

Eingereicht von

Jonas Schmidt

Angefertigt am

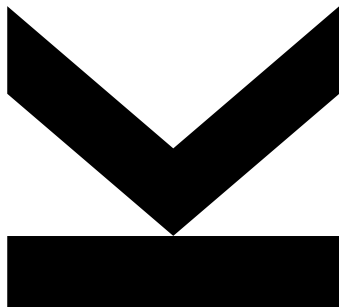
**Institut für
Allgemeinmedizin**

Beurteiler

Dr. Erwin Rebhandl

Mai 2023

DIE GESUNDHEITSKOMPETENZ IN DER REGION STEINERNE MÜHL



Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. med. univ.

im Masterstudium

Humanmedizin

EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Linz, 31.05.2023



1. Abstract

Gesundheitskompetenz (GK) ist ein Konzept, welches sich mit der Fähigkeit einer Person befasst, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Teilaspekte daraus betreffen die Krankheitsbewältigung, die Prävention und die Gesundheitsförderung. Im Literaturteil wird der Begriff der GK definiert, Strategien zur Verbesserung und die Entwicklung des Erhebungsinstruments vorgestellt.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde in der Gesundheitsregion Steinerne Mühl eine Umfrage durchgeführt, um die allgemeine GK der dort lebenden Bevölkerung zu erheben. Im Anschluss wurden die Ergebnisse mit der österreichweiten GK-Erhebung HLS19-AT verglichen. Dabei zeigten sich einige Gemeinsamkeiten aber auch beträchtliche Unterschiede im Hinblick auf relevante Kennzahlen wie GK-Scores und Kompetenzlevels.

Health literacy (HL) is a concept that deals with a person's ability to find, understand, evaluate and apply health-related information. Partial aspects of it concern disease management, prevention and health promotion. In the literature section, the concept of GK is defined, strategies for improvement and the development of the survey instrument are presented.

Part of this thesis is a survey was conducted in the health region Steinerne Mühl to evaluate the general GK of the population living there. Subsequently, the results were compared with the Austria-wide GK survey HLS19-AT. This revealed some similarities but also considerable differences with regard to some key figures such as HL scores and competence levels.

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	3
2. Einleitung.....	6
3. Zielsetzung und Fragestellung	6
4. Grundbegriffe und Relevanz	7
4.1. Was ist Gesundheitskompetenz?	7
4.2. Die vier Grunddimensionen der Gesundheitskompetenz	9
4.3. Auswirkungen von verminderter Gesundheitskompetenz	9
5. Strategien zur Verbesserung der GK	11
5.1. Allgemeine Kommunikationsempfehlungen	11
5.2. Die Teach-Back-Methode	13
5.3. Medikamentenbezogene Kommunikation	15
5.3.1. Brown-Bag-Methode.....	16
5.4. Vermeiden medizinischer Fachbegriffe.....	17
5.4.1. Technische Terminologie.....	18
5.4.2. Akronyme und Abkürzungen	18
5.4.3. Medizinische Umgangssprache	19
5.4.4. Medikalisierte Sprache	19
5.4.5. Unnötige Synonyme	19
5.4.6. Euphemismen	19
5.4.7. Wertende Ausdrücke	20
5.5. Verbesserung der GK im Kindes- und Jugendalter	20
5.6. Nationale GK-Programme	21
5.7. Verbesserung der GK auf Gemeindeebene	22
6. Erhebungsinstrument.....	23
6.1. Entwicklung des HLS-EU-Q.....	23
6.2. Fragendesign und Auswertung.....	25
6.2.1. Kompetenzlevels	25
6.3. Validierung des HLS-EU-Q und Prüfung auf Verständlichkeit.....	26
6.4. HLS19-Q12	26
6.4.1. Validierung des HLS19-Q12	29
7. Gesundheitskompetenz in Österreich	30
7.1. Bezug von Gesundheitsinformationen	30

7.2. Allgemeine Gesundheitskompetenz	31
7.3. Digitale Gesundheitskompetenz	32
7.4. Weitere spezielle Aspekte der GK	32
8. Gesundheitskompetenz in der Region Steinerne Mühl	34
8.1. Hintergrund	34
8.2. Methodik der Erhebung	34
8.2.1. Zielgruppe	34
8.2.2. Der Fragebogen	35
8.2.3. Durchführung	36
8.2.4. Sonderfall St. Stefan-Afiesl	36
8.2.5. Statistik	36
8.3. Ergebnisse	37
8.3.1. Gemeinde	37
8.3.2. Geschlecht und Alter	37
8.3.3. Bildungsstufe	37
8.3.4. Finanzielle Situation	37
8.3.5. Chronische Erkrankungen und Umgang damit	38
8.3.6. Auswertung der zwölf GK-Fragen	39
8.3.7. Gesundheitskompetenz-Scores	42
8.3.8. Kompetenzlevels	43
8.3.9. Auswertung nach soziodemografischen Merkmalen	43
9. Vergleich mit HLS19-AT – der österreichweiten GK-Erhebung	46
9.1. Unterschiede der Befragungen und Vergleichbarkeit	46
9.2. Vergleich der Antwortmuster	46
9.3. Vergleich der GK-Scores	48
9.4. Vergleich der Kompetenzlevels	49
10. Diskussion	50
10.1. Limitationen	53
11. Anhang	54
12. Literatur	56

2. Einleitung

Gesundheitskompetenz (GK) beschreibt die Fähigkeiten und Kenntnisse eines Menschen, Gesundheitsinformationen und Informationen über die Gesundheitsversorgung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Dazu gehört nicht nur das Lesen bzw. das Verstehen schriftlicher Gesundheitsinformation, sondern auch die Fähigkeit sich im durchaus komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden, mit Personen im Gesundheitssektor zu kommunizieren und Lebensstilentscheidungen, welche sich auf die Gesundheit auswirken, zu treffen. Die GK ist ein entscheidender Aspekt der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens des Einzelnen und der allgemeinen Bevölkerung.

Personen mit verminderter Gesundheitskompetenz haben eher Schwierigkeiten mit chronischen Krankheiten umzugehen, eine gesunde Lebensweise zu führen und bei Bedarf eine angemessene medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Es gibt einige Hinweise darauf, dass die Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist und, dass bestimmte Personen, wie ältere Menschen, Menschen mit geringem Einkommen und Menschen in bestimmten Bildungsschichten ein höheres Risiko für eine verminderte Gesundheitskompetenz aufweisen.

In den letzten Jahren ist die Bedeutung der GK zunehmend größer geworden und es gibt immer mehr Bemühungen, die GK sowohl von Einzelpersonen als auch der Allgemeinheit zu verbessern.

3. Zielsetzung und Fragestellung

Hauptziel dieser Masterarbeit ist die Erhebung der allgemeinen GK in der Gesundheitsregion Steinerne Mühl (bestehend aus den Gemeinden Haslach an der Mühl, Lichtenau, St. Oswald bei Haslach und St. Stefan-Afiesl). Grundlage dieser Erhebung ist die österreichweite GK-Erhebung von 2020, bei welcher unter anderem die allgemeine GK der österreichischen Bevölkerung mittels telefonischer Befragung abgefragt wurde. Im Unterschied dazu sollte unsere Erhebung mit schriftlichen Fragebögen durchgeführt werden, welche zuvor postalisch gemeinsam mit den Gemeindezeitungen an die Haushalte zugestellt wurden und anschließend an mehreren Abgabestellen im Gemeindegebiet anonym abgegeben werden konnten.

Im Literaturteil dieser Arbeit sollen die wichtigsten Grundbegriffe über die GK geklärt und die aktuell anerkannte Definition der GK beschrieben werden. Der aktuelle Forschungsstand bezüglich gesundheitlicher und gesellschaftlicher Auswirkungen von verminderter GK wird ausgearbeitet und effektive Strategien zur Verbesserung der GK einzelner Personen werden vorgestellt. Bei den Verbesserungsstrategien wird weniger auf gesundheitspolitische Aspekte eingegangen, der Fokus liegt hier auf Methoden, welche in einer allgemeinmedizinischen Praxis angewendet werden können.

Die Fragestellung, welche mit dieser Arbeit beantwortet werden soll, lautet: Wie hoch ist der Grad der Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsregion Steinerne Mühl? Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zeigen sich im Vergleich mit gesamt Österreich?

4. Grundbegriffe und Relevanz

4.1. Was ist Gesundheitskompetenz?

Lange Zeit war dieser Begriff in der Literatur nicht genau definiert. Erstmals erwähnt wurde die Gesundheitskompetenz (engl. „health literacy“) in den 1970er Jahren [1]. Es gab seitdem zwar etliche Definitionen, die sich auch in großen Teilen überschneiden, doch die derzeit von der WHO anerkannte umfassende Definition der Gesundheitskompetenz wurde erst 2012 von Sørensen et al. festgelegt [2, 3]. Dazu wurden die siebzehn gängigsten Definitionen analysiert und zu folgender zusammengefasst:

„Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, 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 die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.“

[2, 3]

Diese Definition kann in folgende vier kognitive Dimensionen unterteilt werden: Das *Finden*, das *Verstehen*, das *Beurteilen* und das *Anwenden* von gesundheitsrelevanter Information.

Neben diesen kognitiven Dimensionen gibt es auch die Aspekte der Gesundheitsdomänen. Dazu gehören die Krankheitsbewältigung, die Prävention und die Gesundheitsförderung [3].

Folgende Abbildung von Sørensen et al. fasst diese Definition treffend zusammen: Das Oval in der Mitte stellt die individuelle GK mit den drei Gesundheitsdomänen und den vier kognitiven Dimensionen dar. Die Items und Pfeile außerhalb des Ovals sollen die gegenseitige Beeinflussung zwischen GK, Lebenssituation, Umgebung und den Outcomes zeigen.

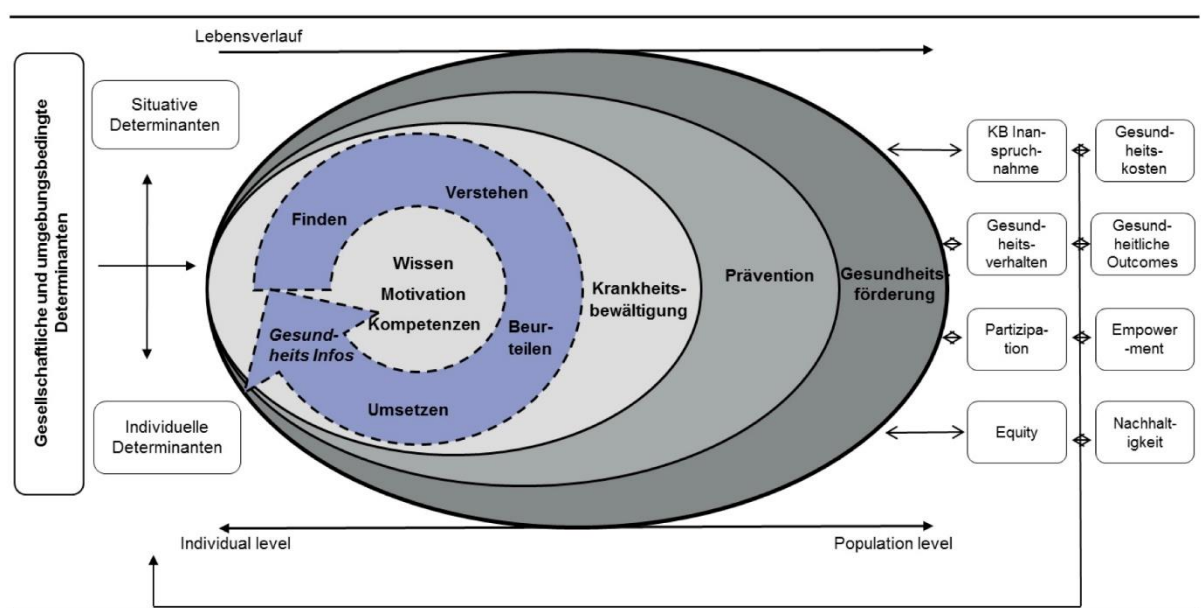


Abbildung 1: Darstellung des Konzepts der Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. [4] und Pelikan et al. [5].

Die Gesundheitskompetenz ist nicht als starres Konstrukt zu verstehen, sondern als breites, multifaktorielles Konzept, welches viele verschiedene Fähigkeiten und Kompetenzen beinhaltet [1].

Die individuelle Gesundheitskompetenz einer Person ist über die Zeit hinweg nicht ständig gleich, sondern dynamisch. Sie hängt von den Lebensumständen, der Familie und auch vom vorhandenen Gesundheitssystem ab [2].

4.2. Die vier Grunddimensionen der Gesundheitskompetenz

1. Finden: Dazu zählt das Erlangen von gesundheitsrelevantem Wissen bzw. Information. Sei es in Form eines Beipackzettels, im Internet oder durch Bekannte/Familie. Auch das Aufsuchen eines Arztes oder einer anderen Beratungsstelle im Gesundheitssystem zählt zur Grundkompetenz „Finden“
2. Verstehen: Versteht die individuelle Person im Beratungsgespräch, was der Arzt empfiehlt? Kann der Patient überhaupt lesen bzw. reicht das Textverständnis, um die Informationsbroschüre zu verstehen?
3. Beurteilen: Die Fähigkeit, die erlangten Informationen auf Glaubwürdigkeit und Relevanz für eine/n selbst zu untersuchen und einzuschätzen.
4. Anwenden: Darunter zusammengefasst sind alle Entscheidungen, die dazu führen, die eigene Gesundheit zu fördern bzw. im Fall einer Erkrankung die Gesundheit zu verbessern. Werden die Tabletten richtig eingenommen? Richtige Ernährung, ausreichend Bewegung im Alltag.

4.3. Auswirkungen von verminderter Gesundheitskompetenz

Inzwischen gibt es einige Studien, die die Auswirkungen der Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitsverhalten sowie die individuelle Gesundheit untersucht haben. Ein direkter Zusammenhang ist wie so oft schwierig nachzuweisen, weil die untersuchten Effekte oft auch durch Störfaktoren oder indirekte Auswirkungen ausgelöst worden sein könnten [6].

In der Studie von Baker et al. wurde nachgewiesen, dass eine niedrige bzw. inadäquate Gesundheitskompetenz bei älteren Personen mit einem höheren Risiko zu versterben einher geht [7]. Auch der Gesamtgesundheitszustand älterer Personen ist mit einer niedrigeren Gesundheitskompetenz assoziiert [8, 9].

Einige Studien konnten nachweisen, dass die Wahrscheinlichkeit für Hospitalisierung für Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz höher, während die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten wie Mammografie und Grippeimpfung geringer ist [9]. Insgesamt sind Personen mit verminderter Gesundheitskompetenz seltener beim Arzt vorstellig [6].

Bei Probanden mit niedriger Gesundheitskompetenz zeigte sich eine verminderte Fähigkeit, Instruktionen zu verstehen und anzuwenden, beispielsweise wie ein bestimmtes Medikament eingenommen werden soll. Auch zeigte sich ein geringeres Verständnis von Nährwertangaben auf Lebensmittelverpackungen [6, 9].

Obwohl die Evidenzlage als gering eingestuft wird, scheint eine niedrige Gesundheitskompetenz mit einem höheren Risiko für depressive Symptomatik einherzugehen [9]. Die GK ist auch mit gesundheitlichem Outcome direkt assoziiert, besonders genau untersucht bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Herzinsuffizienz [10].

Für viele untersuchte Endpunkte konnte kein direkter Nachweis einer Korrelation erbracht werden. Dazu zählen zum Beispiel Medikamentenadhärenz, Schweregrad eines Asthma bronchiale, Komplikationshäufigkeit bei Diabetes mellitus und auch das Vorhandensein von chronischen Erkrankungen [9, 11].

Cho et al. beschreibt, dass vermindertes Wissen über Folgen des Rauchens, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Asthma, HIV und Vorsorgeprogramme mit niedrigerer Gesundheitskompetenz assoziiert ist [6].

Es gibt auch Hinweise darauf, dass schädliche Verhaltensweisen wie Drogenabusus, sitzende Tätigkeiten, Alkohol und Rauchen ebenfalls die Folge von verminderter Gesundheitskompetenz sein könnten [6].

5. Strategien zur Verbesserung der GK

Nachzuweisen, dass eine Intervention positive Auswirkung auf die GK hat ist aufgrund der Schwierigkeit der Durchführung einer randomisiert kontrollierten Studie nicht einfach, weshalb viele der in diesem Kapitel vorgestellten Strategien auf Expertenmeinungen beruhen [12]. Ziel dieser Methoden soll sein, das Verständnis bei den Patient/innen zu fördern und dadurch die negativen Auswirkungen von niedriger GK indirekt zu vermindern. Nachfolgend sind einige Kommunikationsmethoden und -strategien angeführt und genauer erklärt.

5.1. Allgemeine Kommunikationsempfehlungen

Eine Studie unter Patient/innen mit arterieller Hypertonie konnte zeigen, dass Kommunikationstraining für Ärzt/innen und die Anwendung der erworbenen Fähigkeiten signifikante Verbesserung des Blutdrucks, der Medikamentenadhärenz und der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation nach sich zog [13]. Dieses Ergebnis unterstreicht die Wichtigkeit einer qualitativen Kommunikation im Gesundheitsbereich.

Es zeigte sich, dass Personen mit verminderter GK eher von qualitativ minderwertiger Arzt-Patienten-Kommunikation berichten. Um die Arzt-Patienten-Kommunikation, die Zufriedenheit und das Verständnis von Patient/innen zu verbessern, um einen gemeinsamen Entscheidungsfindung zu ermöglichen, sollten einige Grundregeln beachtet werden [14]. Auch wenn einige der Ratschläge banal klingen, der erfolgreiche Einsatz der Techniken bedarf einiges an Übung, um eine Routine darin zu entwickeln [15].

- Vor dem Gespräch ist darauf zu achten, dass eine angenehme, vertrauensvolle Atmosphäre besteht [16, 17]. Das Ziel während des Gesprächs ist, das Gefühl zu vermitteln, dass Fragen willkommen sind und alle beteiligten Personen sich ablenkungsfrei unterhalten können. Oates et al. zu dem Thema: *„Wenn Sie keine Fragen hören, dann fühlen sich Patient/innen nicht willkommen zu fragen.“*
- Während der Patient/die Patientin spricht, sollen Unterbrechungen möglichst vermieden werden. Grundsätzlich soll die Wortwahl den Patient/innen angepasst werden. Wenn seitens des/der Patient/in eigene Begriffe für eine Erkrankung oder für Beschwerden ausgesprochen werden, sollen diese vom Arzt angenommen und ebenfalls im Patientengespräch verwendet werden [18].

- Kountz et al empfehlen langsam zu sprechen, um den Patient/innen Zeit zu geben das Gesagte zu verarbeiten und abzuspeichern [15, 16]. Dies kann im Klinik- bzw. Praxisalltag und unter Stress natürlich schwerfallen, sollte jedoch vor allem beachtet werden, wenn man das Gefühl hat, das Gegenüber hat Schwierigkeiten dem Gespräch zu folgen. Zusätzlich zum langsamen Sprechen sollte auf eine einfache Sprache sowie auf unkomplizierten Satzbau geachtet werden [17].
- Die Gesamtmenge an Informationen, die weitergegeben werden, sollte sich auf zwei bis drei wichtige Punkte beschränken, um Überforderung zu vermeiden. Diese wichtigen Punkte sollten dann auch konsequent wiederholt werden und können stichwortartig auf einem Zettel notiert und den Patient/innen mitgegeben werden [16, 17]. Besonders Informationen über Anatomie und Physiologie sollten sparsam kommuniziert werden, da diese von Patient/innen tendenziell schwieriger verstanden werden [15].
- Patient/innen sollen aktiv ermutigt werden, Fragen zu stellen. Statt der Standardphrase: „Haben Sie noch Fragen?“ auf die schnell mit einem verlegenen „Nein.“ geantwortet werden kann, sollte besser gefragt werden: „Welche Fragen haben Sie?“ [12]. Weiters ist es empfehlenswert offene Fragen zu stellen [16].
- Bei vorhandener Sprachbarriere sollte niederschwellig ein Dolmetscher hinzugezogen werden, um Verständigungsprobleme von vornherein zu vermeiden.
- Während des Gesprächs können visuelle Hilfsmittel benutzt werden, um das Besprochene näher zu beschreiben. Auch das Zeichnen von vereinfachten Darstellungen und Konzepten ist eine sinnvolle Ergänzung, um die individuelle GK zu stärken.
- Für Erklärungen von Vorgängen und Tätigkeiten kann es hilfreich sein, diese den Patientinnen direkt zu demonstrieren. Zum Beispiel wie man einen Inhalator benutzt, wie man den Blutzucker oder den Blutdruck misst [18].

5.2. Die Teach-Back-Methode

Untersuchungen haben ergeben, dass bis zu 80% der Informationen in einem medizinischen Gespräch, vom Patienten sehr schnell wieder vergessen werden. Je mehr Information kommuniziert wurde, desto weniger bleibt in Erinnerung. Etwa die Hälfte der später wiedergegebenen Informationen sind fehlerhaft [19]. Um dieses Problem der Erinnerungsfähigkeit, welche auch zur GK gezählt werden kann, zu verbessern kann die Teach-Back-Methode angewendet werden [20].

Angewendet wird die Methode folgendermaßen: Nach dem medizinischen Gespräch wird der/die Patient/in aufgefordert in eigenen Worten zu wiederholen, was besprochen wurde [10, 20, 21]. Wichtig dabei ist eine nicht konfrontative Wortwahl, um beim Gegenüber keine Schamgefühle auszulösen [22].

Mögliche Formulierungen könnten sein:

„Ich bitte meine Patienten immer zu wiederholen, was ich empfohlen habe, um sicher zu gehen, dass ich mich verständlich ausgedrückt habe. Also wie werden Sie das Medikament einnehmen? [10]“

„Wenn Sie heute nach Hause kommen, wird Ihr Partner/Partnerin fragen, was der Arzt gesagt hat. Was werden Sie antworten? [10]“

„Jetzt haben wir einige wichtige Dinge besprochen. Ich möchte sicher gehen, dass Sie alles verstanden haben. Bitte erzählen Sie mir nochmal, was der Plan ist! [23]“

Sollten fehlerhafte Aussagen auftauchen oder wichtige Informationen nicht erwähnt werden, wird die relevante Information neu besprochen. Die Methode soll so lange angewendet werden, bis alles korrekt wiedergegeben wurde [23]. Ziel dabei soll nicht sein, den/die Patient/in abzufragen sondern das Identifizieren von unzureichender patientenangepasster Instruktion bzw. Kommunikation [20].

Die Teach-Back-Methode (im Englischen auch „show-me-method“ oder „closing the loop“ genannt [21, 23]) kann nicht nur von ärztlichem Personal angewendet werden, sondern das gesamte Gesundheitspersonal soll instruiert werden und die Methode regelmäßig verwenden, um Defizite in der eigenen Patientenkommunikation zu identifizieren [21]. Wenn die Methode

regelmäßig angewendet und zur Routine wird, dauert das Arzt-Patienten-Gespräch in der Regel nicht länger als sonst [20].

In einer Untersuchung von Negarandeh et al. wurde festgestellt, dass sechs Wochen nach Anwendung der Teach-Back-Methode in der Interventionsgruppe signifikant besseres Wissen über die Erkrankung, bessere Medikamentenadhärenz und bessere Ernährungsadhärenz im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Teach-Back-Methode bestand. Besonders große Fortschritte in Bezug auf das Wissen über Ihre Erkrankung machten Patient/innen mit verminderter GK, was den Rückschluss zulässt, dass die Teach-Back-Methode bei Personen mit niedriger GK eine einfache und günstige Strategie darstellt, das Krankheitswissen und die Adhärenz zu verbessern, was nachweislich zu einem besseren Outcome bei chronischen Erkrankungen führt [10, 21, 22].

Mehrere Studien haben die Rehospitalisierungsrate nach Anwendung der Teach-Back Methode untersucht. Obwohl das Ergebnis oft nicht signifikant war, zeigte sich grundsätzlich eine geringere Rate an Hospitalisierung. In einer Studie zeigte sich sogar eine Reduktion um 39% [21].

Laut Ha Dinh et al. ist die Teach-Back-Methode besonders gut geeignet, Behandlungsanweisungen und Warnsymptome der Erkrankung, die zu einer Wiedervorstellung führen sollen, zu kommunizieren und zu festigen. Patientengruppen, welche besonders von der Methode profitieren sind chronisch Kranke, ältere Personen, Personen mit Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben, Personen mit kognitiven Einschränkungen und Personen mit verminderter GK [21, 24].

Ein wertvoller Nebeneffekt der Methode ist die signifikante Steigerung der Patientenzufriedenheit nach dem Gespräch. Patientenbefragungen ergaben, dass 96% die Teach-Back-Methode als effektiv oder sehr effektiv bewerteten. Weiters wurde angegeben, dass die Methode dabei unterstützt, sich Besprochenes besser zu merken. Vor allem Personen mit niedriger GK befürchteten jedoch eine Stigmatisierung bzw. Verurteilung, wenn etwas fehlerhaft wiedergegeben wird [22].

Eine insgesamt bessere Lebensqualität bei Herzinsuffizienzpatient/innen sei nach Anwendung der Teach-Back-Methode ebenfalls zu erwarten. Möglicherweise ist dieser Effekt zurückzuführen auf besseres Krankheitsverständnis und die persönliche Einstellung zur Krankheit.

5.3. Medikamentenbezogene Kommunikation

Laut der Weltgesundheitsorganisation nehmen etwa 50% der Patient/innen ihre Medikamente nicht wie verschrieben ein [25]. Bei asymptomatischen Krankheiten wie arterieller Hypertonie ist die Adhärenzrate noch geringer [26]. Die Gründe für Non-Adhärenz sind verschieden: fehlendes Krankheitsverständnis, wenig Mitentscheidung bei der Therapiewahl und vermindertes Verständnis der Einnahmeempfehlung [25].

Risikogruppen für falsche oder fehlende Medikamenteneinnahme sind ältere Patient/innen, Patient/innen mit psychischen Erkrankungen [27], Personen mit niedrigerem sozio-ökonomischem Status und Migrant/innen [28].

Das Erkennen von Non-Adhärenz ist im klinischen Alltag nicht einfach. Nur weil ein Medikament auf einer Medikamentenliste aufgelistet ist, heißt das nicht, dass es auch regelmäßig eingenommen wird. Für eine ehrliche Arzt-Patienten-Kommunikation ist eine vertrauensvolle und schamfreie Atmosphäre unabdingbar. Mögliche Fragen, um die Adhärenz auf nicht konfrontative Art zu erfragen, sind folgende:

„Ich weiß, es ist schwierig all die Medikamente regelmäßig einzunehmen. Wie oft vergessen Sie, sie einzunehmen? [25]“

„Mussten Sie irgendein Medikament absetzen, aus welchem Grund auch immer? [25]“

„Wann haben Sie das Medikament X zuletzt eingenommen? [25]“

Doch was können Ärzt/innen tun, um Non-Adhärenz möglichst zu verhindern? Laut Brown et al. ist der wichtigste Ansatz dafür eine adäquate Wissensvermittlung an die Patient/innen. Es sollten alle relevanten Informationen über die Medikation kommuniziert werden: Der Name des Medikaments, Begründung für die Verschreibung, Einnahmefrequenz, Einnahmezeit, Dauer der Medikation, mögliche Nebenwirkungen und wie beim Auftreten von Nebenwirkungen vorgegangen werden soll [25, 28].

Das Einbeziehen von Patient/innen in die Therapieentscheidung bringt einen entscheidenden Vorteil. Sie fühlen sich dadurch selbstwirksamer und sind motivierter ihre Medikamente wie verschrieben einzunehmen. Patient/innen einige Entscheidungen bei der Therapiewahl selbst zu überlassen, im Sinne eines Shared-Decision-Making, ist empfehlenswert [25, 29]. Ein einfacher

Weg ist, Patient/innen die Wahl des Einnahmezeitpunktes bestimmen zu lassen, wenn das Medikament dafür geeignet ist. Wenn mehrere gleichwertige Therapiealternativen möglich sind, macht es Sinn, Patienten/innen über die Möglichkeiten aufzuklären und selbst entscheiden zu lassen, welcher Weg am besten für sie passt (Informed-decision-Making) [25].

Die Einbeziehung von Familienmitgliedern in Gespräche und Entscheidungen über die Medikation ist vor allem bei älteren Patient/innen von Vorteil [28].

5.3.1. Brown-Bag-Methode

Die Brown-Bag-Methode, entwickelt vor etwa 40 Jahren, ist eine Strategie zur Evaluation und eventuellen Anpassung der Medikation bestimmter Patient/innen. Der Patient/die Patientin wird gebeten, alle Medikamente gesammelt mitzunehmen. Gleichzeitig werden die Vorteile davon erwähnt, zum Beispiel eine mögliche Reduktion der Anzahl der einzunehmenden Medikamente [18]. Ursprünglich wurden die Medikamente in einer braunen Papiertüte gesammelt, daher der Name [27]. Brega et al empfehlen im Health Literacy Universal Precaution Kit dem Patienten direkt eine Tüte mit dem Patientennamen und der Aufschrift „Alle Medikamente mitbringen“ mitzugeben [18].

Auch rezeptfreie, pflanzliche, abgelaufene und nicht mehr eingenommene Medikamente sollen mitgebracht werden [30]. Auch Vitamine, Supplemente, Injektionen, Inhalationen und topische Medikamente wie Salben sind mitzunehmen [18]. Ziel dabei ist, die Medikamente gemeinsam durchzugehen und auf Indikation, Anwendungsfehler, Nebenwirkungen, Doppelverschreibung, Interaktionen und Adhärenz zu untersuchen. Sollten Unklarheiten oder Sorgen bezüglich der Medikation bestehen, wird über Begründung der Anwendung, Dosierung und andere fehlende Informationen aufgeklärt [18, 26, 27]. Das Aushändigen einer aktuellen Medikationsliste mit allen relevanten Informationen über Einnahmezeitpunkt und Dosierung ist empfehlenswert [18]. Dabei sollte nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass jeder Patient/jede Patientin das Einnahmeschema in der Form x-x-x (z.B. 1-0-0 für morgendliche Einnahme) versteht, sondern dies sollte explizit erklärt werden.

Viele Patient/innen wissen nicht, dass auch pflanzliche Mittel und rezeptfreie Medikamente Interaktionen und unerwünschte Wirkungen hervorrufen können und erwähnen diese beim Arztbesuch deshalb nicht. Die Brown-Bag-Methode ist hier ein erfolgreiches und günstiges Tool, um negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Patient/innen zu entlarven [27].

In einer Untersuchung über die Brown-Bag-Methode mit 205 Patient/innen, war es in 133 Fällen (65%) nötig über die Indikation mindestens eines mitgebrachten Medikaments aufzuklären. Die Aufklärung über Nebenwirkungen und medikamenteninduzierte Reaktionen war bei 52% der Patient/innen nötig [27]. Diese Studie zeigt, dass wenige Patienten über ausreichend Wissen über ihre Medikamente verfügen und durchaus Verbesserungsbedarf besteht.

In einer Befragung gaben 95% der Patient/innen nach der Brown-Bag-Methode an, mehr über ihre Medikation zu wissen [30]. Im Follow-Up bezeichneten 89% der Befragten die Methode als hilfreich oder sehr hilfreich.

5.4. Vermeiden medizinischer Fachbegriffe

Für eine funktionierende Arzt-Patienten-Kommunikation ist das Vermeiden von medizinischer Fachsprache unerlässlich. Durchschnittlich fallen in einem Patientengespräch 2 Fachausdrücke pro Minute [31]. Dabei überschätzen Ärzte und Ärztinnen das Verständnis auf der Patientenseite üblicherweise [32–34].

In einer Auswertung von Audioaufnahmen wurde festgestellt, dass 80% aller Patientengespräche mindestens einen nicht ausreichend erklärten Fachbegriff enthalten. Interessanterweise neigen männliche Ärzte eher dazu, Fachbegriffe zu verwenden. Die Rate an Fachausdrücken ist unter Männern 50% höher als unter Frauen. Die meisten Fachbegriffe fallen in die Kategorien „technische Terminologie“ und „medizinische Umgangssprache“ [33].

Bei einer Konsensusstudie mit 25 teilnehmenden Gesundheitskompetenzexperten war die am höchsten gereichte Empfehlung das Vermeiden von medizinischen Fachbegriffen und das Übersetzen von essenziellen Fachbegriffen in Laiensprache [12].

Pitt und Hendrickson beschreiben in ihrer Veröffentlichung „Eradicating Jargon-Oblivion“ eine Klassifikation für medizinische Fachbegriffe bzw für den medizinischen „Jargon“ [32]. Ihr Ziel dabei ist die Ärzteschaft und auch bereits Medizinstudierende auf das Problem der medizinischen Fachausdrücke während Patientengesprächen zu sensibilisieren und die „iatrogene Verwirrung“ zu minimieren. Es wird auch teilweise gefordert, das Thema medizinische Fachsprache und die Klassifikation in die Curricula der medizinischen Ausbildungen zu implementieren [32, 34].

Das achtsame Analysieren der selber verwendeten Fachbegriffe kann dabei helfen, die eigene Kommunikation verständlicher zu gestalten und sowohl die Patientenzufriedenheit und -vertrauen zu stärken als auch das medizinische Outcome zu verbessern [33]. Besonders in

Gesprächen mit chronisch kranken Patient/innen, von denen hohes Selbstmanagement erwartet wird, soll auf einfache und Fachbegriff-freie Kommunikation geachtet werden [34].

Es kann hilfreich sein, Feedback von nicht medizinischem Personal einzuholen, um unbewusst verwendete Fachbegriffe aufzudecken [15]. Nicht vermeidbare medizinische Fachausdrücke sollen vom Arzt / von der Ärztin in einfacher, patientenadaptierter Sprache erklärt werden, jedoch sollte die Anzahl auf ein Minimum reduziert werden, um eine Überforderung seitens der Patient/innen zu vermeiden [33, 35]. Wood und Gupta empfehlen, in speziellen Situationen komplizierte Krankheitsnamen in Gesprächen mit Patient/innen sehr wohl zu verwenden, und zwar aus dem Grund, weil die Betroffenen mit diesen Begriffen wohl regelmäßig zu tun haben werden [35].

Die meisten Fachbegriffe fallen in Situationen, in denen den Patient/innen Empfehlungen ausgesprochen werden (37%), gefolgt vom Bereitstellen medizinischen Informationen (29%), dem Besprechen von Testresultaten (24%) und dem Erfragen von Symptomen (10%) [34].

Im Folgenden werden die sieben Kategorien der Klassifikation von Pitt und Hendrickson beschrieben und mit teilweise überspitzten Beispielen erläutert.

5.4.1. Technische Terminologie

Alle „typischen“ medizinischen Fachausdrücke fallen unter diese Kategorie. Dazu gehören Krankheitsnamen, Laborwerte, Untersuchungsmethoden, Medikamentennamen, Symptome, Berufsbezeichnungen etc.

Beispiel:

*„Das Elektrokardiogramm zeigt mir, dass Sie an einem Vorhofflimmern leiden.
Ich werde Sie an einen Kardiologen überweisen, dieser soll entscheiden, ob
eine Antikoagulation notwendig ist.“*

5.4.2. Akronyme und Abkürzungen

Aus Patientensicht kann die Verwendung von Akronymen und Abkürzungen als sehr verwirrend empfunden werden. Zusätzlich dazu besteht die Gefahr, dass eine Abkürzung mehrere Bedeutungen hat und es so zu Missverständnissen kommt.

Beispiele: EKG für Elektrokardiogramm, HWI für Harnwegsinfekt, Sono für Sonografie, HbA1c

5.4.3. Medizinische Umgangssprache

Dazu zählen Ausdrücke, die zwar auch vielen Personen ohne medizinische Ausbildung geläufig sind, sei es durch Fernsehen, Zeitung, Schulbildung oder im Gespräch mit Freunden und Familie. Die Bedeutung hinter den Ausdrücken wird jedoch häufig nicht verstanden.

Beispiele: Sepsis, Steroide, chronisch, Diabetes, ...

5.4.4. Medikalisierte Sprache

Wörter oder Ausdrucksweisen, welche in der Alltagssprache vorkommen, im medizinischen Kontext jedoch eine komplett andere Bedeutung haben, zählen zur medikalisierten Sprache.

Schwierig kann die Verwendung der Wörter „*positiv*“ und „*negativ*“ sein. Während der Arzt/die Ärztin zum Beispiel ausdrücken will, dass ein Test etwas nachweist, denkt der Patient es sei ein gutes Zeichen, wenn der Test *positiv* ausfällt.

Weitere Beispiele: (Blut-)Kultur, Schmerzfokus, Klinik, ...

5.4.5. Unnötige Synonyme

Die Medizin neigt dazu, für eigentlich alltägliche Begriffe, spezielle Fachausdrücke zu verwenden. Im Gespräch mit Patient/innen führt das zu Verwirrung.

80% der Patienten wissen nicht, dass eine Fraktur das gleiche wie ein Bruch ist [32].

Weitere Beispiele: Erythem für Rötung, Hämatom für Bluterguss, obere Extremität für Arm, Diarrhoe für Durchfall

5.4.6. Euphemismen

Das Aussprechen unangenehmer Nachrichten wird gerne vermieden, indem Euphemismen verwendet werden.

Beispiele: Gewächs statt Tumor, Tochtergeschwulst statt Metastase

5.4.7. Wertende Ausdrücke

Obwohl nicht so gemeint, können einige Begriffe von Patient/innen als abwertend empfunden werden. Ausdrücke, die beim Gegenüber eventuell falsch interpretiert werden können, sollen vermieden werden.

5.5. Verbesserung der GK im Kindes- und Jugendalter

Die Kindheit und das Jugendalter sind für jeden Menschen ein prägender Lebensabschnitt, in welchem die Weichen für das restliche Leben gestellt werden. Dies gilt auch für die individuelle Gesundheitskompetenz. Frühe Maßnahmen zur Verbesserung der GK im Kindesalter, besonders Präventionsprogramme für Bewegung und Ernährung, sind das Fundament für erfolgreiches Fortführen eines gesunden Lebensstils im Erwachsenenalter [36–38]. Während die Adipositasrate unter Kindern in den westlichen Ländern stetig steigt [39], kam die WHO zu dem Schluss, dass die Lifestyle-Empfehlungen im Kindesalter der effektivste und kostensparendste Weg sind, Nichtübertragbare Erkrankungen im Erwachsenenalter zu vermindern [40]. Etwa 80% der Kinder zwischen 11 und 17 Jahren bewegen sich nicht ausreichend. Mädchen bewegen sich tendenziell weniger als Jungen [41].

Interventionen und Programme sollten bereits früh beginnen und dann während der weiteren Entwicklungsphasen weitergeführt werden. Von besonderer Wichtigkeit ist die Lebensphase zwischen sieben und elf Jahren, da sich hier das logische Denken entwickelt und neu gelernte Inhalte besser in den Gesamtzusammenhang eingeordnet werden können [37].

Schulen spielen in der Verbesserung der GK von Kindern eine besondere Rolle, denn sie erlauben eine frühe Einflussnahme auf die GK und ermöglichen eine kontinuierliche Kontaktmöglichkeit mit aufbauenden Interventionen. Kinder verbringen dort einen großen Teil ihres Alltags. Das Schulsetting ist gut geeignet, die intellektuelle, psychologische und soziale/kommunikative Entwicklung in Bezug auf die GK zu fördern [36, 38, 42].

Die Qualität der Evidenz von veröffentlichten Studien über Interventionen in Schulen ist eher gering, was es schwierig macht, allgemeine Empfehlungen für derartige Projekte zu definieren [39].

Aghazadeh et al. empfehlen eine Integration der GK-Inhalte in den Lehrplan, anstatt eigene Projekte außerhalb der Schulzeit zu organisieren. Dies hat den Vorteil, dass wirklich jedes Kind die Inhalte lernt und nicht nur jene, die Interesse haben an außerschulischen Programmen

teilzunehmen [37, 42]. Beispielsweise können GK-Inhalte mit Rechenaufgaben, Leseübungen oder Wissenschaftsthemen kombiniert werden. Interaktivität zwischen den Schülern und der Lehrperson spielt dabei eine besondere Rolle. Auch Nash et al. kommt zu dem Ergebnis, dass Lehrplan-basierte Interventionen mit Fokus auf die ganze Schule die effektivste und nachhaltigste Weise ist, GK bei Kindern zu verbessern.

Movia et al. geben für die Attraktivierung von Bewegung im Kindesalter folgende Empfehlungen: Bewegung muss Spaß machen. Bewegungsspiele sollen so ausgewählt werden, dass alle Teilnehmer/innen motiviert mitspielen können, ohne Konkurrenzdenken und Gruppenbildung. Motivation für Bewegung ist der Schlüssel zum Erfolg [41].

Wie et al. beschäftigten sich mit dem Thema der mentalen GK und deren Verbesserung im Schulsetting und kamen zu dem Ergebnis, dass Interventionen das Wissen über mentale Gesundheit fördern, Stigmatisierung vermindern und das Inanspruchnehmen von professioneller Hilfe verbessern könnten. Starke Evidenz dafür gibt es jedoch laut dem Systematic review nicht [43].

Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherung sowie die österreichische Plattform Gesundheitskompetenz haben zur Verbesserung der GK von Schülern und Schülerinnen einen Leitfaden für Schulleitungen veröffentlicht, um bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der GK zu unterstützen [44].

Folgende Empfehlungen finden sich unter anderem in der Leitlinie:

- Empfehlungen zur Schulfreiraumgestaltung: Auswahl von Spielgeräten, Strukturierung von Freiflächen, Ermöglichung von Lernen im Freien.
- Übungen zum Kennenlernen gesunder Ernährung
- Gesundheitskompetente Kommunikation: Kritisches Hinterfragen und Bewerten von Gesundheitsinformation, Welche Fragen sollen einem Arzt/Therapeuten gestellt werden?
- Umgang mit kritischen Situationen und Krisenfällen: Gewalt, Mobbing, medizinische Notfälle
- Nutzung und Attraktivierung regionaler Angebote wie Sportvereine, Bibliotheken, Exkursionen zu Ärzten oder in Krankenhäuser.

5.6. Nationale GK-Programme

Inzwischen gibt es in vielen Staaten nationale Aktionspläne zur Verbesserung der GK. Darunter zum Beispiel Australien, China, Neuseeland, Schottland, die USA und auch Österreich. Trezona

et al untersuchten 2018 die nationalen Programme dieser sechs Staaten auf deren Inhalt, die Gemeinsamkeiten und mögliche Limitationen [45]. In der Publikation werden diese Staaten als „Vorreiter“ in der Erstellung von nationalen GK-Plänen bezeichnet. Im Großen und Ganzen unterscheiden sich die Zielsetzungen der Staaten doch recht deutlich im Hinblick auf Zielgruppen, Zielsetzung und Implementierung der Strategien. Die größte Gemeinsamkeit ist, dass alle Staaten erkannten, dass die Kommunikation mit Patienten im Gesundheitssystem ein sehr relevanter Faktor für die Verbesserung der GK darstellt. In allen der sechs Aktionspläne findet sich dieses Ziel, auch wenn sich die Herangehensweisen teilweise unterscheiden.

Die Autoren des Papers merken jedoch auch an, dass in den Gesundheitsplänen der untersuchten Staaten anderen Zielen wesentlich mehr Gewicht gegeben wird, was möglicherweise auf die geringe „Sichtbarkeit“ der GK und deren Effekten zurückzuführen ist.

Eine andere Arbeit von Nutbeam et al untersuchte ebenfalls den Fortschritt der nationalen Pläne und kam 2017 zu dem Ergebnis, dass es noch zu wenige Staaten mit GK-Programmen gibt, um generelle Empfehlungen für Interventionen auf nationaler Ebene auszusprechen [46].

5.7. Verbesserung der GK auf Gemeindeebene

Analog zur Leitlinie für Schulen wurde vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung und der österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz eine Leitlinie für Gemeinden erstellt [47]. Darin finden sich neun „Standards“, welche umgesetzt werden können, um die GK der Gemeindebürger zu fördern und die Aufmerksamkeit auf GK zu lenken.

Überblicksmäßig finden sich folgende Empfehlungen in der Leitlinie [47]:

- Die Standards beginnen bei der Verankerung der GK in der Gemeinde. Eine Leitungsperson und ein Team zur Umsetzung soll bestimmt werden, welche die Maßnahmen auch ständig weiterentwickeln und reevaluiert.
- Das Einbeziehen von Bürger/innen zur Entwicklung von Leistungen, welche die GK betreffen.
- Förderung der GK der Gemeindemitarbeiter/innen, zum Beispiel durch Schulungen und Workshops.
- Schaffen optimaler Zugang zu Gesundheitsinformationen und Abbau von Hemmschwellen bei der Kontaktaufnahme
- Empfehlungen für die Kommunikation mit Bürger/innen, in mündlicher sowie schriftlicher Form

- Gesundheitsfördernde Gestaltung von Kindergärten, Schulen, Straßen, Geh-/Radwegen, Spielplätzen
- Bereitstellen von Kursen, Workshops, Gesundheitsprogrammen mit entsprechenden Qualitätskriterien
- Vernetzung zwischen den Gemeinden und Teilen der Erfahrungen

6. Erhebungsinstrument

Für die Erhebung der Gesundheitskompetenz wurden in der Vergangenheit mehrere Tools entwickelt. Dazu zählen beispielsweise der REALM-Fragebogen (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), der TOFHLA (Test of Functional Health Literacy), der NAAL (National Assessment of Adult Literacy) oder der Swiss Health Literacy Fragebogen. Diese Instrumente zur Erhebung der GK unterscheiden sich in ihrer Durchführungsdauer, in ihrem Einsatzgebiet (klinisches Setting, epidemiologische Fragestellungen, alleinige Erhebung der Lesefähigkeit medizinischer Texte), im zugrundeliegenden Konzept der GK [4, 48, 49].

Für das HLS-EU Konsortium – die Entwickler des HLS-EU-Q – ist der bedeutendste Nachteil dieser Tools, dass keines die GK in all Ihren Aspekten und Einzelheiten erheben kann [4]. Somit wurde der HLS-EU-Q (Health Literacy Survey Europe Questionnaire) entwickelt, um ein entsprechend geeignetes Tool zur Erhebung der GK in Populationen bereitzustellen.

6.1. Entwicklung des HLS-EU-Q

Das HLS-EU Konsortium wird von neun Forschungseinrichtungen aus Deutschland, Niederlande, Griechenland, Irland, Österreich, Bulgarien, Polen und Spanien gebildet. Dieses Konsortium setzte sich zum Ziel, einen Fragebogen zur Erhebung der GK zu entwickeln, welcher die Grundaspekte des konzeptuellen Modells der GK (siehe Punkt 4.1) möglichst genau abbildet und abfragt. In ihrer Publikation von 2013 wird der Entstehungsprozess des HLS-EU-Q beschrieben und die Überlegungen der Autoren offengelegt [4].

Wie schon erwähnt, dient das konzeptuelle Model der GK von Sørensen et al. als Grundlage für den Fragebogen [3]. Aus der Definition der GK wurden die vier kognitiven Dimensionen (Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden), sowie die drei Gesundheitsdomänen (Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankheitbewältigung) übernommen und in

eine Matrix eingefügt. Daraus ergaben sich dann zwölf Subdimensionen, welche das Grundkonstrukt des HLS-EU-Q darstellen. (Tabelle 1)

HLS-EU Matrix

Gesundheitskompetenz	Finden	Verstehen	Beurteilen	Anwenden
Krankheitsbewältigung	1. Informationen über Krankheitsbewältigung finden	2. Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	3. Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	4. Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
Krankheitsprävention	5. Information über Krankheitsprävention finden	6. Information über Krankheitsprävention verstehen	7. Information über Krankheitsprävention beurteilen	8. Information über Krankheitsprävention anwenden
Gesundheitsförderung	9. Information über Gesundheitsförderung finden	10. Information über Gesundheitsförderung verstehen	11. Information über Gesundheitsförderung beurteilen	12. Information über Gesundheitsförderung anwenden

Tabelle 1: Zwölf-Punkte-Matrix (nach Sørensen et al. [4] und Pelikan et al. [48])

Anschließend wurden insgesamt 47 Fragen formuliert, die geeignet sind, die Fähigkeiten der zwölf Subdimensionen abzufragen. Pro Subdimension wurden drei bis fünf Fragen definiert. Der Fragebogen wurde in Fokusgruppen und von Experten auf Verständlichkeit, Inhalt, Klarheit und Einfachheit der Sprache geprüft. Unabhängige Übersetzer übersetzten den fertigen Fragebogen dann von Englisch in sechs weitere Sprachen (Bulgarisch, Deutsch, Niederländisch, Griechisch, Polnisch und Spanisch) [4].

Der Fragebogen wurde explizit nicht nur für den klinischen Einsatz konzipiert sondern soll auch das Vergleichen unterschiedlicher Populationen in Bezug auf ihre GK ermöglichen [4, 48].

6.2. Fragendesign und Auswertung

Jede Frage beginnt mit den Worten:

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...

Der/die Befragte hat anschließend vier Auswahlmöglichkeiten:

sehr einfach / einfach / schwierig / sehr schwierig [4]

Es werden absichtlich vier Antwortmöglichkeiten gegeben, da man weiß, dass Personen bei drei Möglichkeiten dazu tendieren, die mittlere Antwort zu wählen.

Um vergleichbare Daten zu erhalten, ist die übliche Vorgangsweise bei der Auswertung die Generierung eines GK-Scores, der aussagt, wie viel Prozent der beantworteten Fragen mit *sehr einfach* und *einfach* beantwortet wurden. Somit liegt der dimensionslose Wertebereich für den Score bei 0 – 100.

Beispiel:

35 der 47 Fragen wurden mit *sehr einfach / einfach* beantwortet: GK-Score: 74.4

Mindestens 80% der Fragen müssen gültig beantwortet sein, um einen gültigen Score zu erhalten [50, 51].

Für Teilbereiche des Fragebogens, zum Beispiel die Dimension *Finden*, können Sub-Scores berechnet werden. Die Berechnung dieser funktioniert gleich wie beim Gesamt-GK-Score [50].

6.2.1. Kompetenzlevels

Die allgemeine GK kann in sogenannte Kompetenzlevels eingeteilt werden und erlaubt so eine bessere Vergleichbarkeit. Dabei erfolgt eine Einteilung in eine der folgenden Kategorien:

exzellent, ausreichend, problematisch, inadäquat [48, 50]

Die beiden Kategorien „problematisch“ und „inadäquat“ können unter dem Begriff „limitiert“ zusammengefasst werden [48].

In Tabelle 2 werden die vier Kompetenzlevels mit den Bedingungen aufgeführt.

Kompetenzlevel	
exzellente GK	$\geq 50\%$ der Fragen mit „sehr einfach“ beantwortet + $\leq 8,33\%$ der Fragen mit „sehr schwierig“ und „schwierig“ beantwortet
ausreichende GK	$\geq 83,33\%$ der Fragen mit „einfach“ oder „sehr einfach“ beantwortet
problematische GK	Alle, die nicht in die Gruppen „exzellente“, „ausreichende“ und „inadäquate“ eingeteilt werden
inadäquate GK	$\geq 50\%$ der Fragen mit „sehr schwierig“ beantwortet + $\leq 8,33\%$ der Fragen mit „sehr einfach“ beantwortet

Tabelle 2: Einteilung der GK in Kompetenzlevels mit den Bedingungen, welche erfüllt sein müssen [48, 50]

6.3. Validierung des HLS-EU-Q und Prüfung auf Verständlichkeit

Zusätzlich zur Prüfung des HLS-EU-Q während seiner Entstehungsphase führten Pelikan et al. eine Validierungsstudie mit über 10 000 Teilnehmern in sechs asiatischen Ländern durch, mit dem Ergebnis, dass der HLS-EU-Q47 sowohl valide als auch reliabel in Bezug auf die Erhebung der GK einer Population ist [49]. Eine Studie zur Untersuchung der Verständlichkeit des HLS-EU-Q47 in seiner deutschen Version zeigte, dass Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren bei einigen Fragen Schwierigkeiten hatten und die Anwendung dieses Fragebogens somit in diesem Alter nur bedingt empfohlen werden kann [52].

6.4. HLS19-Q12

Ein beträchtlicher Nachteil des HLS-EU-Q47 ist seine Länge und die Durchführungsdauer von etwa zehn Minuten pro Interview. In den vergangenen Jahren wurden einige kürzere Fragebögen entwickelt und getestet [48, 53]. Darunter der HLS-EU-Q16 mit 16 Fragen, der

HLS-EU-Q6 mit sechs Fragen, der HL-SF12 aus Taiwan, der norwegische HLS-Q12 von Finbraten et al. [53], der HLS-EU-Q12 und schließlich der HLS19-Q12 [48].

Die Kritik an einigen dieser Kurzversionen ist die Nichterfüllung der 12-Punkte-Matrix nach Sørensen et al. sowie die unterschiedliche Qualität in der Erstellung und der Validierung der Fragebögen [48].

Weil in dieser Masterarbeit die Erhebung der GK mit dem HLS19-Q12 stattfand, wird auf diesen hier näher eingegangen. Wie der Name schon sagt, besteht der HLS19-Q12-Fragebogen aus zwölf Fragen, was das Anwendungsgebiet auf Settings mit Zeitmangel erweitert. Die Fragen wurden aus dem HLS-EU-Q47 übernommen und leicht abgeändert. Die Auswahl der Fragen basierte auf einer statistischen Rasch-Analyse. Sowohl der Aufbau als auch die Antwortmöglichkeiten sind identisch. Jede Frage entspricht genau einem Punkt der 12-Punkte-Matrix, so kann sichergestellt werden, dass das konzeptuelle Model der GK durch den Fragebogen komplett abgebildet und abgefragt wird.

Tabelle 3 zeigt eine Auflistung der Fragen des HLS-EU-Q47 und des HLS19-Q12 mit der Zuteilung der Fragen zu den zwölf Subdimensionen nach der Zwölf-Punkte-Matrix.

Item	HLS-EU-Q47 bzw. HLS19-Q12 (fett geschriebene Fragen)
1. Informationen über Krankheitsbewältigung finden	1. ...Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen zu finden? 2. ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden? 3. ...herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist? 4. ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?
2. Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	5. ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt? 6. ...die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen? 7. ...zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist? 8. ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?
3. Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	9. ... zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen? 10. ...Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? 11. ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten? 12. ...zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?
4. Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden	13. ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen? 14. ...den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen? 15. ...im Notfall einen Krankenwagen zu rufen? 16. ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?
5. Information über Krankheitsprävention finden	17. ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden? 18. ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden? 19. ...Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden? 20. ...Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel?
6. Information über Krankheitsprävention verstehen	21. ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen? 22. ...zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen? 23. ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?
7. Information über Krankheitsprävention beurteilen	24. ...zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z.B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken? 25. ...zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen? 26. ...zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen? 27. ...zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? 28. ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?
8. Information über Krankheitsprävention anwenden	29. ...zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten? 30. ...aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? 31. ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?
9. Information über Gesundheitsförderung finden	32. ...Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden? 33. ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? 34. ...Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte? 35. ...etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten? 36. ...sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?
10. Information über Gesundheitsförderung verstehen	37. ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen? 38. ...Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen? 39. ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? 40. ...Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?

11. Information über Gesundheitsförderung beurteilen	41. ...zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt? 42. ...zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben? 43. ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?
12. Information über Gesundheitsförderung anwenden	44. ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern? 45. ... einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen? 46. ...Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? 47. ...sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?

Tabelle 3: Auflistung der Fragen des HLS-EU-Q47 bzw. HLS19-Q12 (Wortlaut entspricht dem HLS-EU-Q47)

6.4.1. Validierung des HLS19-Q12

Zwischen 2019 und 2021 wurde der Fragebogen in insgesamt 17 europäischen Ländern umfangreich statistisch getestet. Die Befragungssettings waren entweder per Telefon, per Internet, in persönlichen Interviews oder der Fragebogen wurde von den Befragten selbst ausgefüllt. Die Autoren kamen zum Ergebnis, dass der Fragebogen alle notwendigen Anforderungen erfüllt, jedoch weitere Untersuchungen folgen sollen [48].

7. Gesundheitskompetenz in Österreich

In diesem Kapitel wird die GK der österreichischen Bevölkerung näher beschrieben. Die letzte österreichweite Erhebung der GK fand zwischen März und Mai 2020 statt und wurde von der Gesundheit Österreich GmbH koordiniert. Unter besonderen Umständen – damals war gerade der erste Lockdown aufgrund der Coronavirus-Pandemie – wurden insgesamt etwa 3000 Personen telefonisch interviewt. Zur Anwendung kam der HLS19-Q12 zur Abfragung der allgemeinen GK. Zusätzlich wurden Fragen gestellt, die speziellere Bereiche der GK betreffen, wie die Navigationskompetenz im Gesundheitswesen, die Kommunikationskompetenz und die GK der Bevölkerung in Hinblick auf Impfentscheidungen. Die Ergebnisse dieser Erhebungsstudie wurden im Juli 2021 im österreichischen Gesundheitskompetenz-Bericht veröffentlicht. [50]

Die österreichische Erhebung war ein Teil der HLS19-Erhebung, welche in insgesamt 17 europäischen Staaten von 2019-2021 durchgeführt wurde. Ein Vergleich zwischen der österreichischen GK und der GK der restlichen teilnehmenden Staaten wird unter Punkt 7.1 gezogen.

Bereits im Jahr 2011 wurde in Österreich eine bundesweite Umfrage zur Erhebung der GK durchgeführt. Der Vergleich der beiden Erhebungen zeigt keine allzu großen Unterschiede in der GK der Bevölkerung. Jedoch kann ein geringer Anstieg der allgemeinen GK beobachtet werden, welchen die Autoren des GK-Berichts Österreich als Folge von erfolgreich umgesetzten gesundheitspolitischen Projekten bewerten.

7.1. Bezug von Gesundheitsinformationen

Bei der Erhebung 2020 wurde abgefragt, über welchen Weg sich die Befragten Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen beschaffen. Dabei zeigte sich, dass sich die Mehrzahl über digitale Angebote (Internet, soziale Netzwerke), über ihren Arzt/Ärztin oder über anderes Gesundheitspersonal über bestimmte Gesundheitsthemen informiert. Jüngere Personen nutzen eher digitale Quellen, während sich die Bevölkerung über 60 Jahren eher persönlich Kontakt mit Gesundheitspersonal aufnimmt, um sich über gesundheitsrelevantes zu informieren. Chronisch Kranke nutzen ebenfalls häufiger analoge Angebote, wie einen Arzt/Ärztin oder fragen andere Gesundheitsberufe [50].

Die folgende Abbildung zeigt, wieviel Prozent der jeweiligen Altersgruppe über bestimmte Quellen Gesundheitsinformation beziehen.

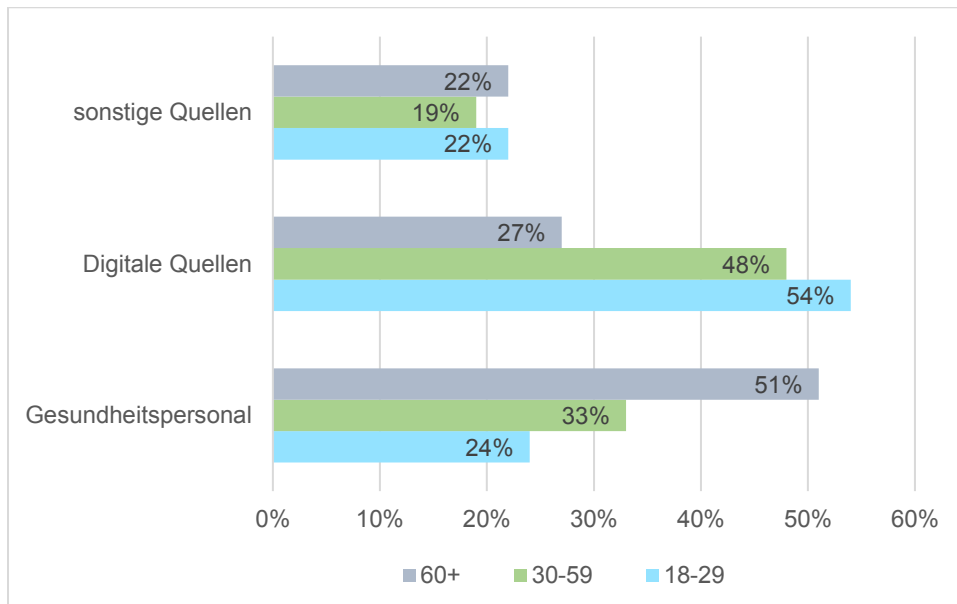


Abbildung 2: Quellen für gesundheitsrelevante Information nach Alter. Daten aus dem GK-Bericht Österreich [50].

7.2. Allgemeine Gesundheitskompetenz

In Bezug auf die allgemeine GK der österreichischen Bevölkerung zeigte sich, dass die Bevölkerung Österreichs in diesem Bereich deutliche Schwierigkeiten aufweist. Die größten Schwierigkeiten bestanden dabei bei der Beurteilung unterschiedlicher Behandlungen, beim Finden von Gesundheitsinformation über psychische Gesundheit und bei der Bewertung von Gesundheitsinformation aus den Medien speziell über Prävention. Etwa ein Drittel der befragten Personen hat bei diesen Aufgabenstellungen Schwierigkeiten angegeben.

Im Vergleich der Geschlechter zeigte sich, dass Männer eher Probleme haben, Infos über Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen als Frauen. Auch das Beurteilen der Wohnsituation und wie sie die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflusst fällt Männern schwieriger als Frauen.

Personen mittleren Alters zwischen 30 und 59 Jahren schneiden bei den meisten GK-Aufgaben schlechter ab als die anderen Altersgruppen.

Besondere Schwierigkeiten zeigten sich beim Beurteilen der Notwendigkeit des Einholens einer zweiten Arztmeinung. Etwa 24% der Befragten gaben Schwierigkeiten bei dieser Aufgabe an.

Insgesamt ergab sich bei der österreichweiten Erhebung ein Gesamt-GK-Score von 84.8 Prozentpunkten, das heißt 84.8% der Fragen wurden mit einfach oder sehr einfach bewertet.

Bei der Unterteilung der GK in die Subdomänen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zeigten sich vor allem Schwierigkeiten im Bereich Prävention, der

Sub-Score für diese Domäne liegt nur bei 80.4. Einfacher wird von den Österreicherinnen und Österreichern die Domäne Gesundheitsförderung beurteilt, knapp 90% haben diese Aufgaben mit einfach oder sehr einfach bewertet [50].

7.3. Digitale Gesundheitskompetenz

Ein Novum war, dass bei der GK-Erhebung 2020 auch die digitale GK erhoben wurden. Dabei zeigte sich, dass mittlerweile viele Österreicher und Österreicherinnen (etwa 76%) digitale Angebote wie Apps, soziale Medien, elektronische Geräte wie Schrittzähler oder einfach das Internet nutzen, um ihre Gesundheit zu verbessern oder gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen.

Die digitale GK wurde ähnlich erhoben, wie die allgemeine GK, also mit Fragen welche mit sehr schwierig bis sehr einfach beantwortet wurden und zusätzlich mit Fragen, welche die Häufigkeit abfragen, wie oft bestimmte digitale Gesundheits- und Informationsangebote in Anspruch genommen werden [50].

Folgende Erkenntnisse wurden dabei u.a. erlangt: Männer nutzen häufiger Geräte und Apps um ihre Gesundheit zu tracken oder sich zu informieren. Frauen nutzen häufiger das Angebot in sozialen Medien. Digitale Unterstützung wird vermehrt von Personen in Anspruch genommen, welche einen höheren Bildungsabschluss besitzen. Die digitale GK ist grundsätzlich in der jungen Bevölkerung stärker ausgeprägt als bei über 60-jährigen. Chronisch kranke Personen, welche angaben, dass sie einen einfachen Umgang mit ihrer Erkrankung haben, nutzen häufiger digitale Hilfsmittel als jene chronisch Kranken mit schwierigem Krankheitsumgang [50].

Der Score der digitalen GK liegt bei 70.1 Prozentpunkten. Besonders interessant wird sein, wie sich dieser Wert in der Zukunft verändern wird. Immerhin wird das Angebot an digitalen Hilfsmitteln vermutlich weiter steigen und die digitale GK in einigen Jahren einen noch größeren Stellenwert als jetzt einnehmen.

7.4. Weitere spezielle Aspekte der GK

Zusätzlich erhoben wurde die Kommunikationskompetenz der österreichischen Bevölkerung. Im Vergleich zu den anderen Bereichen der GK zeigten sich hier weniger Probleme. Nur etwa 10% der Fragen wurden mit schwierig oder sehr schwierig beantwortet.

Deutliche Schwierigkeiten zeigten sich wiederum bei der Navigationskompetenz im Gesundheitssystem. Zirka 33% der Fragen dieser Kategorie wurden mit schwierig oder sehr schwierig beantwortet. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit einer guten primärmedizinischen Versorgung als Koordination- und Navigationsfunktion im immer komplexer werdenden Gesundheitswesen.

Die GK für Impfentscheidungen wurde ebenfalls erhoben und zeigte, dass etwa 20% der befragten Personen Schwierigkeiten beim Treffen von Impfentscheidungen aufweisen. Es sei erwähnt, dass die Befragung vor der Impf-Debatte über die Coronavirusimpfung durchgeführt wurde.

8. Gesundheitskompetenz in der Region Steinerne Mühl

8.1. Hintergrund

Die Gesundheitsregion Steinerne Mühl liegt in Oberösterreich im oberen Mühlviertel und umfasst vier Gemeinden: Haslach an der Mühl, St. Oswald bei Haslach, Lichtenau im Mühlkreis und St. Stefan-Afiesl.

Zusammen beträgt die Bevölkerungszahl der Region etwa 4700 Einwohner [54]. (Stand 01.01.2022)

In Haslach befindet sich eine der ersten Primärversorgungseinheiten Oberösterreichs, das Gesundheitszentrum Haslach. In der Region werden innovative Gesundheitsprojekte erfolgreich umgesetzt.

8.2. Methodik der Erhebung

Die im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführte Erhebung der allgemeinen Gesundheitskompetenz in der Region Steinerne Mühl fand im April und Mai 2022 statt. Im Gegensatz zur österreichweiten Erhebung wurden keine Telefoninterviews geführt, sondern Fragebögen gemeinsam mit den Gemeindenachrichten der betreffenden Gemeinden versendet. Die Bögen wurden von der Bevölkerung anschließend ausgefüllt und konnten an verschiedenen Abgabestellen in den Gemeinden abgegeben werden.

8.2.1. Zielgruppe

Als Zielgruppe wurde die erwachsene Bevölkerung (18 Jahre und älter) der Gemeinden Haslach an der Mühl, St. Oswald bei Haslach, Lichtenau im Mühlkreis und St. Stefan-Afiesl definiert. Laut Daten der Statistik Austria mit Stand 01.01.2022 beläuft sich die Zielgruppengröße auf etwa 3850 Personen [54].

8.2.2. Der Fragebogen

Als Fragebogen zur Erhebung der GK wurde der HLS19-Q12 ausgewählt. Seine Vorteile sind die Praktikabilität, weil er nur aus zwölf Fragen besteht und die Abdeckung des gesamten konzeptuellen Modells der GK. Bei der österreichweiten Erhebung von 2020 wurde für die generelle GK ebenfalls der HLS19-Q12 eingesetzt, was den späteren Vergleich der Ergebnisse wesentlich erleichtert.

Der Fragebogen war doppelseitig aufgebaut. Auf der Vorderseite befand sich eine kurze Einleitung mit der Vorstellung des Projekts. Anschließend waren die vier Abgabemöglichkeiten für die ausgefüllten Fragebögen aufgelistet.

Dann folgten einige wichtige Hinweise:

- Teilnahme ab 18 Jahren
- Hinweis auf die Anonymität
- Beantwortung soll allein und ohne den Einfluss anderer Personen erfolgen
- Wenn eine Frage nicht verstanden wird oder nicht beantwortet werden will, soll die betreffende Frage frei gelassen werden
- Hinweis, dass der Fragebogen auch online ausgefüllt werden kann. Ein entsprechender QR-Code war am Fragebogen zu finden.

Anschließend waren die zwölf standardisierten Fragen des HLS19-Q12 aufgelistet, mit folgendem Einleitungssatz: *„Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, bitte ankreuzen: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...“*

Neben den zwölf Fragen waren die vier Antwortmöglichkeiten (sehr einfach, einfach, schwierig, sehr schwierig) zum Ankreuzen aufgelistet.

Dann folgte ein Kasten mit den Fragen zu den soziodemografischen Merkmalen:

- Gemeinde: Haslach, St. Oswald, Lichtenau, St. Stefan-Afiesl
- Geschlecht: weiblich, männlich, anderes
- Alter: 18-29 Jahre, 30-59 Jahre, 60 Jahre und älter
- Höchste abgeschlossene Bildungsstufe: max. Pflichtschule, Lehre, BMS, Matura oder höher
- Finanzielle Situation: sehr einfach, einfach, schwierig, sehr schwierig
- Chronische Erkrankung: nein, ja an einer, ja an mehreren

- Umgang mit der chron. Erkrankung: sehr einfach, einfach, schwierig, sehr schwierig

Der originale Fragebogen ist im Anhang dieser Arbeit zu finden.

8.2.3. Durchführung

In St. Oswald bei Haslach und Lichtenau im Mühlkreis wurden insgesamt etwa 400 Fragebögen am 15. April 2022 gemeinsam mit den Gemeindenachrichten versendet. In Haslach an der Mühl geschah dies in gleicher Weise mit ca. 1080 Exemplaren am 13. Mai 2022.

Pro Gemeindezeitung wurden zwei gedruckte Exemplare des Fragebogens beigelegt. Die ausgefüllten Fragebögen konnten an vier verschiedenen Standorten wieder abgegeben werden: Im Gesundheitszentrum Haslach, bei der Gemeinde St. Oswald, bei der Gemeinde Haslach und bei einem Nahversorger in Haslach.

Die Onlineumfrage war gleich aufgebaut wie die gedruckte Version. Verwendet wurde das Online-Umfragetool [Survio.com](https://www.surveymonkey.com).

8.2.4. Sonderfall St. Stefan-Afiesl

Weil in St. Stefan-Afiesl im betreffenden Zeitraum keine Gemeindenachrichten verschickt wurden, wurde in dieser Gemeinde auf die gedruckten Fragebögen verzichtet. Alternativ konnten die Einwohner nur online an der Umfrage teilnehmen. Beworben wurde das Projekt über die Gemeindehomepage sowie über die Gemeindeapp.

8.2.5. Statistik

Die erhobenen Daten der Fragebögen und der Online-Umfrage wurden anschließend in das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel übertragen und mittels der Auswertungsfunktionen statistisch ausgewertet. Die absoluten und relativen Häufigkeiten der nominalen Daten (Geschlecht, Alter, Gemeinde, ...) wurden berechnet und in einer Tabelle dargestellt (siehe unten).

Die Berechnung der relativen Antworthäufigkeiten wurden für jede der zwölf Fragen und für die jeweils vier Antwortmöglichkeiten berechnet und in eine Tabelle übertragen.

Wichtige Kennzahlen der GK wie der allgemeine GK-Score, Subscores für die Dimensionen und Domänen der GK wurden berechnet, die Einteilung in die Kompetenzlevels wurden vorgenommen.

Für die Darstellung der Kompetenzlevels und den Vergleich derer wurden Balkendiagramme erstellt.

8.3. Ergebnisse

Insgesamt haben 130 Personen an der Befragung teilgenommen. Davon haben exakt die Hälfte, 65 Personen, die Online-Option genutzt.

8.3.1. Gemeinde

79 der Teilnehmer/innen (60.77 %) stammen aus Haslach an der Mühl, 33 (25.38 %) aus St. Stefan-Afiesl, 10 (7.69 %) aus St. Oswald bei Haslach und 8 (6.15 %) aus Lichtenau.

8.3.2. Geschlecht und Alter

Das Geschlechterverhältnis beträgt 50 Männer (38.46 %) zu 79 Frauen (60.77 %). Eine Person machte keine Angaben zum Geschlecht. Zwölf Personen (9.23 %) sind in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren, 78 Personen (60 %) von 30 bis 59 Jahren und 40 Personen (30.77 %) sind 60 Jahre oder älter.

8.3.3. Bildungsstufe

Die höchste abgeschlossene Bildungsstufe wurde aufgrund technischer Probleme beim Online-Fragebogen nicht abgefragt. Somit liegen hierfür nur Informationen der physischen Fragebögen vor. Von den 65 Teilnehmern, die physisch abgestimmt haben, haben 9 (13.8 %) maximal die Pflichtschule abgeschlossen, 21 (32.3 %) haben eine Lehre abgeschlossen, 13 (20.0 %) haben eine berufsbildende Schule als höchste Ausbildung und 21 (32.3 %) haben die Matura oder eine höhere Ausbildung. Eine Person machte keine Angaben zur Bildungsstufe.

8.3.4. Finanzielle Situation

Ihre finanzielle Situation beschreiben 20 Personen (15.38 %) als sehr einfach, 78 (60 %) als einfach, 27 (20.77 %) als schwierig und vier Personen (3.08 %) als sehr schwierig.

8.3.5. Chronische Erkrankungen und Umgang damit

88 Personen (67.69 %) geben an, an keinen chronischen Krankheiten zu leiden, 24 Personen (18.46 %) leiden an einer chronischen Krankheit und 18 (13.85 %) an mindestens zwei. Von diesen 42 chronisch Kranken gaben 2 Personen (4.76 %) an, einen sehr einfachen Umgang mit ihrer Erkrankung zu haben, 15 Personen (35.71 %) haben einen einfachen Umgang, 15 (35.71 %) einen schwierigen und sechs Personen (14.29 %) haben einen sehr schwierigen Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung. Vier Personen mit chronischer Erkrankung gaben nicht an, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen.

Variable	N= 130
Geschlecht, n (%)	
Männlich	50 (38.5)
Weiblich	79 (60.8)
Keine Angabe	1 (0.7)
Gemeinden, n (%)	
Haslach an der Mühl	79 (60.8)
St. Stefan - Afiesl	33 (25.4)
St. Oswald bei Haslach	10 (7.7)
Lichtenau	8 (6.2)
Alter (Jahre), n (%)	
18-29	12 (9.2)
30-59	78 (60.0)
60+	40 (30.8)
Finanzielle Situation, n (%)	
Sehr einfach	20 (15.5)
Einfach	78 (60.0)

Schwierig	27 (20.8)
Sehr schwierig	4 (3.1)
Chronische Erkrankungen, n (%)	
Keine	88 (67.7)
Eine	24 (18.5)
Mehrere	18 (13.9)
Umgang mit der chronischen Erkrankung, n (% derer, mit mind. einer chron. Erkrankung)	
Sehr einfach	2 (4.8)
Einfach	15 (35.7)
Schwierig	15 (35.7)
Sehr schwierig	6 (14.3)

Tabelle 4: soziodemographische Daten, N=absolute Anzahl aller Befragten, n=Anzahl der Befragten der jeweiligen Kategorie.

8.3.6. Auswertung der zwölf GK-Fragen

Alle der zwölf Fragen wurden von mindestens 95% der Befragten beantwortet. Mindestens elf der zwölf Fragen wurden von 98.5% der Befragten beantwortet.

Die Tabelle 4 gibt einen Überblick über das durchschnittliche Antwortmuster. Die Angaben sind in Prozent der abgegebenen Stimmen dargestellt. Die Auflistung ist absteigend nach Schwierigkeit der Fragen sortiert. Der Grad der Schwierigkeit hängt in dem Fall von der prozentuellen Häufigkeit der Antworten *sehr schwierig* und *schwierig* ab.

Die drei Fragen, die den Teilnehmer/innen die meisten Schwierigkeiten bereiten sind folgende:

- Frage 3: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? (von 68.2 % mit *sehr schwierig* oder *schwierig* beantwortet)

- Frage 5: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? (von 66.1 % mit *sehr schwierig* oder *schwierig* beantwortet)
- Frage 8: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (von 48.5 % mit *sehr schwierig* oder *schwierig* beantwortet)

Die Frage 8 ist gleichzeitig jene, welche von den meisten Personen (10.08 %) mit *sehr schwierig* beantwortet wurde.

Für die Befragten waren folgende drei Fragen mit den wenigsten Schwierigkeiten verbunden:

- Frage 9: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung? (von 89.2 % mit *sehr einfach* oder *einfach* beantwortet)
- Frage 4: Wie einfach ist es Ihrer Meinung den Empfehlungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder eines Apothekers / einer Apothekerin zu folgen? (von 88.5 % mit *sehr einfach* oder *einfach* beantwortet)
- Frage 6: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen? (von 86.2 % mit *sehr einfach* oder *einfach* beantwortet)

Erwähnenswert ist, dass die Fragen 9 und 4 jeweils nur von einer Person mit *sehr schwierig* beantwortet wurden.

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...	Sehr schwierig oder schwierig	Sehr schwierig	schwierig	einfach	Sehr einfach	Sehr einfach oder einfach
die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? (Frage 3)	68.2	5.4	62.8	25.6	6.2	31.8
Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? (Frage 5)	66.1	9.7	56.4	27.4	6.5	33.9
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Frage 8)	48.8	10.1	38.8	40.3	10.9	51.2
Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern? (Frage 12)	33.3	1.6	31.8	51.9	14.7	66.7
Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder von Freunden/Freundinnen zu verstehen? (Frage 10)	27.3	3.9	23.4	55.5	17.2	72.7
Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist? (Frage 2)	24.0	3.9	20.2	52.7	23.3	76.0
zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann? (Frage 11)	24.0	3.1	20.9	47.3	28.7	76.0
zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind? (Frage 7)	14.0	0.8	13.3	46.9	39.0	86.0
herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Frage 1)	14.0	3.1	10.9	49.6	36.4	86.1
Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen? (Frage 6)	13.9	2.3	11.5	69.2	16.9	86.2
den Empfehlungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder eines Apothekers / einer Apothekerin zu folgen? (Frage 4)	11.5	0.8	10.8	60.0	28.5	88.5
Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung? (Frage 9)	10.8	0.8	10.0	44.6	44.6	89.2
Durchschnitt:	29.7	3.8	25.9	47.6	22.7	70.3

Tabelle 5: Durchschnittliches Antwortmuster für jede der zwölf Fragen.
 Absteigend geordnet nach Schwierigkeit der Fragen. Tabellenformat übernommen von [50]. (Zahlen gerundet)

8.3.7. Gesundheitskompetenz-Scores

Wie unter Punkt 8.5 beschrieben, errechnet sich der Gesundheitskompetenz-Score anhand des prozentuellen Anteils der mit *sehr einfach* oder *einfach* beantworteten Fragen. Für die Stichprobe beträgt der durchschnittliche GK-Score 70.3 (SD 20.7).

Die durchschnittlichen Scores für die **kognitiven Dimensionen der GK** (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden) sind in Tabelle 5 dargestellt.

Am meisten Schwierigkeiten haben die Befragten bei der Dimension *Beurteilen*. Hiervon wurden nur 64.6% der Fragen mit *sehr einfach* oder *einfach* beantwortet. Das *Verstehen* gesundheitsrelevanter Information wurde hingegen als einfacher eingestuft (78.3% mit *sehr einfach* oder *einfach* beantwortet). Die Subscores für *Finden* und *Anwenden* liegen mit 69.7% und 68.8% nur knapp unterhalb des Gesamtdurchschnitts.

Dimension	Finden	Verstehen	Beurteilen	Anwenden
Subscore	69.7	78.3	64.6	68.8

Tabelle 6: Subscores für die vier kognitiven Dimensionen der GK.

Die Subscores für die drei **Domänen der Gesundheitskompetenz** (Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung) sind in Tabelle 6 dargestellt.

Hier zeigen sich deutliche Schwierigkeiten bei der Domäne der *Prävention*. Nur 64.3% der Fragen, die die Prävention betreffen, wurden mit *sehr einfach* oder *einfach* beantwortet. Am besten schätzen sich die Teilnehmer/innen im Bereich der *Gesundheitsförderung* ein (76.1%). Die Krankheitsbewältigung wurde in 70.6% der Fragen mit *sehr einfach* oder *einfach* eingestuft.

Domäne	Krankheitsbewältigung	Prävention	Gesundheitsförderung
Subscore	70.6	64.3	76.1

Tabelle 7: Subscores für die drei Domänen der GK.

8.3.8. Kompetenzlevels

Die Bestimmung der Kompetenzlevels wurde anhand der Kriterien vorgenommen, welche unter Punkt 6.2.1. bzw. in Tabelle 2 beschrieben sind.

18 Befragte (13.8%) erfüllen die Kriterien für das Kompetenzlevel *exzellent*, 35 (26.9%) fallen in die Kategorie *ausreichend*, 76 (58.5%) Teilnehmer haben eine *problematische* Gesundheitskompetenz und nur eine Person (0.77%) fällt in die Kategorie *inadäquat*.

Somit haben 77 Teilnehmer/innen eine limitierte Gesundheitskompetenz (die Kompetenzlevels *inadäquat* und *problematisch* zusammengefasst).

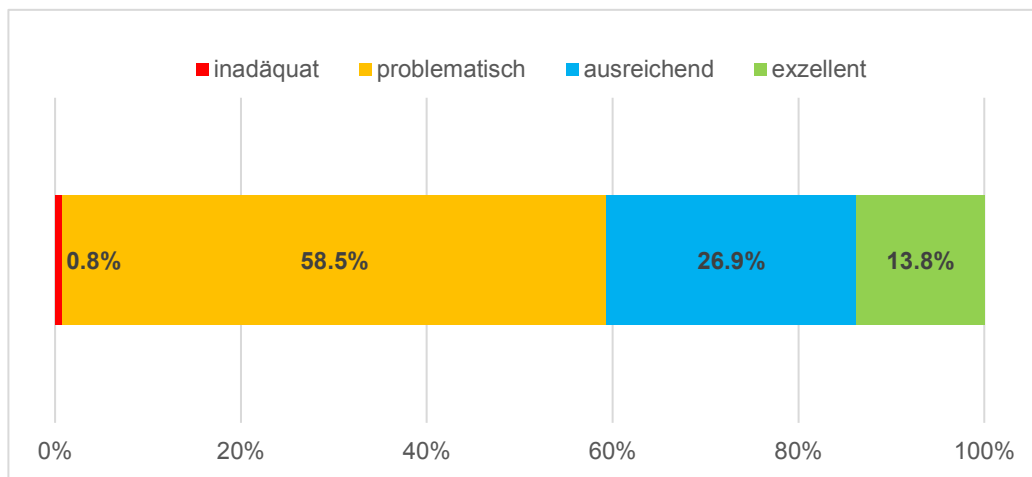


Abbildung 3: Verteilung der Kompetenzlevels

8.3.9. Auswertung nach soziodemografischen Merkmalen

In Bezug auf den durchschnittlichen GK-Score zeigte sich ein minimaler Unterschied zwischen den Geschlechtern (Frauen 71.0 vs. Männer 69.9).

Im durchschnittlichen Antwortmuster zeigten sich die größten Unterschiede bei den Fragen 1, 6 und 8. Dabei fiel es Männern weniger leicht, herauszufinden, wo sie bei Krankheit professionelle Hilfe erhalten können (Frage 1) und Informationen aus den Medien zu verstehen, wie man sich vor Krankheiten schützen kann (Frage 8). Frauen hatten eher Schwierigkeiten Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen (Frage 6). Insgesamt ist das Antwortmuster zwischen Frauen und Männern jedoch sehr ähnlich.

60.8% der Frauen und 56.0% der Männer haben eine limitierte Gesundheitskompetenz.

Frage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Frauen	89.7	76.9	33.3	88.6	35.1	83.5	88.3	55.7	87.3	71.4	76.9	65.4
Männer	82.0	76.0	30.0	88.0	31.9	90.0	84.0	44.0	92.0	76.0	74.0	68.0

Tabelle 8: Subscores, ausgewertet nach Fragen und Geschlechter. Größte Unterschiede markiert.

Die Teilnehmer/innen zwischen 18 und 30 Jahren haben im Vergleich zu den anderen Altersgruppen einen signifikant besseren GK-Score (75.7 vs. 69.7 bei den 30 bis 59-Jährigen vs. 70.2 bei den über 60-Jährigen).

In Bezug auf das durchschnittliche Antwortmuster gab es teils beträchtliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Beispielsweise bewerten alle Befragten zwischen 18 und 30 Jahren die Frage 12, Entscheidungen zu treffen, welche die Gesundheit und Wohlbefinden verbessern, sehr einfach oder einfach. Die Personen der mittleren Altersgruppe bewerten diese Frage nur zu 58% mit sehr einfach oder einfach. Die Generation über 60 Jahren liegt mit einem Subscore von 74.4 bei der Frage 12 zwischen den anderen beiden Altersgruppen.

Über 60-Jährigen fällt es deutlich schwerer Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist (Frage 2).

Die mittlere Altersgruppe zwischen 30 und 59 Jahren hat deutlich mehr Schwierigkeiten dabei, Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden zu beurteilen (Frage 3).

Aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützen kann, fällt den Personen zwischen 18 und 30 Jahren mit einem Subscore von 41.7 signifikant schwerer als den anderen Altersgruppen. (Frage 8)

58.3 % der unter 30-Jährigen, 64.1 % der 30- bis 59-Jährigen und 50.0% der über 60-Jährigen haben eine limitierte Gesundheitskompetenz.

Frage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
18-29 J.	100	91.7	50.0	83.3	33.3	83.3	83.3	41.7	91.7	66.7	83.3	100
30-59 J.	88.3	81.5	24.4	91.0	31.2	87.2	83.3	50.6	89.7	76.6	75.6	57.7
60+ J.	77.5	62.5	41.0	85.0	40.0	85.0	92.1	55.0	87.5	66.7	74.4	74.4

Tabelle 9: Subscores, ausgewertet nach Fragen und Altersgruppe. Größte Unterschiede markiert.

Jene Personen, welche an mindestens einer chronischen Krankheit leiden haben mit einem Durchschnitt von 62.8 einen deutlich schlechteren GK-Score als der Durchschnitt. Die größten Schwierigkeiten haben chronisch Kranke dabei, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmethoden zu beurteilen (Frage 3, Subscore: 31.7) sowie Informationen darüber zu finden, wie mit psychischen Problemen umgegangen werden kann (Frage 5, Subscore: 35.0).

Der Anteil der Personen, welche den Umgang mit der chronischen Erkrankung als schwierig oder sehr schwierig bezeichnen beträgt 50.0%. Diese haben eine deutlich eingeschränkte Gesundheitskompetenz mit einem durchschnittlichen GK-Score von nur 44.7.

Befragte mit mindestens einer chronischen Krankheit, welche einen einfachen oder sehr einfachen Umgang mit ihrer Krankheit angaben, haben interessanterweise mit 83.0 einen deutlich besseren GK-Score als der Durchschnitt.

Personen, die angaben, in einer sehr einfachen oder einfachen finanziellen Situation zu sein, haben einen signifikant besseren GK-Score von 76.7. Jene Personen mit schwieriger oder sehr schwieriger Situation haben einen durchschnittlichen GK-Score von lediglich 51.7.

9. Vergleich mit HLS19-AT – der österreichweiten GK-Erhebung

Im Folgenden wird auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der österreichweiten GK-Erhebung von 2020 und der Erhebung in der Region Steinerne Mühl 2022 eingegangen.

9.1. Unterschiede der Befragungen und Vergleichbarkeit

Der Befragungszeitraum der österreichweiten Erhebung war im April bis Mai 2020 und fiel somit genau in die erste Lockdown-Phase der Coronapandemie. Unsere Erhebung fand genau zwei Jahre später im April bis Juni 2022 statt. Laut Einschätzung der Autoren hatte die Ausnahmesituation aufgrund der Coronapandemie jedoch keinen Einfluss auf die Umfrageergebnisse bei der HLS19-AT-Erhebung [50].

Der größte Unterschied der Befragungen besteht in der Umfragemodalität. Während die Österreichumfrage telefonisch durchgeführt wurde, kamen in unserer Umfrage gedruckte Fragebögen mit anschließender anonymer Abgabe zum Einsatz. Aus früheren Befragungen weiß man, dass sich Personen bei Telefoninterviews aufgrund des persönlichen Kontaktes tendenziell positivere Eigenschaften zusprechen und die Ergebnisse dadurch eher überschätzt werden [50].

Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass wir lediglich die allgemeine GK anhand der 12 Fragen des HLS19-Q12-AT erhoben haben, während bei der österreichweiten Erhebung zusätzlich die digitale GK, die kommunikative GK in ärztlichen Gesprächen, die Navigationskompetenz im Gesundheitswesen sowie die GK in Bezug auf Impfentscheidungen abgefragt wurden.

Keinen Unterschied gab es hingegen beim Einschlusskriterium Alter (18 Jahre und älter) und Migrationshintergrund (alle in der Region wohnhaften Personen).

In Bezug auf die Fragestellungen wurde darauf geachtet, sowohl genauen Wortlaut als auch die Antwortmöglichkeiten ident zur österreichweiten Erhebung zu halten.

9.2. Vergleich der Antwortmuster

Beim Vergleich der durchschnittlichen Antwortmuster fällt auf, dass die nach Schwierigkeit gereihten Fragen bei beiden Erhebungen eine ähnliche Reihenfolge aufweisen. Sowohl die drei

einfachsten als auch die zwei Fragen mit den geringsten Schwierigkeiten unterscheiden sich bei den beiden Erhebungen nicht.

Die drei Fragen, welche bei beiden Erhebungen die größten Schwierigkeiten bereiteten, sind Frage 3, Frage 5, und Frage 8. Jedoch zeigen sich teils deutliche Unterschiede in den Prozentwerten

die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? (Frage 3)	68.2	36.9
Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? (Frage 5)	66.1	30.5
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Frage 8)	48.8	25.9

Tabelle 10: Die drei schwierigsten Fragen mit Angabe der Prozentanteile für die Antworten „sehr schwierig“ und „schwierig“. Gelb hinterlegte Werte betreffen die Umfrage in der Region Steinerne Mühl, blau hinterlegte Werte die österreichweite Umfrage. (österreichische Daten aus [50].)

Die Fragen 4 und 9 waren jene, welche in beiden Untersuchungen die wenigsten Probleme bereiteten.

den Empfehlungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder eines Apothekers / einer Apothekerin zu folgen? (Frage 4)	88.5	92.7
Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung? (Frage 9)	89.2	93.9

Tabelle 11: Die zwei Fragen, welche am wenigsten Schwierigkeiten bereiteten, mit Angabe der Prozentanteile für die Antworten „sehr einfach“ und „einfach“. Gelb hinterlegte Werte betreffen die Umfrage in der Region Steinerne Mühl, blau hinterlegte Werte die österreichweite Umfrage. (österreichische Daten aus [50].)

9.3. Vergleich der GK-Scores

Beim Gesamt-Score für die zwölf Fragen der allgemeinen GK zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Untersuchungen.

Der Wert für die Erhebung in der Region Steinerne Mühl beträgt **70.3**. Der Wert der österreichweiten Erhebung beträgt **84.8**. Somit ergibt sich ein Unterschied von 14.5 Punkten.

Bei der Analyse der Subscores für die vier Dimensionen der GK fällt auf, dass die Befragten in beiden Erhebungen am meisten Schwierigkeiten bei den Aufgaben haben, welche das Beurteilen von gesundheitsrelevanten Informationen abfragen. Hier zeigt sich ein Unterschied von 16.1 Punkten.

Bei der Dimension Verstehen schätzen sich beide Gruppen am besten ein. Bei der regionalen Umfrage wurden 78.3% der Fragen über das Verstehen und bei der österreichweiten Umfrage 86.8% der Fragen mit einfach oder sehr einfach beantwortet. Hier ergibt sich ein Unterschied von nur 8.5 Prozentpunkten.

Dimension	Finden	Verstehen	Beurteilen	Anwenden
regional	69.7	78.3	64.6	68.8
österreichweit	85.5	86.8	80.7	85.0

Tabelle 12: Vergleich der Subscores für die vier Dimensionen der GK. Gelb hinterlegte Werte betreffen die Umfrage in der Region Steinerne Mühl, blau hinterlegte Werte die österreichweite Umfrage. (österreichische Daten aus [50].)

In Bezug auf die drei grundlegenden Gesundheitsdomänen zeigt sich im Vergleich der Erhebungen wieder ein ähnliches Bild. Die meisten Schwierigkeiten gaben die Befragten in beiden Umfragen im Bereich der Prävention an. 80.4 Punkte in der österreichweiten Erhebung versus 64.3 Punkte bei der regionalen Umfrage. (Unterschied: 16.1 Punkte)

Die wenigsten Schwierigkeiten gaben die Befragten beider Umfragen bei der Gesundheitsförderung an. Hier zeigt sich ein Unterschied von 13.4 Prozentpunkten.

Domäne	Krankheitsbewältigung	Prävention	Gesundheitsförderung
regional	70.6	64.3	76.1
österreichweit	84.3	80.4	89.5

Tabelle 13: Vergleich der Subscores für die drei Domänen der GK. Gelb hinterlegte Werte betreffen die Umfrage in der Region Steinerne Mühl, blau hinterlegte Werte die österreichweite Umfrage. (österreichische Daten aus [50].)

9.4. Vergleich der Kompetenzlevels

Beim Vergleich der Kompetenzlevels der beiden Erhebungen fällt auf, dass österreichweit wesentlich mehr Personen in das Kompetenzlevel *exzellent* fallen als in der Gesundheitsregion Steinerne Mühl. Ähnlich ist die Situation beim Kompetenzlevel *ausreichend*, während österreichweit 44.7% in diese Kategorie fallen, sind es bei unserer Umfrage 26.9%.

Die meisten Befragten aus der Region Steinerne Mühl haben das Kompetenzlevel *problematisch* (58.5%). Das sind mehr als doppelt so viel wie bei der österreichweiten Umfrage, hier sind es 27.9%.

Anders ist dies wiederum beim Kompetenzlevel *inadäquat*, in der Region Steinerne Mühl fallen lediglich 0.8% in diese Kategorie. Deutlich mehr sind es österreichweit mit 4.3%.

Die Levels *inadäquat* und *problematisch* ergeben zusammengefasst das Kompetenzlevel *limitiert*. Bei der österreichweiten Erhebung haben 32.2% eine limitierte GK, in der Region Steinerne Mühl sind es 59.3%.

10. Diskussion

Vor etwa 50 Jahren wurde der Begriff Gesundheitskompetenz zum ersten Mal erwähnt. Seitdem wurden viele Erkenntnisse über die Ursachen und Auswirkungen von geringer GK gewonnen. In Zukunft wird das Entwickeln von Verbesserungsstrategien einen noch wichtigeren Part in der Gesundheitsforschung einnehmen.

Durch diverse gesundheitspolitische Interventionen konnte in den vergangenen Jahren erste positive Effekte auf die österreichische GK beobachtet werden. Die vorliegende Arbeit kann als Grundlage für spätere Untersuchungen gesehen werden, ob eine Beeinflussung der GK auch auf regionaler Ebene erfolgsversprechend ist.

Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen, wie die GK der Region Steinerne Mühl von den Ergebnissen der österreichweiten Erhebung abweichen. Trotz einiger Limitationen kann davon ausgegangen werden, dass die regionale allgemeine GK unterhalb der durchschnittlichen österreichischen GK liegt. In unserer Erhebung lag der Gesamt-GK-Score mit 70.3 Prozentpunkten deutlich unterhalb des österreichischen Scores von 84.8.

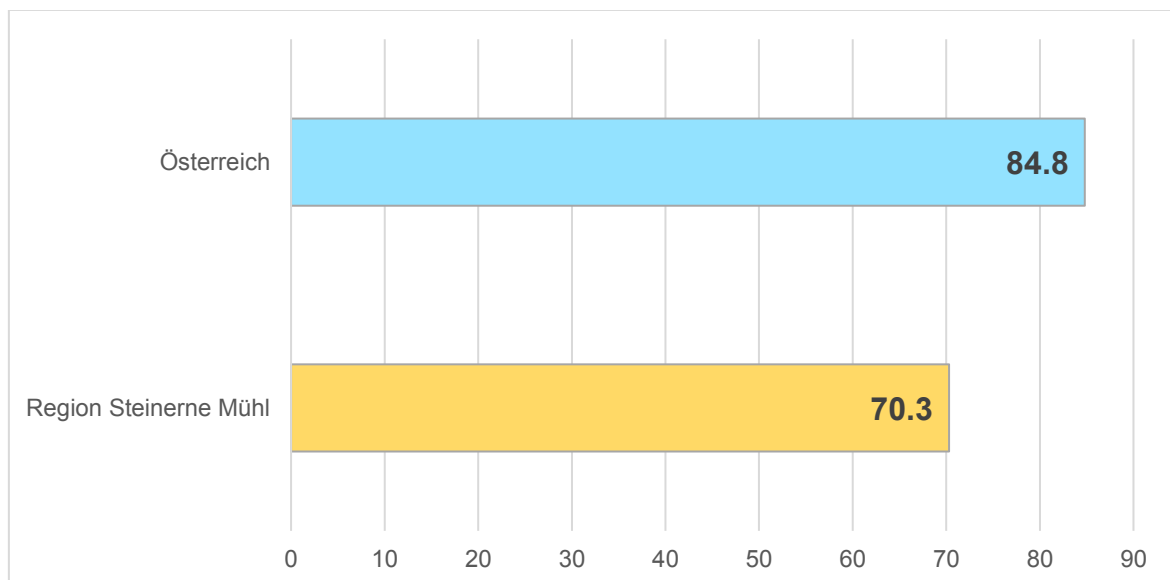


Abbildung 4: Vergleich der GK-Scores zwischen Österreich und der Region Steinerne Mühl

Auffallend ist wie ähnlich die Schwierigkeiten bei bestimmten Fragen bewertet werden. So sind die drei am schwierigsten beurteilten Fragen (Frage 3, 5 und 8) bei beiden Erhebungen dieselben, was darauf schließen lässt, dass die Bevölkerung der Region Steinerne Mühl die

Aufgaben insgesamt zwar als schwieriger beurteilt, sich die Problemfelder der GK jedoch nicht oder nur kaum unterscheiden. Die zwei einfachsten Fragen sind ebenfalls dieselben.

Genau wie bei der österreichischen Erhebung wird die Dimension Beurteilen bei unserer Umfrage als am schwierigsten eingestuft. Die einfachste Dimension ist bei beiden Umfragen das Verstehen. Folgende Tabelle gibt nochmals einen Überblick über die Subscores der vier GK-Dimensionen

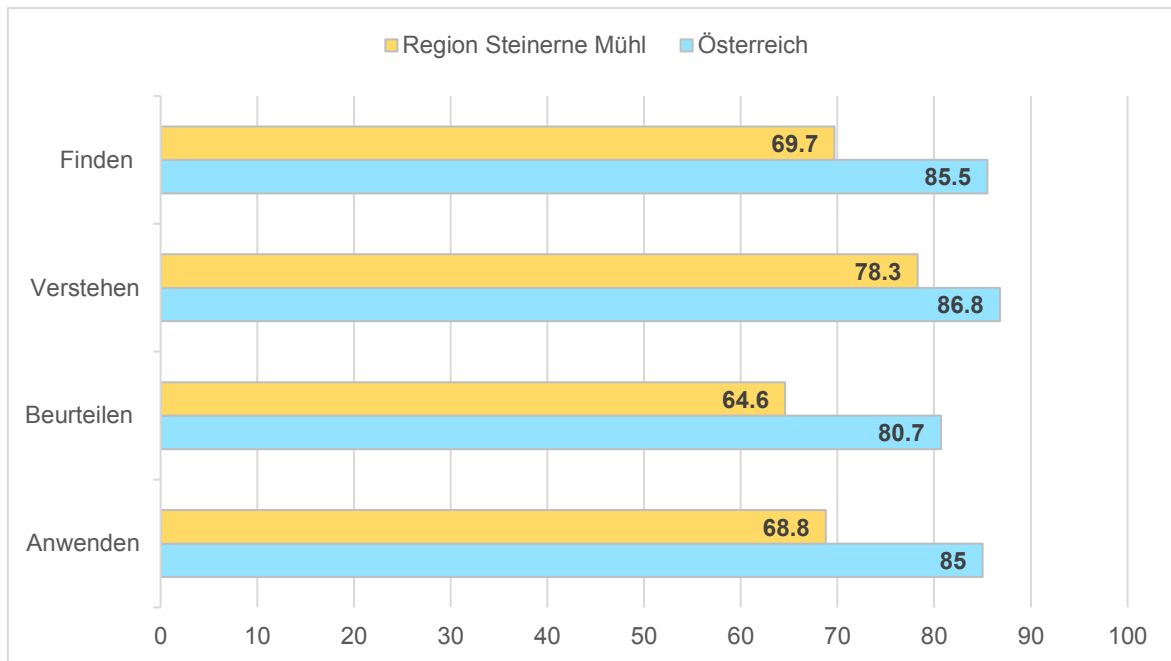


Abbildung 5: Vergleich der Subscores für die vier Grunddimensionen der GK

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Vergleich der Subscores für die drei Domänen der GK. Die Subscores der Region Steinerne Mühl liegen durchwegs unterhalb der Subscores für ganz Österreich, jedoch sind die Ausschläge wiederum in die Gleiche Richtung. Die meisten Probleme bereitet die Domäne Prävention, am wenigsten Schwierigkeiten bestehen bei der Gesundheitsförderung.

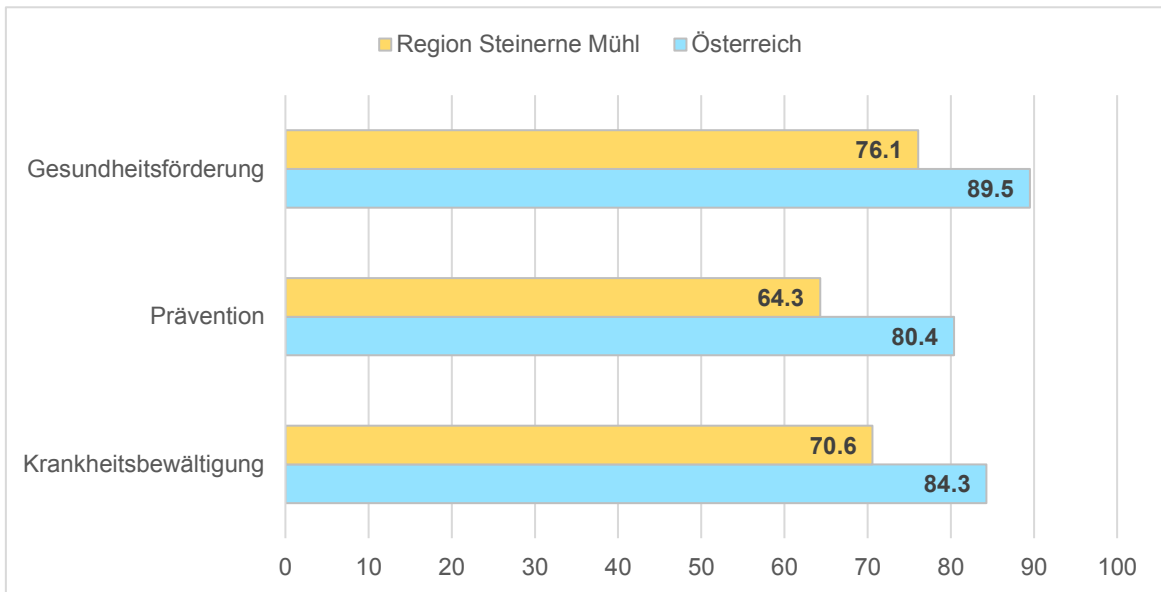


Abbildung 6: Vergleich der Subscores für die drei GK-Domänen

Die größten Unterschiede zwischen den beiden Erhebungen zeigten sich bei der Einteilung in die vier Kompetenzlevels. Während in der Region Steinerne Mühl deutlich mehr Personen eine limitierte GK aufweisen (59.3% vs 32.2%), haben österreichweit deutlich mehr Personen eine inadäquate GK als in der Region Steinerne Mühl (4.3% vs. 0.8%).

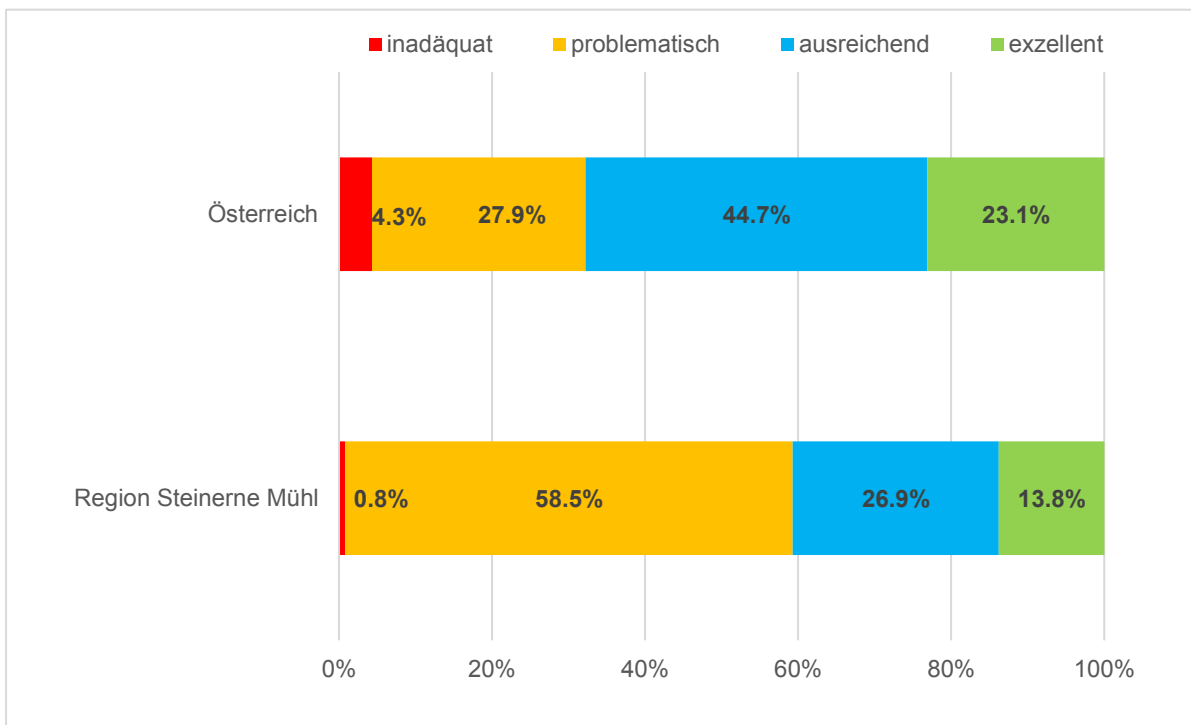


Abbildung 7: Vergleich der Kompetenzlevels zwischen Österreich und der Region Steinerne Mühl.

10.1. Limitationen

Die größte Limitation für die Vergleichbarkeit der beiden Erhebungen ist vermutlich die unterschiedliche Befragungsmodalität. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Befragten bei unserer Umfrage aufgrund der Anonymität ehrlicher und damit eher negativer geantwortet haben. Bei telefonischen Interviews, wie bei der österreichweiten Erhebung neigen Personen dazu, sich von der besten Seite zu zeigen und antworten positiver.

Ein großer Unterschied zwischen den Erhebungen besteht darin, dass bei unserer Erhebung die Teilnehmer/innen aktiv in Aktion treten mussten, indem sie den Fragebogen ausfüllen und abgeben, was verständlicherweise eine gewisse Schwelle für die Teilnahme war. Bei einer telefonischen Umfrage gibt es diese Schwelle nicht und die Teilnehmer dürften insgesamt aufgrund der wirklich zufälligen Auswahl homogener in Bezug auf ihre soziodemografischen Merkmale sein.

Als weiterer Faktor ist die eher niedrige Teilnehmerzahl unserer Umfrage zu erwähnen, von einer Stichprobe von 130 Personen auf die etwa 5000 Einwohner rückzuschließen ist nur bedingt möglich.

11. Anhang

Umfrage zur Gesundheitskompetenz in Ihrer Gemeinde

Guten Tag!

Ich bin Medizinstudent in Linz und im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich gemeinsam mit Dr. Erwin Rebhandl die Gesundheitskompetenz in Ihrer Gemeinde. Dazu habe ich einen Fragebogen zusammengestellt. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich kurz Zeit nehmen und die Fragen unten und auf der Rückseite beantworten. Weiters gibt es die Möglichkeit, die Fragen online zu beantworten. Den QR-Code dafür finden Sie unten.

Mit freundlichen Grüßen,

Jonas Schmidt

An folgenden Standorten können Sie Ihren ausgefüllten Fragebogen abgeben:

- Gesundheitszentrum Haslach
- Gemeindeamt St. Oswald (persönlich oder Briefkasten)
- Gemeindeamt Haslach (persönlich oder Briefkasten)
- Spar Haslach (Abgabebox im Kassabereich)

Hinweise:

- Bitte nur Personen **ab 18 Jahren** teilnehmen.
- Die Umfrage ist anonym. Die Angaben können nicht zu Ihrer Person zugeordnet werden.
- Beantworten Sie die Fragen allein und ohne den Einfluss anderer Personen.
- Sollten Sie die Frage nicht verstehen oder keine Angabe machen wollen, dann lassen Sie die Frage einfach aus.
- Sie haben zwei Fragebögen erhalten. Sollten mehr als zwei Personen in Ihrem Haushalt abstimmen wollen, gibt es die Möglichkeit die Fragen online zu beantworten. Scannen Sie hierzu den **QR-Code**:



Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, bitte ankreuzen:

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...

1	... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
2	... Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig

3	... die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
4	... den Empfehlungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder eines Apothekers / einer Apothekerin zu folgen?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
5	... Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
6	... Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
7	... zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
8	... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
9	... Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
10	... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder von Freunden/Freundinnen zu verstehen?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
11	... zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
12	... Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern?	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig

Ihre Gemeinde <input type="checkbox"/> St. Oswald <input type="checkbox"/> Lichtenau <input type="checkbox"/> Haslach <input type="checkbox"/> St.Stefan-Afiesl
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> anderes
Alter <input type="checkbox"/> 18-29 Jahre <input type="checkbox"/> 30-59 Jahre <input type="checkbox"/> 60 Jahre und älter
höchste abgeschlossene Bildungsstufe <input type="checkbox"/> max. Pflichtschule <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> Matura oder höher
Wie würden Sie Ihre momentane finanzielle Situation beschreiben? <input type="checkbox"/> sehr einfach <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> schwierig <input type="checkbox"/> sehr schwierig
Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? (Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, ...) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an einer <input type="checkbox"/> ja, an mehreren
Falls ja, wie würden Sie Ihren Umgang mit der Erkrankung beschreiben? <input type="checkbox"/> sehr einfach <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> schwierig <input type="checkbox"/> sehr schwierig

Vielen Dank für die Teilnahme!

12. Literatur

- 1 Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*; DOI: 10.1093/heapro/dap014
- 2 Bitzer EM, Sørensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Gesundheitswesen*; DOI: 10.1055/a-0664-0395
- 3 Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*; DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
- 4 Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*; DOI: 10.1186/1471-2458-13-948
- 5 Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung nach Bundesländern und im internationalen Vergleich.
- 6 Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM et al. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*; DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.01.003
- 7 Baker DW, Wolf MS, Feinglass J et al. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med*; DOI: 10.1007/s11606-008-0566-4
- 8 Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician* 2015; 92 (2): 118–124
- 9 Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*; DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- 10 Negarandeh R, Mahmoodi H, Noktehdan H et al. Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*; DOI: 10.1016/j.pcd.2012.11.001
- 11 Williams MV, Baker DW, Parker RM et al. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*; DOI: 10.1001/archinte.158.2.166
- 12 Coleman C, Hudson S, Pederson B. Prioritized Health Literacy and Clear Communication Practices For Health Care Professionals. *Health Lit Res Pract*; DOI: 10.3928/24748307-20170503-01
- 13 Tavakoly Sany SB, Behzhad F, Ferns G et al. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*; DOI: 10.1186/s12913-020-4901-8
- 14 Schillinger D, Duran ND, McNamara DS et al. Precision communication: Physicians' linguistic adaptation to patients' health literacy. *Sci Adv*; DOI: 10.1126/sciadv.abj2836

- 15 Oates DJ, Paasche-Orlow MK. Health literacy: communication strategies to improve patient comprehension of cardiovascular health. *Circulation*; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.818468
- 16 Kountz DS. Strategies for improving low health literacy. *Postgrad Med*; DOI: 10.3810/pgm.2009.09.2065
- 17 Hironaka LK, Paasche-Orlow MK. The implications of health literacy on patient-provider communication. *Arch Dis Child*; DOI: 10.1136/adc.2007.131516
- 18 Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA. AHRQ Health Literacy Universal Precaution Toolkit. Im Internet: www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions
- 19 Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*; DOI: 10.1177/014107680309600504
- 20 Farris C. The teach back method. *Home Healthc Now*; DOI: 10.1097/NHH.0000000000000244
- 21 Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R et al. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*; DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2296
- 22 Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract* 2019; 36 (6): 284–289
- 23 Kountz DS. Strategies for improving low health literacy. *Postgrad Med*; DOI: 10.3810/pgm.2009.09.2065
- 24 Oh EG, Lee HJ, Yang YL et al. Effectiveness of Discharge Education With the Teach-Back Method on 30-Day Readmission: A Systematic Review. *J Patient Saf*; DOI: 10.1097/PTS.0000000000000596
- 25 Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*; DOI: 10.4065/mcp.2010.0575
- 26 Murtha E, Elder B, Faragher M. Brown Bag Medication Review: Using AHRQ's Brown Bag Medication Tool. *J Nurs Care Qual*; DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000399
- 27 Nathan A, Goodyer L, Lovejoy A et al. 'Brown bag' medication reviews as a means of optimizing patients' use of medication and of identifying potential clinical problems. *Fam Pract*; DOI: 10.1093/fampra/16.3.278
- 28 Manias E, Hughes C, Woodward-Kron RE et al. More than a fleeting conversation: managing medication communication across transitions of care. *Med J Aust*; DOI: 10.5694/mja2.51651
- 29 Parker L, Ryan R, Young S et al. Medications and doctor-patient communication. *Aust J Gen Pract*; DOI: 10.31128/AJGP-05-21-5973
- 30 O'Connell MB, Chang F, Tocco A et al. Drug-Related-Problem Outcomes and Program Satisfaction from a Comprehensive Brown Bag Medication Review. *J Am Geriatr Soc*; DOI: 10.1111/jgs.13597

- 31 Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. *J Health Commun*; DOI: 10.1080/10810730.2012.757398
- 32 Pitt MB, Hendrickson MA. Eradicating Jargon-Oblivion-A Proposed Classification System of Medical Jargon. *J Gen Intern Med*; DOI: 10.1007/s11606-019-05526-1
- 33 Miller AN, Bharathan A, Duvuuri VNS et al. Use of seven types of medical jargon by male and female primary care providers at a university health center. *Patient Educ Couns*; DOI: 10.1016/j.pec.2021.08.018
- 34 Castro CM, Wilson C, Wang F et al. Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *Am J Health Behav*; DOI: 10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S85
- 35 Wood M, Gupta A. Identifying and classifying medical jargon through analysis of recorded standardized patient encounters. *Patient Educ Couns*; DOI: 10.1016/j.pec.2021.01.026
- 36 Doustmohammadian A, Omidvar N, Keshavarz-Mohammadi N et al. Development of a conceptual framework of food and nutrition literacy in children. *BMC Nutr*; DOI: 10.1186/s40795-022-00590-z
- 37 Sarah A. Aghazadeh, Linda Aldoory. Health literacy for all: exploring the feasibility of an intervention to reduce health disparities among rural children. *Journal of applied Communication Research*
- 38 Doustmohammadian A, Omidvar N, Shakibazadeh E. School-based interventions for promoting food and nutrition literacy (FNLIT) in elementary school children: a systematic review protocol. *Syst Rev*; DOI: 10.1186/s13643-020-01339-0
- 39 van Sluijs EMF, McMinn AM, Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*; DOI: 10.1136/bmj.39320.843947.BE
- 40 Hardy LL, Mihrshahi S, Bellew W et al. Children's adherence to health behavior recommendations associated with reducing risk of non-communicable disease. *Prev Med Rep*; DOI: 10.1016/j.pmedr.2017.10.006
- 41 Movia M, Macher S, Antony G et al. Health Impact Assessment (HIA) of a Daily Physical Activity Unit in Schools: Focus on Children and Adolescents in Austria Up to the 8th Grade. *Int J Environ Res Public Health*; DOI: 10.3390/ijerph19116428
- 42 Nash R, Patterson K, Flittner A et al. School-Based Health Literacy Programs for Children (2-16 Years): An International Review. *J Sch Health*; DOI: 10.1111/josh.13054
- 43 Wei Y, Hayden JA, Kutcher S et al. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Interv Psychiatry*; DOI: 10.1111/eip.12010
- 44 G. Malli IZ-R. Schulen für Gesundheitskompetenz!: Wissen, fragen, verstehen, anwenden
- 45 Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far? *Int J Environ Res Public Health*; DOI: 10.3390/ijerph15071554
- 46 Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int*; DOI: 10.1093/heapro/dax015

- 47 Schmotzer, Wahl, Flaschberger, Gugglberger, Nowak, Rojatz, Sator, Schlacher, Zillmann. ÖPGK-Toolbox Gesundheitskompetenz
- 48 Pelikan JM, Link T, Straßmayr C et al. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *Int J Environ Res Public Health*; DOI: 10.3390/ijerph192114129
- 49 Duong TV, Aringazina A, Baisunova G et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*; DOI: 10.1016/j.je.2016.09.005
- 50 Griebler R, Straßmayr C, Mikšová D, Link T, Nowak P, und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK. Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT.
- 51 Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*; DOI: 10.1093/eurpub/ckv043
- 52 Domanska OM, Firnges C, Bollweg TM et al. Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) - German version? Findings from cognitive interviews of the project "Measurement of Health Literacy Among Adolescents" (MOHLAA) in Germany. *Arch Public Health*; DOI: 10.1186/s13690-018-0276-2
- 53 Finbråten HS, Wilde-Larsson B, Nordström G et al. Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Serv Res*; DOI: 10.1186/s12913-018-3275-7
- 54 Statistik Austria. Ein Blick auf die Gemeinde. Im Internet: www.statistik.at/blickgem/index