. Ein Gesundheitsziel für Österreich: «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken»**

Österreich hat ein sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem. Die Lebenserwartung in Österreich ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen und zählt heute zu einer der höchsten in den OECD-Ländern. Allerdings liegt die Zahl der gesunden Lebenserwartung in Österreich im internationalen Vergleich lediglich im Mittelfeld. Menschen, die in Österreich leben, können knapp 60 gesunde und beschwerdefreie Lebensjahre erwarten. Damit liegt Österreich unter dem EU-Durchschnitt. Aus diesem Grund gilt es, die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen (BMGF 2017a).

Unter dem Motto «Gesundheit für alle» sollen alle Menschen in Österreich länger in Gesundheit leben. Um dieses Vorhaben zu verwirklichen hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Entwicklung von Gesundheitszielen initiiert. Die Gesundheitsziele setzen dort an, wo positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung eingewirkt werden kann. Sie rücken jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie beispielsweise Umwelteinflüsse, Bildung oder Arbeitssituation. Gesundheitsziele gibt es bereits in vielen Ländern und werden von der WHO empfohlen (BMGF 2017a).

Die Erarbeitung der österreichischen Gesundheitsziele wurde 2011 in der Bundesgesundheitskommission beschlossen. In weiterer Folge gab es dazu einen Beschluss vom Ministerrat und einen Entschließungsantrag des Nationalrates. Die konkrete Erarbeitung der österreichischen Gesundheitsziele erfolgte in einem sektorenübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzten Plenum mit 38 Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, anderen Politikbereichen und Zivilgesellschaft. Die Arbeit des Plenums wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen koordiniert und fachlich begleitet. Im Juni 2012 wurden Gesundheitsziele der Bundesgesundheitskommission und in der Folge dem Ministerrat und Nationalrat zur Beschlussfassung vorgelegt. Insgesamt wurden zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich formuliert (BMGF2017a).

Mit den vorgelegten Zielen soll dargelegt werden, wie in Zukunft ein noch gesünderes Österreich aussehen soll und welche Weichenstellungen dafür notwendig sind. Bis zum Jahr 2032 bilden die zehn Gesundheitsziele den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik. Erklärtes Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen. Bei den Gesundheitszielen geht es darum, Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die alle Menschen dabei unterstützen, ihre Lebensgewohnheiten zu verbessern und gesund zu bleiben. Die Gesundheit der Menschen zu erhalten und die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen und nicht erst im Kranksein zu reagieren, steht hier im Mittelpunkt aller Bemühungen. Konkret sollen die Gesundheitsziele dazu beitragen, dass in den nächsten zwanzig Jahren die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre im Durchschnitt um zwei Jahre steigen. Zum einen kann so die Gesundheit der Bevölkerung verbessert, aber auch die Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems bewirkt werden (BMGF 2017a).

Folgende zehn Gesundheitsziele wurden für Österreich formuliert:

- Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
- Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- **Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken**
- Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
- Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen
- Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
- Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

- Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern
- Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

(BMGF 2017a)

Das Rahmen-Gesundheitsziel Nr. 3 «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken» hat folgende Absicht:

*Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partnerinnen und Partner im System wahrzunehmen (BMGF 2017a, p. 17).*

Das Ziel Nr. 3 wurde vom Rahmen-Gesundheitsziel-Plenum zum höchst priorisierten Gesundheitsziel gewählt. Aus diesem Grund hat eine Arbeitsgruppe zur Gesundheitskompetenz folgende drei Wirkungsziele definiert:

1. Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.
2. Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.
3. Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.

(BMGF 2017b)

Im Zentrum der drei Wirkungsziele stehen sowohl die Menschen als auch das Gesundheitssystem. Partizipation, das Einbeziehen aller Beteiligten in den Prozess, ist dabei wichtig. Das Stärken der persönlichen, individuellen Gesundheitskompetenz, der individuellen Definition von Gesundheit und Lebensqualität, insbesondere bei vulnerablen Gruppen, ist ein weiteres definiertes Wirkungsziel. Im dritten Wirkungsziel sollen sich auch der Dienstleistungs- und Produktionssektor dafür engagieren, die Gesundheitskompetenz der Kundinnen/Kunden und Nutzerinnen/Nutzer zu fördern (Kuhn 2017).

Neben den angeführten Wirkungszielen wurde seitens des Plenums den folgenden Maßnahmenbereichen besondere Relevanz beigemessen:

- Stärken der persönlichen Kompetenzen bei allen Bevölkerungsgruppen, um im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern.
- Erleichtern des Zugangs zu verständlicher Information, um das relevante Basiswissen zu verbessern.
- Fördern der Rolle der Patientinnen und Patienten als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner im Gesundheitssystem.
- Fördern einer vereinfachten Orientierung im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem.

(BMGF 2017b)

Internationale Umsetzungserfahrungen zeigen, dass die nachhaltige Verbesserung von Gesundheitskompetenz langfristig geeignete Koordinationsstrukturen auf nationaler Ebene braucht. Um einen gut koordinierten, zielgerichteten und effizienten Umsetzungsprozess zu ermöglichen, hat das Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung einer «Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz» als zentrale Maßnahme in die Arbeitsgruppe Rahmen-Gesundheitsziel Nr. 3 eingebracht und die Maßnahmenkoordination übernommen. Mit der Einrichtung der Plattform soll die Umsetzung der drei Wirkungsziele langfristig und nachhaltig unterstützt werden. In ihrem Wirkungsbereich soll die «Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz» bundesweit agieren und mit einer Vielzahl an Maßnahmen die gesamte österreichische Bevölkerung erreichen (BMGF 2015).

## **1.5. Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz für die Pflege**

Die Anzahl der Pflegepersonen in Österreich ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen (Statistik Austria 2018). In allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung sind Pflegepersonen zu finden. Pflege ist an vielen Stellen im Versorgungssystem präsent, an denen der Bedarf an edukativer Unterstützung und auch an Förderung der Gesundheitskompetenz sichtbar wird, beispielsweise bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus, dem Übergang in die stationäre Langzeitversorgung oder dem Übergang in die häusliche Intensivversorgung. Pflegenden sind häufig sogar direkt im Lebensalltag tätig und haben unmittelbaren Einblick in die dort vorhandenen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit und somit auch in das Ausmaß und die Belastbarkeit des vorhandenen Gesundheitswissens. Die Erfassung und Förderung von Gesundheitskompetenz stellt in allen Bereichen der gesundheitlichen und eben auch der pflegerischen Versorgung eine zusehends wichtige Aufgabe dar, die angesichts des mit dem demografischen und epidemiologischen Wandel zu erwartenden Bedarfszuwachses künftig an Bedeutung gewinnen wird. Besonders wenn es um die Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit geht, wird der Pflege eine führende Position bei der Förderung der Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen, in allen Settings und für alle Bevölkerungsgruppen zugewiesen (Ewers et al. 2017).

Die Gesundheitskompetenz ist eine Voraussetzung zum persönlichen Gesundheits Handeln sowie zur Professionalisierung der Gesundheitsförderung. Mittlerweile ist die Gesundheitsförderung auch ein anerkanntes Tätigkeitsfeld in der Pflege (Brieskorn-Zinke 2011). Die Gesundheitskompetenz ist folglich ein wichtiges Konzept für die Pflege und sowohl für die Pflegepraxis als auch für die Pflegewissenschaft von Bedeutung. Allerdings wird das Konzept der Gesundheitskompetenz zunehmend im Bereich der Medizin diskutiert und findet in der pflegespezifischen Literatur noch weniger Beachtung. Das Konzept im Rahmen der Pflege ist von hoher Relevanz, denn es zielt darauf ab, die Patientinnen und Patienten aber auch deren Angehörige im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu befähigen (Thilo et al. 2012).

Aufgrund der Informationsflut an Gesundheitsinformationen, beispielsweise durch das Internet, müssen sich nach Schilling (2017) Gesundheitsberufe in Zukunft darauf einstellen, dass Patientinnen und Patienten mit einer höheren Erwartungshaltung

und mehr (Fehl-) Informationen auftreten. Die Patientinnen und Patienten benötigen also Unterstützung und Beratung auf ihrem Weg durch den Dschungel aus manchmal hilfreichen, manchmal aber auch verwirrenden oder fehlleitenden Informationen. Das direkte Gespräch mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ist daher auch im Zeitalter moderner Medien immer noch der beste Weg, den Unterstützungsbedarf herauszufinden und relevante (Gesundheits-) Informationen weiterzugeben. Es liegt daher auch an den Gesundheitsberufen, sich auf die unterschiedlichen Ansprüche und Fähigkeiten der verschiedenen Gruppen von Patientinnen und Patienten einzustellen und das Angebot an Information patientenfreundlicher zu gestalten. Patientinnen und Patienten brauchen Zugang zu qualitätsgesicherten Informationen und müssen darüber hinaus geschult und dabei unterstützt werden, diese zu beurteilen. Wie bereits erwähnt, legt die Gesundheitskompetenz den Grundstein dafür, dass gesundheits- und pflegebezogene Informationen verstanden und kritisch beurteilt werden können. Pflegepersonen dienen hierbei als zentrale Informationsträgerinnen bzw. Informationsträger und stehen mit Patientinnen und Patienten in ständigem Informationsaustausch. Ob diese Informationen verstanden werden bzw. wie mit diesen umgegangen wird, hängt von der individuellen Gesundheitskompetenz ab. Folglich ist die Förderung der Gesundheitskompetenz ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Leistung (Hahn et al. 2012). In Österreich lassen sich erste Ansätze und Initiativen finden, wenn es um das Thema Gesundheitskompetenz und Pflege geht. Beispielsweise die gesetzliche Verankerung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz:

*Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege (§ 12 Abs. 5 GuKG).*

Darüber hinaus sind im §14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege geregelt. Darunter fallen auch die Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention. Die Information über Krankheitsvorbeugung

und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist nach Weiss & Lust (2017) nur dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten, soweit es sich um den pflegerischen Bereich handelt. Allerdings fallen weitgehende Informationen über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in die Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16 GuKG) und bedürfen der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Jeder Gesundheitsberuf trägt im Rahmen seines Berufsbildes zur Versorgung von Individuen und Bevölkerungsgruppen bei (Weiss & Lust 2017). Dies schließt natürlich auch die Pflegeassistenten als Gesundheits- und Krankenpflegeberuf mit ein.

Die Gesundheitskompetenz ist auch für die Pflegepersonen selbst wichtig: Auch sie benötigen diese Kompetenz für den Erhalt und die Förderung ihrer eigenen Gesundheit (Hahn et al. 2012). Es ist also zwingend erforderlich, dass Pflegepersonen ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz besitzen, um einerseits gesundheitsrelevantes Wissen an ihre Patientinnen und Patienten korrekt und verständlich weiterzugeben und um andererseits ihre eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern. An dieser Stelle wird die Wichtigkeit der Forschung zum Thema Gesundheitskompetenz und Pflege unterstrichen. Hier sind zunächst empirische Daten zur Prävalenz der Gesundheitskompetenz von allen Gesundheits- und Krankenpflegeberufen erforderlich, um das Ausmaß von ausreichender und geringer Gesundheitskompetenz in der Profession Pflege zu quantifizieren.

## **1.6. Vergleichsstudien und Neuigkeitswert**

Es gibt bereits einige Studien, die empirische Befunde zur Erfassung von Gesundheitskompetenz in Bevölkerungen und einzelnen Bevölkerungsgruppen liefern (HLS-EU Consortium 2012; Röthlin et al. 2013; Pelikan et al. 2013a; Van der Heide et al. 2013; Wångdahl et al. 2014; Nakayama et al. 2015; Berens et al. 2016; Ganahl et al. 2016; Schaeffer et al. 2016; Duong et al. 2017; Sukys et al. 2017; Storms et al. 2017). Allerdings gibt es bislang noch keine Forschungsarbeit, die die Gesundheitskompetenz von Angehörigen der Pflegeassistenten in Österreich erfasst hat. Der Neuigkeitswert dieser Arbeit besteht darin, dass in einer Einrichtung der Sozial- und Behindertenhilfe erstmalig Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten zu ihrer Gesundheitskompetenz befragt werden.

## 1.7. Zielsetzung und Forschungsfragen

Durch die Erhebung der Health Literacy wird in der Lebenswelt Kainbach zum einen der Begriff «Gesundheitskompetenz (Health Literacy)» thematisiert und zum anderen auf das österreichische Rahmen-Gesundheitsziel «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken» aufmerksam gemacht. Ziel der Untersuchung ist es, die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach zu erheben und abzubilden. Mit der Studie werden empirische Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten vorgelegt, um festzustellen, wie hoch die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz in dieser Berufsgruppe ist und in welchen Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung besondere Schwierigkeiten und Herausforderungen bestehen. Die Ergebnisse der Arbeit sollen eine Datenbasis zur Verfügung stellen, die einen möglichen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz aufzeigt, um in weiterer Folge die gesundheitliche Literalität der Pflegeassistenten innerhalb des Unternehmens, beispielsweise im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, gezielt zu fördern und zu stärken.

Darüber hinaus soll untersucht werden, ob und wie sich die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach im Hinblick auf soziodemografische Determinanten wie Geschlecht, Alter und Bildung, dem Beschäftigungsstatus und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung unterscheidet. In einzelnen Abschnitten der Masterarbeit werden die Ergebnisse der Untersuchung zusätzlich mit den Ergebnissen der HLS-EU-Studie (Gesamtbevölkerung Europa, Österreich und Steiermark) verglichen und gegenübergestellt. Aus den angeführten Zielen lassen sich folgende zwei Forschungsfragen ableiten:

1. Wie stellt sich die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach dar?
2. Wie unterscheidet sich die umfassende Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach hinsichtlich soziodemografischer Determinanten wie Geschlecht, Alter und Bildung, dem Beschäftigungsstatus und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung?



# 02

## Pflegeassistentenz

### 2.1. Berufsbild

Die Pflegeassistentenz gehört zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen<sup>1</sup> und dient der Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärztinnen und Ärzten (§ 82 Abs. 1 GuKG). Die Pflegeassistentenzberufe<sup>2</sup> umfassen die Durchführung der ihnen nach Beurteilung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen des Pflegeprozesses übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie auf allen Versorgungsstufen (§ 82 Abs. 2 GuKG). Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen Pflegeassistentenzberufe die ihnen von Ärztinnen und Ärzten übertragenen oder von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege weiterübertragenen Maßnahmen durch (§ 82 Abs. 3 GuKG). Die Formulierung des Berufsbildes der Pflegeassistentenz bringt deutlich zum Ausdruck, dass dieser Gesundheits- und Krankenpflegeberuf die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung der übertragenen pflegerischen Maßnahmen und ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie trägt und über die gesamte Lebensspanne hinweg in allen Settings, Versorgungsformen und Versorgungsstufen eingesetzt werden kann. Allerdings ist anzuführen, dass die Übergangsbestimmung des §117 Abs. 23 normiert, dass ab 01.01.2025 die Berufsausübung der Pflegeassistentenz in Krankenanstalten nur mehr für jene Personen möglich sein wird, die ihre Ausbildung bis zum 31.12.2024 erfolgreich abgeschlossen haben (Weiss & Lust 2017).

---

<sup>1</sup> Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachassistentenz, Pflegeassistentenz

<sup>2</sup> Pflegeassistentenz und Pflegefachassistentenz

## **2.2. Berufsbezeichnung**

Personen, die nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes zur Ausübung der Pflegeassistenz berechtigt sind (§ 85), sind auch berechtigt, die Berufsbezeichnung «Pflegeassistentin» und «Pflegeassistent» zu führen (§ 84 Abs. 1 GuKG). Durch das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG), BGBl Nr. 89/2012, das mit 1. Jänner 2013 in Kraft getreten ist, erfolgte eine Umbenennung der bisherigen Sanitätshilfsdienste von «Gehilfinnen und Gehilfen» in «Assistentinnen und Assistenten» der medizinischen Assistenzberufe. Die Tatsache, dass es sich bei der ehemaligen «Pflegehilfe» ebenfalls um einen qualifizierten Gesundheitsberuf handelt, der im Rahmen von 1.600 Stunden eine fundierte pflegerisch-medizinische Ausbildung erhält, wird durch die Umbenennung in «Pflegeassistenz» Rechnung getragen. Durch die GuKG-Novelle 2016 sind Personen, die vor Inkrafttreten dieser Novelle zur Ausübung der Pflegehilfe berechtigt waren, seit 01.09.2016 zur Führung der Berufsbezeichnung «Pflegeassistentin» und «Pflegeassistent» berechtigt (Weiss & Lust 2017).

## **2.3. Ausbildung**

Die Ausbildung in der Pflegeassistenz dauert bei Vollzeitausbildung ein Jahr und umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung in der Dauer von insgesamt 1.600 Stunden, wobei mindestens die Hälfte auf die theoretische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die praktische Ausbildung zu entfallen hat (§ 92 Abs. 1 GuKG). Die Ausbildung kann auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses, in Form einer Teilzeitausbildung oder in Verbindung mit einer anderen Ausbildung absolviert werden (§ 92 Abs. 3 GuKG). Die Ausbildung in den Pflegeassistenzberufen ist an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege durchzuführen, die an oder in Verbindung mit Krankenanstalten, Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen oder Einrichtungen, die Hauskrankenpflege anbieten, einzurichten sind (§ 95 Abs. 1 GuKG). Die praktische Ausbildung ist an einschlägigen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer Krankenanstalt, Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen und Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten, durchzuführen, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Voraussetzungen erfüllen, mit den für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen

Lehr- und Fachkräften sowie Lehrmitteln ausgestattet sind und entsprechende Räumlichkeiten für die auszubildenden Personen aufweisen (§ 95 Abs. 2 GuKG). Die Ausbildung in der Pflegeassistenz kann auch in Lehrgängen für Pflegeassistenz erfolgen, die einer Bewilligung des Landeshauptmanns bedürfen (§ 96 Abs. 1 GuKG).

## 2.4. Tätigkeitsbereich

Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz umfasst die Durchführung folgender Aufgaben:

1. Mitwirkung an und Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen
2. Handeln in Notfällen
3. Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie  
(§ 83 Abs. 1 GuKG)

Die Tätigkeit der Pflegeassistenz basiert auf der Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen unter Zugrundelegung der Prinzipien der Teamarbeit und Delegation. Es dürfen nur Tätigkeiten delegiert werden, die dem Berufsbild der Pflegeassistenz entsprechen und die in der Ausbildung vermittelt werden. Die allgemeinen Grundsätze der Anordnungs- und Durchführungsverantwortung finden selbstverständlich auch hier Anwendung. Darüber hinaus ist der Einsatz der Pflegeassistenz nicht auf bestimmte medizinische und pflegerische Bereiche bzw. auf bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten eingeschränkt (Weiss & Lust 2017).

Die **Pflegemaßnahmen** gemäß Abs. 1 Z 1 umfassen:

1. Mitwirkung beim Pflegeassessment
2. Beobachtung des Gesundheitszustands
3. Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen
4. Information, Kommunikation und Begleitung
5. Mitwirkung an der praktischen Ausbildung in der Pflegeassistenz  
(§ 83 Abs. 2 GuKG)

Die Durchführung von Pflegemaßnahmen darf nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen (§ 83 Abs. 2 GuKG). Die Aufsicht erfordert nicht die ständige unmittelbare Anwesenheit der diplomierten Pflegepersonen. Im intramuralen Bereich muss die diplomierte Pflegeperson zumindest in der entsprechenden Organisationseinheit anwesend sein. Die Pflegeassistenz darf die angeordnete Maßnahme selbst durchführen, ohne dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege danebensteht. Eine nachfolgende Kontrolle der durchgeführten Tätigkeit ist jedenfalls erforderlich. Die gebotene Intensität der Aufsicht ist einzelfallbezogen und individuell zu beurteilen und hängt unter anderem von der Komplexität der jeweiligen Tätigkeit sowie den individuellen Fähigkeiten und der Berufserfahrung der Pflegeassistenz ab. Gegebenenfalls haben auch eine entsprechende Anleitung sowie begleitende Maßnahmen im Rahmen der Aufsicht zu erfolgen. Im extramuralen Bereich kann sich die Aufsicht auch auf eine nachfolgende Kontrolle beschränken, sofern sich die anordnungsbefugte Person vorher von den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegeassistentin bzw. des Pflegeassistenten überzeugt hat. In diesen Fällen muss die Anordnung schriftlich erfolgen (Weiss & Lust 2017).

Das **Handeln in Notfällen** gemäß Abs. 1 Z 2 umfasst:

1. Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit eine Ärztin/ein Arzt nicht zur Verfügung steht, insbesondere
  - a. Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen,
  - b. Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
  - c. Verabreichung von Sauerstoff

(§ 83 Abs. 3 GuKG)

Beim Handeln in Notfällen ist die Verständigung einer Ärztin bzw. eines Arztes unverzüglich zu veranlassen (§ 83 Abs. 3 GuKG).

Die **Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie** gemäß Abs. 1 Z 3 umfasst:

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln
  2. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
  3. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Pointof-Care-Tests)
  4. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern
  5. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren
  6. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen
  7. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden
  8. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen
  9. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie
  10. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen
- (§ 83 Abs. 4 GuKG)

Personen, die eine Pflegehilfeausbildung vor der GuKG-Novelle 2016 bzw. noch vor dem Krankenpflegegesetz absolviert haben, sind verpflichtet, sich die allenfalls fehlenden Kenntnisse und Fertigkeiten für die Durchführung der oben genannten Tätigkeiten insbesondere im Rahmen ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungsverpflichtung anzueignen (Weiss & Lust 2017).

# 03

## Material und Methoden

### 3.1. Lehrveranstaltung und Literaturrecherche

Der wissenschaftliche Hintergrund bzw. die Relevanz und Notwendigkeit des Forschungsprojekts konnte durch den Besuch der Lehrveranstaltung «Stärkung der Gesundheitskompetenz - Rolle der Pflege» an der Medizinischen Universität Graz sowie einer daraus folgenden orientierenden Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed® und CINAHL®, einer umfassenden Internetrecherche, einer Handsuche in entsprechenden Journals und Fachzeitschriften sowie in themenbezogenen Fachbüchern identifiziert werden. Die Referenz beinhaltet Publikationen in englischer und deutscher Sprache, die vorwiegend nicht älter als fünf Jahre ist (2012-2017). Hiervon ausgenommen ist wichtige Grundlagenliteratur.

### 3.2. Ansatz und Design

Die Erhebung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach knüpft an die Definition und an das konzeptuelle Modell von Gesundheitskompetenz der europäischen Studie «HLS-EU» an (**siehe Kapitel 1.2.1.**) und erfolgte mit einem quantitativen Forschungsansatz. Als Forschungsdesign kam eine monozentrische Querschnittstudie zum Einsatz. Gegenstand der Studie war eine empirische Untersuchung mit Primäranalyse. Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurden einmalig und zu einem bestimmten Zeitpunkt<sup>3</sup> mit einem vollstandardisierten Fragebogen zum Selbstauffüllen befragt. Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz wurde mit dem Instrument «HLS-EU-Q47» gemessen (**siehe Kapitel 3.3.**). Bei dem gewählten Forschungsdesign handelt es sich nach Döring & Bortz (2016) um eine nicht-experimentelle Studie ohne Messwiederholung. Mit der Querschnittstudie war es möglich, eine Momentaufnahme zu machen und Auskunft darüber zu geben, wie die Ist-Situation zum Zeitpunkt der

---

<sup>3</sup> Erhebungszeitraum: 10. Juli 2017 bis 04. August 2017

Datenerhebung aussieht. Nach Bonita et al. (2013) sind die Daten von Querschnittstudien von Nutzen, wenn es darum geht, den Versorgungsbedarf von Bevölkerungsgruppen abzuschätzen. Darüber hinaus war das Querschnittsdesign im Vergleich zu anderen Studiendesigns einfach, schnell und kostengünstig durchzuführen.

### **3.3. Erhebungsinstrument: «HLS-EU-Q47»**

Zur Messung der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz wurde das in der HLS-EU-Studie entwickelte Erhebungsinstrument «HLS-EU-Q47» in seiner deutschsprachigen Version eingesetzt (HLS-EU Consortium 2011; HLS-EU Consortium 2012; Sørensen et al. 2012; Pelikan et al. 2013a). Das Messinstrument wurde unverändert übernommen. Eine Erlaubnis zur Verwendung des Instruments wurde bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan schriftlich per E-Mail eingeholt. Das Messinstrument operationalisiert die Definition von Gesundheitskompetenz von Sørensen et al. (2012) und wurde entsprechend dem konzeptuellen Modell (**siehe Kapitel 1.2.1.**) in die Dimensionen bzw. Bereiche Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eingeteilt. Im Fokus stehen die vier Dimensionen der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen und Informationen anwenden). Die drei Gesundheitsbereiche und die vier Dimensionen bilden zusammen eine 12-Zellen-Matrix (**siehe Tabelle 2**), welche als Grundlage für die Auswahl der HLS-EU-Q-Items verwendet wurde. Jede der 12 Zellen dieser Matrix wurde mit mindestens drei oder maximal fünf Items operationalisiert. Insgesamt umfasst das HLS-EU-Q-Instrument 47 Items. Die Items wurden als direkte Fragen formuliert, die überprüfen, wie einfach oder schwierig es ist, ausgewählte gesundheitsrelevante Tätigkeiten und Aufgaben durchzuführen. Leitkriterium ist dabei die subjektive Einschätzung einer Person. In diese Einschätzung gehen neben persönlichen Erfahrungen und Erwartungen auch situationsbedingte Faktoren (z.B. Komplexität des Gesundheitssystems) ein. Ziel der direkten Formulierung war es, die Fragen für die Zielgruppe so zu gestalten, dass eine leichtere Verständlichkeit gewährleistet wird. Beantwortet wurden die Fragen auf einer vorgegebenen vierstufigen Antwort-Likert-Skala (sehr schwierig, ziemlich schwierig, ziemlich einfach, sehr einfach). Mit der geraden Anzahl der vierstufigen Antwortskala wird zum einen die Tendenz zu mittleren, ausweichenden Antworten vermieden und zum anderen eine direkte, einfach interpretierbare Dichotomisierung

der Antworten in «(sehr oder ziemlich) einfach» und «(sehr oder ziemlich) schwierig» für bestimmte statistische Verfahren ermöglicht. Eine Kategorie «weiß nicht» oder «trifft nicht zu» wurde bewusst nicht vorgegeben, um möglichst für jede einzelne Frage inhaltlich verwertbare Antworten zu bekommen (Pelikan et al. 2013a; Schaeffer et al. 2016; Pelikan & Ganahl 2017). Nicht beantwortete Fragen wurden in der Datenaufbereitung bzw. Datenanalyse mit «keine Antwort» kodiert. Die Formulierung aller 47 Items ist in **Tabelle 3** dargestellt.

Nach Pelikan & Ganahl (2017) ermöglicht die standardisierte, modularisierte Form aller Items-Formulierungen sowohl Vergleiche aller Items miteinander, als auch die Bildung unterschiedlicher Indizes bzw. Skalen. Nach dem gleichen Format können zusätzlich weitere Items für Spezialaspekte der Gesundheitskompetenz bzw. für Aufgaben, die für bestimmte Bevölkerungsgruppen relevant sind, gebildet, verglichen und zu Indizes zusammengefasst werden. Der «HLS-EU-Q» ist zurzeit ein weit verbreitetes Instrument zur Messung von umfassender Gesundheitskompetenz in allgemeinen Populationen (Röthlin et al. 2017). Mit dem «HLS-EU-Q47» liegt ein theoretisch fundiertes, reliables und für europäische Länder validiertes Messinstrument für umfassende Gesundheitskompetenz vor, welches die Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene anhand von Einschätzungen der Befragten misst (Pelikan & Ganahl 2017). Das Messinstrument wurde auch in einigen nicht-europäischen Ländern verwendet und als umfassend, zuverlässig und zufriedenstellend eingestuft (Nakayama et al. 2015; Duong et al. 2017). Das Instrument ermöglicht, umfassende Gesundheitskompetenz und ihre relevanten Unterformen in unterschiedlichen Bevölkerungen mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden (z.B. Interviews, Internetfragebogen, Fragebogen zum Selbstausfüllen) zu messen. Die 47 Einzelfragen erfassen, wie einfach oder schwierig gesundheitsrelevante Aufgaben oder Tätigkeiten im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eingeschätzt werden. Die zugrundeliegenden Antworten auf die Fragen geben somit diagnostische Hinweise darauf, bei welchen konkreten Aufgaben die Bevölkerung oder bestimmte Bevölkerungsgruppen (in der vorliegenden Studie beispielsweise Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten) besondere Schwierigkeiten haben. Solche Hinweise können als Ausgangspunkt für die Planung von konkreten Verbesserungsmaßnahmen dienen (Pelikan & Ganahl 2017; Röthlin et al. 2017).



**Tabelle 2: Matrix der Items des Instruments «HLS-EU-Q47»; Sørensen et al. 2012, p. 13; eigene Übersetzung und Zusammenstellung**

| <b>Gesundheitskompetenz (Health Literacy)</b>           | <b>Gesundheitsrelevante Informationen finden</b>   | <b>Gesundheitsrelevante Informationen verstehen</b>  | <b>Gesundheitsrelevante Informationen beurteilen</b>   | <b>Gesundheitsrelevante Informationen anwenden</b>   |
|---|--|--|--|--|
|   | <b>1</b>   | <b>2</b>   | <b>3</b>   | <b>4</b>   |
| <b>Krankheitsbewältigung/<br/>Gesundheitsversorgung</b> | Fähigkeit, Informationen zu medizinischen oder versorgungsbezogenen Themen zu erhalten/zu finden                   | Fähigkeit, medizinische Informationen zu verstehen und ihre Bedeutung abzuleiten   | Fähigkeit, medizinische Informationen zu interpretieren und zu evaluieren  | Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu medizinischen Fragen zu treffen   |
|   | 4 Fragen   | 4 Fragen   | 4 Fragen   | 4 Fragen   |
|   | Q01  | Q05  | Q09  | Q13  |
|   | Q02  | Q06  | Q10  | Q14  |
|   | Q03  | Q07  | Q11  | Q15  |
|   | Q04  | Q08  | Q12  | Q16  |
|   | <b>5</b>   | <b>6</b>   | <b>7</b>   | <b>8</b>   |
| <b>Krankheitsprävention</b>                             | Fähigkeit, Informationen über gesundheitliche Risikofaktoren zu erhalten/zu finden                                 | Fähigkeit, Informationen über gesundheitliche Risikofaktoren zu verstehen und deren Bedeutung abzuleiten                                 | Fähigkeit, Informationen über gesundheitliche Risikofaktoren zu interpretieren und zu evaluieren                                 | Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu gesundheitlichen Risikofaktoren zu treffen                                  |
|   | 4 Fragen   | 3 Fragen   | 5 Fragen   | 3 Fragen   |
|   | Q17  | Q21  | Q24  | Q29  |
|   | Q18  | Q22  | Q25  | Q30  |
|   | Q19  | Q23  | Q26  | Q31  |
|   | Q20  |  | Q27  |  |
|   |  |  | Q28  |  |
|   | <b>9</b>   | <b>10</b>  | <b>11</b>  | <b>12</b>  |
| <b>Gesundheitsförderung</b>                             | Fähigkeit, Informationen über Gesundheitsdeterminanten in der sozialen und physischen Umwelt zu erhalten/zu finden | Fähigkeit, Informationen über Gesundheitsdeterminanten in der sozialen und physischen Umwelt zu verstehen und deren Bedeutung abzuleiten | Fähigkeit, Informationen über Gesundheitsdeterminanten in der sozialen und physischen Umfeld zu interpretieren und zu evaluieren | Fähigkeit, informierte Entscheidungen über Gesundheitsdeterminanten in der sozialen und physischen Umwelt zu treffen |
|   | 5 Fragen   | 4 Fragen   | 3 Fragen   | 4 Fragen   |
|   | Q32  | Q37  | Q41  | Q44  |
|   | Q33  | Q38  | Q42  | Q45  |
|   | Q34  | Q39  | Q43  | Q46  |
|   | Q35  | Q40  |  | Q47  |
|   | Q36  |  |  |  |

**Tabelle 3: Formulierung der Items des Instruments «HLS-EU-Q47»; Pelikan et al. 2013a; Pelikan & Ganahl 2017**

**Nr. Auf einer Skala von sehr schwierig bis sehr einfach, wie schwer/einfach fällt es Ihnen...**

**Q01** ...Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?

**Q02** ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?

**Q03** ...herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?

**Q04** ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?

**Q05** ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?

**Q06** ...die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?

**Q07** ...zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?

**Q08** ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?

**Q09** ...zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?

**Q10** ...Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?

**Q11** ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?

**Q12** ...zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?

**Q13** ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?

**Q14** ...den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?

**Q15** ...im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?

**Q16** ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?

**Q17** ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hoher Alkoholkonsum zu finden?

**Q18** ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?

**Q19** ...Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?

**Q20** ...Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel vermeiden oder damit umgehen kann?

**Q21** ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?

**Q22** ...zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?

**Q23** ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?

**Q24** ...zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z.B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?

**Q25** ...zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?

**Q26** ...zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?

**Q27** ...zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?

**Q28** ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?

**Q29** ...zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?

**Q30** ...aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?

**Q31** ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?

**Q32** ...Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegung und gesunde Ernährung zu finden?

**Q33** ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?

**Q34** ...Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte?

**Q35** ...etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten?

**Q36** ...sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?

**Q37** ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?

**Q38** ...Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?

**Q39** ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?

**Q40** ...Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?

**Q41** ...zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt?

**Q42** ...zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?

**Q43** ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?

**Q44** ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?

**Q45** ...einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?

**Q46** ...Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen?

**Q47** ...sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?

### **3.4. Population**

Die Population (Grundgesamtheit) umfasste alle Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach. Eingeschlossen wurden alle Angehörige der Pflegeassistenz, die der Pflegedienstleitung zugeordnet sind (N=212<sup>4</sup>). Sozialbetreuungsberufe wie Fach-Sozialbetreuerinnen und Fach-Sozialbetreuer oder Diplom-Sozialbetreuerinnen und Diplom-Sozialbetreuer, die über eine Ausbildung zur Pflegeassistenz verfügen, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Ein Mindest- und/oder Höchstalter war zu Beginn der Studie nicht bekannt. In Bezug auf das Alter waren keine Ein- und Ausschlusskriterien vorgesehen. Angesichts der in der Lebenswelt Kainbach bestehenden Geschlechterverteilung war im Vorfeld bekannt, dass die Population vorwiegend aus Frauen besteht. Aufgrund der überschaubaren

---

<sup>4</sup> Personalstand der Pflegeassistenz mit Stichtag 05.07.2017

und gut erreichbaren Population, wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Das bedeutet, dass alle 212 Personen zu ihrer Gesundheitskompetenz befragt wurden.

### **3.5. Setting**

Die Untersuchung fand in der Lebenswelt Kainbach in insgesamt 23 Wohngruppen statt. Die Lebenswelt Kainbach steht unter der Dachmarke «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» und umfasst alle Wohn- und Tagesbetreuungseinrichtungen am Standort Kainbach bei Graz. In den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» werden an mehreren Standorten pflegebedürftige, intellektuell, psychisch und mehrfach beeinträchtigte Menschen aller Altersstufen von einem multiprofessionellen Team aus den Fachbereichen Pflege, Medizin, Pädagogik, Klinische Psychologie, Ergo- und Physiotherapie sowie Sozialberatung betreut und begleitet. Das umfangreiche Angebot beinhaltet Leistungen nach dem Sozial- und Behindertenhilfegesetz. Es werden Wohngruppen bzw. Lebensräume für maximal 600 Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung oder psychischer Erkrankung geboten, die sich an verschiedenen fachlichen Schwerpunkten (z.B. Hoher Pflegebedarf, herausfordernde Verhaltensweisen, psychische Erkrankungen bzw. Doppeldiagnosen, Autismus-Spektrum-Störungen, Gehörlosigkeit und Altenpflege) orientieren. Je nach Standort werden Vollzeitbetreutes Wohnen, medizinisch-pflegerische 24-Stunden-Versorgung, Kurzzeitpflege zur Familienentlastung pflegender Angehöriger sowie Arbeit und Beschäftigung in Tageswerkstätten angeboten. Die Einrichtung der Barmherzigen Brüder Steiermark ist Arbeitgeber für rund 850 Menschen. Zu den größten Berufsgruppen zählen die Gesundheits- und Krankenpflegerberufe mit überwiegend Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten sowie die Sozialbetreuungsberufe<sup>5</sup>, vorwiegend mit dem Schwerpunkt Behindertenarbeit.

---

<sup>5</sup> Diplom-Sozialbetreuerinnen/Diplom-Sozialbetreuer, Fach-Sozialbetreuerinnen/Fach-Sozialbetreuer, Heimhelferinnen/Heimhelfer

### 3.6. Datenerhebung und Rekrutierungsverfahren

Die Gesamtleitung als auch die Pflegedienstleitung der «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» wurden durch ein persönliches Gespräch über Zweck, Ziel und Ablauf informiert. Im Rahmen dieses Gespräches wurde eine Erlaubnis zur Durchführung der Studie eingeholt. Eine Woche vor Beginn der Erhebungsphase wurde die geplante Untersuchung bei einer Sitzung der Wohngruppenleitungen mittels Power-Point-Präsentation vorgestellt. Ziel der Präsentation war es, dass alle Leiterinnen und Leiter über Vorhaben und genauen Ablauf informiert und aufgeklärt sind. Am ersten Erhebungstag wurden die Fragebögen auf allen 23 Wohngruppen ausgehändigt. Die Rekrutierung der befragten Personen erfolgte aktiv durch die jeweiligen Wohngruppenleitungen. Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurden über die Wohngruppenleitungen sowie über das Informationsschreiben zum Fragebogen in Kenntnis gesetzt. Die Datenerhebung erfolgte einmalig und schriftlich anhand eines vollstandardisierten Fragebogens zum Selbstauffüllen (**siehe Anhang**). Der Fragebogen lag ausgedruckt auf Papier vor. Insgesamt bestand der Fragebogen aus 52 geschlossenen Fragen. Mithilfe von Antwortvorgaben konnten die befragten Personen die jeweils passende Antwort ankreuzen. Bei den ersten 47 Fragen wurde die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz erhoben (**siehe Kapitel 3.3.**). Die Fragen zur umfassenden Gesundheitskompetenz wurden mit Angaben zur Soziodemografie erweitert (Geschlecht, Alter, Höchstes Bildungsniveau neben der Ausbildung zur Pflegeassistenz). Darüber hinaus wurde der aktuelle Beschäftigungsstatus (Vollzeit, Teilzeit, Geringfügig) und das Vorliegen einer chronischen Erkrankung (Ja/Nein) erhoben. Während dem Erhebungszeitraum konnten etwaige Fragen telefonisch, schriftlich per E-Mail oder persönlich an die Forschungsperson gestellt werden. Die teilnehmenden Personen konnten die ausgefüllten Fragebögen in eine dafür gekennzeichnete Mappe ablegen, welche in jeder Wohngruppe hinterlegt war. Nach einem Erhebungszeitraum von insgesamt vier Wochen wurden die ausgefüllten Fragebögen von der Forschungsperson eingesammelt.

### **3.7. Ethische Überlegungen**

Bei der Forschungstätigkeit werden nach Döring & Bortz (2016) forschungsethische und wissenschaftsethische Bereiche unterschieden. Diese beiden Bereiche wurden in der gesamten Forschungsarbeit berücksichtigt. Im Rahmen der Forschungsethik stand der ethische Umgang mit den Untersuchungspersonen im Vordergrund. Für die Erhebung waren keine physischen oder psychischen Risiken, Schädigungen oder Belastungen der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer zu erwarten. Darüber hinaus konnten weitere ethische Bedenken durch die Freiwilligkeit und über die informierte Einwilligung bzw. Zustimmung ausgeräumt werden. Die befragten Personen wurden über die Thematik und über die Zielsetzung der Studie in verständlicher Form schriftlich mit einem Informationsschreiben zum Fragebogen informiert und aufgeklärt. Auf dieser Basis wurde eine informierte Einwilligung bzw. Zustimmung zur freiwilligen Teilnahme an der Studie eingeholt. Die Forschungsdaten wurden anonym erhoben. Der ethisch verantwortungsvolle Umgang mit den teilnehmenden Personen wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz geprüft. Die Ethikkommission erklärte sich mit der Durchführung der Studie einverstanden. Ein positives Ethikvotum liegt vor (EK-Nummer: 29-461 ex 16/17). Innerhalb wissenschaftsethischer Überlegungen sind ethische Regeln guter wissenschaftlicher Praxis bedacht und eingehalten worden: beispielsweise die Anwendung der Forschungsmethode auf Basis des aktuellen Forschungsstandes, keine Manipulation oder Fälschungen der Unterlagen bzw. der Datensätze, kein Plagiat sowie der korrekte Umgang mit den Ergebnissen.

### **3.8. Datenaufbereitung und Datenanalyse**

Im Zuge der Datenaufbereitung wurden Variablen umkodiert und neue Wertelabels vergeben. Nicht beantwortete Fragen wurden mit «keine Antwort» kodiert. Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels der Statistik- und Analysesoftware IBM SPSS, Version 23. Es kamen deskriptive und bivariate Analysen sowie eine Varianzanalyse (ANOVA) zum Einsatz. Berechnet wurden Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte, Standardabweichungen für den Index zur Gesundheitskompetenz, Signifikanztests der Mittelwerte (Post-hoc-Test nach Tukey) und Kreuztabellen für die Gesundheitskompetenzlevel nach den soziodemografischen Determinanten. Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert von  $< 0,05$  festgesetzt.

# 04

## Ergebnisse

### 4.1. Charakteristika der teilnehmenden Personen

Bei der Erhebung zur Gesundheitskompetenz wurden 212 Personen befragt. Insgesamt haben 172 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten an der Studie teilgenommen. Das ergibt eine Rücklaufquote von 81,1%.

**Tabelle 4: Geschlecht (n=165)**

| Geschlecht | n   | %    |
|------------|-----|------|
| Weiblich   | 122 | 73,9 |
| Männlich   | 43  | 26,1 |

Insgesamt haben 122 Frauen und 43 Männer an der Studie teilgenommen (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 5: Altersgruppen (n=166)**

| Altersgruppen | n  | %    |
|---------------|----|------|
| bis 19 Jahre  | 0  | 0,0  |
| 20 - 29 Jahre | 34 | 20,5 |
| 30 - 39 Jahre | 35 | 21,1 |
| 40 - 49 Jahre | 48 | 28,9 |
| ab 50 Jahre   | 49 | 29,5 |

Bei den teilnehmenden Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten gab es keine Person, die jünger als 20 Jahre ist. 35 Personen waren zwischen 30 und 39 Jahre. Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren 40 Jahre und älter (siehe Tabelle 5).



**Tabelle 6: Beschäftigungsstatus (n=167)**

| Beschäftigungsstatus      | n   | %    |
|---------------------------|-----|------|
| Vollzeit                  | 101 | 60,5 |
| Teilzeit oder Geringfügig | 66  | 39,5 |

Mehr als die Hälfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten waren Vollzeit beschäftigt. 66 Personen waren in einer Teilzeit-Beschäftigung oder arbeitenden geringfügig (**siehe Tabelle 6**).

**Tabelle 7: Höchster Bildungsabschluss (n=163)**

| Höchster Bildungsabschluss                  | n  | %    |
|---|----|------|
| Neunte Schulstufe                           | 31 | 19,0 |
| Lehrabschluss                               | 88 | 54,0 |
| Berufsbildende mittlere Schule (BMS)        | 24 | 14,7 |
| Matura, Hochschule oder sonstige Ausbildung | 20 | 12,3 |

Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Personen haben, neben der Ausbildung zur Pflegeassistenz, einen Lehrabschluss als höchsten Bildungsabschluss angeführt. 31 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten haben angeführt, dass sie die neunte Schulstufe als höchsten Bildungsabschluss vorweisen. 20 Personen haben eine Matura, Hochschule oder eine sonstige Ausbildung (z.B. Meisterprüfung) absolviert (**siehe Tabelle 7**).

**Tabelle 8: Vorhandensein einer chronischen Erkrankung (n=168)**

| Chronische Erkrankung | n   | %    |
|-----------------------|-----|------|
| Ja                    | 34  | 20,2 |
| Nein                  | 134 | 79,8 |

134 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten haben angeführt, dass sie keine chronische Erkrankung haben. Bei 34 Personen ist eine chronische Erkrankung vorhanden (**siehe Tabelle 8**).

## 4.2. Die Gesundheitskompetenz-Items (n=172)

Im Zentrum der Analyse stehen die 47 Items zur Gesundheitskompetenz. Die einzelnen Fragen teilen sich in folgende Domänen bzw. Bereiche auf:

- Krankheitsbewältigung (Q01 bis Q16),
- Krankheitsprävention (Q17 bis Q31) und
- Gesundheitsförderung (Q32 bis Q47)

In den **Tabellen 9, 11 & 13** ist ersichtlich, dass die meisten Fragen beantwortet wurden. Bei zwei Items war der Anteil von «keine Antwort» leicht erhöht (Q13 und Q39 mit je 2,3%). Auffällig ist, dass die Anteile von «keine Antwort» im Bereich «Gesundheitsförderung» am häufigsten vorkommen (Q37 bis Q47). Hier zeigen sich vermehrt Anteile von 1,2% bis 1,7%. Um die Items in den drei Bereichen besser vergleichen zu können und übersichtlicher darzustellen, wurden die beiden Kategorien «sehr schwierig» und «ziemlich schwierig» zu einer Kategorie «schwierig» und die beiden Kategorien «sehr einfach» und «ziemlich einfach» zu einer Kategorie «einfach» zusammengefasst (**siehe Tabelle 10, 12 & 14**)

### 4.2.1. Krankheitsbewältigung (GK-KB)

Im Bereich Krankheitsbewältigung (**siehe Tabelle 10**) zeigt sich, dass es für die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach am einfachsten ist, den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen (Q16 mit 96,5%), den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen (Q08 mit 93,6%), im Notfall einen Krankenwagen zu rufen (Q15 mit 93,0%) und den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen (Q14 mit 91,3%).

Als am schwierigsten finden mehr als die Hälfte der Personen zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind (Q12 mit 57,6%). Im Vergleich zu den anderen Items finden es die teilnehmenden Personen schwierig, die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen (Q10 mit 39,5%) sowie zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten (Q11 mit 39,0%).

**Tabelle 9: Gesundheitskompetenz-Items für den Bereich «Krankheitsbewältigung»,  
Prozentsätze aller Antwortkategorien (n=172; je Item)**

| Krankheitsbewältigung (GK-KB) |   |                |                    |                  |              |               |
|-------------------------------|---|----------------|--------------------|------------------|--------------|---------------|
| Nr.                           | Auf einer Skala von sehr schwierig bis sehr einfach, wie schwer/einfach fällt es Ihnen...                     | sehr schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich einfach | sehr einfach | keine Antwort |
| <b>Q01</b>                    | ...Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?                                       | 1,7            | 13,4               | 62,8             | 21,5         | 0,6           |
| <b>Q02</b>                    | ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?                                | 2,3            | 19,8               | 55,2             | 22,1         | 0,6           |
| <b>Q03</b>                    | ...herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?                                       | 0,0            | 11,6               | 54,7             | 33,7         | 0,0           |
| <b>Q04</b>                    | ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?                                 | 0,6            | 18,0               | 44,2             | 37,2         | 0,0           |
| <b>Q05</b>                    | ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?   | 1,7            | 11,6               | 60,5             | 25,6         | 0,6           |
| <b>Q06</b>                    | ...die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?   | 4,7            | 15,7               | 50,0             | 29,7         | 0,0           |
| <b>Q07</b>                    | ...zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?   | 0,0            | 9,3                | 66,9             | 23,8         | 0,0           |
| <b>Q08</b>                    | ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?     | 0,0            | 6,4                | 40,7             | 52,9         | 0,0           |
| <b>Q09</b>                    | ...zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?                                     | 1,2            | 14,0               | 61,0             | 22,1         | 1,7           |
| <b>Q10</b>                    | ...Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?                               | 5,8            | 33,7               | 48,3             | 11,6         | 0,6           |
| <b>Q11</b>                    | ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?                       | 7,0            | 32,0               | 41,3             | 18,6         | 1,2           |
| <b>Q12</b>                    | ...zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?                   | 13,4           | 44,2               | 32,0             | 8,7          | 1,7           |
| <b>Q13</b>                    | ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen? | 1,2            | 25,6               | 58,7             | 12,2         | 2,3           |
| <b>Q14</b>                    | ...den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?   | 0,6            | 8,1                | 38,4             | 52,9         | 0,0           |
| <b>Q15</b>                    | ...im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?  | 1,7            | 5,2                | 32,0             | 61,0         | 0,0           |
| <b>Q16</b>                    | ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?  | 0,0            | 3,5                | 43,0             | 53,5         | 0,0           |

**Tabelle 10: Gesundheitskompetenz-Items für den Bereich «Krankheitsbewältigung»,  
Prozentsätze zusammengefasster Antwortkategorien (n=172; je Item)**

| Krankheitsbewältigung (GK-KB) |   |           |         |               |
|-------------------------------|---|-----------|---------|---------------|
| Nr.                           | Auf einer Skala von sehr schwierig bis sehr einfach, wie schwer/einfach fällt es Ihnen...                     | schwierig | einfach | keine Antwort |
| <b>Q01</b>                    | ...Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?                                       | 15,1      | 84,3    | 0,6           |
| <b>Q02</b>                    | ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?                                | 22,1      | 77,3    | 0,6           |
| <b>Q03</b>                    | ...herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?                                       | 11,6      | 88,4    | 0,0           |
| <b>Q04</b>                    | ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?                                 | 18,6      | 81,4    | 0,0           |
| <b>Q05</b>                    | ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?   | 13,3      | 86,1    | 0,6           |
| <b>Q06</b>                    | ...die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?   | 20,4      | 79,7    | 0,0           |
| <b>Q07</b>                    | ...zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?   | 9,3       | 90,7    | 0,0           |
| <b>Q08</b>                    | ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?     | 6,4       | 93,6    | 0,0           |
| <b>Q09</b>                    | ...zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?                                     | 15,2      | 83,1    | 1,7           |
| <b>Q10</b>                    | ...Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?                               | 39,5      | 59,9    | 0,6           |
| <b>Q11</b>                    | ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?                       | 39,0      | 59,9    | 1,2           |
| <b>Q12</b>                    | ...zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?                   | 57,6      | 40,7    | 1,7           |
| <b>Q13</b>                    | ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen? | 26,8      | 70,9    | 2,3           |
| <b>Q14</b>                    | ...den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?   | 8,7       | 91,3    | 0,0           |
| <b>Q15</b>                    | ...im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?  | 6,9       | 93,0    | 0,0           |
| <b>Q16</b>                    | ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?  | 3,5       | 96,5    | 0,0           |

#### 4.2.2. Krankheitsprävention (GK-PV)

**Tabelle 12** zeigt, dass es für die Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach im Bereich der Krankheitsprävention am einfachsten ist, zu verstehen, warum sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen (Q23 mit 93,6%). Gesundheitswarnungen von Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen (Q21 mit 92,5%) und Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel vermeiden oder damit umgehen kann, (Q20 mit 88,4%) empfinden sie als ebenso einfach.

Fast die Hälfte der Personen findet es schwierig zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind (Q28 mit 49,4%) oder aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können (Q31 mit 43,0%). 38,4% der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach finden es schwierig zu entscheiden, ob sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten (Q29) und 34,3% haben Probleme damit, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden (Q18).

**Tabelle 11: Gesundheitskompetenz-Items für den Bereich «Krankheitsprävention»,  
Prozentsätze aller Antwortkategorien (n=172; je Item)**

| Krankheitsprävention (GK-PV) |  |                |                    |                  |              |               |
|------------------------------|--|----------------|--------------------|------------------|--------------|---------------|
| Nr.                          | Auf einer Skala von sehr schwierig bis sehr einfach, wie schwer/einfach fällt es Ihnen...  | sehr schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich einfach | sehr einfach | keine Antwort |
| Q17                          | ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hoher Alkoholkonsum zu finden?                              | 2,9            | 12,8               | 45,3             | 39,0         | 0,0           |
| Q18                          | ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?  | 5,8            | 28,5               | 42,4             | 22,7         | 0,6           |
| Q19                          | ...Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?   | 2,3            | 18,0               | 51,2             | 27,9         | 0,6           |
| Q20                          | ...Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel vermeiden oder damit umgehen kann? | 2,3            | 9,3                | 57,0             | 31,4         | 0,0           |
| Q21                          | ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?  | 1,2            | 6,4                | 41,9             | 50,6         | 0,0           |
| Q22                          | ...zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?   | 3,5            | 9,3                | 41,9             | 45,3         | 0,0           |
| Q23                          | ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?  | 1,7            | 4,7                | 38,4             | 55,2         | 0,0           |
| Q24                          | ...zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z.B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?                                     | 1,2            | 14,0               | 47,1             | 37,2         | 0,6           |
| Q25                          | ...zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?  | 1,7            | 15,1               | 47,7             | 35,5         | 0,0           |
| Q26                          | ...zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?   | 4,7            | 21,5               | 45,9             | 27,3         | 0,6           |
| Q27                          | ...zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?  | 4,1            | 15,1               | 52,3             | 28,5         | 0,0           |
| Q28                          | ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?  | 8,7            | 40,7               | 39,5             | 9,3          | 1,7           |
| Q29                          | ...zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?   | 13,4           | 25,0               | 26,7             | 34,9         | 0,0           |
| Q30                          | ...aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?   | 4,1            | 26,7               | 45,3             | 23,8         | 0,0           |
| Q31                          | ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?   | 7,0            | 36,0               | 40,1             | 16,3         | 0,6           |

**Tabelle 12: Gesundheitskompetenz-Items für den Bereich «Krankheitsprävention»,  
Prozentsätze zusammengefasster Antwortkategorien (n=172; je Item)**

| Krankheitsprävention (GK-PV) |  |           |         |               |
|------------------------------|--|-----------|---------|---------------|
| Nr.                          | Auf einer Skala von sehr schwierig bis sehr einfach, wie schwer/einfach fällt es Ihnen...  | schwierig | einfach | keine Antwort |
| Q17                          | ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hoher Alkoholkonsum zu finden?                              | 15,7      | 84,3    | 0,0           |
| Q18                          | ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?  | 34,3      | 65,1    | 0,6           |
| Q19                          | ...Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?   | 20,3      | 79,1    | 0,6           |
| Q20                          | ...Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel vermeiden oder damit umgehen kann? | 11,6      | 88,4    | 0,0           |
| Q21                          | ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?  | 7,6       | 92,5    | 0,0           |
| Q22                          | ...zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?   | 12,8      | 87,2    | 0,0           |
| Q23                          | ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?  | 6,4       | 93,6    | 0,0           |
| Q24                          | ...zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z.B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?                                     | 15,2      | 84,3    | 0,6           |
| Q25                          | ...zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?  | 16,8      | 83,2    | 0,0           |
| Q26                          | ...zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?   | 26,2      | 73,2    | 0,6           |
| Q27                          | ...zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?  | 19,2      | 80,8    | 0,0           |
| Q28                          | ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?  | 49,4      | 48,8    | 1,7           |
| Q29                          | ...zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?   | 38,4      | 61,6    | 0,0           |
| Q30                          | ...aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?   | 30,8      | 69,1    | 0,0           |
| Q31                          | ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?   | 43,0      | 56,4    | 0,6           |

### 4.2.3. Gesundheitsförderung (GK-GF)

Im Bereich Gesundheitsförderung zeigt **Tabelle 14**, dass es für 90,1% der Personen einfach ist, Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegung und gesunde Ernährung zu finden (Q32). Des Weiteren finden es Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach einfach zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit ihrer Gesundheit zusammenhängen (Q43 mit 86,0%). Sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren, empfinden sie als ebenso einfach (Q36 mit 84,3%).

Mit 59,3% finden es mehr als die Hälfte der teilnehmenden Personen schwierig, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten (Q35). 43,6% der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten haben Probleme damit, Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen (Q38). Im Vergleich zu den anderen Items finden es 32,6% schwierig, einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen (Q45) oder Informationen in den Medien darüber zu verstehen, wie sie ihren Gesundheitszustand verbessern können (Q39 mit 32,5%). 32,0% der Personen finden es schwierig, sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in ihrer Umgebung verbessern (Q47).



**Tabelle 13: Gesundheitskompetenz-Items für den Bereich «Gesundheitsförderung»,  
Prozentsätze aller Antwortkategorien (n=172; je Item)**

| Gesundheitsförderung (GK-GF) |   |                |                    |                  |              |               |
|------------------------------|---|----------------|--------------------|------------------|--------------|---------------|
| Nr.                          | Auf einer Skala von sehr schwierig bis sehr einfach, wie schwer/einfach fällt es Ihnen...                     | sehr schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich einfach | sehr einfach | keine Antwort |
| <b>Q32</b>                   | ...Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegung und gesunde Ernährung zu finden?     | 4,1            | 5,2                | 54,1             | 36,0         | 0,6           |
| <b>Q33</b>                   | ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?              | 4,7            | 22,1               | 43,6             | 29,7         | 0,0           |
| <b>Q34</b>                   | ...Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte?                      | 3,5            | 27,9               | 41,9             | 26,7         | 0,0           |
| <b>Q35</b>                   | ...etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten?     | 16,3           | 43,0               | 27,3             | 13,4         | 0,0           |
| <b>Q36</b>                   | ...sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?                                | 1,2            | 14,0               | 51,7             | 32,6         | 0,6           |
| <b>Q37</b>                   | ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?                                  | 1,7            | 19,2               | 51,2             | 26,7         | 1,2           |
| <b>Q38</b>                   | ...Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?   | 7,6            | 36,0               | 34,3             | 20,3         | 1,7           |
| <b>Q39</b>                   | ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?     | 5,2            | 27,3               | 47,7             | 17,4         | 2,3           |
| <b>Q40</b>                   | ...Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?                              | 5,2            | 26,7               | 40,1             | 26,7         | 1,2           |
| <b>Q41</b>                   | ...zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt?               | 2,9            | 15,1               | 48,3             | 32,0         | 1,7           |
| <b>Q42</b>                   | ...zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?                          | 2,9            | 15,1               | 43,6             | 36,6         | 1,7           |
| <b>Q43</b>                   | ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?                             | 0,6            | 11,6               | 48,8             | 37,2         | 1,7           |
| <b>Q44</b>                   | ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?   | 2,9            | 19,8               | 41,9             | 34,3         | 1,2           |
| <b>Q45</b>                   | ...einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?                        | 7,6            | 25,0               | 33,1             | 33,1         | 1,2           |
| <b>Q46</b>                   | ...Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? | 6,4            | 18,0               | 48,3             | 25,6         | 1,7           |
| <b>Q47</b>                   | ...sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?            | 3,5            | 28,5               | 42,4             | 24,4         | 1,2           |

**Tabelle 14: Gesundheitskompetenz-Items für den Bereich «Gesundheitsförderung»,  
Prozentsätze zusammengefasster Antwortkategorien (n=172; je Item)**

| Gesundheitsförderung (GK-GF) |   |           |         |               |
|------------------------------|---|-----------|---------|---------------|
| Nr.                          | Auf einer Skala von sehr schwierig bis sehr einfach, wie schwer/einfach fällt es Ihnen...                     | schwierig | einfach | keine Antwort |
| Q32                          | ...Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegung und gesunde Ernährung zu finden?     | 9,3       | 90,1    | 0,6           |
| Q33                          | ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?              | 26,8      | 73,3    | 0,0           |
| Q34                          | ...Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte?                      | 31,4      | 68,6    | 0,0           |
| Q35                          | ...etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten?     | 59,3      | 40,7    | 0,0           |
| Q36                          | ...sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?                                | 15,2      | 84,3    | 0,6           |
| Q37                          | ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?                                  | 20,9      | 77,9    | 1,2           |
| Q38                          | ...Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?   | 43,6      | 54,6    | 1,7           |
| Q39                          | ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?     | 32,5      | 65,1    | 2,3           |
| Q40                          | ...Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?                              | 31,9      | 66,8    | 1,2           |
| Q41                          | ...zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt?               | 18,0      | 80,3    | 1,7           |
| Q42                          | ...zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?                          | 18,0      | 80,2    | 1,7           |
| Q43                          | ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?                             | 12,2      | 86,0    | 1,7           |
| Q44                          | ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?   | 22,7      | 76,2    | 1,2           |
| Q45                          | ...einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?                        | 32,6      | 66,2    | 1,2           |
| Q46                          | ...Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? | 24,4      | 73,9    | 1,7           |
| Q47                          | ...sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?            | 32,0      | 66,8    | 1,2           |

### 4.3. Die Gesundheitskompetenz-Indizes

Nach Pelikan et al. (2013a) und Pelikan & Ganahl (2017) erlaubt das zugrunde liegende konzeptuelle Modell der Gesundheitskompetenz von Sørensen et al. (2012) und die davon abgeleitete Item-Matrix eine Berechnung von unterschiedlichen Gesundheitskompetenz-Indizes. Diese Indizes repräsentieren spezifische Dimensionen oder Zusammenfassungen von Dimensionen und bestehen aus einer Kombination von Einzelitems, mit denen die jeweiligen Dimensionen operationalisiert wurden. Aus dem konzeptuellen Modell der Gesundheitskompetenz können folgende Indizes berechnet werden:

- Ein gesamter und umfassender Index zur Gesundheitskompetenz, der sich aus allen 47 Items zusammensetzt und alle Bereiche der Gesundheitskompetenz abdeckt (= GK-Ges).
- Drei spezifische Sub-Indizes für die Bereiche Krankheitsbewältigung (= GK-KB), Krankheitsprävention (= GK-PV) und Gesundheitsförderung (= GK-GF).
- Vier spezifische Sub-Indizes für die Arten bzw. für die Stadien der Informationsverarbeitung: Informationen finden (= GK-IF), Informationen verstehen (= GK-IV), Informationen beurteilen (=GK-IB) und Informationen anwenden (= GK-IA).
- 12 verschiedene Sub-Indizes, die jeweils eine spezifische Zelle der HLS-EU-Datenmatrix erfassen: Informationen über Krankheitsbewältigung finden (= GK-KB-IF), Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen (= GK-KB-IV), Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen (= GK-KB-IB), Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden (= GK-KB-IA), Informationen über Krankheitsprävention finden (= GK-PV-IF), Informationen über Krankheitsprävention verstehen (= GK-PV-IV), Informationen über Krankheitsprävention beurteilen (= GK-PV-IB), Informationen über Krankheitsprävention anwenden (= GK-PV-IA), Informationen über Gesundheitsförderung finden (= GK-GF-IF), Informationen über Gesundheitsförderung verstehen (= GK-GF-IV), Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen (= GK-GF-IB) und Informationen über Gesundheitsförderung anwenden (= GK-GF-IA).

Für die Kalkulation der Indizes wurden den vier Antwortkategorien des Erhebungsinstrumentes «HLS-EU-Q47» folgende numerische Werte zugewiesen:

- 1= sehr schwierig
- 2= ziemlich schwierig
- 3= ziemlich einfach
- 4= sehr einfach

Höhere Indexwerte drücken somit auch eine höhere Gesundheitskompetenz aus.

Schwerpunkt dieser Arbeit liegt wie im Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz von Pelikan et al. (2013a) auf der umfassenden Gesundheitskompetenz und auf die drei Sub-Indizes der Bereiche Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Die **Tabelle 15** zeigt, welche Items in welchen der vier verwendeten Indizes zusammengefasst wurden.

Um Berechnungen, Vergleiche und die Interpretation zu vereinfachen, wurden die vier Indizes in eine gemeinsame Metrik transformiert. Dadurch erstreckt sich jeder Index von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 50. Die Transformation wurde mit folgender Formel berechnet:

$$\text{Index} = (X - 1) * \frac{50}{3}$$

- X = Mittelwert, berechnet aus allen valide beantworteten Items, die der Index zusammenfasst
- 1 = kleinster valider Wert, den ein Item annehmen kann
- 50 = gewähltes Maximum der neuen Index-Metrik
- 3 = Spannweite der Item-Werte

**Tabelle 15: Zugehörigkeit der Items zum GK-Index, Anzahl notwendiger Antworten für die Indexkalkulation, Pelikan et al. 2013a, p. 34**

| Item  | GK-Ges | GK-KB | GK-PV | GK-GF |
|---|--------|-------|-------|-------|
| Q01 und Q09   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q02 und Q10   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q03 und Q11   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q04 und Q12   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q05 und Q13   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q06 und Q14   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q07 und Q15   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q08 und Q16   | ✓      | ✓     |       |       |
| Q17 und Q25   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q18 und Q26   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q19 und Q27   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q20 und Q28   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q21 und Q29   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q22 und Q30   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q23 und Q31   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q24   | ✓      |       | ✓     |       |
| Q32 und Q40   | ✓      |       |       | ✓     |
| Q33 und Q41   | ✓      |       |       | ✓     |
| Q34 und Q42   | ✓      |       |       | ✓     |
| Q35 und Q43   | ✓      |       |       | ✓     |
| Q36 und Q44   | ✓      |       |       | ✓     |
| Q37 und Q45   | ✓      |       |       | ✓     |
| Q38 und Q46   | ✓      |       |       | ✓     |
| Q39 und Q47   | ✓      |       |       | ✓     |
| <b>Minimal notwendige Anzahl von validen Antworten für die Indexkalkulation</b> |        |       |       |       |
| Anzahl  | 43     | 15    | 14    | 15    |
| <b>Neue Metrik der Indizes</b>  |        |       |       |       |
| Minimum   | 0      | 0     | 0     | 0     |
| Maximum   | 50     | 50    | 50    | 50    |

Damit für eine Person ein Index berechnet wurde, mussten zumindest 90% der von dem Index erfassten Items valide sein, d.h. 90% der erfassten Items mussten beantwortet werden. Die **Tabelle 16** zeigt, dass unter diesen Voraussetzungen von insgesamt 172 Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei der umfassenden Gesundheitskompetenz (= GK-Ges) 168 Personen, im Bereich Krankheitsbewältigung (= GK-KB) 169 Personen, im Bereich Krankheitsprävention (= GK-PV) 170 Personen und im Bereich der Gesundheitsförderung (= GK-GF) 169 Personen für die Berechnung eines Index herangezogen werden konnten.

**Tabelle 16: Angaben der gültigen und fehlenden Werte für die vier Hauptindizes**

|         | GK-Ges     |      | GK-KB      |      | GK-PV      |      | GK-GF      |      |
|---------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|
|         | n          | %    | n          | %    | n          | %    | n          | %    |
| Gültig  | <b>168</b> | 97,7 | <b>169</b> | 98,3 | <b>170</b> | 98,8 | <b>169</b> | 98,3 |
| Fehlend | 4          | 2,3  | 3          | 1,7  | 2          | 1,2  | 3          | 1,7  |

#### 4.3.1. Reliabilität der vier Gesundheitskompetenz-Indizes

Die Reliabilität der Indizes wurde durch den Cronbach's Alpha-Koeffizient, ein Reliabilitätsindex für interne Konsistenz, überprüft. Folgende Werte wurden für die vier Gesundheitskompetenz-Indizes ermittelt (**Tabelle 17**):

**Tabelle 17: Cronbach's-Alpha Werte für die vier Hauptindizes**

| GK-Ges | GK-KB | GK-PV | GK-GF |
|--------|-------|-------|-------|
| 0,867  | 0,943 | 0,917 | 0,922 |

Nach Polit & Beck (2017) kann der Koeffizient Werte zwischen 0.00 (nicht zuverlässig) und 1.00 (zuverlässig) annehmen. Je höher der Koeffizient ist, desto reliabler bzw. genauer die Messung. Die berechneten Cronbach's Alpha-Koeffizienten für alle vier Indizes liegen dem Wert von 1.00 sehr nahe und gelten daher als akzeptabel.

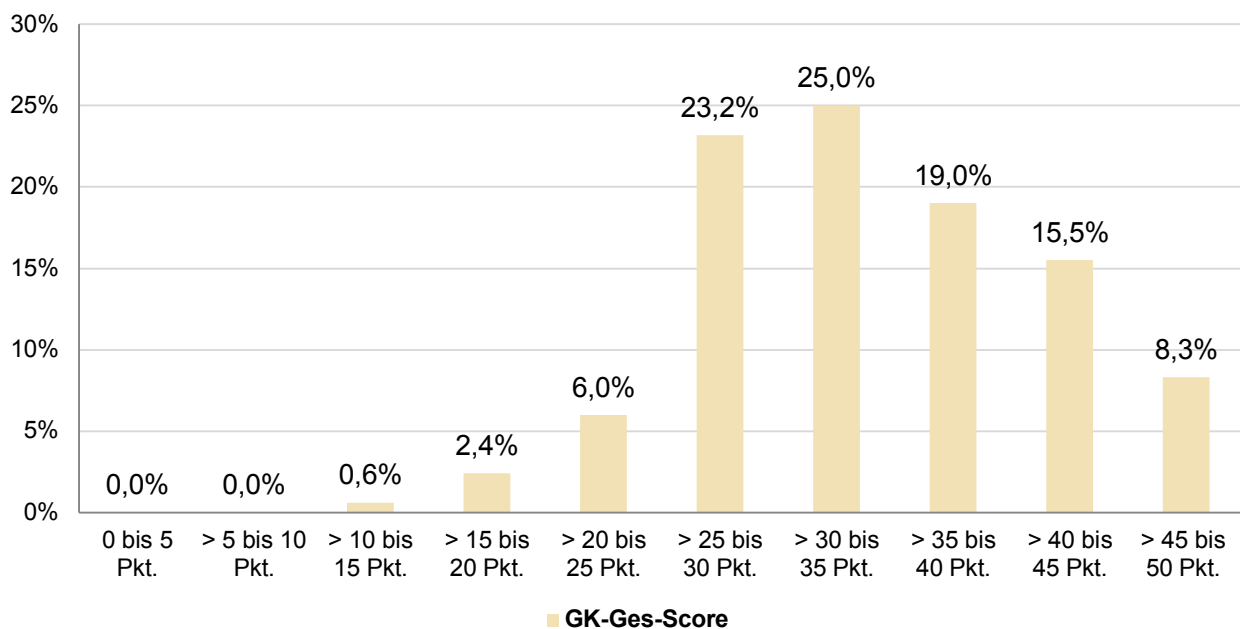
#### 4.3.2. Validität der vier Gesundheitskompetenz-Indizes

Nach Pelikan et al. (2013a) wurde das Instrument im Rahmen des HLS-EU-Projekts von einem internationalen Team aus Expertinnen und Experten in einem schrittweisen, partizipativen Prozess entwickelt. Dadurch wurde gewährleistet, dass die 47 Items zur Gesundheitskompetenz alle in dem Modell und der Definition der HLS-EU-Studie als wesentlich und wichtig definierten Dimensionen von Gesundheitskompetenz abdecken. Durch die systematische Prozessgestaltung der Item-Entwicklung und der Item-Auswahl wurde eine Inhalts- und Augenscheinvalidität gesichert.

### 4.3.3. Häufigkeitsverteilungen der vier Gesundheitskompetenz-Indizes

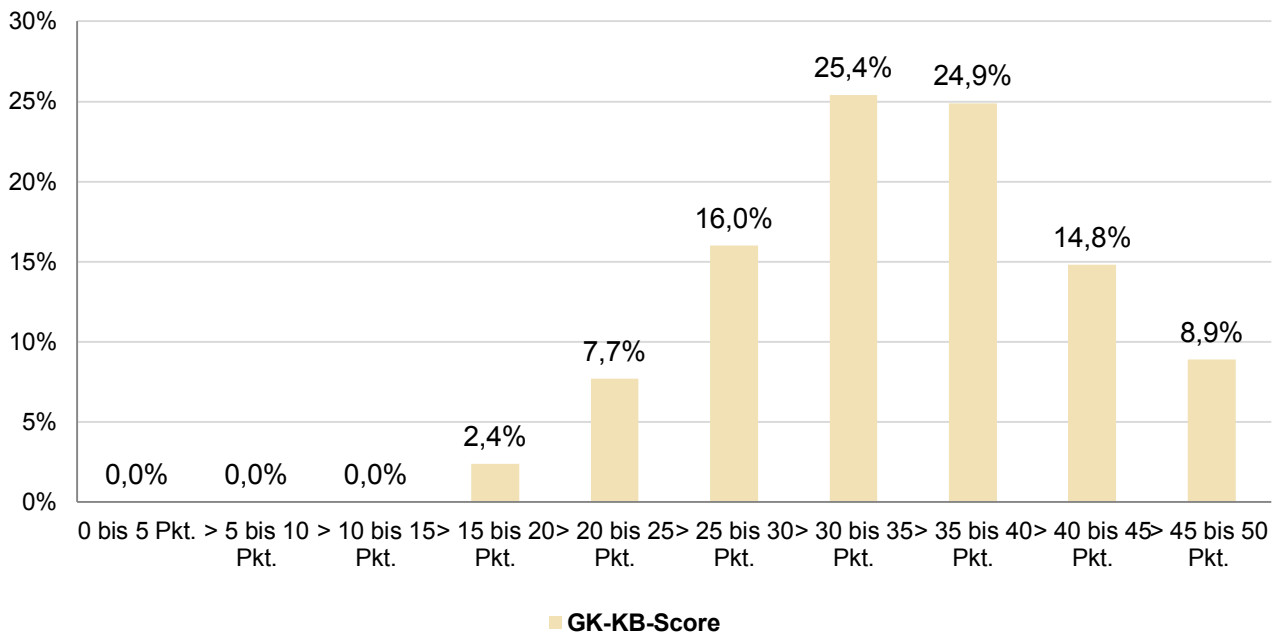
Nach Pelikan et al. (2013a) beträgt die geringstmöglich messbare Gesundheitskompetenz 0 Punkte. Dieser Wert kann nur erreicht werden, wenn eine Person sämtliche im Index zusammengefassten Items als «sehr schwierig» betrachtet. Der mögliche Maximalwert der Indizes beträgt 50 Punkte. Diese Punkteanzahl bezeichnet die höchstmöglich messbare Gesundheitskompetenz und wird erreicht, wenn eine Person sämtliche Items, die im Index zusammengefasst werden, mit «sehr einfach» beantwortet.

Die Verteilung der Punkte je Index ist in den **Abbildungen 3 bis 6** zu entnehmen:



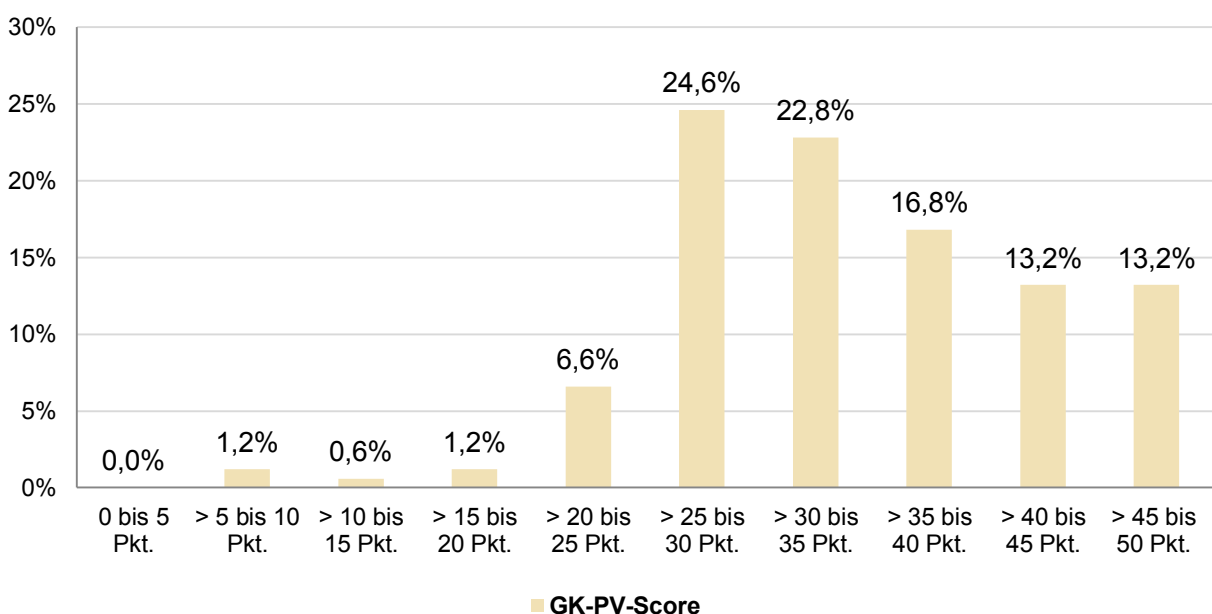
**Abbildung 3: Verteilung der Punkte für die «umfassende Gesundheitskompetenz» (GK-Ges-Score); n=168**

Bei der umfassenden Gesundheitskompetenz liegen die meisten Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten im Abschnitt 30 bis 35 Punkte (25,0%), gefolgt von 23,2% im Abschnitt 25 bis 30 Punkte und 19,0% im Abschnitt 35 bis 40 Punkte. In den Abschnitten 0 bis 5 Punkte und 5 bis 10 Punkte belaufen sich die Anteile auf 0,0%. Das bedeutet, dass es im Bereich der umfassenden Gesundheitskompetenz keine Person gibt, die weniger als 10 Punkte erreicht hat. 8,3% der Personen befinden sich im vorderen Abschnitt 45 bis 50 Punkte (**Abbildung 3**).



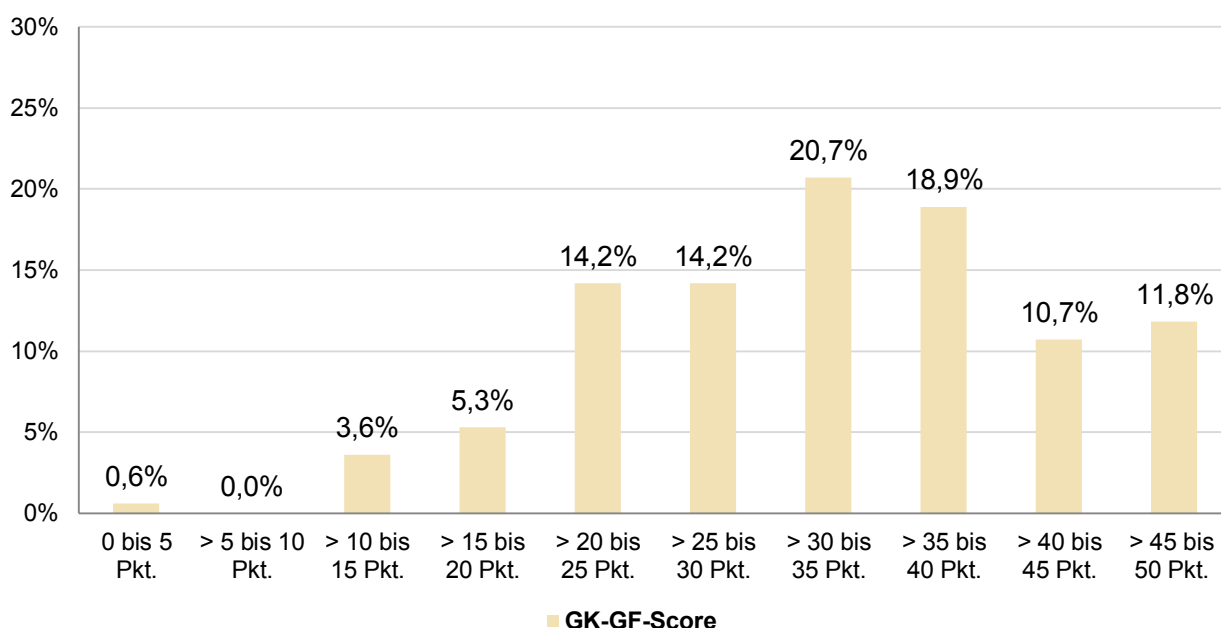
**Abbildung 4: Verteilung der Punkte für die Gesundheitskompetenz im Bereich der «Krankheitsbewältigung» (GK-KB-Score); n=169**

Im Bereich der Krankheitsbewältigung liegen die meisten Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten im Abschnitt 30 bis 35 Punkte (25,4%), gefolgt von 24,9% im Abschnitt 35 bis 40 Punkte und 16,0% im Abschnitt 25 bis 30 Punkte (**Abbildung 4**). Im Bereich der Krankheitsprävention befindet sich die Mehrzahl der Personen im Abschnitt 25 bis 30 Punkte (24,6%). 22,8% der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten liegt im Abschnitt 30 bis 35 Punkte und 16,8% im Abschnitt 35 bis 40 Punkte (**Abbildung 5**).



**Abbildung 5: Verteilung der Punkte für die Gesundheitskompetenz im Bereich der «Krankheitsprävention» (GK-PV-Score); n=170**





**Abbildung 6: Verteilung der Punkte für die Gesundheitskompetenz im Bereich der «Gesundheitsförderung» (GK-GF-Score); n=169**

Im Bereich der Gesundheitsförderung befindet sich die Mehrzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten im Abschnitt 30 bis 35 Punkte (20,7%), gefolgt von 18,9% im Abschnitt 35 bis 40 Punkte. 0,6% der Personen liegen im letzten Abschnitt 0 bis 5 Punkte und 11,8% im vorderen Abschnitt 45 bis 50 Punkte (**Abbildung 6**).

#### 4.3.4. Mittelwerte der Gesundheitskompetenz-Indizes im Vergleich

Die **Tabelle 18** zeigt, dass die Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Europa, Österreich und der Steiermark in allen Bereichen die durchschnittlich höchste Gesundheitskompetenz vorweist. Im Bereich der Krankheitsprävention (GK-PV) zeigt die Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach den identen Mittelwert wie die europäische Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 18: Mittelwerte der vier Gesundheitskompetenz-Indizes im Vergleich mit Europa, Österreich und der Steiermark, Mittelwerte für Europa, Österreich und Steiermark: Pelikan et al. (2013a), p. 50.**

|                 | GK-Ges | GK-KB | GK-PV | GK-GF |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|
| Pflegeassistenz | 33,9   | 34,8  | 34,2  | 32,8  |
| Steiermark      | 30,8   | 31,5  | 31,8  | 29,2  |
| Österreich      | 32,6   | 33,4  | 33,3  | 31,3  |
| Europa          | 33,8   | 34,7  | 34,2  | 32,5  |

**Tabelle 19: Deskriptive Statistik für die vier Hauptindizes**

|                                 |         | GK-Ges | GK-KB | GK-PV | GK-GF |
|---------------------------------|---------|--------|-------|-------|-------|
|                                 | Gültig  | 168    | 169   | 170   | 169   |
|                                 | Fehlend | 4      | 3     | 2     | 3     |
| Mittelwert                      |         | 33,9   | 34,8  | 34,2  | 32,8  |
| Standardfehler des Mittelwertes |         | 0,6    | 0,6   | 0,6   | 0,7   |
| Median                          |         | 33,3   | 34,4  | 33,3  | 33,3  |
| Standardabweichung              |         | 7,4    | 7,2   | 8,5   | 9,3   |
| Schiefe                         |         | 0,0    | -0,1  | -0,3  | -0,2  |
| Kurtosis                        |         | -0,4   | -0,4  | 0,2   | -0,4  |
| Spannweite                      |         | 36,2   | 32,3  | 44,4  | 45,8  |
| Minimum                         |         | 13,8   | 17,7  | 5,6   | 4,2   |
| Maximum                         |         | 50,0   | 50,0  | 50,0  | 50,0  |
| Perzentile                      | 10      | 25,5   | 25,0  | 24,4  | 21,1  |
|                                 | 20      | 27,7   | 28,1  | 27,8  | 25,0  |
|                                 | 30      | 29,7   | 30,2  | 28,9  | 27,1  |
|                                 | 40      | 31,8   | 33,3  | 31,1  | 31,3  |
|                                 | 50      | 33,3   | 34,4  | 33,3  | 33,3  |
|                                 | 60      | 35,5   | 36,5  | 35,6  | 35,4  |
|                                 | 70      | 37,2   | 38,5  | 38,6  | 38,5  |
|                                 | 80      | 41,1   | 40,6  | 43,1  | 41,7  |
|                                 | 90      | 44,3   | 44,8  | 45,6  | 45,8  |

#### 4.4. Die Gesundheitskompetenz-Levels

Nach Weiss zit. in Pelikan et al. (2013a) ist es für Messinstrumente der Gesundheitskompetenz üblich, Grenzwerte und Bereiche (Levels) für die Gesundheitskompetenz festzulegen, um die Messungen anhand von Prozentverteilungen besser vergleichbar und verwendbar für praktische Entscheidungen zu machen, etwa im Fall von untersuchten Bevölkerungsgruppen und für gesundheitspolitische Entscheidungen. Aus diesem Grund wurden auf Basis der Gesundheitskompetenz-Indizes wie in der HLS-EU Studie (HLS-EU Consortium 2012) und wie im Abschlussbericht von Pelikan et al. (2013a) drei Grenzwerte für die Indexwerte sowie vier unterschiedliche Kompetenz-Niveaus bzw. Kompetenz-Levels zur Gesundheitskompetenz festgelegt.

Insgesamt wurden folgende vier Kompetenz-Levels definiert:

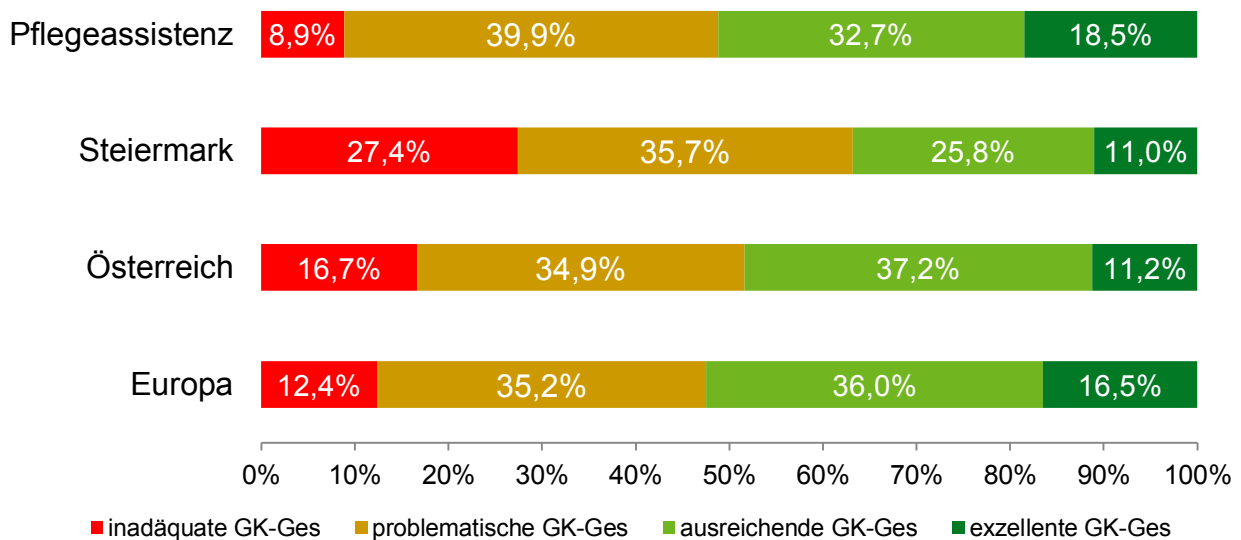
- **0-25 Punkte:** inadäquate Gesundheitskompetenz
- **>25-33 Punkte:** problematische Gesundheitskompetenz
- **>33-42 Punkte:** ausreichende Gesundheitskompetenz
- **>42-50 Punkte:** exzellente Gesundheitskompetenz

Die beiden Kategorien «inadäquate Gesundheitskompetenz» und «problematische Gesundheitskompetenz» können zusätzlich zu einer weiteren Kategorie, der «limitierten Gesundheitskompetenz» zusammengefasst werden (0-33 Punkte).

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die weniger als 25 Punkte bei den Indizes erreichen, fallen in die Kategorie «inadäquate Gesundheitskompetenz». Auf diesem Kompetenz-Level wurden zumindest 50% der Items als «ziemlich schwierig» und «sehr schwierig» bewertet. Der nächste Grenzwert trennt die beiden Kategorien «problematische Gesundheitskompetenz» und «ausreichende Gesundheitskompetenz». Dieser Grenzwert wurde bei 33 Punkten, das heißt etwa bei 2/3 des erreichbaren Punkte-Maximums fixiert. Dieser Wert liegt in der 8-Länder-Stichprobe der HLS-EU-Studie, in der österreichischen Stichprobe sowie in der vorliegenden Erhebung in der Nähe der Mediane der Index-Verteilungen (**Tabelle 19**). Der dritte und letzte Grenzwert trennt die beiden Kategorien «ausreichende Gesundheitskompetenz» und «exzellente Gesundheitskompetenz». Der Grenzwert wurde bei 42 Punkten festgelegt und entspricht etwa 5/6 der möglichen Maximalpunktzahl.

#### 4.4.1. Umfassende Gesundheitskompetenz: GK-Ges (n=168)

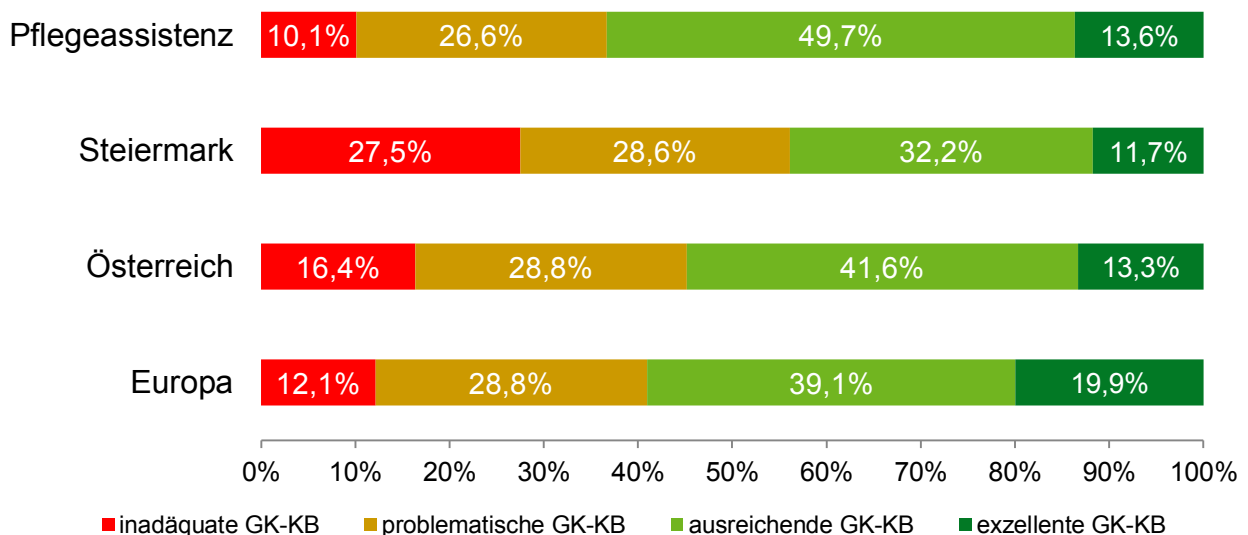
Die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach haben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Europa (12,4%), Österreich (16,7%) und der Steiermark (27,4%) eine deutlich geringere inadäquate Gesundheitskompetenz (8,9%). Bei der problematischen Gesundheitskompetenz zeigen sich im Vergleich ähnliche Anteile, wobei die Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach mit 39,9% den höchsten Anteil aufweist. Für die zusammengefasste limitierte Gesundheitskompetenz (= inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz) bedeutet das, dass die Pflegeassistenz mit 48,8% den Anteil der Gesamtbevölkerung in Europa (47,6%) ein wenig überschreitet, aber im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Österreich (51,6%) und der Steiermark (63,1%) darunter liegt. 32,7% der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach zeigen eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Dieser Prozentsatz liegt deutlich über dem Anteil der steirischen Gesamtbevölkerung (25,8%). Mit 18,5% exzellenter Gesundheitskompetenz weist die Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach im Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung (11,2%) und der Gesamtbevölkerung in der Steiermark (11,0%) einen deutlich höheren Anteil auf (**Abbildung 7**).



**Abbildung 7: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für «umfassende Gesundheitskompetenz», Prozentverteilung für Steiermark, Österreich und Europa: Pelikan et al. 2013a, p. 44**

#### 4.4.2. Krankheitsbewältigung: GK-KB (n=169)

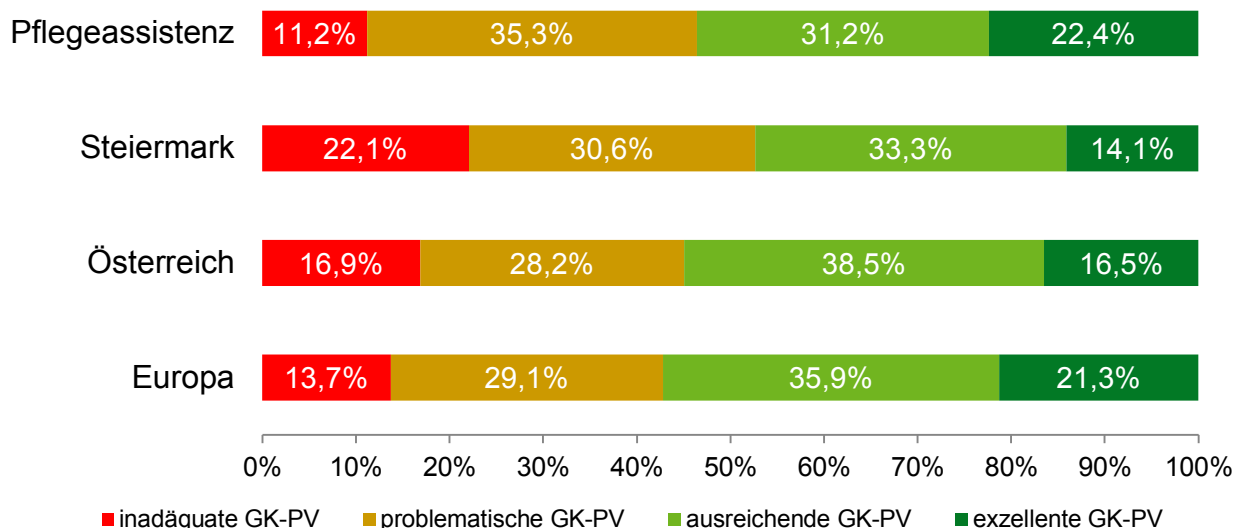
Die **Abbildung 8** zeigt, dass die Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach im Bereich der Krankheitsbewältigung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in der Steiermark eine deutlich geringere inadäquate Gesundheitskompetenz vorweist (10,1% vs. 27,5%). Bei der problematischen Gesundheitskompetenz zeigen sich im Vergleich ähnliche Anteile, wobei die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach mit 26,6% den niedrigsten Anteil aufweisen. Die limitierte Gesundheitskompetenz (= inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz) der Pflegeassistenten zeigt mit 36,7% im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Europa (40,9%), Österreich (45,2%) und der Steiermark (56,1%) ebenso einen deutlich niedrigeren Anteil. Knapp die Hälfte (49,7%) der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach zeigt im Bereich der Krankheitsbewältigung eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Dieser Prozentsatz liegt deutlich über dem Anteil der europäischen (39,1%), österreichischen (41,6%) und steirischen (32,2%) Gesamtbevölkerung. Mit 13,6% exzellenter Gesundheitskompetenz weist die Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach im Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung (13,3%) und der Gesamtbevölkerung in der Steiermark (11,7%) höhere Anteile auf. Im Vergleich zur europäischen Gesamtbevölkerung (19,9%) zeigt die Pflegeassistenten jedoch deutlich niedrigere Anteile.



**Abbildung 8: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für Gesundheitskompetenz im Bereich «Krankheitsbewältigung», Prozentverteilung für Steiermark, Österreich und Europa: Pelikan et al. 2013a, p. 44**

#### 4.4.3. Krankheitsprävention: GK-PV (n=170)

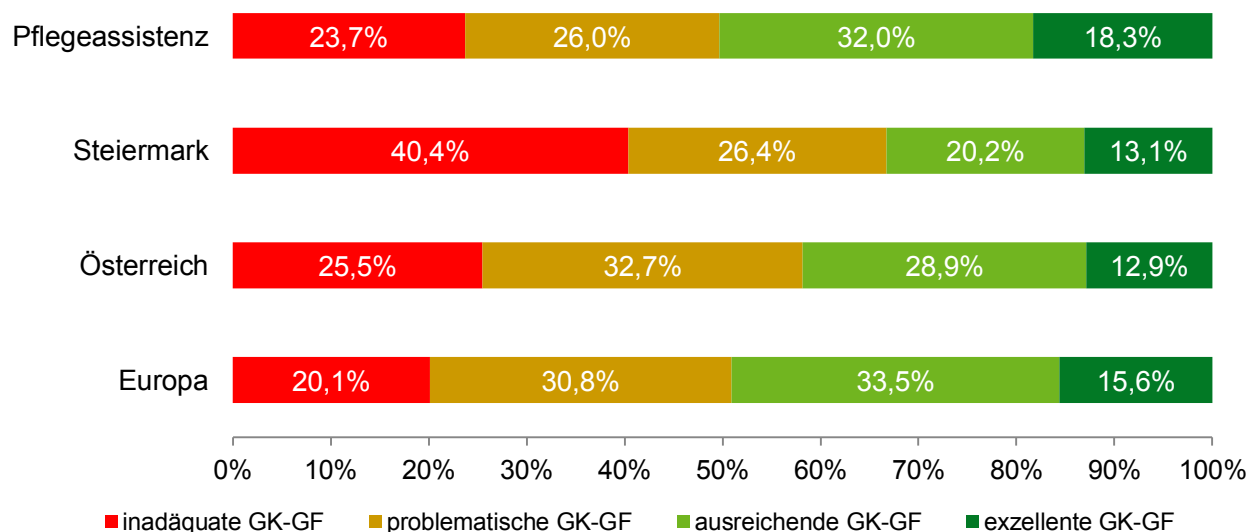
Die **Abbildung 9** veranschaulicht, dass die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach im Bereich der Krankheitsprävention im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Europa (13,7%) und Österreich (16,9%) eine geringere inadäquate Gesundheitskompetenz vorweisen. Die inadäquate Gesundheitskompetenz der Pflegeassistentenz liegt deutlich unter dem Anteil der steirischen Gesamtbevölkerung (11,2% vs. 22,1%). Bei der problematischen Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass die Pflegeassistentenz in der Lebenswelt Kainbach mit 35,3% den höchsten Anteil aufweist. Für die limitierte Gesundheitskompetenz (= inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz) bedeutet das, dass die Pflegeassistentenz mit 46,5% den Anteil der Gesamtbevölkerung in Europa (42,8%) und Österreich (45,1%) überschreitet, aber im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in der Steiermark (52,7%) darunter liegt. Bei der ausreichenden Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass die Pflegeassistentenz in der Lebenswelt Kainbach im Bereich der Krankheitsprävention mit 31,2% den niedrigsten Anteil vorweist. Hingegen zeigen die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten bei der exzellenten Gesundheitskompetenz mit 22,4% die höchsten Werte und liegen im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung in der Steiermark (14,1%) deutlich darüber.



**Abbildung 9: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für Gesundheitskompetenz im Bereich «Krankheitsprävention», Prozentverteilung für Steiermark, Österreich und Europa: Pelikan et al. 2013a, p. 44**

#### 4.4.4. Gesundheitsförderung: GK-GF (n=169)

Die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach haben im Bereich der Gesundheitsförderung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Europa (20,1%) und in Österreich (25,5%) eine geringere inadäquate Gesundheitskompetenz. Mit 23,7% liegt dieser Anteil der Pflegeassistentenz in der Lebenswelt Kainbach sogar deutlich unter dem Anteil der steirischen Gesamtbevölkerung (40,4%). Bei der problematischen Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach mit 26,0% den niedrigsten Anteil aufweist. Für die zusammengefasste limitierte Gesundheitskompetenz (= inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz) bedeutet das, dass die Pflegeassistentenz mit 49,7% den Anteil der Gesamtbevölkerung in Europa (50,9%) ein wenig unterschreitet, aber im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Österreich (58,2%) und der Steiermark (66,8%) deutlich darunter liegt. 32,0% der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach zeigen im Bereich der Gesundheitsförderung eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Dieser Prozentsatz liegt deutlich über dem Anteil der steirischen Gesamtbevölkerung (20,2%), allerdings nur knapp unter dem Anteil der europäischen Gesamtbevölkerung (33,5%). Mit 18,3% exzellenter Gesundheitskompetenz weist die Pflegeassistentenz in der Lebenswelt Kainbach im Vergleich zur europäischen Gesamtbevölkerung (15,6%), der österreichischen Gesamtbevölkerung (12,9%) und der Gesamtbevölkerung in der Steiermark (13,1%) deutlich höhere Anteile auf (**Abbildung 10**).



**Abbildung 10:** Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für Gesundheitskompetenz im Bereich «Gesundheitsförderung», Prozentverteilung für Steiermark, Österreich und Europa: Pelikan et al. 2013a, p. 44

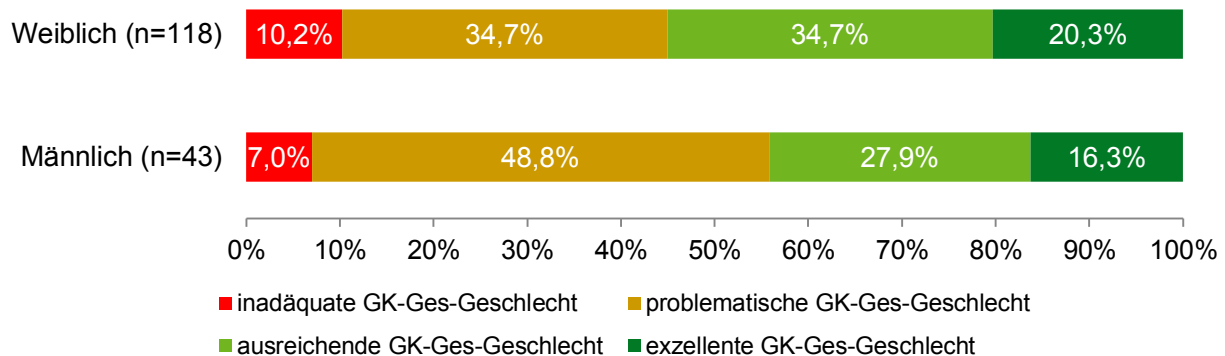
## 4.5. Geschlecht und Gesundheitskompetenz (GK-Ges)

Tabelle 20: Geschlecht und «umfassende Gesundheitskompetenz»; Mittelwerte, SD, Konfidenzintervall, df, F, Signifikanz

|          | Mittelwert | SD  | 95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert |      | df | F     | Signifikanz |
|----------|------------|-----|---|------|----|-------|-------------|
|          |            |     | UG  | OG   |    |       |             |
| Weiblich | 34,4       | 7,7 | 33,0                                      | 35,8 | 1  | 0,689 | 0,408       |
| Männlich | 33,3       | 7,1 | 31,1                                      | 35,5 |    |       |             |

Die **Tabelle 20** zeigt, dass die durchschnittliche Gesundheitskompetenz bei Frauen bei 34,4 Punkten liegt. Bei den Männern lag die durchschnittliche Gesundheitskompetenz bei 33,3 Punkten. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Geschlecht und der Gesundheitskompetenz ( $p = 0,408$ ).

### 4.5.1. Gesundheitskompetenz-Levels nach Geschlecht



**Abbildung 11: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für «umfassende Gesundheitskompetenz» nach Geschlecht.**

Die **Abbildung 11** zeigt, dass von insgesamt 118 Pflegeassistentinnen 10,2% eine inadäquate Gesundheitskompetenz und 34,7% eine problematische Gesundheitskompetenz vorweisen. Bei der ausreichenden Gesundheitskompetenz zeigen sich idente Anteile (34,7%). 20,3% der Frauen haben eine exzellente Gesundheitskompetenz. Von insgesamt 43 Pflegeassistenten haben 7,0% eine inadäquate Gesundheitskompetenz und fast die Hälfte eine problematische Gesundheitskompetenz (48,8%). 27,9% der Männer weisen eine ausreichende Gesundheitskompetenz und 16,3% eine exzellente Gesundheitskompetenz auf.



## 4.6. Altersgruppen und Gesundheitskompetenz (GK-Ges)

Tabelle 21: Altersgruppen und «umfassende Gesundheitskompetenz»; Mittelwerte, SD, Konfidenzintervall, df, F, Signifikanz

|             | Mittelwert | SD  | 95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert |      | df | F     | Signifikanz |
|-------------|------------|-----|---|------|----|-------|-------------|
|             |            |     | UG  | OG   |    |       |             |
| 20-29 Jahre | 33,0       | 1,3 | 30,4                                      | 35,6 | 3  | 2,302 | 0,079       |
| 30-39 Jahre | 36,9       | 1,2 | 34,5                                      | 39,3 |    |       |             |
| 40-49 Jahre | 34,0       | 1,0 | 31,9                                      | 36,1 |    |       |             |
| ab 50 Jahre | 32,9       | 1,2 | 30,5                                      | 35,2 |    |       |             |

Die **Tabelle 21** veranschaulicht, dass die durchschnittliche Gesundheitskompetenz bei Personen zwischen 20 und 29 Jahren bei 33,0 Punkten liegt. Bei Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten zwischen 30 und 39 Jahren ist die durchschnittliche Gesundheitskompetenz am höchsten (36,9 Punkten), gefolgt von der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre mit 34,0 Punkten. Mit 32,9 Punkten zeigen Personen ab 50 Jahre die durchschnittlich geringste Gesundheitskompetenz. Zwischen den Altersgruppen und der Gesundheitskompetenz besteht kein statistisch signifikanter Unterschied ( $p=0,079$ ).

### 4.6.1. Gesundheitskompetenz-Levels nach Altersgruppen

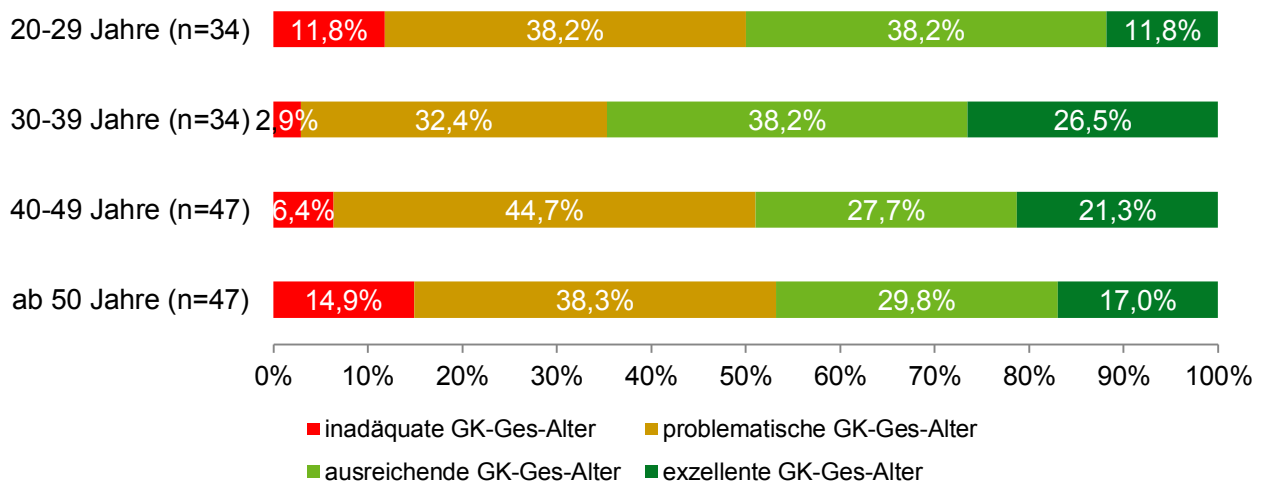


Abbildung 12: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für «umfassende Gesundheitskompetenz» nach Altersgruppen.

Von insgesamt 34 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten im Alter zwischen 20 und 29 Jahren zeigt sich bei der inadäquaten Gesundheitskompetenz ein Anteil von 11,8% und bei der problematischen Gesundheitskompetenz ein Anteil von 38,2%. Bei der ausreichenden Gesundheitskompetenz zeigen sich idente Anteile (38,2%). 11,8% haben eine exzellente Gesundheitskompetenz. Den höchsten Anteil bei der exzellenten Gesundheitskompetenz zeigt die Pflegeassistenz im Alter zwischen 30 und 39 Jahren (26,5%). Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten zwischen 30 und 39 Jahren zeigen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen, bei der inadäquaten Gesundheitskompetenz den geringsten Anteil (2,9%). Bei 47 Personen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren zeigt sich der höchste Anteil bei der problematischen Gesundheitskompetenz (44,7%). In dieser Altersgruppe haben 27,7% eine ausreichende Gesundheitskompetenz und 21,3% eine exzellente Gesundheitskompetenz. Bei 47 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ab 50 Jahre zeigt sich bei der inadäquaten Gesundheitskompetenz ein Anteil von 14,9% und bei der problematischen Gesundheitskompetenz ein Anteil von 38,3%. 17,0% der Personen ab 50 Jahre haben eine exzellente Gesundheitskompetenz (**Abbildung 12**).

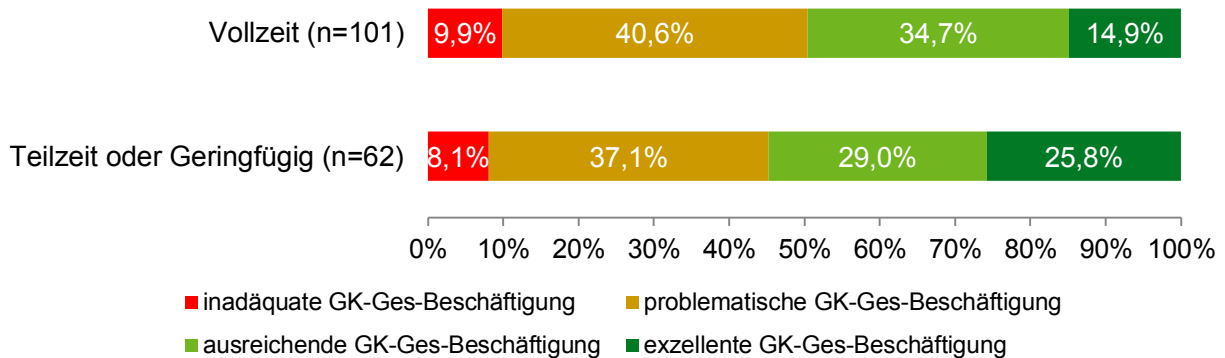
#### 4.7. Beschäftigungsstatus und Gesundheitskompetenz (GK-Ges)

**Tabelle 22: Beschäftigungsstatus und «umfassende Gesundheitskompetenz»; Mittelwerte, SD, Konfidenzintervall, df, F, Signifikanz**

|                           | Mittelwert | SD  | 95%-<br>Konfidenzintervall<br>für den Mittelwert |      | df | F     | Signifikanz |
|---------------------------|------------|-----|--|------|----|-------|-------------|
|                           |            |     | UG   | OG   |    |       |             |
| Vollzeit                  | 33,3       | 7,3 | 31,9   | 34,7 | 1  | 2,592 | 0,109       |
| Teilzeit oder Geringfügig | 35,2       | 7,8 | 33,3   | 37,2 |    |       |             |

Die **Tabelle 22** zeigt, dass die durchschnittliche Gesundheitskompetenz bei Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die Teilzeit- oder geringfügig beschäftigt sind, am höchsten ist (35,2 Punkte). Bei Personen die Vollzeit beschäftigt sind, lag die durchschnittliche Gesundheitskompetenz bei 33,3 Punkten. Hier kann angeführt werden, dass zwischen dem Beschäftigungsstatus und der Gesundheitskompetenz kein statistisch signifikanter Unterschied besteht ( $p= 0,109$ ).

#### 4.7.1. Gesundheitskompetenz-Levels nach Beschäftigungsstatus



**Abbildung 13: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für «umfassende Gesundheitskompetenz» nach dem Beschäftigungsstatus.**

Von insgesamt 101 Vollzeit beschäftigten Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten haben 9,9% eine inadäquate Gesundheitskompetenz und 40,6% eine problematische Gesundheitskompetenz. 14,9% haben eine exzellente Gesundheitskompetenz. Von insgesamt 62 Personen, die Teilzeit oder geringfügig beschäftigt sind, zeigt sich bei der inadäquaten Gesundheitskompetenz ein Anteil von 8,1%. Der höchste Anteil liegt bei der problematischen Gesundheitskompetenz (37,1%). 29,0% der Teilzeit oder geringfügig Beschäftigten weisen eine ausreichende Gesundheitskompetenz und 25,8% eine exzellente Gesundheitskompetenz auf (**Abbildung 13**).

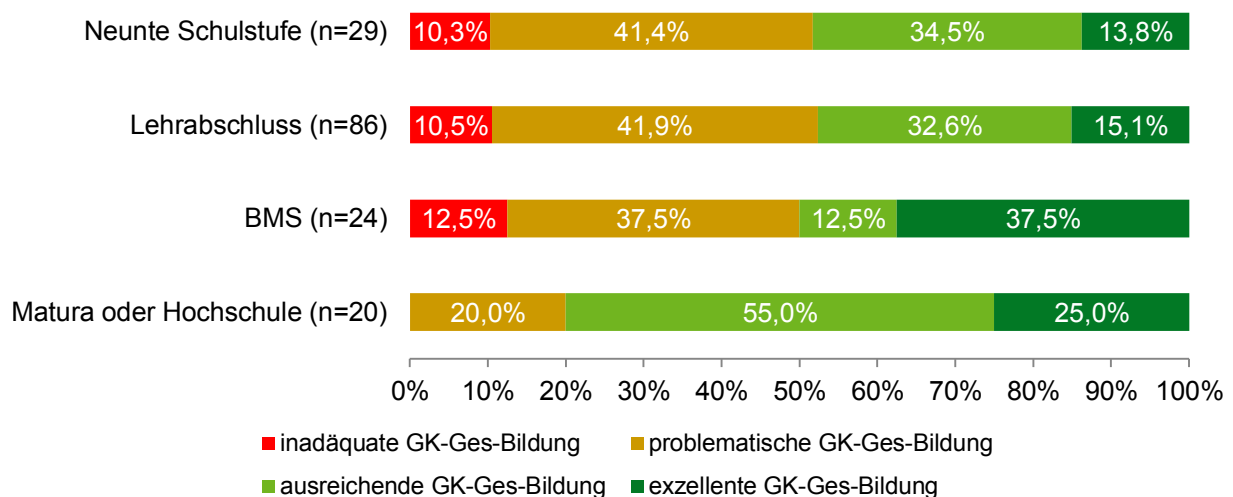
#### 4.8. Bildungsniveau und Gesundheitskompetenz (GK-Ges)

**Tabelle 23: Bildungsniveau und «umfassende Gesundheitskompetenz»; Mittelwerte, SD, Konfidenzintervall, df, F, Signifikanz**

|                        | Mittelwert | SD  | 95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert |      | df | F     | Signifikanz |
|------------------------|------------|-----|---|------|----|-------|-------------|
|                        |            |     | UG  | OG   |    |       |             |
| Neunte Schulstufe      | 34,2       | 6,4 | 31,7                                      | 36,6 | 3  | 1,773 | 0,155       |
| Lehrabschluss          | 33,1       | 7,5 | 31,5                                      | 34,7 |    |       |             |
| BMS                    | 34,9       | 9,7 | 30,8                                      | 39,0 |    |       |             |
| Matura oder Hochschule | 37,3       | 5,6 | 34,7                                      | 39,9 |    |       |             |

Die **Tabelle 23** zeigt, dass die durchschnittliche Gesundheitskompetenz bei Personen, die als höchsten Bildungsabschluss eine Matura oder Hochschule haben, bei 37,3 Punkten liegt. Diese Punktzahl ist im Vergleich zu den anderen Bildungsniveaus am höchsten. Personen mit einer berufsbildenden mittleren Schule haben im Durchschnitt 34,9 Punkte. Die durchschnittlich niedrigste Gesundheitskompetenz zeigen Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die neben der Ausbildung zur Pflegeassistentenz einen Lehrabschluss als höchstes Bildungsniveau vorweisen. Hier ergeben sich im Durchschnitt 33,1 Punkte. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Bildungsniveau und der Gesundheitskompetenz ( $p = 0,155$ ).

#### 4.8.1. Gesundheitskompetenz-Levels nach Bildungsniveau



**Abbildung 14: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für «umfassende Gesundheitskompetenz» nach Bildungsniveau.**

Von insgesamt 29 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die angaben, dass sie neben der Ausbildung zur Pflegeassistentenz die neunte Schulstufe als höchsten Bildungsabschluss haben, zeigen 10,3% eine inadäquate Gesundheitskompetenz und 41,4% eine problematische Gesundheitskompetenz. Der Anteil bei der exzellenten Gesundheitskompetenz beläuft sich auf 13,8%. Im Vergleich der Bildungsniveaus zeigen Personen mit einem Lehrabschluss den größten Anteil einer problematischen Gesundheitskompetenz (41,9%). Von insgesamt 24 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten mit einer berufsbildenden mittleren Schule (BMS) als höchsten Bildungsabschluss zeigen 12,5% eine inadäquate Gesundheitskompetenz und 37,5% eine exzellente Gesundheitskompetenz. Hier zeigen sich bei den beiden Levels, im

Vergleich zu den anderen Bildungsabschlüssen, die höchsten Anteile. Bei den insgesamt 20 Personen mit Matura oder Hochschule gibt es keine Person, die eine inadäquate Gesundheitskompetenz vorweist. Über die Hälfte dieser Personengruppe zeigt eine ausreichende Gesundheitskompetenz (55,0%) und 25,0% eine exzellente Gesundheitskompetenz (**Abbildung 14**).

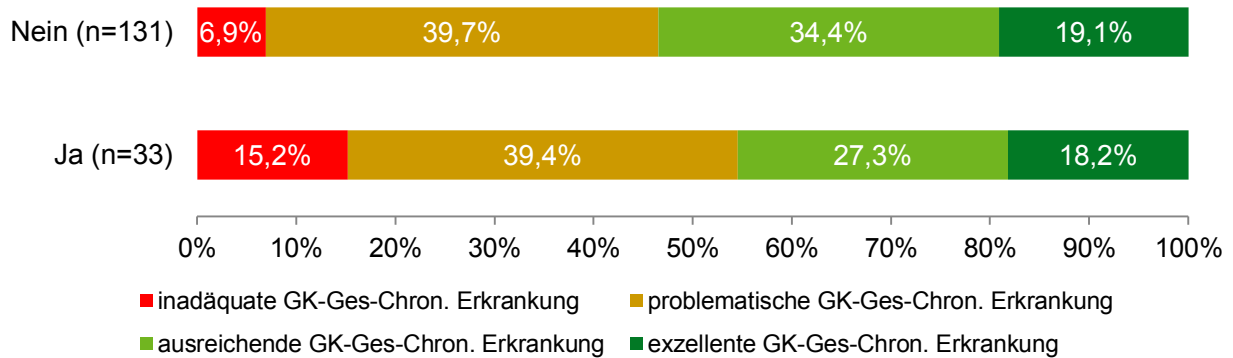
#### 4.9. Chronische Erkrankung und Gesundheitskompetenz (GK-Ges)

**Tabelle 24: Chronische Erkrankung und «umfassende Gesundheitskompetenz»; Mittelwerte, SD, Konfidenzintervall, df, F, Signifikanz**

|      | Mittelwert | SD  | 95%-<br>Konfidenzintervall<br>für den Mittelwert |      | df | F     | Signifikanz |
|------|------------|-----|--|------|----|-------|-------------|
|      |            |     | UG   | OG   |    |       |             |
| Nein | 34,6       | 7,2 | 33,3   | 35,8 | 1  | 2,475 | 0,118       |
| Ja   | 32,3       | 8,0 | 29,5   | 35,1 |    |       |             |

Die **Tabelle 24** veranschaulicht, dass die durchschnittliche Gesundheitskompetenz bei Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die keine chronische Erkrankung haben, am höchsten ist (34,6 Punkte). Mit 32,3 Punkten zeigen Personen, die angeführt haben, dass sie an einer chronischen Erkrankung leiden, eine durchschnittlich geringere Gesundheitskompetenz. Zwischen dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung und der Gesundheitskompetenz besteht kein statistisch signifikanter Unterschied ( $p=0,118$ ).

#### 4.9.1. Gesundheitskompetenz-Levels nach chronischer Erkrankung



**Abbildung 15: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des Index für «umfassende Gesundheitskompetenz» nach chronischer Erkrankung.**

Von insgesamt 131 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die keine chronische Erkrankung haben, zeigen 6,9% eine inadäquate Gesundheitskompetenz und 39,7% eine problematische Gesundheitskompetenz. 19,1% haben eine exzellente Gesundheitskompetenz. Von insgesamt 33 Personen, die angeführt haben, dass sie an einer chronischen Erkrankung leiden, zeigt sich bei der inadäquaten Gesundheitskompetenz ein Anteil von 15,2%. Der höchste Anteil liegt bei der problematischen Gesundheitskompetenz (39,4%). 27,3% der Personen mit einer chronischen Erkrankung haben eine ausreichende Gesundheitskompetenz und 18,2% eine exzellente Gesundheitskompetenz (**Abbildung 15**).

# 05

## Diskussion

Mit den Forschungsergebnissen dieser Masterarbeit liegen erstmals empirische Erkenntnisse bzw. Daten vor, die Aussagen über die Gesundheitskompetenz von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten und damit assoziierte soziodemografische Determinanten zulassen. Mit den erhobenen Daten wurde festgestellt, wie hoch die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach ist und in welchen Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung besondere Schwierigkeiten und Herausforderungen bestehen. Dadurch kann ein Handlungsbedarf zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz aufgezeigt werden. Darüber hinaus wurde untersucht, ob und wie sich die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach im Hinblick auf soziodemografische Determinanten wie Geschlecht, Alter und Bildung, dem Beschäftigungsstatus und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung unterscheidet.

In der vorliegenden Studie wurde der Begriff «Gesundheitskompetenz (Health Literacy)» als die Fähigkeit operationalisiert, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, um die Lebensqualität während des gesamten Lebensverlauf zu erhalten oder zu verbessern (Sørensen et al. 2012; Pelikan et al. 2013a; Schaeffer & Pelikan 2017a).

Die Erhebung zur Gesundheitskompetenz erfolgte mit dem Messinstrument «HLS-EU-Q47», welches die subjektive Beurteilung der Gesundheitskompetenz durch die befragten Personen selbst erfasste. Die einzelnen Items zur Messung der Gesundheitskompetenz wurden als Einschätzungsfragen formuliert. Die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten wurden aufgefordert, auf einer vorgegebenen vierstufigen Antwort-Likert-Skala (sehr schwierig, ziemlich schwierig, ziemlich einfach, sehr einfach) anzugeben, wie sie ihre Fähigkeiten in spezifischen gesundheitsrelevanten Situationen einschätzen.

## **Wie stellt sich die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach dar?**

Vergleicht man die Ergebnisse des europäischen Health Literacy-Surveys (HLS-EU) mit der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach, so zeigt sich zunächst, dass die Pflegeassistenten in den drei erfragten Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung die durchschnittlich höchste Gesundheitskompetenz vorweist. Mit 51,2% verfügt mehr als die Hälfte der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach über eine ausreichende oder exzellente Gesundheitskompetenz. Die exzellente (umfassende) Gesundheitskompetenz ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Österreich und in der Steiermark sogar deutlich höher. Nichtsdestotrotz deuten die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung die Notwendigkeit einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach an.

Die Resultate der Erhebung veranschaulichen, dass mit 48,8% knapp die Hälfte der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach eine limitierte Gesundheitskompetenz, also eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz aufweist. Der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen stellt somit viele Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach vor Schwierigkeiten. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Pflegeassistenten um einen Gesundheits- und Krankenpflegeberuf handelt, ist die Prävalenz limitierter Gesundheitskompetenz verbreiteter und höher als erwartet. Diese liegt zwar unter der Prävalenz der Gesamtbevölkerung in Österreich und der Steiermark, allerdings über der Prävalenz der europäischen Gesamtbevölkerung. Die Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach hat in allen drei Bereichen (Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung) Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Dennoch ist anzuführen, dass es zwischen den Bereichen leichte Unterschiede gibt und die Verteilung der einzelnen Gesundheitskompetenz-Levels voneinander abweichen. Die wenigsten Herausforderungen scheint die Pflegeassistenten im Bereich der Krankheitsbewältigung zu haben. Mit 63,3% hat über der Hälfte der teilnehmenden Personen eine ausreichende oder exzellente Gesundheitskompetenz. Beispielsweise finden es fast alle Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten einfach, den Anweisungen ihrer Ärztin bzw. ihres Arztes oder ihrer Apothekerin bzw. ihres Apo-



thekers zu folgen und deren Anweisungen zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen. Im Notfall einen Krankenwagen zu rufen, findet die Berufsgruppe ebenfalls einfach. Auffallend ist, dass sehr viele Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach Schwierigkeiten haben, zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind. Besonders der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen im Bereich Krankheitsprävention und vor allem im Bereich Gesundheitsförderung geht mit deutlichen Herausforderungen einher, die aus subjektiver Sicht der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten oftmals nicht angemessen bewältigt werden können. Die Ergebnisse lassen erkennen, dass die Anforderungen in diesen beiden Dimensionen der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach besonders schwer fallen. 46,5% der Angehörigen der Pflegeassistenz zeigen im Bereich Krankheitsprävention eine limitierte Gesundheitskompetenz. Fast die Hälfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten finden es schwierig zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind oder aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können. Ferner finden sie es schwierig zu entscheiden, ob sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten.

Im Bereich der Gesundheitsförderung zeigt mit 49,7% etwa die Hälfte der Personen eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz. Die Mehrheit der Pflegeassistenz findet es unter anderem schwierig, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten. Ebenso haben sie Schwierigkeiten damit, Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen oder Informationen in den Medien darüber zu verstehen, wie sie ihren Gesundheitszustand verbessern können. Die Ergebnisse der HLS-EU-Studie zeigen für die Gesamtbevölkerung in Europa, in Österreich und in der Steiermark im Bereich der Gesundheitsförderung ähnliche Anteile von limitierter Gesundheitskompetenz. Allerdings kann angeführt werden, dass die Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Europa und in Österreich eine etwas geringere Prävalenz an limitierter Gesundheitskompetenz aufzeigt und deutlich unter dem Anteil der steirischen Gesamtbevölkerung liegt. Mit 18,3% exzellenter Gesundheitskompetenz weist die Pflegeassistenz im Vergleich zur europäischen und österreichischen Gesamtbevölkerung und der Gesamtbevölkerung in der Steiermark sogar deutlich höhere Anteile im Bereich der Gesundheitsförderung auf.

**Wie unterscheidet sich die umfassende Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach hinsichtlich soziodemografischer Determinanten wie Geschlecht, Alter und Bildung, dem Beschäftigungsstatus und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung?**

Die Gesundheitskompetenz in der allgemeinen Bevölkerung zeigt soziale Unterschiede. Bestimmte Bevölkerungsgruppen haben oft besonders häufig Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen und zeichnen sich durch eine niedrigere Gesundheitskompetenz aus. Dies gilt insbesondere für Menschen mit geringem sozialem Status (z.B. geringes Einkommen, niedrige Bildung, niedrige berufliche Stellung), Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen im höheren Lebensalter sowie für Menschen mit chronischer Erkrankung (Schaeffer et al. 2016). Wie zu Beginn dieser Arbeit angeführt, hängen soziodemografische Determinanten mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz zusammen.

Die umfassende Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach unterscheidet sich hinsichtlich soziodemografischer Determinanten wie Geschlecht, Alter und Bildung, dem Beschäftigungsstatus und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung nur leicht. Die Unterschiede der Mittelwerte zeigen lediglich leichte Differenzen von Minimum 1,1 Punkte (bei Geschlecht) bis Differenzen von Maximum 4,2 Punkte (bei Bildung). Gesamt betrachtet erstrecken sich die Mittelwerte von Minimum 32,9 Punkte (bei Alter: ab 50 Jahre) bis Maximum 37,3 Punkte (bei Bildung: Matura oder Hochschule).

Bei der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach zeigen Frauen die durchschnittlich höchste Gesundheitskompetenz. In der HLS-EU-Studie haben Frauen ebenfalls eine höhere Gesundheitskompetenz als Männer, sowohl international wie auch in Österreich (Pelikan et al. 2013a). Im Österreichbericht von Pelikan et al. (2013a) gibt es einen Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Alter, wobei die Gesundheitskompetenz bei älteren Personen im Durchschnitt niedriger ist als bei Jüngeren. Bei der Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach zeigen ältere Personen ebenso eine durchschnittlich niedrigere Gesundheitskompetenz. Überraschend war, dass Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten zwischen 30 und 39 Jahren die durchschnittlich höchste Gesundheitskompetenz vorweisen und somit ei-

ne etwas höhere Gesundheitskompetenz zeigen, als Personen zwischen 20 und 29 Jahren. Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten mit beispielsweise einer Matura oder Hochschule als höchsten Bildungsabschluss zeigen durchschnittlich höhere Gesundheitskompetenz-Werte. Nach Pelikan et al. (2013a) hängt Gesundheitskompetenz in Österreich deutlich mit der Bildung zusammen. Dabei haben Personen mit höheren Bildungsabschlüssen auch eine im Schnitt höhere Gesundheitskompetenz. Allerdings ist nach Stock (2018) darauf hinzuweisen, dass auch Menschen mit einer hohen Bildung eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen können. Beispielsweise in Situationen, die mit Angst oder Stress behaftet sind, wie etwa eine Krankenhauseinweisung oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung.

Der Beschäftigungsstatus zeigt nach Pelikan et al. (2013a) sowohl international als auch in Österreich einen deutlich kleineren Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz als die anderen sozioökonomischen Variablen. In der Lebenswelt Kainbach haben die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die Teilzeit oder geringfügig beschäftigt sind, im Vergleich zu den vollzeitbeschäftigten Personen, die durchschnittlich höhere Gesundheitskompetenz.

Angehörige der Pflegeassistenz, die keine chronische Erkrankung haben, zeigen ebenso eine durchschnittlich höhere Gesundheitskompetenz als Personen mit einer Langzeiterkrankung. Nach Pelikan et al. (2013a) sind Langzeiterkrankungen in Österreich mit einer hoch signifikanten Korrelation stärker mit Gesundheitskompetenz verbunden als im internationalen HLS-EU-Vergleich. Personen mit höherer Gesundheitskompetenz berichten seltener von Langzeiterkrankungen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach leichte soziale Unterschiede zeigen und sich mit den Ergebnissen aus bisherigen internationalen als auch nationalen Health-Literacy-Untersuchungen decken. Allerdings ist im Besonderen darauf hinzuweisen, dass alle Unterschiede, die in der vorliegenden Erhebung berechnet wurden, statistisch nicht signifikant sind, was wiederum bedeuten kann, dass die Unterschiede auf einem Zufall beruhen.

## 5.1. Limitationen

An Limitationen ist zu erwähnen, dass es sich bei dem Erhebungsinstrument «HLS-EU-Q47» um ein auf Selbsteinschätzungen basiertes Instrument und nicht um einen performance-basierten Test mit beispielsweise Wissensfragen oder um einen Lesekompetenztest für Gesundheitskompetenz handelt (Pelikan & Ganahl 2017). Das Problem hierbei besteht nach Gerich zit. in Röthlin et al. (2017) darin, dass eine subjektive Selbstüberschätzung dazu führen kann, dass eine Aufgabe oder Tätigkeit als einfach eingeschätzt wird. Im Ergebnis kann eine Person über eine hohe eingeschätzte Gesundheitskompetenz verfügen, aber über eine niedrige performance-basierte Gesundheitskompetenz oder umgekehrt. Allerdings ist nach Pelikan & Ganahl (2017) anzuführen, dass es derzeit kaum Tests für umfassende Gesundheitskompetenz gibt, die alle relevanten Aspekte abdecken. Darüber hinaus sind diese Tests in ihrer Anwendung aufwendig und kostenintensiv. Für die vorliegende Untersuchung wurde eine Querschnittstudie herangezogen. Dieses Forschungsdesign ist für eine strenge Überprüfung der Kausalität von Zusammenhängen der Gesundheitskompetenz mit relevanten Determinanten und Konsequenzen nicht geeignet. Hier wären Longitudinalstudien, im Idealfall Panelstudien, erforderlich. Ziel der Untersuchung war es, die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach zu erheben und abzubilden. Mit der vorliegenden Forschungsarbeit ist dies gelungen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse dieser Studie nicht auf die gesamte Berufsgruppe in Österreich zu übertragen sind. Zum einen wurde die Untersuchung nur in einer Einrichtung durchgeführt und zum anderen ist die Anzahl der befragten Personen zu gering, um repräsentative Aussagen für die gesamte Berufsgruppe in Österreich treffen zu können. Hier wäre österreichweit eine deutlich größere Stichprobe in unterschiedlichen Settings (Krankenhäuser, Pflegeheime, Hauskrankenpflege) notwendig.

# 06

## Schlussfolgerung

Die Gesundheitsgesellschaft bzw. die Wissensexpansion der modernen Gesellschaft, der demografische und epidemiologische Wandel, der voranschreitende Wandel der Rolle von Patientinnen und Patienten mit allen damit verbundenen Veränderungen sowie die weitreichenden gesundheitlichen Konsequenzen einer mangelnden Gesundheitskompetenz setzen voraus, dass Gesundheitsinformationen einerseits von unterschiedlichen Systemen zur Verfügung stehen müssen und dass andererseits jede einzelne Person (darunter natürlich auch jede einzelne Pflegeperson) die Kompetenz besitzen sollte, mit diesen Informationen richtig umzugehen, d.h. diese Informationen zu finden, lesen zu können und zu verstehen sowie kritisch zu beurteilen und letztendlich für die eigene Gesundheit, aber auch für die Gesundheit anderer Personen anzuwenden. Des Weiteren machen die Ergebnisse der europäischen Studie «HLS-EU», die Entwicklung des österreichischen Gesundheitsziels «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken» einschließlich deren Wirkungsziele und die Einrichtung der «Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz» deutlich, dass die Stärkung und Förderung der Gesundheitskompetenz in Österreich zunehmend an Bedeutung gewinnt und erheblicher Handlungsbedarf besteht. Dies schließt natürlich Unternehmen und Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen vorrangig mit ein. Hier spielen Krankenhäuser und Pflegeheime eine entscheidende Rolle. Nach Dietscher et al. (2015) sind gerade Gesundheitseinrichtungen besonders aufgerufen, Gesundheitskompetenz zu unterstützen.

Nach Kickbusch et al. (2006) benötigen wir für eine gesundheitskompetente Gesellschaft vor allem auch gesundheitskompetente Gesundheitsprofessionen. Beispielsweise verfügen viele (chronisch) erkrankte Personen und besonders pflegebedürftige Menschen meist nur über eine geringe Gesundheitskompetenz und sind zugleich in besonderer Weise auf Gesundheitsinformationen und Gesundheitskompetenz angewiesen (Ewers et al. 2017). Aus diesem Grund müssen es Fachkräfte im Gesundheitswesen als Teil ihrer Sorgfaltspflicht sehen, die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten zu entwickeln (Kickbusch et al. 2006). Schlussfolgernd müssen die unterschiedlichsten Gesundheitsprofessionen selbst über ein hohes Maß

an Gesundheitskompetenz verfügen, um diesen Auftrag erfüllen zu können. Diese Anforderungen machen somit auch Pflegepersonen zu einer relevanten Zielgruppe für empirische Erhebungen und für Interventionen zur Stärkung und Förderung der Gesundheitskompetenz. Allerdings kann angeführt werden, dass die Gesundheitskompetenz von sog. Health Professionals ein bislang noch wenig erforschtes Gebiet darstellt. Hier ist nach Schaeffer & Pelikan (2017b) die Gesundheitskompetenzvoraussetzung der Gesundheitsberufe gemeint, also all derjenigen Berufsgruppen, die mit der Vermittlung von Gesundheitsinformationen und Gesundheitskompetenz betraut sind. Die vorliegende Arbeit zur Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenz liefert diesbezüglich einen Beitrag.

Wie bereits angeführt, haben die Ergebnisse der Erhebung gezeigt, dass der Umgang mit Gesundheitsinformationen auch viele Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in der Lebenswelt Kainbach vor besondere Schwierigkeiten stellt, insbesondere der Umgang mit Medien und Gesundheitsinformationen sowie Informationen über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten. Knapp die Hälfte der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach verfügt über eine limitierte Gesundheitskompetenz. Besonders die Anforderungen im Bereich der Krankheitsprävention und im Bereich der Gesundheitsförderung stellen für die Berufsgruppe eine Herausforderung dar. Ebenso zeigen sich leichte, wenn auch statistisch nicht signifikante, soziale Unterschiede.

Mangelnde Gesundheitskompetenz kann generell durch unterschiedliche Maßnahmen beeinflusst, berücksichtigt oder kompensiert werden (Pelikan et al. 2013b). Die Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz können aus unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen wie etwa der Politik, Forschung und Praxis hervorgebracht werden. Aus den Ergebnissen der Masterarbeit können beispielsweise folgende Implikationen abgeleitet und angeführt werden:

## 6.1. Implikationen für Politik

Insgesamt weisen bisher dargestellte Befunde darauf hin, wie groß der politische Handlungsbedarf ist und dass gesamtgesellschaftliche Strategien wichtig sind, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern (Schaeffer et al. 2016). Nach Schaeffer & Pelikan (2017b) kann eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ohne entsprechende Voraussetzungen, Ressourcen und Anreize durch die Politik nicht realisiert werden. Durch die Teilnahme an der HLS-EU-Studie hat Österreich die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für Reformen des Gesundheitssystems erkannt. Das relativ schlechte Abschneiden von Österreich hat unter anderem dazu geführt, dass das Gesundheitsziel «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken» einschließlich deren Wirkungsziele im damals stattfindenden Prozess der Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele aufgenommen wurde. Daneben wurden auch einzelne Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz im Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert (Pelikan 2015).

Im aktuellen Zielsteuerungsvertrag (2017 bis 2021) werden auf Bundesebene beispielsweise folgende Maßnahmen angeführt:

- Die Weiterführung und der Ausbau der «Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz» entsprechend der von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Empfehlungen
- Die Förderung individueller Gesundheitskompetenz und von Organisationen auch für vulnerable Gruppen durch entsprechende Maßnahmen (z.B. laufender Ausbau des Gesundheitsportals [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), Verbesserung der Gesprächsqualität sowie die Umsetzung von geeigneten «Standards für gute schriftliche Gesundheitsinformation»)
- Durchführung einer weiteren Erhebung und Analyse der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Auf Landesebene ist die Durchführung von Maßnahmen und «Best-Practice»-Projekten zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz und von Organisationen von Bedeutung.

An dieser Stelle kann angeführt werden, dass Österreich mittlerweile gut aufgestellt ist, was die Berücksichtigung des Faktors Gesundheitskompetenz bei der Gesundheitsreform betrifft. In Zukunft gilt es, die politisch gestützten Maßnahmen so umzusetzen, wie sie geplant wurden. Weiterhin ist ein regelmäßiges Monitoring notwendig, um die Entwicklung der Gesundheitskompetenz festzustellen und Problemfelder zu identifizieren sowie die Effekte und den Erfolg von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Krankenbehandlungssystem, der Gesundheitsförderung und der Public Health zu überprüfen bzw. zu evaluieren (Pelikan 2015).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht allein auf das Gesundheitswesen beschränkt werden darf, sondern alle Lebensbereiche einschließen muss. In all diesen Bereichen gesellschaftlichen Lebens ist ein langfristiges, strategisch angelegtes und koordiniertes Maßnahmenkonzept und ein ebensolches Vorgehen gefordert (Schaeffer et al. 2016).

## **6.2. Implikationen für Forschung**

Mit ein wenig zeitlicher Verzögerung hat die Forschung über die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) auch in den deutschsprachigen Ländern begonnen. Hier entstehen aktuell sichtbar mehr Forschungsinitiativen. Allerdings befinden sich diese Initiativen im deutschsprachigen Raum noch am Anfang. Über viele Aspekte von Gesundheitskompetenz ist das empirische Wissen noch zu gering (Schaeffer & Pelikan 2017b). Folglich müssen nach Schaeffer et al. (2016) die Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitskompetenz intensiviert und die dazu nötigen strukturellen und vor allem finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden. In Österreich wurde die Gesundheitskompetenz bis dato nur vereinzelt beforscht (Pelikan et al. 2013a; Röthlin et al. 2013; Ganahl et al. 2016). Beispielsweise liegen bislang noch wenige Erkenntnisse über die Gesundheitskompetenz der Health Professionals im österreichischen Gesundheitsversorgungssystem vor. Hier stellt sich die Frage, welche Gesundheitskompetenzvoraussetzung die unterschiedlichsten Akteure im Gesundheitswesen wie etwa die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Ärztinnen/Ärzte oder die gehobenen medizinisch-technischen Dienste vorweisen und wie es um deren Vermittlungskompetenz bestellt ist (Schaeffer & Pelikan 2017b).



Ebenso gibt es bislang noch wenige Forschungsergebnisse über die Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung. Derartiges Wissen wäre für Einrichtungen der Sozial- und Behindertenhilfe, wie etwa die der «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark», ein wichtiger Aspekt, um die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen und Klienten in der täglichen Betreuung und Begleitung bewusst zu stärken und zu fördern. Mit der Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz kann beispielsweise ein wesentlicher Beitrag zum Empowerment, zur Selbstbestimmung, zur Integration und zur Inklusion von Menschen mit Behinderung beigesteuert werden. Darüber hinaus ist es von Interesse, welche gezielten (evidenzbasierten) Interventionen bzw. Maßnahmen für die genannten Bevölkerungsgruppen notwendig sind sowie umgesetzt werden können und welche Best-Practice-Modelle entwickelt werden müssen, um die Gesundheitskompetenz zu verbessern. Hier ist das empirische Wissen im deutschsprachigen Raum, insbesondere in Österreich noch kaum vorhanden.

Nach Schaeffer & Pelikan (2017b) ist darauf hinzuweisen, dass es erforderlich ist, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen nicht nur punktuell, sondern auch in regelmäßigen Abständen zu messen. Dies schließt natürlich auch die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach mit ein. Nur durch regelmäßige und systematische Vorgehensweisen können Problem- und Interventionsfelder identifiziert werden. Dadurch wird ein Einblick in die Entwicklung der Gesundheitskompetenz ermöglicht. Außerdem sollten vorliegende Messinstrumente zur Gesundheitskompetenz koordiniert weiterentwickelt und an unterschiedliche Bevölkerungsgruppen wie etwa der Health Professionals oder für Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung angepasst werden sowie neue Kurzinstrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz entwickelt werden, die in etablierte, laufende administrative gesundheitsrelevante Datenerhebungen und Berichterstattungen eingehen könnten. Beides würde beispielsweise auch der Gesundheitspolitik die notwendigen Daten liefern, um Probleme im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz zu diagnostizieren und um die Wirksamkeit sowie den Erfolg von Interventionsprogrammen zu überprüfen (Schaeffer & Pelikan 2017b).

Im Zusammenhang mit dem Messinstrument «HLS-EU-Q47» besteht durchaus Potential, das Instrument weiter zu verbessern, beispielsweise durch Weiterentwicklung und Validierung, empfohlener Weise durch eine internationale und wissenschaftliche Koordinationsstelle (Röthlin et al. 2017).

Die angeführten Beispiele lassen deutlich erkennen, wie wichtig Ausbau und Intensivierung der Forschung über die Gesundheitskompetenz sind und dass es dabei durchaus weiterer Bemühungen und Investitionen bedarf.

### **6.3. Implikationen für Praxis**

Für Unternehmen gewinnt die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zunehmend an Bedeutung. Die Gesundheitskompetenz lässt sich neben dem innerbetrieblichen Arbeitsschutz, vor allem der betrieblichen Gesundheitsförderung zuordnen und kann für die beiden präventiven Ansätze als Schlüsselkonzept betrachtet werden (Eickholt et al. 2015). Diesen Aspekt sollten vor allem Gesundheitsunternehmen/-organisationen berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund wird mittels vorliegender Ergebnisse das künftige Ziel verfolgt, primär die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, aber auch von anderen Professionen in der Lebenswelt Kainbach, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gezielt zu fördern und zu stärken. Nachstehend werden Interventionen bzw. Maßnahmen angeführt, mit denen auch in den «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark» interveniert werden kann, um so die Gesundheitskompetenz zu verbessern.

Interventionen bzw. Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz können zum einen versuchen, die persönlichen Kompetenzen einer einzelnen Person zu verbessern, als auch die Anforderungen des Gesundheitssystems zu reduzieren. Dabei geht es um die Zugänglichkeit, die Verständlichkeit und die ausgewiesene Qualität von Gesundheitsinformationen sowie deren Anwendbarkeit (Pelikan et al. 2013b). Um die Gesundheitskompetenz in Österreich zu verbessern, können unterschiedlich ansetzende Strategien herangezogen werden.

Erstens kann versucht werden, die persönliche Gesundheitskompetenz durch entsprechende Lernangebote zu verbessern, etwa durch Beratungen, Informationen, Coachings, Trainings und Schulungen, im Setting Krankenversorgung beispielsweise im Laufe einer Krankenbehandlung, allgemein und vorbeugend im Setting Schule oder Betrieb oder auch durch kontinuierliche, verständliche und ansprechende Informationen und Kampagnen in Massenmedien. Solche Lernangebote in den unterschiedlichsten Settings sind beispielsweise angebracht, wenn es um allgemeine Grundlagen der Gesundheitskompetenz geht, also um die grundlegende Motivation für eine gesundheitsbewusste Lebensweise und das dazu notwendige Gesundheitswissen. Gesundheit ist für ein erfülltes Leben wichtig und kann bis zu einem gewissen Grad auch von jedem persönlich beeinflusst werden. Darüber hinaus sind spezifische Lernangebote auch für jene Personen von Bedeutung, die mit einem bestimmten Risiko für eine längere Zeit leben müssen. Das gilt vor allem für chronisch erkrankte Menschen. Letztendlich ist der Erfolg jedes Lernangebots begrenzt und auch davon abhängig, dass zwar Angebote gemacht und Anreize für deren Nutzung gesetzt werden, aber auch jede einzelne Person selber lernen muss und das ein Leben lang, da sich die Verhältnisse in spätmodernen Gesellschaften ständig verändern (Pelikan et al. 2013b; Pelikan 2015).

Zweitens kann die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dadurch verbessert werden, indem die Anforderungen des Gesundheitssystems reduziert und vereinfacht werden. Die Angebote und Produkte des Gesundheitssystems sollen einfacher, verständlicher, lesbarer, transparenter und navigierbarer gestaltet werden, um damit die Zugänglichkeit, Verständlichkeit, Beurteilbarkeit und Anwendbarkeit von Informationen gewährleisten zu können. Print- und Medienprodukte sowie Formulare könnten beispielsweise leichtverständlicher geschrieben werden oder die Leitsysteme in Krankenhäusern eindeutiger und deutlicher gestaltet werden. Überdies ergeben sich bei der Kommunikation zwischen Health Professionals und deren Patientinnen und Patienten viele Möglichkeiten, eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen und auszugleichen (Pelikan et al. 2013b; Pelikan 2015). Eine verständliche Kommunikation ist für den Abbau sozialer Ungleichheit von großer Bedeutung und stellt eine Herausforderung dar. Aus diesem Grund müssen Health Professionals für Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz sensibilisiert werden. Interventionen sollen folglich darauf abzielen, die Strukturen des Gesundheitssystems entsprechend

anzupassen und zu verändern, sodass geeignete Rahmenbedingungen für eine nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitswesens geschaffen werden (Schaeffer et al. 2016). Die Nutzerfreundlichkeit bzw. die Reduzierung oder Vereinfachung der Systeme würde allen Personen zu Gute kommen, auch für jene Personen, die eine höhere Gesundheitskompetenz besitzen (Pelikan 2015).

Für eine nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitswesens könnte man unter anderem die Unternehmen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen gesundheitskompetenter und informationsfreundlicher gestalten und das Konzept «gesundheitskompetente Organisation» nach Brach et al. (2012) oder nach Dietscher & Pelikan (2017) aufgreifen und umsetzen.

Eine «gesundheitskompetente Organisation» erleichtert ihren Zielgruppen (z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Patientinnen und Patienten) den Zugang, das Verständnis, die Bewertung und Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen und trägt zur Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz für Entscheidungen und Handlungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (= Krankheitsbewältigung), Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität im Lebensverlauf bei (Dietscher et al. 2015).

Die Organisation setzt unter anderem an der Gestaltung der organisatorischen Rahmenbedingungen für Gesundheitskompetenz an (Dietscher et al. 2015) und zeichnet sich beispielsweise dadurch aus, dass sie eine Führung hat, die Gesundheitskompetenz zu einem wesentlichen Bestandteil ihrer Mission, ihrer Strukturen und Prozesse macht. Sie ermöglicht einen einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation innerhalb der Organisation bzw. des Systems an. Eine gesundheitskompetente Organisation fördert die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und überwacht Verbesserungen. Ebenso entwickelt und verwendet sie gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Informationen einfach zu verstehen und zu befolgen sind. Darüber hinaus verwendet die Einrichtung effektive Strategien in der interpersonellen Kommunikation und legt Wert auf deren Verständnis (Brach et al. 2012). Die Organisation bindet Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten partizipativ

in die Entwicklung und Evaluierung der an sie gerichteten Materialien und Angebote ein (Dietscher et al. 2015). Sowohl der Krankenhausbereich als auch die stationäre Langzeitversorgung bieten sich für das Konzept einer «gesundheitskompetenten Organisation» an (Schaeffer et al. 2016), schlussfolgernd auch für die «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark».

Die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetenter Organisation kann in der Arbeitswelt einen wichtigen Beitrag leisten. Beispielsweise haben sich Programme für Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz als besonders wirksam erwiesen, wenn sie als zentrale Organisationsstrategien integriert sind. Diese Programme geben Anstöße für dauerhafte gesunde Verhaltensänderungen und Gesundheitserziehung. Darüber hinaus kann die Förderung der Gesundheitskompetenz als Teil umfassender Programme für Gesundheit und Wohlbefinden auch Fehlzeiten verringern sowie die Leistung und das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern. Dazu ist es wichtig, das richtige Umfeld in der Organisation zu schaffen (WHO 2016). Folglich wäre die Umsetzung einer gesundheitskompetenten Organisation sinnvoll und wünschenswert.

#### **6.4. Fazit**

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der österreichischen Bevölkerung weiterhin bewusst gestärkt, gefördert und verbessert werden muss. Sie sollte erhöhte Aufmerksamkeit als auch einen festen Stellenwert in gesellschaftlichen Bereichen wie etwa der Arbeitswelt und vor allem im Gesundheitssystem, insbesondere der medizinischen und pflegerischen Versorgung, erhalten. Die erhobenen Daten zur Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenz in der Lebenswelt Kainbach untermauern diese Forderung. In Zukunft sind weitere Bemühungen und Investitionen seitens Politik, Forschung und Praxis erforderlich, um einerseits gesamtgesellschaftliche und andererseits zielgruppenorientierte Strategien und Ansätze zu entwickeln. Dadurch kann neben der allgemeinen Bevölkerung vor allem auch die Gesundheitskompetenz der Health Professionals verbessert werden.

# 07

## Sponsoring und Interessenkonflikt

Die Studie wurde von der Medizinischen Universität Graz gesponsert.  
Es bestehen keine Interessenkonflikte.

# 08

## Literaturverzeichnis

Abel, T & Sommerhalder K 2015, Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung, Bundesgesundheitsblatt, vol. 58, (9), pp.923-929.

Abel, T 2018, Gesundheitskompetenz. In: Egger, M, Razum, O, Rieder, A (Hrsg.) 2018, Public Health Kompakt, Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, pp.198-199.

Berens, EM, Vogt, D, Messer, M, Hurrelmann, K, Schaeffer, D 2016, Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey, BMC Public Health, 16:1151.

Bonita, R, Beaglehole, R, Kjellström, T 2013, Einführung in die Epidemiologie, 3<sup>rd</sup> Edition, Verlag Hans Huber, Bern.

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

Brieskorn-Zinke, M 2011, Achtsamkeitspraxis und die Entwicklung von professioneller Gesundheitskompetenz in der Pflege, Pflege, vol. 24 (4), pp.251-257.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2015, Empfehlungen zur Einrichtung der «Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz» (ÖPGK). viewed 30<sup>th</sup> March 2018:

[https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1473/CMS1423210822655/plattform\\_gesundheitskompetenz.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1473/CMS1423210822655/plattform_gesundheitskompetenz.pdf).

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017a, Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich - Langfassung. viewed 30<sup>th</sup> March 2018: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017b, Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken, Bericht der Arbeitsgruppe. viewed 30<sup>th</sup> March 2018: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/links-publikationen-deutsch/>.

Dietscher, C & Pelikan, J 2017, Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations: Results from an Austrian Feasibility Study on the Self-assessment of organizational Health Literacy in Hospitals. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, Health Literacy: Forschungsgegenstand und Perspektiven, Hogrefe Verlag, Bern, pp.303-313.

Dietscher, C, Lorenc, J, Pelikan, J 2015, Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen, LBIHPR, Wien.

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

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

Eickholt, C, Hamacher, W, Lenartz, N 2015, Gesundheitskompetenz im Betrieb fördern - aber wie?, Bundesgesundheitsblatt, Springer Verlag, Berlin Heidelberg, vol. 58, (9), pp.976-982.

Ewers, M, Schaeffer, D, Meleis, AI 2017, „Teach more, do less“: Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, Health Literacy: Forschungsgegenstand und Perspektiven, Hogrefe Verlag, Bern, pp.237-257.

Fousek, S, Domittner, B, Nowak, P 2012, Health Literacy - Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, Wissenschaftlicher Ergebnisbericht, Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Ganahl, K, Dahlvik, J, Röthlin, F, Alpagu, F, Sikic-Fleischhacker, A, Peer, S, Pelikan, JM 2016, Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. LBIHPR Forschungsbericht, Wien.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG): BGBl I Nr. 75/2016.

Habermann-Horstmeier, L 2017, Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer, Hogrefe Verlag, Bern.

Hahn, S, Stefan, H, Abderhalden, C, Needham, I, Schulz, M, Hegedüs, A, Finklenburg, U, Schoppmann, S 2012, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz: Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung, Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen, 9. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien, Verlag Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Bern.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2015, Kompetent als Patientin und Patient: Gut informiert Entscheiden, Broschüre, Wien.



HLS-EU Consortium 2011, HLS-EU-Q47. The European Health Literacy Survey Questionnaire - original matrixrelated version.

HLS-EU Consortium 2012, Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project.

viewed 30<sup>th</sup> March 2018: <https://www.healthliteracyeurope.net>.

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

Kickbusch, I 2006, Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Kickbusch, I, Wait, S, Maag, D 2006, Navigating Health: The Role of Health Literacy.

Kuhn, K 2017, Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller, G (Hrsg.) 2017, Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3<sup>rd</sup> Edition, Hogrefe Verlag, Bern, pp.39-56.

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

Nöcker, G 2015, Health Literacy: Neue Basiskompetenz für die Gesundheitsgesellschaft? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2015, Health Literacy/Gesundheitsförderung: Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen, Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen, Köln.

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

Nutbeam, D 2000, Health Literacy as a Public Health Goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. Health Promotion International, vol. 15, (3) pp.259-267.

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

Peinhaupt, C & Robl, E 2017, Mehr Beteiligung! Gesundheit verstehen – beurteilen – anwenden, Gesundheitsberichterstattung Steiermark im Detail, Gesundheitsfonds Steiermark, Graz.

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

Pelikan, JM 2015, Gesundheitskompetenz – ein vielversprechender Driver für die Gestaltung der Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. In: Bauer, R & Wesenauer, A (Hrsg.) 2015, Zukunftsmotor Gesundheit: Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden, pp.173-194.

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

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

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

Röthlin, F, Ganahl, K, Nowak, P 2017, Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS-Neu), Diskussionspapier und Entscheidungshilfe, Gesundheit Österreich, Wien.

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

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

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

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

Schäfer, A & Schöttker-Königer, T 2015, Statistik und quantitative Methoden für Gesundheitsfachberufe, Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

Schilling, G 2017, Umgang mit der Informationsflut, Editorial, Im Fokus Onkologie, vol. 20, (12), Springer Medizin.

Simon, M 2017, Dazu gibt es nichts!?: Die Kunst der Literaturrecherche. In: Panfil, EM (Hrsg.) 2017, Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden, 3<sup>rd</sup> Edition, Hogrefe Verlag, Bern, pp.171-210.

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

Sørensen, K, Van den Broucke, S, Fullam, J, Doyle, G, Pelikan, J, Slonska, Z, Brand, H 2012, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12:80.

Sørensen, K, Van den Broucke, S, Pelikan, J, Fullam, J, Doyle, G, Slonska, Z, Kondilis, B, Stoffels, V, Osborne RH, Brand, H 2013, Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), *BMC Public Health*, 13:948.

Statistik Austria 2018, Personal im Gesundheitswesen. viewed 30<sup>th</sup> March 2018: [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html).

Steinbach, H 2017, Gesundheitsförderung und Prävention für Pflege- und andere Gesundheitsberufe, 5<sup>th</sup> Edition, Facultas Verlag, Wien.

Stock, S 2018, Was ist Gesundheitskompetenz? In: CNE.fortbildung, Gesundheitskompetenzen stärken, Patienteninformation und Beratung, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

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

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

Thilo, F, Sommerhalder, K, Hahn S 2012, Gesundheitskompetenz – ein Konzept für die Pflege?, Pflege, vol. 25, (6), pp.427-438.

Van der Heide, I, Rademakers, J, Schipper, M, Droomers, M, Sørensen, K, Uiters, E 2013, Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey, BMC Public Health, 13:179.

Wångdahl, J, Lytsy, P, Mårtensson, L, Westerling, R 2014, Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study, BMC Public Health, 14:1030.

Weiss, S & Lust, A 2017, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) samt ausführlichen Erläuterungen, 8<sup>th</sup> Edition, Sonderausgabe Nr. 95, Verlag Manz, Wien.

Westra, BL, Weinfurter EF, Delaney, CW 2014, Integrative Nursing and Health Literacy. In: Kreitzer, MJ & Koithan, M 2014, Integrative Nursing, Oxford University Press, New York, pp.445-458.

World Health Communication Associates 2011, Health Literacy "The Basics" Revised Edition, WHCA Action Guides Project, World Health Communication Associates Ltd, UK. viewed 30<sup>th</sup> March 2018:

<http://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>.

World Health Organization (WHO) 1998, Health Promotion Glossary, Genf. viewed 30<sup>th</sup> March 2018:

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

World Health Organization (WHO) 2016, Gesundheitskompetenz: Die Fakten.

Yost KJ, Webster K, Baker DW, Choi SW, Bode RK, Hahn EA 2009, Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: development and pilot testing. Patient Educ Couns., vol. 75, (3), pp.295-301.

# 09

## Anhang

Schriftliche Befragung



Medizinische Universität Graz

### **Die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten**

Eine quantitative Erhebung in der Lebenswelt Kainbach  
(Lebenswelten der Barmherzigen Brüder - Steiermark)

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer.

Liebe Kollegin, lieber Kollege.

In meiner Masterarbeit (Gesundheits- und Pflegewissenschaft) befasse ich mich mit der Gesundheitskompetenz von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten.

Aus diesem Grund möchte ich Sie gerne befragen.

#### **Was ist Gesundheitskompetenz?**

Die Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um diese effektiv zur Gesundheitserhaltung zu nutzen. Mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz können im täglichen Leben Entscheidungen getroffen werden, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Der kompetente Umgang mit gesundheitsrelevanter Information ist eine wesentliche Voraussetzung für die Stärkung und den Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden.

Die vorliegende Erhebung ist der erste wichtige Schritt, um das Thema Gesundheitskompetenz in der Lebenswelt Kainbach anzusprechen und auf das österreichische Gesundheitsziel «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken» aufmerksam zu machen.

Ziel der Untersuchung ist es, Ihre Selbsteinschätzung zur eigenen Gesundheitskompetenz zu erheben, damit im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gezielte Maßnahmen zur Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz geplant und umgesetzt werden können.

Seite 1 von 7

**Umfang und Dauer:**

Der nachfolgende Fragebogen umfasst insgesamt 52 Fragen. Das Ausfüllen benötigt durchschnittlich 10 bis 15 Minuten.

**Einverständnis und Anonymität:**

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens stimmen Sie automatisch einer freiwilligen Teilnahme an der Studie zu und sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten und Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden.

**Kosten und Vergütung:**

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie **keine Kosten**. Für Ihre Teilnahme erhalten Sie **keine Vergütung**.

**Vollständigkeit:**

Damit am Ende der Untersuchung aussagekräftige Ergebnisse gewährleistet werden können, bitte ich Sie, den Fragebogen **vollständig** auszufüllen.

Für etwaige Fragen stehe ich natürlich gerne zur Verfügung. Sie erreichen mich per Mail ([daniel.pichlbauer@stud.medunigraz.at](mailto:daniel.pichlbauer@stud.medunigraz.at)) oder persönlich in der Pflegedirektion.

**Vielen lieben Dank für Ihre Unterstützung und Mithilfe.**

Mit besten Grüßen



**Daniel Wolfgang Pichlbauer, BSc**

Mitarbeiter in der Pflegedirektion und Studierender an der Medizinischen Universität Graz

**Betreuerin der Masterarbeit:**

Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Éva Rásky, MME  
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie  
Medizinische Universität Graz  
+43 316 380 4396

**Zweitbetreuer der Masterarbeit:**

Univ.-Ass. Dr. Erwin Stolz, MA  
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie  
Medizinische Universität Graz  
+43 316 380 7762

**GESUNDHEITSKOMPETENZ**
 zutreffendes bitte ankreuzen

| Nr. | Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach fällt es Ihnen...                        | sehr schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich einfach | sehr einfach |
|-----|---|----------------|--------------------|------------------|--------------|
| Q01 | ...Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?                                   | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q02 | ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?                            | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q03 | ...herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?                                   | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q04 | ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?                             | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q05 | ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?   | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q06 | ...die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?                                     | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q07 | ...zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?   | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q08 | ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen? | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q09 | ...zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?                                 | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q10 | ...Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?                           | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q11 | ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?                   | 1              | 2                  | 3                | 4            |
| Q12 | ...zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?               | 1              | 2                  | 3                | 4            |



| Nr. | Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach fällt es Ihnen...  | Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach fällt es Ihnen... |                    |                  |              |
|-----|---|--|--------------------|------------------|--------------|
|     |   | sehr schwierig   | ziemlich schwierig | ziemlich einfach | sehr einfach |
| Q13 | ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?   | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q14 | ...den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?   | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q15 | ...im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?  | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q16 | ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?  | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q17 | ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?                             | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q18 | ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?   | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q19 | ...Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?  | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q20 | ...Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel? | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q21 | ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?   | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q22 | ...zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?  | 1  | 2                  | 3                | 4            |
| Q23 | ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?   | 1  | 2                  | 3                | 4            |

| Nr. | Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach fällt es Ihnen...   | sehr      |                    |                  |              |
|-----|--|-----------|--------------------|------------------|--------------|
|     |  | schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich einfach | sehr einfach |
| Q24 | ...zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z.B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken? | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q25 | ...zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?  | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q26 | ...zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?   | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q27 | ...zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?  | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q28 | ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?                                    | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q29 | ...zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?   | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q30 | ...aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?                     | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q31 | ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?                             | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q32 | ...Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden?                            | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q33 | ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?                                       | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q34 | ...Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte?   | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q35 | ...etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten?                              | 1         | 2                  | 3                | 4            |

| Nr. | Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach fällt es Ihnen...                            | sehr      |                    |                  |              |
|-----|---|-----------|--------------------|------------------|--------------|
|     |   | schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich einfach | sehr einfach |
| Q36 | ...sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?                                | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q37 | ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?                                  | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q38 | ...Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?   | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q39 | ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?     | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q40 | ...Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?                              | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q41 | ...zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt?               | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q42 | ...zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?                          | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q43 | ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?                             | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q44 | ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?   | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q45 | ...einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?                        | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q46 | ...Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? | 1         | 2                  | 3                | 4            |
| Q47 | ...sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?            | 1         | 2                  | 3                | 4            |

## CHRONISCHE ERKRANKUNG

Haben Sie eine chronische Erkrankung?  
(z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankung, Diabetes,  
Krebserkrankung, chronische Schmerzen)

nein

ja

## SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

weiblich

männlich

Wie alt sind Sie? (Angaben in Jahren)

< 19       20 - 29

30 - 39       40 - 49

50 - 59       60 >

Bitte geben Sie Ihren

Beschäftigungsstatus an:

Vollzeit

Teilzeit

geringfügig

Höchster Bildungsabschluss:

Neben der Ausbildung zur Pflegeassistentenz

neunte Schulstufe

Lehrabschluss

berufsbildende mittlere Schule  
(z.B. HAS)

Matura (z.B. AHS/BHS)

Hochschule (z.B. Uni/FH)

sonstige: \_\_\_\_\_

Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte in die entsprechende

Mappe mit der Aufschrift „ausgefüllte Fragebögen“.

Die Mappe liegt im Dienstzimmer.

**DANKE**

# HEALTH Die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistentenz LITERACY

Daniel Wolfgang Pichlbauer, BSc

Pflegedirektion / +43 664 831 60 27 / daniel.pichlbauer@bbkain.at

Fact Sheet © 2018

**81,1%**  
Rücklaufquote



## Was ist Gesundheitskompetenz?

Die Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden [1], um diese effektiv zur Gesundheitserhaltung zu nutzen. Mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz können im täglichen Leben Entscheidungen getroffen werden, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

**172 teilnehmende PflegeassistentInnen**

**70,9% Frauen ▶ 25,0% Männer ▶ 4,1% keine Antwort**

**48,8%**

Bei knapp der Hälfte der Pflegeassistentenz in der Lebenswelt Kainbach ist die Gesundheitskompetenz limitiert, d.h. inadäquat oder problematisch

**51,2%**

Bei über der Hälfte der Pflegeassistentenz in der Lebenswelt Kainbach ist die Gesundheitskompetenz ausreichend oder exzellent

**4-5 von 50 Personen**  
haben eine **inadäquate**  
Gesundheitskompetenz



**20 von 50 Personen**  
haben eine **problematische**  
Gesundheitskompetenz



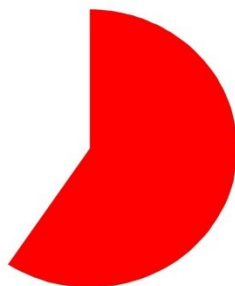
**16 von 50 Personen**  
haben eine **ausreichende**  
Gesundheitskompetenz



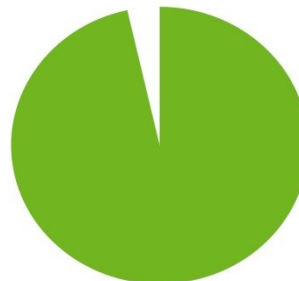
**9 von 50 Personen**  
haben eine **exzellente**  
Gesundheitskompetenz



Es gibt **leichte Unterschiede** zwischen der Gesundheitskompetenz der Pflegeassistentenz in der Lebenswelt Kainbach und dem Geschlecht, dem Alter, dem Beschäftigungsstatus, dem Bildungsniveau und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung. Diese Unterschiede sind jedoch **statistisch nicht signifikant**, d.h. die Unterschiede können auf einem Zufall beruhen.



**59,3%**  
Über der Hälfte der Personen finden es schwierig, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten



**96,5%**  
Fast alle Personen finden es einfach, den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen

[1] Sørensen, K, Van den Broucke, S, Fullam, J, Doyle, G, Pelikan, J, Slonska, Z, Brand, H 2012, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12:80.