

**FH JOANNEUM Gesellschaft mbH**



**Aufbau von individueller und  
organisationsbezogener Health Literacy im  
kommunalen Setting**

**Bachelorarbeit 2  
zur Erlangung des akademischen Grades einer  
Bachelor of Arts in Business**

eingereicht am Fachhochschulstudiengang „Gesundheitsmanagement im  
Tourismus“

**Betreuerin: Kathrin Hofer, BA, MA  
eingereicht von: Anna Kristina Wahl  
Personenkennzahl: 1510369050**

**Gesamtzeichenanzahl: 97.499**

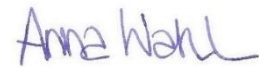
Mai 2018

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Anna Kristina Wahl, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Fürstenfeld, 24.05.2018



Unterschrift

## Zusammenfassung

**Problem:** Health Literacy ist die Voraussetzung für ein gesundheitsförderndes Handeln jedes/jeder Einzelnen und damit zentral für eine effektive Gesundheitsförderung. Weltweit sind die Projekte zur Förderung von Health Literacy überwiegend Verhaltensinterventionen für vulnerable Zielgruppen und als Verhältnisinterventionen in Gesundheitseinrichtungen angesiedelt. Die Kommune als Lebens- und Arbeitswelt ist ein noch kaum erforschtes Setting in diesem Kontext, obwohl es einen integrierten und multidimensionalen Handlungsansatz zur Förderung von Health Literacy birgt. Dahingehend stellt sich die Frage, welche Dimensionen und Aktivitäten zum Aufbau von Health Literacy in der Kommune zielführend sind.

**Methode:** Eine selektive Literaturrecherche wurde zur Erforschung der Grundbegriffe, zum Settingansatz sowie zu Modellen zur Health Literacy und deren Aufbau im kommunalen Setting im Bibliothekskatalog der FH Joanneum und dem österreichischen Verbundskatalog durchgeführt. Praxisprojekte und Strategiepapiere wurden über die Webseiten von Health Literacy-Netzwerken und gesundheitspolitischen Einrichtungen sowie Projektdatenbanken untersucht. Zusätzlich wurde eine strukturierte Literaturrecherche in Datenbanken (ScienceDirect, PubMed, SpringerLink) durchgeführt, um Studien zum Health Literacy Konzept im Setting zu finden.

**Ergebnisse:** In der Literatur findet sich kein allgemein anerkanntes Konzept oder Modell zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting. Das Capacity-Building-Konzept und das Konzept der Organisationalen Health Literacy Responsiveness sind jedoch zu diesem Zweck auf das kommunale Setting übertragbar. Auf diesen basierend wurden ein Konzept und ein Modell mit sechs Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting abgeleitet. Die Dimensionen umfassen die „Partizipation auf allen Ebenen“, die „Navigationshilfen für ‚alle‘“, die „Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern“, die „Verankerung von Health Literacy in die kommunalen Strukturen“, die „gesundheitskompetenten Subsysteme und Einrichtungen“ und die „Angebote zum Aufbau der individuellen Health Literacy“ der Menschen, die in der Kommune arbeiten, leben und Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

**Diskussion:** Die Dimensionen bilden ein Rahmenmodell für Projekte zum Aufbau von Health Literacy in Kommunen. Die Ausgestaltung der einzelnen Dimensionen hängt jedoch von der individuellen Gesundheitskompetenz der Zielkommune und den daraus abgeleiteten Bedürfnissen ab. Für eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den Dimensionen sind weitere empirische Untersuchungen notwendig.

**Schlüsselwörter:** Kommunale Gesundheitsförderung/ Lebenskompetenz/ Multidimensionalität/ Handlungsansätze/

## Abstract

**Problem:** Health literacy is the precondition for a health promoting acting of each individual in society and hence it is crucial for an effective health promotion. The projects to promote and build health literacy worldwide are single behaviour interventions for vulnerable target groups or environmental interventions in health care institutions. The community as a system and a place to live and work, which includes many subsystems, is rarely examined in the context of health literacy, even though the municipal setting approach offers an integrated and multidimensional action approach. Due to this fact the aim of this research is to examine dimensions and activities for the health literacy building in the communal setting.

**Method:** A selective literature research is conducted with online catalogues of libraries to examine definitions, the setting approach as well as relevant models and concepts in the context of the research issue. Existing projects and strategy papers were examined on websites of public networks and different institutions. Furthermore, project databases offered Good-Practice projects. Additionally a structured literature research in databases was conducted to find scientific reviews to concepts within the setting.

**Results:** There is no concept or model related to building individual and organisational health literacy in the communal setting. Derived models and concept such as the capacity-building-concept or the organisational health literacy responsiveness model are usable in promoting health literacy within the setting. Based on these findings a model and concept with six dimensions to create health literacy in the commune setting was developed. The six dimensions are: participation on and across each level, navigation aids, networking between actors and stakeholders, anchoring of health literacy in communal structures, health literate sub-systems and institutions and offers to promote the individual health literacy of the people, who work, live and consume in the community.

**Discussion:** The formed dimensions are a framemodel for the organisation and the monitoring of projects with the aim of building health literacy in the commune as a setting. The main aim and the detailed design of the interventions depends on the situational and the current health literacy state and needs of each specific target setting. More empirical in-depth research to these dimensions is needed.

**Keywords:** communal health promotion/life-competence/multidimensional/approach to action

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>4</b>
<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>7</b>
1.1 Problemstellung .....	7
1.2 Forschungsziel und Nicht-Ziele .....	10
1.3 Forschungsfragen.....	10
<b>2 Methodendarstellung .....</b>	<b>11</b>
2.1 Suchmethode .....	11
2.2 Auswahlkriterien .....	13
2.3 Konzept- und Modellentwicklung.....	14
<b>3 Definitionen.....</b>	<b>15</b>
3.1 Kommunales Setting.....	15
3.2 Individuelle Health Literacy .....	15
3.3 Organisationsbezogene Health Literacy .....	16
3.4 Good Practice.....	16
<b>4 Health Literacy im kommunalen Setting.....</b>	<b>17</b>
4.1 Das kommunale Setting.....	17
4.2 Konzepte der Health Literacy .....	20
4.2.1 Individuelle Health Literacy .....	20
4.2.2 Organisationsbezogene Health Literacy .....	23
4.3 Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting .....	25
4.3.1 Rahmenmodelle .....	25
4.3.2 Zentrale Elemente des Aufbauprozess .....	29
4.3.1 Wichtige AkteurInnen .....	33
<b>5 Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy in einer Kommune 35</b>	
5.1 Dimensionen in Rahmenkonzepten und -modellen .....	35
5.1.1 Das Capacity-Building-Konzept .....	35
5.1.2 Das Organisationale Health Literacy Responsiveness-Rahmenmodell .....	40
5.1.3 Die Rolle der individuellen Health Literacy.....	44
5.2 Dimensionen im kommunalen Setting.....	45
<b>6 Good-Practice Projekte zum Aufbau von Health Literacy in</b>	
<b>Kommunen .....</b>	<b>49</b>
6.1 Englischsprachiger Raum .....	49

6.1.1	Projekt „OPtimising HEalth LIterAcy“ in Australien .....	49
6.1.2	Die “Health Literacy-City Stoke-on-Trent” .....	51
<b>6.2</b>	<b>Deutschsprachiger Raum .....</b>	<b>56</b>
6.2.1	Schweiz .....	56
6.2.2	Deutschland.....	57
6.2.3	Österreich .....	62
<b>7</b>	<b>Fazit und Ausblick.....</b>	<b>65</b>
7.1	Verknüpfung.....	65
7.2	Praktische Empfehlungen .....	68
7.3	Offene Forschungsfragen .....	69
7.4	Methoden- und Ergebniskritik.....	70
	<i>Literaturverzeichnis .....</i>	<i>73</i>
	<i>Abbildungsverzeichnis.....</i>	<i>79</i>
	<i>Tabellenverzeichnis .....</i>	<i>80</i>

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Laut der HLS-EU-Studie weisen 56,7 Prozent (N=576/1015) der ÖsterreicherInnen eine limitierte Health Literacy auf. Österreich liegt damit auf der vorletzten Stelle von acht Ländern der Europäischen Union (Sørensen et al., 2015, 1055).

Ein Bundesländervergleich hat gezeigt, dass es auch innerhalb Österreichs Unterschiede gibt. Die Steiermark schneidet am schlechtesten ab. 63,1 Prozent (126/N=199) der steirischen ProbandInnen weisen eine limitierte Health Literacy auf. Die Bevölkerung in Vorarlberg hingegen liegt mit 33,6 Prozent (67/N=200) limitierter Health Literacy an erster Stelle des Bundesländervergleichs (Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2013, S. 45).

Im Vergleich zum EU-Durchschnitt aus der Stichprobe der HLS-EU zeigt die österreichische Stichprobe deutlich mehr Personen „mit sehr schlechter Gesundheitskompetenz und deutlich weniger mit exzellenter Gesundheitskompetenz“ (Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2013, S. 43).

Kickbusch und Hartung (2014, S. 92) führen dieses Ergebnis auf die immer komplexer werdende Gesundheitsgesellschaft zurück. Eine große Menge an gesundheitsbezogenen Informationen begegnen jedem Menschen nicht mehr ausschließlich in Gesundheitsinstitutionen, sondern bei alltäglichen Einkäufen, beim Konsum von Medien und in anderen Lebensbereichen. Zusätzlich ist im Gesundheitsbereich eine wachsende Anzahl an verschiedensten Angeboten zu verzeichnen (Kickbusch & Maag, 2008, S. 205).

Von der Bevölkerung wird heute erwartet, anhand von Informationen eigenständige Entscheidungen zu treffen und eine hohe Compliance aufzuweisen (Kickbusch & Maag, 2008, S. 205). Viele Informationen jedoch sind in einer Sprache verfasst, die für die Mehrheit der BürgerInnen unverständlich ist (Kickbusch & Maag, 2008, S. 208).

Diese Rahmenbedingungen und Entwicklungen führen dazu, dass sich BürgerInnen überfordert fühlen, weil sie nicht über die Handlungsfähigkeit und die Ressourcen verfügen, mit den Informationen verantwortungsvoll und gesundheitsförderlich umzugehen (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 92, Kickbusch & Maag, 2008, S. 205).

Eine limitierte Health Literacy wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität der Menschen aus. Die Wissenschaft weiß heute, dass die Menschen mit einer niedrigeren Health Literacy weniger oft präventive Dienstleistungen und Angebote in Anspruch nehmen und einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen (Berkman et al., zitiert nach Batterham, Hawkins, Collins, Buchbinder & Osborne, 2016, 3).

Aus den Studien geht aber auch hervor, dass dies nicht nur bildungsabhängig ist, auch Personen mit einer höheren Bildung haben Schwierigkeiten, Gesundheitsmaterialien zu verstehen und Informationen des Gesundheitspersonals richtig zu befolgen. Das verursacht vermeidbare Kosten für den Staat und die einzelnen BürgerInnen (Kickbusch & Maag, 2008, S. 208).

Die limitierte Gesundheitskompetenz beeinflusst zudem die Effektivität von Interventionen im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine gute Health Literacy gilt als Voraussetzung und als zentrale Determinante für eine effektive Wirkung von Interventionen im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention (Hošek et al., 2015, S. 32; Stutz Steiger, Frei & Mattig, 2015, S. 18).

Viele Interventionen zum Aufbau und zur Förderung der Health Literacy beziehen sich auf einzelne Institutionen wie Krankenhäuser oder vulnerable Zielgruppen wie chronisch Kranke (Hošek et al., 2015, S. 32f.). Um die Health Literacy nachhaltig zu verbessern, braucht es jedoch eine Förderung auf mehreren Ebenen und einen systematischen Ansatz zum Aufbau von Health Literacy (Kickbusch, & Maag, 2008, S. 209; Töppich & Jordan, 2015, 921). Österreichische Gemeinden und Regionen, Lebens- und Arbeitswelt für den Großteil der ÖsterreicherInnen, sind in diesem Zusammenhang ein wenig beachtetes und erforschtes Setting.



Es ist eine große Herausforderung, Health Literacy in die Lebenswelten einzubetten. Gesundheitskompetenz beschränkt sich nicht mehr auf das Individuum, sondern wird beeinflusst von sozialen Kontakten und den Lebenswelten (Batterham et al., 2016, 3). Auch die Koordination wichtiger Stakeholder und AkteurInnen in Kommunen wie Gesundheitsfachkräfte, Lehrende oder PolitikerInnen und den BürgerInnen muss geklärt werden.

Eine bessere Organisation der einzelnen AkteurInnen in der Kommune ist essentiell, um die Health Literacy in allen Gesellschaftsbereichen zu stärken (Stutz Steiger, Frei & Mattig, 2015, S. 18). Es reicht nicht, Gesundheitskompetenz nur auf individueller Ebene zu betrachten, vielmehr braucht es eine organisationale Health Literacy (Hošek et al., 2015, S. 32). Das Setting der Kommune bietet ein Umfeld in der Gesundheitsförderung, das verschiedene AkteurInnen und Institutionen auf allen Ebenen einer solchen Lebenswelt berücksichtigt (Trojan & Süß, 2010, S. 336f).

Im Projekt "Auf Gesundheitskurs – Gesundheitskompetent in Feldbach" beschäftigt sich das Institut für Gesundheits- und Tourismusmanagement mit der Neuen Stadt Feldbach mit dieser Thematik in der Region Südoststeiermark (Steiermark, Österreich). In Österreich ist dies das erste Projekt zur Förderung von Produktions- und Dienstleistungsbetrieben im kommunalen Setting mit dem Ziel der „Stärkung der Health Literacy von EntscheidungsträgerInnen und MultiplikatorInnen in Betrieben und Einrichtungen wie Organisationen und Vereinen, um die Möglichkeiten für einen gesunden Lebensstil der Bevölkerung zu fördern“ (*Auf Gesundheitskurs. Gesundheitskompetent in Feldbach*, 2018).

## 1.2 Forschungsziel und Nicht-Ziele

Das Ziel der Bachelorarbeit liegt darin, Dimensionen zu erforschen, die Handlungsstrategien und Standards zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting darstellen. Health Literacy wird dabei auf individueller und organisationsbezogener Ebene betrachtet.

Settingspezifische Ansätze in Betrieben oder Ausbildungseinrichtungen (Schulen, Kindergärten), die ein Teil des kommunalen Settings bilden, werden nicht spezifisch behandelt, sondern als Teil des Ganzen verstanden. Der Schwerpunkt liegt darauf, einen integrierten settingorientierten Zugang zu Health Literacy aufzuzeigen.

Somit liegt der Fokus der Arbeit auf bestehenden Methoden (Schulungen, Programme), die bereits im Setting angewandt wurden. Gründe für den Erfolg von Interventionen und deren Wirkungsweise sind nicht Teil des Forschungsgegenstandes. Schulungskonzepte werden inhaltlich nicht näher erforscht.

## 1.3 Forschungsfragen

Aus der Problemstellung ergibt sich folgende Hauptforschungsfrage:

**Welche Dimensionen führen zum Aufbau von organisationsbezogener und individueller Health Literacy im kommunalen Setting?**

Daraus leiten sich folgende Unterfragen ab:

1. Was bedeutet individuelle und organisationsbezogene Health Literacy im Kontext des kommunalen Settings?
2. Welche Dimensionen führen im kommunalen Setting zum Aufbau einer Health Literacy der Bevölkerung?
3. Wie werden in Good-Practice Projekten die Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting umgesetzt?

## 2 Methodendarstellung

In diesem Kapitel wird die Methodik zur Literaturrecherche der Arbeit dargestellt.

### 2.1 Suchmethode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Anhand des Methodenhandbuches von Haas, Breyer, Knaller & Weigl (2013) werden die herangezogenen Publikationen eingeordnet und analysiert. Die enthaltene Checkliste von Pret et al. dient als essentielles Instrument zur Beurteilung von recherchierten Studien (zitiert nach Haas et al, 2013, S. 39).

#### **Selektive Literaturrecherche**

Da der Forschungsgegenstand noch kaum in wissenschaftlichen Studien erforscht ist, liegt der Schwerpunkt der Forschung auf der selektiven Literaturrecherche. Fachbücher und Fachzeitschriften werden mithilfe des Bibliothekskatalogs der FH Joanneum und des österreichischen Verbundkatalogs gesucht. Das Setting Kommune und das Konzept der Health Literacy werden anhand dieser Literatur erläutert und in Kontext gestellt.

Als zentrales Dokument für Definitionen und Begriffserläuterungen dient in dieser Arbeit das Online-Glossar der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Deutschland). Auf der Webseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung findet sich ein Glossar mit den zentralen Leitbegriffen dieser Forschungsarbeit.

Graue Literatur von Verbänden, Einrichtungen und Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene werden herangezogen, um zu erforschen, welche praxisbezogenen Zugänge von politischen und anderen öffentlichen Organisationen zum Forschungsgegenstand bestehen.

Workshop Summaries oder Papiere aus Projekten werden miteinbezogen, um Beispiele aus der Praxis zu integrieren. Beispielsweise hat das amerikanische Institute of Medicine Papiere zum Themenfeld aus Workshops und Konferenzen

publiziert. Für den Forschungsgegenstand relevante Referenzen in den Papieren werden näher erforscht und die Primärquelle dazu herangezogen.

Das europäische Netzwerk für Gesundheitskompetenz (European Network for Health Literacy) ist Ausgangspunkt der Untersuchung der Plattformen weiterer europäischer Allianzen und Netzwerke für Gesundheitskompetenz (Stand April 2018: 10 europäische Allianzen/Netzwerke für Gesundheitskompetenz). Die Mehrheit der Plattformen führen ein Verzeichnis zu Studien und Projekten zur Health Literacy in ihrer Nation.

Da Health Literacy im kommunalen Setting ein gering erforschtes Thema ist, wird in englisch- und deutschsprachigen Projekt- und Praxisdatenbanken (s. Tabelle 1) mit Suchwörtern „Health Literacy“ und „Gesundheitskompetenz“ gesucht. Durch den praktischen Bezug wird sichtbar gemacht, wie die Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy in einer Kommune umgesetzt werden und daraus werden Empfehlungen abgeleitet.

*Tabelle 1- Projektdatenbanken*

<b>Datenbank</b>	<b>Land</b>
Fonds Gesundes Österreich	Österreich
Gesundheitliche Chancengleichheit	Deutschland
Bertelsmann Stiftung	Deutschland
Quint-Essenz	Schweiz
EuroHealthNet	europaweit

### **Strukturierte Literaturrecherche**

Für die strukturierte Literaturrecherche werden Studien in den Datenbanken *PubMed*, *ScienceDirect* und *SpringerLink* gesucht. Folgende Suchwörter werden für die Literaturrecherche verwendet: Gesundheitskompetenz OR Health Literacy AND Gemeinde OR Kommun\* OR Region bzw. (health literacy) AND (local area) OR (community) sowie Gesundheitskompetenz OR Health Literacy AND Aufbau OR Förderung bzw. (health literacy) AND (building) OR (promotion).

Die Recherche von Reviews zum Konzept der Health Literacy auf organisationaler und individueller Ebene werden in der strukturierten Literaturrecherche forciert. Projekte, die bereits evaluiert oder in Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, sind außerdem Bestandteil der strukturierten Literaturrecherche.

Zur Dokumentation der datenbankbasierten Literaturrecherche wird mittels Excel ein Suchprotokoll angefertigt. Die folgende Abbildung 1 stellt eine Vorlage des Suchprotokolls dar.

*Abbildung 1 - Vorlage Suchprotokoll*

Datum	Suchmaschine	Suchwörter	Treffer	Engere Auswahl	Titel	Jahr	AutorInnen	Anmerkungen

## 2.2 Auswahlkriterien

Zur Analyse, Bewertung und Auswahl der Literatur werden inhaltliche, formale und qualitative Kriterien festgelegt.

Was die formalen Kriterien betrifft, wird ausschließlich nach Literatur in den Sprachen Deutsch und Englisch gesucht. Die Literatur stammt aus den Jahren 2007-2018. Standardwerke zu theoretischen Konzepten und/oder einzelne Spezialausgaben, die in vorherigen Jahren veröffentlicht wurden, werden miteinbezogen. Diese werden in der Methodenkritik explizit vermerkt.

Bezugnehmend auf die Verfügbarkeit der Literatur, insbesondere jener in den Datenbanken werden sowohl die Open-Access Publikationen als auch die zu verkaufenden Studien herangezogen.

Hinsichtlich der inhaltlichen Aspekte ist anzumerken, dass sich die ausgewählten Studien mit dem Setting der Kommune befassen. Projekte aus Millionen-Großstädten, wie beispielsweise New York, werden nicht miteinbezogen. Es werden Praxisprojekte aus Ländern mit ähnlichen Lebensstandards und -umwelten wie Österreich gewählt. Studien aus unterentwickelten Regionen werden zur Beantwortung der Forschungsfragen ausgeschlossen.

Zur allgemeinen Bewertung der Publikationen sowie zur Zwischen- und Endreflexion ist in Anlehnung an Haas, Breyer, Knaller & Weigl (2013, S. 19) zentral zu klären, ob der Inhalt der herangezogenen Studien „nachvollziehbar, lückenlos und in sich widerspruchsfrei dargestellt ist“. Eine Transparenz betreffend die AutorInnen (Berufsgruppe, Geschäftsdaten) stellt ein wichtiges qualitatives Kriterium dar. Die ausgewählten Studien enthalten einen Abstract mit plausiblen Aussagen.

### **2.3 Konzept- und Modellentwicklung**

Die inhaltlichen Aspekte zum Konzept und Modell mit den Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting im Kapitel 5.2 stützen sich auf die theoretischen Aspekte des Capacity-Buildings-Konzepts (Reis-Klingspiogl, 2009; Willis et al., 2014) und des Konzeptes der Organisationalen Health Literacy Responsiveness (Trezona et al., 2017).

Die Inhalte zu den Subdimensionen stützen sich außerdem auf die Inhalte von Pelikan & Dietscher (2015) sowie auf die Publikation der WHO (2016). Um die Inhalte dem kommunalen Setting anzupassen und auf dieses zu spezifizieren, werden die Ebenen im kommunalen Setting nach Thompson (1999; siehe auch Tabelle 2) sowie die Rahmenmodelle aus dem Kapitel 4.3 herangezogen.

Die strukturelle Aufbereitung der Dimensionen im Konzept stützen sich auf die tabellenartige Darstellung des Konzeptes von Pelikan & Dietscher (2015). Die grafische Darstellung des Modells basiert auf dem Determinantenmodell von Dahlgren & Whitehead (zitiert nach FGÖ, 2017).

## 3 Definitionen

In diesem Kapitel werden zentrale Begriffe im Kontext der Forschungsarbeit definiert.

### 3.1 Kommunales Setting

Das kommunale Setting ist ein regional begrenzter Sozialzusammenhang bzw. ein System (Gemeinde, Stadt, Stadtteile, Region), das sich aus vielen weiteren Subsystemen (z.B.: Ausbildungsstätten, Betrieben, Gesundheitseinrichtungen, Vereinen) zusammensetzt (Böhme & Stender, 2015, S. 6). Dieser Zusammenhang ist den Mitgliedern subjektiv bewusst, relativ dauerhaft, wird als Lebensraum wahrgenommen und als solcher genutzt (Hartung & Rosenbrock, 2015, S. 1; Tuttner, 2013, S. 9).

In dieser Arbeit wird das kommunale Setting somit geographisch eingegrenzt und als soziales Gefüge verstanden.

### 3.2 Individuelle Health Literacy

Der Begriff Health Literacy ist angloamerikanisch und wird ins Deutsche als Gesundheitskompetenz übersetzt. Wissenschaftler sprechen von inhaltlichen Unterschieden der beiden Begrifflichkeiten. In dieser Arbeit werden die Begriffe als Synonyme verwendet.

„Health Literacy umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, gesundheitsrelevante Informationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen und Beurteilungen über diese treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebens erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al., 2012, 3).

Mit dieser Definition haben Sørensen et al. (2012) schlussfolgernd auf einem Review zu den bestehenden Definitionen von Health Literacy eine eigene Definition aufgestellt, die die zentralen Aspekte aller Konzepte integriert. Zudem ist die Definition

im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung anzuwenden und nicht wie andere Definitionen ausschließlich auf den/die kranke/kranken PatientIn ausgerichtet.

### **3.3 Organisationsbezogene Health Literacy**

Die organisationale Health Literacy umfasst die Infrastruktur, Strategien, Prozesse, Materialien, Menschen und Beziehungen, die Bestandteil einer Organisation sind und die einen Einfluss auf den Zugang, das Verständnis, die Einschätzung bzw. Bewertung eines Individuums sowie die Anwendung von gesundheitsrelevanten Informationen und Dienstleistungen haben (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2014, S. 78).

Mit dieser Definition wird eine Organisation als multidimensionales und dynamisches Konstrukt betrachtet. Zudem beschränkt sich die Definition nicht auf Gesundheitseinrichtungen, sondern bezieht sich auf jeden Typus von Organisation.

### **3.4 Good-Practice**

Der Begriff Good-Practice wird in dieser Arbeit mithilfe der Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Aufklärung (2017) definiert. Für diese Arbeit werden fünf ausgewählte Kriterien herangezogen, welche wiederum den Begriff Good-Practice eingrenzen: Der Setting-Ansatz, das MultiplikatorInnenkonzept, Partizipation, Empowerment und das integrierte Handlungskonzept.



## 4 Health Literacy im kommunalen Setting

„Health Literacy ist in hohem Maß kontextspezifisch“ (WHO, 2016, S. 33; Nutbeam, 2008, 2073). In den letzten 20 Jahren wurden viele Konzepte und Modelle zur Health Literacy sowie Ansätze zum Aufbau und ihrer Förderung in verschiedenen Settings und mit verschiedenen Zielgruppen entwickelt (WHO, 2016, S. 33; Abel, 2015, S. 14).

In den folgenden Unterkapiteln werden Konzepte und Modelle beleuchtet, die im Zusammenhang mit dem kommunalen Setting sowie der individuellen und organisationalen Health Literacy bedeutend sind.

### 4.1 Das kommunale Setting

Die Kommune ist der Ort, an dem „Gesundheit geschaffen und gelebt wird“ (Trojan, Reisig & Kuhn, 2016, 259). „In der örtlichen Umgebung des Menschen sind seine wesentlichen Belastungs-, aber auch die wichtigsten Unterstützungsfaktoren zu finden“ (Trojan & Süß, 2010, S. 336).

Als Setting der Gesundheitsförderung und Prävention stellt die Kommune ein Metasetting (oder Rahmensetting) für Interventionen in spezifischeren Settings (oder Subsettings) wie Schulen, Arbeitsplätze und Gesundheitseinrichtungen dar (Trojan & Süß, 2010, S. 336).

„Ein Setting ist ein soziales System.“ (Naidoo & Wills, 2010, S. 311). Interventionen nach dem Settingansatz fokussieren sich aus diesem Grund nicht auf Individuen, sondern auf soziale Systeme (Naidoo & Wills, 2010, S. 311). Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz integriert die individuelle Ebene und die Systemebene (Naidoo & Wills, 2010, S. 313). Der Settingansatz wird als bedeutende Schnittstelle betrachtet, der beide Ebenen integriert (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 171).

Der Gesundheitszustand von Menschen resultiert aus den Wechselbeziehungen der ökonomischen, sozialen und institutionellen Umwelten im spezifischen Setting und der individuellen Lebensweise von Individuen (Großmann & Scala, zitiert nach Naidoo & Wills, 2010, S. 311).

Der Begriff Kommune ist unterschiedlich in der Literatur definiert. Die englische Übersetzung „Community“ ist nicht synonym zu verstehen, sondern im Kontext und „bezieht sich auf Menschen, die eine gemeinsame soziale Identität haben und sich dieser Gemeinschaft sozial zugehörig fühlen“ (Trojan & Süß, 2010, S. 336).

Im deutschsprachigen Raum hingegen wird die Kommune durch die geographische Nähe, damit sind Städte und Gemeinden gemeint, Nachbarschaften oder einzelne Stadtteile, sowie die politische bzw. verwaltungsbezogene Zusammengehörigkeit beschrieben (Trojan & Süß, 2010, S. 336f).

In der Literatur wird zwischen der „Gesundheitsförderung in Settings“ und dem „Gesundheitsfördernden Setting“ differenziert. „Gesundheitsförderung im Setting“ meint die Maßnahmen und Aktivitäten für die Individuen im ausgewählten Setting. Diese Form spricht somit die Verhaltensebene in der Gesundheitsförderung an.

Geht es hingegen darum, ein „Gesundheitsförderndes Setting“ aufzubauen, wird das System als Ganzes betrachtet und so verändert, dass es die Gesundheit positiv beeinflusst und fördert (Naidoo & Wills, 2010, S. 310). Dazu werden gesundheitsfördernde Strategien entwickelt, die sich an den Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen vor Ort orientieren (Trojan & Süß, 2010, S. 336).

Das kommunale Setting umfasst demzufolge aus Individuen, Subsystemen und deren Zwischenbeziehungen. Thompson & Kinne (1999, S. 32) sehen in der Kommune drei Ebenen als zentral an: die Individuenebene, die Subsystemebene und die Zwischenbeziehungsebene (s. Tabelle 2).

Aus den Ausführungen von Thompson & Kinne (1999, S. 33) wird deutlich, dass die Subebenen untereinander in Beziehung stehen und eine Interaktion zwischen diesen stattfindet. Ressortübergreifende und intersektorale Netzwerke und verbesserte Zugangsmöglichkeiten zu Einrichtungen in der Kommune werden in diesem Zusammenhang als Schlüsselintervention auf organisationaler Ebene betrachtet (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 186; Trojan & Süß, 2010, S. 337; Hošek et al., 2015, S. 33).

Soziale Netzwerke auf der Zwischenbeziehungsebene stellen eine zentrale Ressource in der kommunalen Gesundheitsförderung dar. Dazu gehören selbstorganisierte und -initiierte Zusammenschlüsse von Bürgern und offizielle Verbände und Vereinigungen. Selbsthilfegruppen und einzelne Bürgerinitiativen, die die Selbstbestimmung und Selbstbefähigung zum Ziel haben, sind wichtige Akteure im Setting.

*Tabelle 2 - Ebenen im kommunalen Setting*

Zwischenbeziehungsebene	Subsystemebene	Individuenebene
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerke</li> <li>• Beratungsgruppen</li> <li>• Koalitionen</li> <li>• Partnerschaften</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politischer Sektor</li> <li>• Wirtschaftssektor</li> <li>• Gesundheitssektor</li> <li>• Ausbildungssektor</li> <li>• Religionssektor</li> <li>• Sozialssektor</li> <li>• Freiwilligenarbeit &amp; Zivilgruppen</li> <li>• Freizeitsektor</li> <li>• Kommunikationssektor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuen in der Kommune</li> </ul>

**Quelle:** Basierend auf Thompson, B. & Kinne, S. (1999). Social change theory: Applications to community health. In Neil, B. (Hrsg.), *Health promotion at the community level.* (S. 29-46). Sage Publications: o.O, S. 33.

Thompson und Kinne (1999, S. 32) betonen schlussfolgernd, wie zentral es in der Gesundheitsförderung ist, auf der Verhältnisebene zu intervenieren und gemeinsame Rahmenbedingungen zu schaffen. Es reiche demnach nicht, allein auf der Verhaltensebene einzelner Zielgruppen Veränderung zu fördern.

Das kommunale Setting ist als komplexer Raum mit unterschiedlichen AkteurlInnen, Subsettings und Personen verschiedener sozialer und kultureller Hintergründe, die dort leben und arbeiten, zu verstehen. Insbesondere die Ebene der Zwischenbeziehungen nimmt - aus der Literaturrecherche abgeleitet - eine Schlüsselrolle in der Umsetzung von Projekten in der Kommune zum Aufbau von Health Literacy ein.

## 4.2 Konzepte der Health Literacy

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Konzepten der Health Literacy. Eine einheitliche Konzipierung von Health Literacy besteht jedoch nicht. Gemein haben diese, dass sie eine Multidimensionalität und Relationalität aufweisen. Die Health Literacy besteht aus mehreren Komponenten und ist dynamisch, da das Individuum ständig in Kontakt mit seiner Umwelt steht (Sørensen et al., 2012, 3; Kickbusch & Maag, 2008, S. 206f.; Batterham et al., 2016, 3).

### 4.2.1 Individuelle Health Literacy

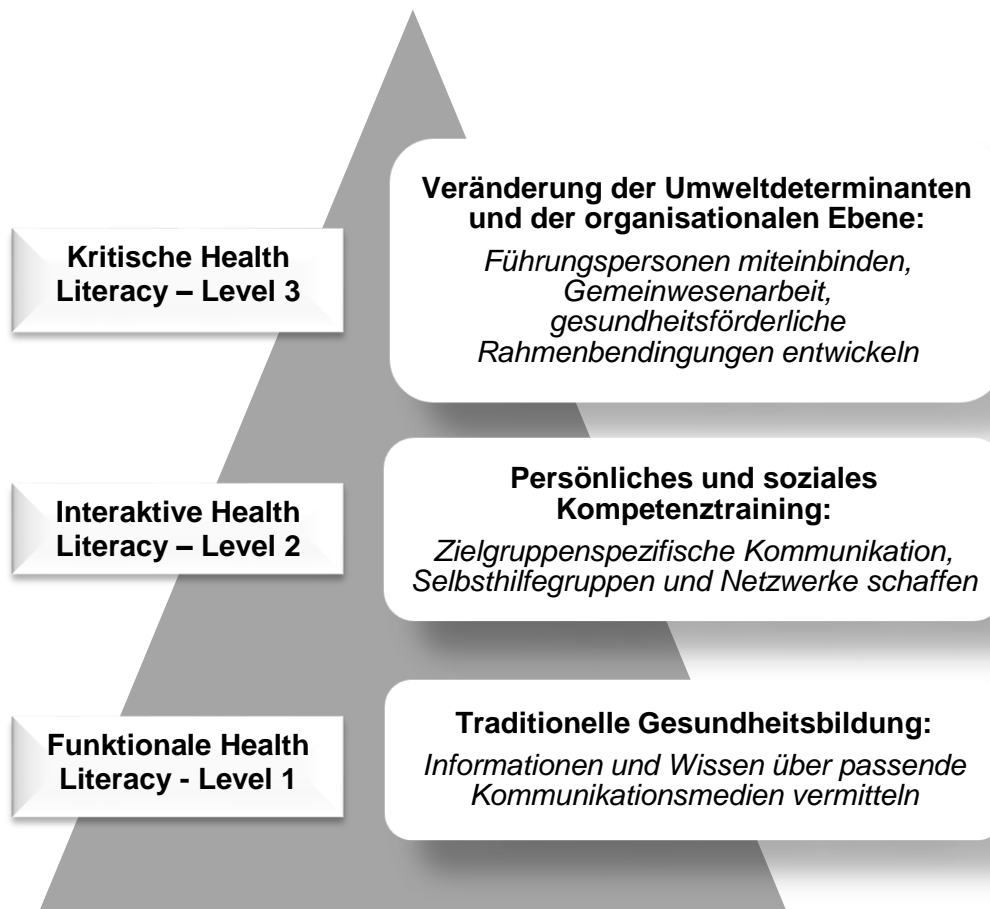
WissenschaftlerInnen haben die Dimensionen der Health Literacy beschrieben und Wirkungszusammenhänge aufgestellt. Zwei zentrale Modelle werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Nach Nutbeam wird Gesundheitskompetenz in drei Formen differenziert: Die funktionale, die interaktive und die kritische Form (Abel, Sommerhalder & Bruhin, 2015, S. 3; Sørensen et al., 2012, 2; Nutbeam, 2000, 263).

Eine Person, die eine funktionale Literacy aufweist, verfügt über befriedigende Grundkompetenzen in Schreiben und Lesen. Individuen mit einer guten interaktiven (bzw. kommunikativen) Literacy haben bessere kognitive Fähigkeiten und soziale Fähigkeiten, die sie aktiv und partizipativ am Gesellschaftsleben teilnehmen lassen. Sie finden die relevanten und richtigen Informationen und verstehen deren Bedeutung. Neue Informationen werden der eigenen Situation angepasst. Menschen mit hoher kritischer Gesundheitskompetenz haben sehr gute soziale und kognitive Fähigkeiten. Sie verstehen es, die Informationen kritisch zu betrachten und zu bewerten. Weiters wenden sie diese in ihrem Alltag an und nutzen diese, um eine bessere Selbstkontrolle über Situationen und Ereignisse in ihrem Leben zu gewinnen (Nutbeam, 2000, 263).

In Anlehnung an die Konzipierung von Health Literacy nach Nutbeam (2000, 265) werden die Formen der Gesundheitskompetenzen mit Kompetenzebenen gleichgesetzt. Die Abbildung 2 stellt dieses Konzept modellhaft dar. Das Modell zeigt die drei Ebenen und Ansätze zu ihrer Förderung.

Abbildung 2 - Kompetenzlevel der Health Literacy nach Nutbeam (2000)



**Quelle:** Basierend auf Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 266. Download vom 6. Februar 2018, von <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

Die Förderung von Gesundheitsbildung und Gesundheitskommunikation ist im Modell der zentrale Ansatzpunkt zum Aufbau von Health Literacy. Health Literacy führt weiter zu einer höheren Selbstkontrolle über die individuelle Gesundheit und befähigt den Menschen, Entscheidungen zu treffen (Nutbeam, 2008, 2074). Das Konzept ist auch außerhalb des Gesundheitssektors anwendbar (Nutbeam, 2008, 2077).

Anders als Nutbeam betrachtet Sørensen et al. Gesundheitskompetenz als einen Prozess, der aus vier Dimensionen besteht. Nutbeam hingegen grenzt die Formen ab und versteht darunter verschiedene kognitive Niveaus bzw. Kompetenzstufen (Soerensen et al., 2012, 4; Lenartz, Soellner & Rudinger, 2014, 29).

Sørensen et al. haben sich mit den bestehenden Konzepten zu Health Literacy auseinandergesetzt und einen Review verfasst, um ein Health Literacy-Modell zu entwickeln, das die Punkte der bisherigen Ergebnisse aus der Forschung und Praxis integriert (Sørensen et al., 2012, 2).

Die Ebenen, die Nutbeam beschreibt, werden im Modell nach Sørensen et al. als Kernfähigkeiten verstanden und weiter als vier Dimensionen der Health Literacy festgelegt (Sørensen et al., 2012, 9). Die Dimensionen sind Bestandteil der Definition im Unterkapitel 3.2.

Wie in der Abbildung 3 ersichtlich, werden die vier Dimensionen (Informationen beschaffen/erhalten, verstehen, bewerten und anwenden) für die drei Anwendungsbereiche der Gesundheitsförderung, Krankenprävention und Gesundheitsversorgung spezifisch adaptiert (Sørensen et al., 2012, 10). Durch diese Zuteilung entstehen 12 Subdimensionen, die aus der Abbildung 3 hervorgehen.

Abbildung 3 - Dimensionen der Health Literacy nach Sørensen et al. (2012)

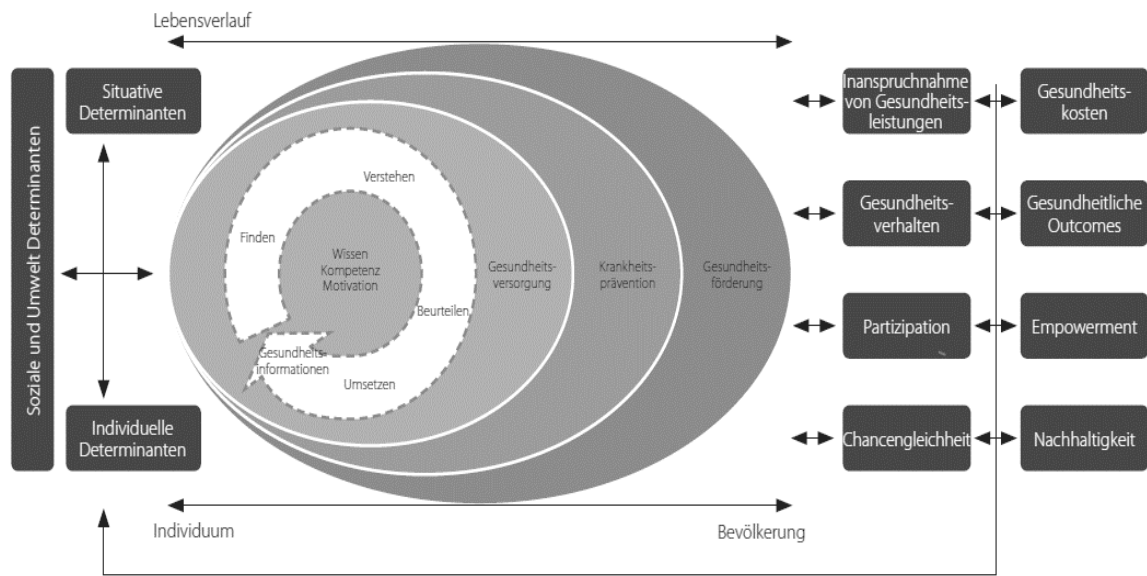
Gesundheitskompetenz	Gesundheitsrelevante Informationen <b>beschaffen oder erhalten</b>	Gesundheitsrelevante Informationen <b>verstehen</b>	Gesundheitsrelevante Informationen <b>bewerten, beurteilen und gewichten</b>	Gesundheitsrelevante Informationen <b>anwenden</b>
<b>Gesundheitsversorgung</b>	Informationen zu medizinischen oder versorgungsbezogenen Themen erhalten	Medizinische Informationen verstehen und deren Bedeutung ableiten	Medizinische Informationen interpretieren und evaluieren	Informierte Entscheidungen zu medizinischen Fragen treffen
<b>Krankheitsprävention</b>	Informationen über Risikofaktoren erhalten	Informationen über Risikofaktoren und deren Bedeutung verstehen	Informationen interpretieren und evaluieren	Die Relevanz von Informationen über Risikofaktoren beurteilen
<b>Gesundheitsförderung</b>	Sich über Gesundheitsthemen auf den aktuellen Stand bringen	Gesundheitsinformationen und deren Bedeutung verstehen	Informationen zu Gesundheitsthemen interpretieren und evaluieren	Sich eine fundierte Meinung über Gesundheitsthemen bilden

**Quelle:** Basierend auf Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 10. Download am 13. Februar 2018, von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1471-2458-12-80.pdf>

Das Modell zum Konzept nach Sørensen et al. wird in der Abbildung 4 dargestellt. Aus diesem geht hervor, dass verschiedene Einflussfaktoren wie die personalen und situationsabhängigen, oder sozialen und Umweltdeterminanten die Health Literacy beeinflussen. Daraus ist eine Wechselwirkung zwischen der individuellen Health Literacy und den externen Einflüssen abzuleiten.

Im Modell wird weiter der Einfluss der Health Literacy auf die Nutzung von Gesundheitsangeboten sowie die Kosten, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsfolgen, die Partizipation und das Empowerment illustriert (Sørensen et al, 2013, 9f).

Abbildung 4 - Gesundheitskompetenzmodell nach Sørensen et al.



**Quelle:** World Health Organization. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Download vom 6. Februar 2018, von [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who\\_health\\_literacy\\_fakten\\_deutsch.pdf](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf), S. 7.

Die in diesem Kapitel untersuchten Konzepte und dazugehörigen Modelle zur Health Literacy bilden das Fundament in der aktuellen Forschung zu Health Literacy. Sie beschreiben die individuelle Health Literacy umfassend und zeigen die Bedeutung der externen Einflüsse wie die Rahmenbedingungen in der Lebenswelt auf.

#### 4.2.2 Organisationsbezogene Health Literacy

Zur organisationsbezogenen Ebene gibt es bisher noch kein allgemein anerkanntes Konzept oder Modell. Im Modell von Sørensen et al. (s. Abbildung 4) ist die organisationale Ebene jedoch bereits als zentraler Einflussfaktor auf die individuelle Health Literacy zu erkennen.

Aus dem Review von Meggetto, Ward & Isaccs (2017) geht hervor, dass es viele Definitionen von organisational Health Literacy gibt und diese weitgehend in Gesundheitseinrichtungen empirisch getestet werden, nicht aber im kommunalen Setting.

Die in dieser Arbeit verwendete Definition (s. Unterkapitel 3.3) beschreibt die organisationale Health Literacy als multidimensional. Auch Nutbeam (2008, 2073) sieht die Interaktionen, Strukturen und die Art und Weise, wie die Dienstleistungen organisiert sind, als Teil der organisationalen Ebene von Health Literacy (Nutbeam, 2008, 2073). Je nachdem wie Dienstleistungen organisiert sind, werden diese für die EmpfängerInnen (Konsumenten, PatientInnen, gesunde BürgerInnen) zugänglicher und verständlicher (Trezona et al., 2017, 2).

Die Forschungen zur organisationalen Health Literacy beziehen sich bisher erst auf Konzepte zum Aufbau in verschiedenen Settings wie beispielsweise im Setting Krankenhaus. Ein allgemeines wissenschaftliches Konzept besteht hingegen noch nicht.

Schlussfolgernd wird deutlich, dass es nie ausschließlich um die Förderung der individuellen Fähigkeiten geht, sondern auch das Umfeld sowie die Rahmenbedingungen, in denen die Menschen leben, gleichermaßen zu beachten sind. Abel meint dazu, „dass Gesundheitskompetenz erst wachsen kann, wenn die Bedingungen dafür geschaffen werden“ (Abel, 2015, S. 14).

Gesundheitskompetenz ist immer in Verbindung mit menschlicher Kommunikation und kulturspezifisch zu betrachten (WHO, 2016, S. 33). Einerseits wird das Individuum gestärkt, Einfluss auf seine Umwelt zu nehmen, andererseits wird die Umwelt so beeinflusst, dass sie das Individuum in seiner Entwicklung einer Health Literacy stärkt (WHO, 2016, S. 33).



## 4.3 Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting

Um die vier zentralen Prinzipien (Teilhabe an der Gemeinschaft, Partnerschaft, Befähigung, Chancengleichheit) eines gesunden Settings nach den Überlegungen der Weltgesundheitsorganisation zu verwirklichen, wird Health Literacy als zentrale Determinante in der Gesundheitsförderung und eigene Dimension für ein gesundes Setting betrachtet (WHO, 2016, S. 35).

### 4.3.1 Rahmenmodelle

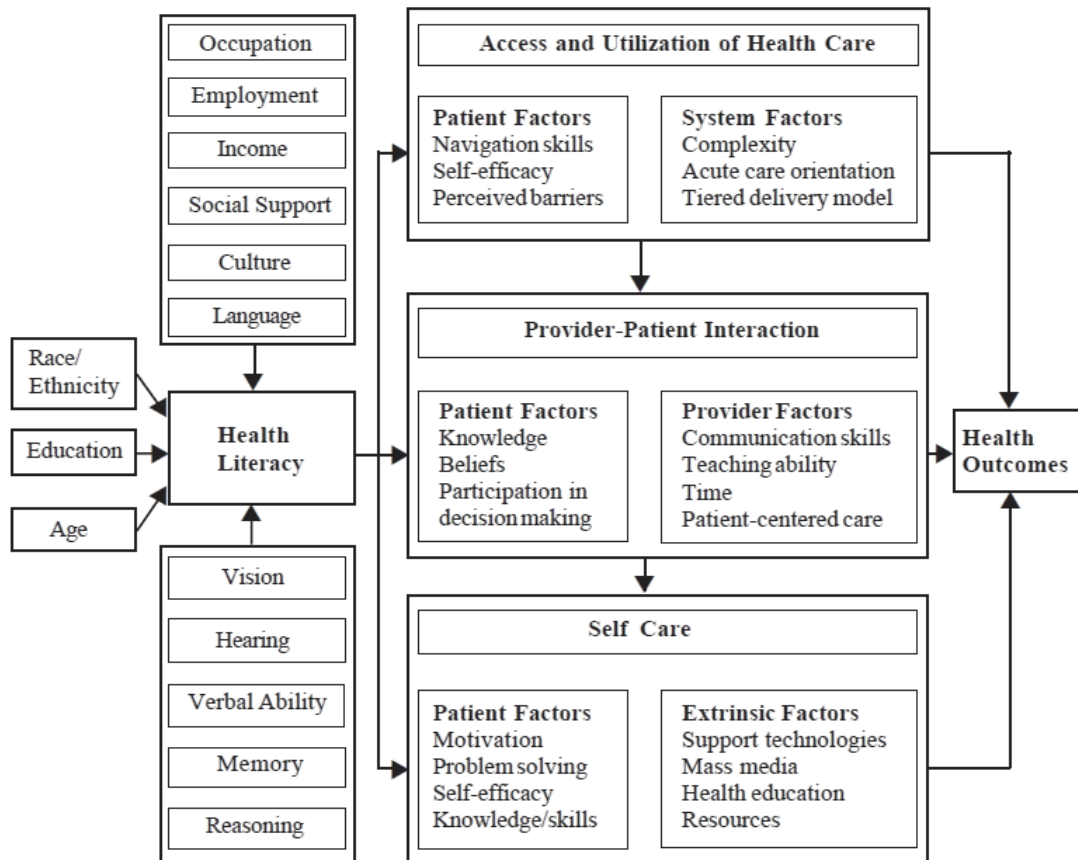
Aus der aktuellen Literaturrecherche geht kein Modell hervor, das explizit zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting geeignet ist. Zwei Rahmenmodelle, die aus den Erkenntnissen im Kapitel 0 auf das kommunale Setting umzulegen sind, werden in diesem Kapitel behandelt.

Im Modell von Paasche-Orlow & Wolf (2007), das in der Abbildung 5 dargestellt ist, werden die Ebenen im kommunalen Setting integriert und in Beziehung zur Health Literacy gesetzt. Das Modell zeigt eine integrierte und gleichbedeutende Darstellung der organisationalen und der individuellen Ebene von Gesundheitskompetenz und wird aus diesem Grund als wichtiger Ansatz für das kommunale Setting betrachtet.

In diesem Modell beeinflusst die Health Literacy die Selbstversorgung, die Beziehung zwischen PatientInnen und Anbietenden sowie den Zugang und den Umgang mit dem Gesundheitswesen. In jedem dieser beeinflussten Bereiche spielen „PatientInnenfaktoren“, die gleichbedeutend mit den individuellen Faktoren sind, und die „Systeme, Anbieter sowie extrinsische Faktoren“, die der organisationsbezogenen Ebene zuzuordnen sind, eine bedeutende Rolle.

So stellt beispielsweise im Bereich „Selbstversorgung“ die Selbstwirksamkeit der PatientInnen einen individuellen Faktor dar, unterstützende Technologien sowie die Bereitstellung von Gesundheitsbildung systembezogene Faktoren dar.

Abbildung 5 - Wirkungspfad zwischen Health Literacy und Gesundheitsoutcomes nach Paasche-Orlow & Wolf (2007)



**Quelle:** Paasche-Orlow, M. & Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31, Suppl. 1(1), 21. Download am 29. März 2018, von [https://www.researchgate.net/publication/5914356\\_The\\_Causal\\_Pathways\\_Linking\\_Health\\_Literacy\\_to\\_Health\\_Outcomes](https://www.researchgate.net/publication/5914356_The_Causal_Pathways_Linking_Health_Literacy_to_Health_Outcomes)

Das Modell wird als wichtiger Rahmen und Ansatz für die Beantwortung der Forschungsfragen verstanden, birgt jedoch noch den Bedarf einer kritischen Interpretation.

Der verwendete Terminus PatientInnen („patient“ in englischer Sprache) in den Ausführungen von Paasche-Orlow & Wolf (2007, 21) lässt auf eine kranke Person schließen und umfasst damit nicht gesunde BürgerInnen. Weiter werden im Modell durch die Ebene „Zugang und Umgang zur Gesundheitsversorgung“ Gesundheitseinrichtungen fokussiert, nicht aber etwa Bildungsinstitutionen. Gleichzeitig wird Bildung aber als wichtiger Einflussfaktor genannt (Orlow-Paasche & Wolf, 2007, 22).

Die illustrierten linearen Zusammenhänge und Beziehungen werden von den Autoren selbst als falsche Darstellungsweise beschrieben, da es sich um Wechselbeziehungen handelt und es keine eindeutigen direkten Zusammenhänge gibt (Orlow-Paasche & Wolf, 2007, 24). Das Modell ist zudem noch nicht empirisch überprüft.

Aufbauend auf diesen Limitationen zum Modell meinen Batterham et al. (2016, 6), dass im kommunalen Setting die Interaktionen mit Gesundheitsdienstleistungen und der Zugang zu ihnen weniger bedeutend sind, als die Partizipation von BewohnerInnen in Gesundheitsdebatten und den Prozess von Entscheidungen sowie die allgemeine Fürsorge für die individuelle Gesundheit.

Als weiteres adäquates Rahmenmodell zum Aufbau von Health Literacy wird das Modell zum Ansatz der intersektoralen Zusammenarbeit von Wayne & Rootman (2012, S. 27) betrachtet.

Drei Komponenten werden als zielführend zum Aufbau von Health Literacy in einem großen Setting genannt. „Bewusstsein stärken und Capacity Building“ stellt eine Komponente des Modells zur intersektoralen Zusammenarbeit dar, „Wissen entwickeln“ und der Aufbau von „Infrastruktur und Partnerschaften“ die weiteren zwei (s. Abbildung 6).

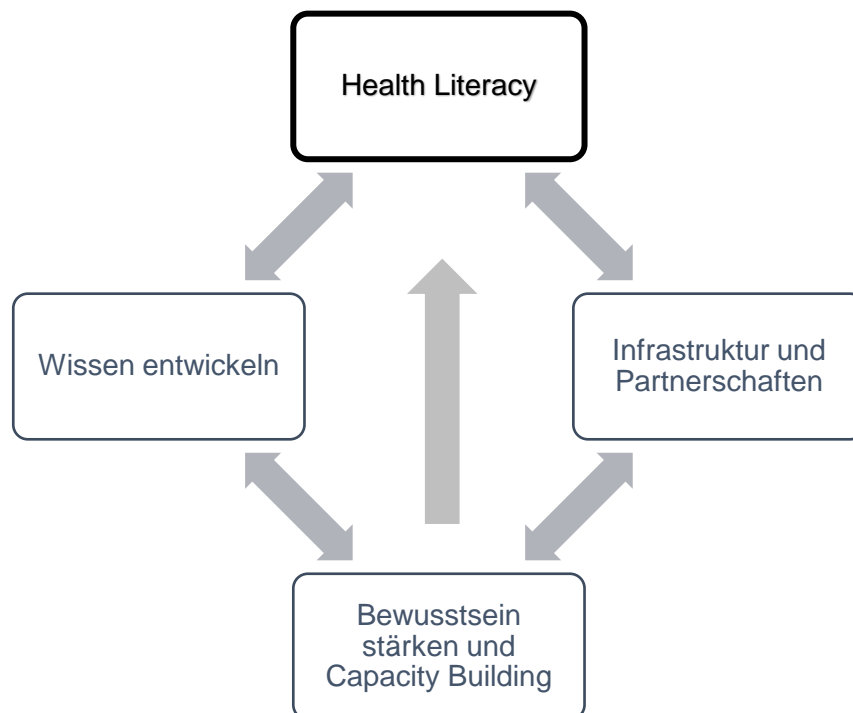
Als Basis wird die Komponente „Wissen entwickeln“ betrachtet. Im ersten Schritt wird die Health Literacy von wichtigen Stakeholdern (z.B. Organisationen in der Gemeinde) erhoben und die Bedürfnisse von Zielgruppen (z.B. MigrantInnen) in Hinblick auf die Health Literacy bestimmt.

Die Komponente beinhaltet weiter die Entwicklung von Kommunikationsstrategien zwischen Stakeholdern und Evaluations- bzw. Monitoringinstrumenten zur Intervention von Health Literacy (Wayne & Rootman, 2012, S. 28).

Als nächsten Schritt wird die Komponente „Capacity Building und Bewusstseinsbildung“ forciert. Interne Bewusstseinsbildung in den Organisationen und externe Bewusstseinsbildung in der breiten Bevölkerung und unter verschiedenen Zielgruppen sind aufzubauen (Wayne & Rootman, 2012, S. 29).

Die Komponente „Bildung von Infrastruktur und Partnerschaften“ bezieht sich ausschließlich auf die organisationsbezogene Ebene. In Anlehnung an Wayne & Rootman (2012, S. 30) ist die Komponente durch die Bildung von Netzwerken zwischen der öffentlichen Hand, wichtigen Stakeholdern und InteressensvertreterInnen von Zielgruppen, Non-Profit Organisationen wie Vereinen und anderen Organisationen in der Kommune umzusetzen.

Abbildung 6 - Der intersektorale Ansatz zur Verbesserung der Health Literacy



**Quelle:** Basierend auf Wayne, M. & Rootman, I. (2012). *An intersectoral approach for improving health literacy for Canadians*. Download am 14. Februar 2018, von <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>, S. 27.

Aufbauend auf den Komponenten der behandelten Rahmenmodelle wird deutlich, dass es zum Aufbau von Health Literacy einen system-orientierten Ansatz braucht, um individuelle und organisationale Ebenen in dem System der Kommune zu integrieren und miteinander zu verbinden (Naccarella, Wraight & Gormann, 2016, 35).

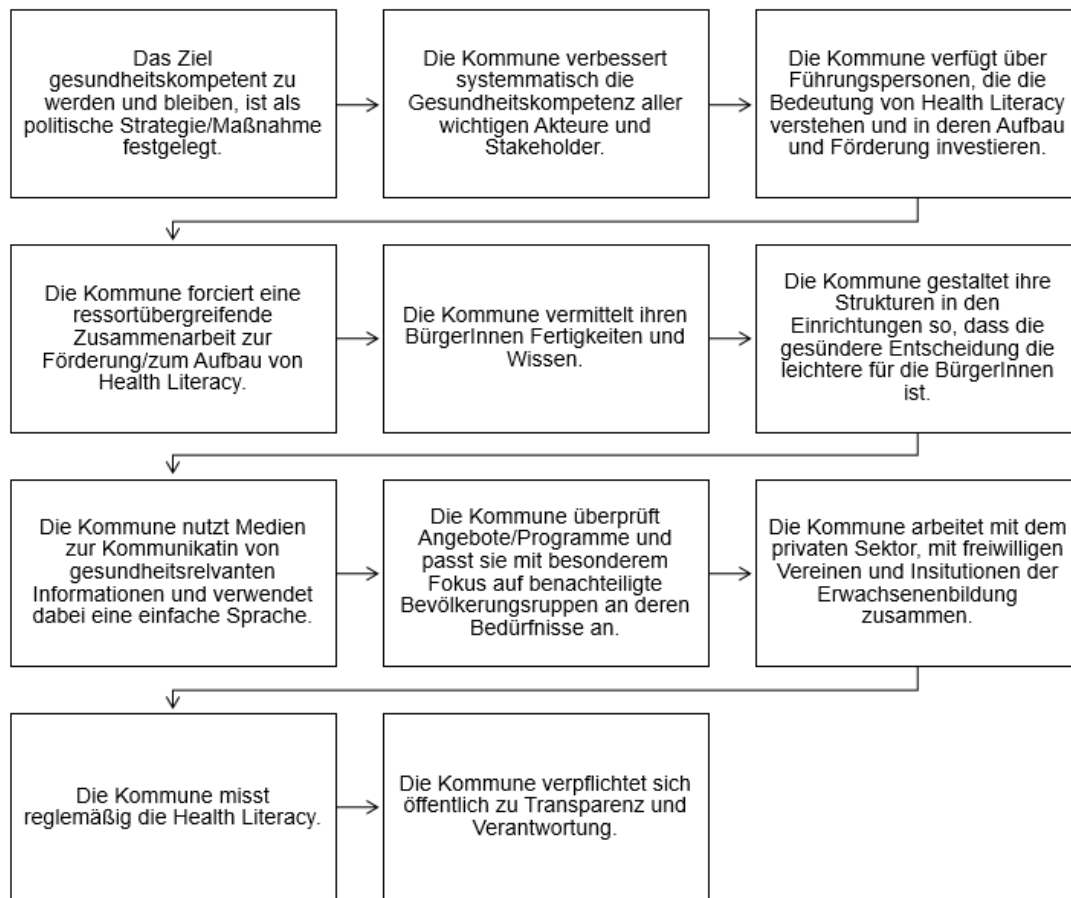
### 4.3.2 *Zentrale Elemente des Aufbauprozess*

Der Aufbauprozess zu einer gesundheitskompetenten Kommune ist essentieller als das Ergebnis selbst (WHO, 2016, S. 36). Der Prozess bzw. der Weg zur gesundheitskompetenten Kommune ist in der Abbildung 7 illustriert. Die einzelnen Schritte stellen gleichzeitig Handlungsstrategien dar und dienen als Indikatoren zur Beurteilung von Kommunen in Hinblick auf ihre Gesundheitskompetenz (WHO, 2016, S. 37).

Der Prozess (s.

Abbildung 7) beginnt mit der Entwicklung einer Strategie, bestehend aus der Vision, Mission und den Zielen. In weiterer Folge sind die wichtigsten Akteure zu identifizieren. Der Prozess beinhaltet organisationsbezogene Prozesse wie die „auf Gesundheit ausgerichtete Führung von Organisationen, klares politisches Engagement und ressortübergreifende Zusammenarbeit sowie die individuelle Ebene, indem den BürgerInnen gesundheitsbildende Maßnahmen angeboten werden“ (WHO, 2016, S. 36). Die Schritte bzw. miteinander in Bezugs stehenden Elementen werden in das bestehende System eingebettet (WHO, 2016, S. 27).

Abbildung 7 - Der Weg zu einer gesundheitskompetenten Kommune



**Quelle:** WHO. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Download vom 6. Februar 2018, von [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who\\_health\\_literacy\\_fakten\\_deutsch.pdf](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf), S. 37.

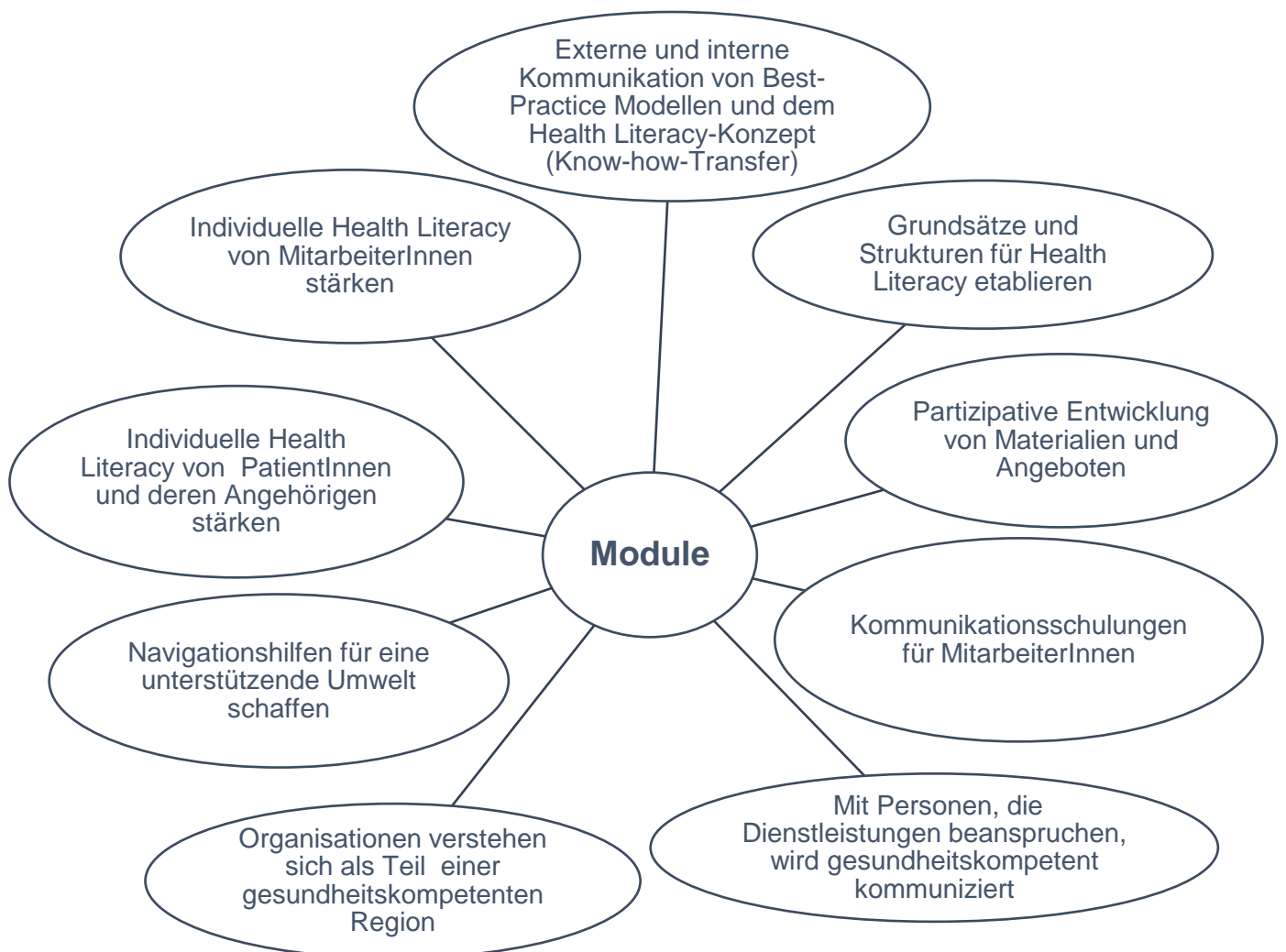
Auch das „Wiener Konzept des Gesundheitskompetenten Krankenhauses“ (Pelikan & Dietscher, 2015) ist in Anlehnung an Kofahl & Trojan (2017, S. 72) für Regionen anzuwenden und nicht ausschließlich für Krankenhäuser oder Gesundheitseinrichtungen.

In der nachstehenden Abbildung 8 sind die neun Standards von Pelikan & Dietscher (2015, S. 10) modellhaft dargestellt. Kofahl und Trojan (2017, S. S. 72) verstehen diese als zentrale Module für den Aufbau einer gesundheitskompetenten Organisation oder Region (Pelikan & Dietscher, 2015, S. 10).

Aus diesen Überlegungen wird deutlich, welche zentrale Rolle Organisationen von Wissenschaftlern zum Aufbau von gesundheitskompetenten Regionen zugeschrieben wird.

Pelikan & Dietscher (2015, S. 10) fokussieren sich mit den definierten Standards und den dazugehörigen 22 Substandards auf die Gesundheitsförderung und Prävention und nicht auf den/die kranken PatientInnen. In der Abbildung werden die Standards in Anlehnung an Kofahl & Trojan (2017, S. 72) als Module verstanden und allgemeiner auf jeden Typ von Organisationen im Setting der Kommune ausgelegt.

Abbildung 8 - Module in einer gesundheitskompetenten Region



Das Konzept der WHO (2016) und das Konzept von Pelikan & Dietscher (2015)

**Quelle:** Basierend auf Pelikan, J. & Dietscher, C. (2015). *Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln. Strategien und Beispiele. Ein Themenpapier des ONGKG.* Wien, S. 10.

zeigen gemeinsame Elemente. Aus dem Konzept von Pelikan & Dietscher geht die bedeutende Rolle der Stärkung der Health Literacy von Fachkräften in

Gesundheitseinrichtungen hervor. Dies lässt sich auf allgemeine Arbeitskräfte wie auch LehrerInnen und Personen im Verkauf von Lebensmitteln umlegen.

Das Konzept macht die Organisationen als zentrale Schlüsselstellen zum Aufbau von Health Literacy in Regionen und Kommunen sichtbar. Interne Prozesse zur Förderung der Health Literacy werden entwickelt, Expertise wird eingebracht und der Zugang zu Zielgruppen wird durch die Organisationen ermöglicht.

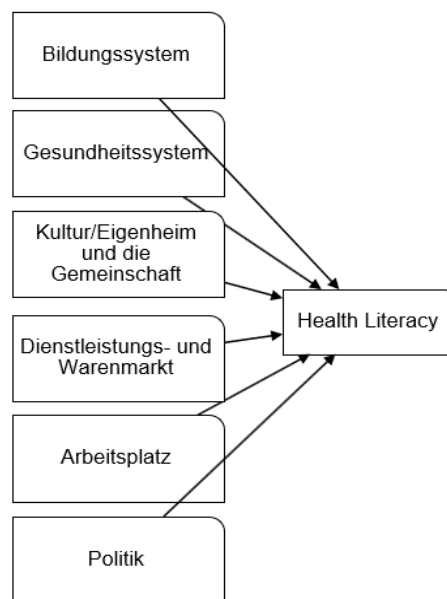
In den weiteren Kapiteln werden die Rollen der verschiedenen AkteurInnen zum Aufbau von Health Literacy sowohl auf der Ebene des Individuums als auch auf der Ebene von Organisationen betrachtet.



### 4.3.1 Wichtige AkteurInnen

In Anlehnung an Kickbusch & Maag (2008, S. 209) finden sich im kommunalen Setting viele Subsysteme mit verschiedenen AkteurInnen, die Einfluss auf die Gesundheitskompetenz nehmen. Jene zentralen Subsysteme oder auch Subsettings gehen aus der Abbildung 9 hervor.

Abbildung 9 - Interventionssysteme nach Kickbusch & Maag (2008)



**Quelle:** Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). *Health Literacy*. Download am 22. März 2018, von <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/kickbusch-maag.pdf>, S. 209.

Die Institutionen und Organisationen stellen mit den dort tätigen Menschen wichtige AkteurInnen im kommunalen Setting dar. Unabhängig von der Größe der Kommune werden diese in Anlehnung an Wayne & Rootman (2012, S. 26f) in fünf verschiedene Gruppen unterteilt:

1. Regierungen und Räte auf den verschiedenen Verwaltungsebenen
2. Gesundheitsdienstleistungen und -institutionen sowie ihre MitarbeiterInnen
3. Ausbildungs- und Weiterbildungseinrichtungen
4. Weitere Unternehmen mit deren MitarbeiterInnen
5. Organisationen in der Gemeinschaft: Bibliotheken, Religionsinstitutionen und Medien, Sozialeinrichtungen, Unterstützungsprogramme

Die Gruppen stellen potentielle AkteurInnen in Projekten für Health Literacy dar. Sie stehen mitunter in Beziehung zueinander. Blitzer & Spörhase (2015, S. 32). betonen in diesem Kontext, dass „die Gesundheitskompetenz in den Regionen durch gesundheitskompetente Institutionen“ gefördert wird.

Abhängig von der Aufgabe der Organisationen in der Gesellschaft haben sie einen unterschiedlichen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Beispielsweise durch die Öffnung von Schulungsangeboten für bestimmte Zielgruppen und die Integration von oben genannten Modulen einer gesundheitskompetenten Organisation (Pelikan & Dietscher, 2014, 30).

Schlussfolgernd stellt sich die Beantwortung der ersten Unterfrage als sehr komplex dar. Es besteht im Kontext des kommunalen Settings keine eindeutige Definition oder ein Konzept zur Health Literacy. Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche wird Health Literacy im kommunalen Kontext als multidimensionales Konstrukt verstanden, das die individuelle und organisationale Health Literacy integriert.

Schlüsselfaktor in diesem Zusammenhang ist die Beziehungsebene zwischen den Einrichtungen und deren AkteurInnen und den BewohnerInnen der Kommune, da diese einerseits die Subsysteme in der Kommune bilden und andererseits den direkten Kontakt zu den Menschen, die in der Kommune leben, arbeiten und Dienstleistungen konsumieren.

## **5 Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy in einer Kommune**

Der gezielte Aufbau von Health Literacy in einem System integriert sowohl die individuelle als auch die organisationsbezogenen Ebene in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz (Dodson et al., 2015a, S. 1). Dimensionen, die Teil eines integrierten Modells zum Aufbau von Health in der Kommune sind, werden in diesem Kapitel behandelt.

### **5.1 Dimensionen in Rahmenkonzepten und -modellen**

Für die Bildung der Dimensionen, die es zum Aufbau der Health Literacy im kommunalen Setting braucht, sind zwei Konzepte bzw. Modelle aus der Gesundheitsförderung zentral: Das Capacity-Building-Konzept und das Organisationale Health Literacy Responsiveness Konzept.

#### *5.1.1 Das Capacity-Building-Konzept*

“Der Aufbau von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten“ umfasst den Begriff der Kapazitätsbildung (Nickel & Trojan, 2015). Capacity-Building wird im Kontext der integrierten Förderung von Health Literacy im Setting in Publikationen genannt (Dodson et al, 2015c, S. 3; Willis et al., 2014, 2; Wayne & Rootman, 2012, S. 27).

Die Grenzen zwischen dem Capacity-Building-Konzept und dem Konzept des Empowerments sind fließend. Einerseits wird eine Differenzierung gefordert, andererseits führen beide Konzepte zu ähnlichen Resultaten. Das Konzept verbindet die Gesundheitsförderung auf der Verhaltens- und Verhältnisebene, was es für die Beantwortung der Forschungsfrage essentiell macht.

Heute wird Capacity-Building außerdem als „Indikator nachhaltiger Strukturen- und Kompetenzbildung gesehen“ (Nickel & Trojan, 2015). Fünf Kernelemente des Konzeptes gelten in der bestehenden Literatur als zentral für die praktische Umsetzung:

- Unterstützung von Prozessen der partizipativen Einbindung von Gemeindemitgliedern in Aktionen
- Kompetenz/Befähigung von zumeist professionellen AkteurInnen, verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen („Leadershipkompetenzen“)
- Vorhandene Ressourcen in einer Gemeinde (z.B. Fähigkeiten und Fertigkeiten der Gemeindemitglieder, Zugang zu finanziellen Mitteln)
- Beziehungsnetzwerke zwischen Organisationen oder Personengruppen
- Aufbau von Gesundheitsstrukturen und -leistungen (einschließlich Überwindung von Zugangsbarrieren, Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen) (Nickel & Trojan, 2015)

In der Gesundheitsförderung wird Capacity-Building für das Management komplexer sozialer Gebilde herangezogen (Nickel & Trojan, 2015). Auch das kommunale Setting stellt ein solches Gebilde nach dem Verständnis dieser Forschungsarbeit dar (s. Definition Unterkapitel 3.3)

Mit dem organisationalen Capacity-Building im Kontext der Gesundheitskompetenz haben sich Willis et al. (2014) in einem Realist-Review auseinandergesetzt. Dieser kommt zum Entschluss, dass die „organisationale Kapazität die individuelle Health Literacy der Personen, die mit der Organisation in Kontakt treten, unterstützt“ (Willis et al., 2014, 4).

In der Studie gingen die Wissenschaftler der Frage nach, welche Strategien, Mechanismen und kontextabhängige Faktoren es braucht, damit Health Literacy-Interventionen in einer Organisation geplant, implementiert und aufrechterhalten werden (Willis et al., 2014, 4). Es wurden drei Handlungsfelder erforscht (s. Abbildung 10) und auf die oben genannten Aspekte untersucht.

Abbildung 10 - Handlungsfelder Organisationale Capacity



Die öffentliche Hand, beispielsweise die Gemeinde mit ihren PolitikerInnen und Einrichtungen, ist für die Einführung von sozialen Richtlinien und Handlungsweisen zur Förderung von Health Literacy verantwortlich. Das Ziel sei es, in Anlehnung an das Institute of Medicine, „Health Literacy in alle Politikfelder und Gesellschaftsbereiche zu integrieren und eine „Health Literacy in All Policies“ zu schaffen“ (IOM, 2013, S. 45).

Auch die Persönlichkeiten in der Öffentlichkeit beeinflussen den Aufbau von Health Literacy. Personen, die sich als Botschafter von Health Literacy verstehen und öffentlich für die Visionen und Ziele einer gesundheitskompetenten Kommune auftreten, sind ein essentieller Bestandteil des Capacity-Building-Konzepts für Health Literacy (Willis et al., 2014, 4; IOM, 2013, S. 45). Nach Willis et al. (2014, 4) wirken sich die Persönlichkeiten „positiv auf die Motivation für Aktivitäten in der Kommune aus“.

Die Schaffung lokaler Unterstützungs- und Führungsstrukturen stellt eine weitere Zuständigkeit der EntscheidungsträgerInnen der öffentlichen Hand dar. Zudem werden vernetzende Tätigkeiten und Aufklärungskampagnen der öffentlichen Hand von Willis et al. (2014, 4) beschrieben. Beispielsweise wird empfohlen, gesundheitsbezogene Informationskampagnen und Debatten zu Themen wie Patientensicherheit mit Health Literacy zu verknüpfen.

Im Kontext der öffentlichen Hand wird von Willis et al. (2014, 4) auch die Integration der Health Literacy in den Ausbildungssektor genannt. Gesundheitskompetenz in die Lehrpläne zu integrieren, baut Health Literacy auf. Die Förderung von Health Literacy-Aktivitäten im Ausbildungssektor sind von der öffentlichen Hand durch Fördergelder zu unterstützen.

Der Bildungssektor wird auch vom Institute of Medicine (2013, S. 45) als Schlüssel-sektor im Bereich von Health Literacy angesehen. Von Volksschule bis Erwachsenenbildung, sind die Menschen in ihren Fähigkeiten zu unterstützen, Barrieren der Health Literacy zu erkennen und in der Folge zu überwinden.

Im Handlungsfeld „organisationale und ärztliche Handlung“ wird eine partizipative Führungskultur als essentiell für den Aufbau von Health Literacy gesehen. Die MitarbeiterInnen in den Organisationen haben die Möglichkeit, an Schulungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (z.B. Gesundheitsbildung) teilzunehmen (Willis et al., 2014, 5).

Die Bildung von Partnerschaften (engl. partnerships) wird auch von Willis et al. (2014, 7) als wichtigster Motor für Health Literacy. Eine intersektorale Zusammenarbeit, wie bereits im Rahmenmodell von Wayne & Rootman (s. Abbildung 6) enthalten, wird als essentiell betrachtet.

Eine tiefgehende Untersuchung der Wirkungsmechanismen von Partnerschaften für die Health Literacy ist in der aktuellen Literatur nicht zu finden. Fest steht jedoch, dass durch Partnerschaften Ressourcen effektiver eingesetzt werden, weil Initiativen nicht doppelt bestehen und die fachlichen sowie persönlichen Ressourcen der Teilnehmenden gebündelt werden (Willis et al., 2014, 7).

Aus der Studie geht zudem hervor, dass eine wissenschaftliche Begleitung das Bewusstsein aller Beteiligten stärkt und die Qualität und den Nutzen der kleineren Interventionen im Setting erhöht (Willis et al., 2014, 4).

Das Capacity-Building-Konzept wurde bereits im Aufbau und der Begleitung der Gesunden Gemeinden in der Steiermark herangezogen und in der Publikation von Reis-Klingspiogl (2009, 180) dargestellt.

Das Capacity-Building-Konzept in Anlehnung an Reis-Klingspiogl (2009, 180) umfasst die folgenden fünf Dimensionen: „Verankerung von Gesundheit in die politische Kultur, Vernetzung bestehender Strukturen, Verfügbarkeit von Leadership- und Management-Kompetenzen, Ressourcenlage- und -allokationen sowie Partizipation als Handlungsprinzip“ (Reis-Klingspiogl, 2009, 180).

Das Konzept im Kontext der Gesunden Gemeinden in der Steiermark wird als sehr passend zur Beantwortung der Forschungsfrage verstanden, da es sich auf das kommunale Setting bezieht und bereits empirisch untersucht wurde. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse von Willis et al. (2014) den Dimensionen dieses Capacity-Buildings-Konzepts eingeordnet.

Wie aus der nachstehenden Tabelle 3 ersichtlich, werden den Dimensionen, die Ergebnisse von Willis et al. (2014) zugeordnet. Die erste Dimension wurde zu „Verankerung von Health Literacy in die politische Kultur“ abgewandelt.

*Tabelle 3 - Abgeleitetes Capacity-Building-Konzept zum Aufbau von Health Literacy in der Kommune*

<b>Verankerung von Health Literacy in die politische Kultur</b>	<b>Vernetzung bestehender Strukturen</b>	<b>Verfügbarkeit von Leadership und Management-kompetenzen</b>	<b>Ressourcen- allokation</b>	<b>Partizipation als Handlungsprinzip</b>
Richtlinien und Handlungs-anweisungen	Intersektorale Partnerschaften gründen	Botschafter für Health Literacy bestimmen	Fördergelder für Projekte zur Health Literacy	Partizipative Führungskultur in Organisationen
Schaffung von lokalen Unterstützungs- und Förderungsstrukturen	Gesundheits-kompetenz in den Ausbildungssektor integrieren	MitarbeiterInnen in Organisationen mit den nötigen Kompetenzen ausstatten	Förderung für gesundheits-kompetente Organisationen	
Gesundheits-kompetenz als Qualitätsstandard in den Einrichtungen festlegen				

**Quelle:** Basierend auf Reis-Klingspiogl, K. (2009). Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 180.

### *5.1.2 Das Organisationale Health Literacy Responsiveness-Rahmenmodell*

Das Konzept der Organisationalen Health Literacy Responsiveness wurde von einem australischen Forscherteam (Trezona et al.) begründet. Organisationale Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) meint ein „Konzept, das Organisationen unterstützt, auf die Health Literacy-Bedürfnisse der KlientInnen und Gemeinschaften einzugehen und diese positiv zu unterstützen (Trezona et al., 2017, 2)“.

Das Rahmenmodell zielt darauf ab, essentielle Bereiche zum Aufbau von Health Literacy in Organisationen unter Berücksichtigung von öffentlichen, gemeinschaftlichen und privaten Gesundheitsthemen sowie der sozialen Strukturen darzustellen. Es integriert wichtige Elemente zum Aufbau von Health Literacy und ist auf komplexe Systeme, wie es die Kommune ist, übertragbar. In den folgenden Absätzen werden die Bereiche in Hinblick auf ihre Relevanz für das kommunale Setting behandelt.

Für politische EntscheidungsträgerInnen dient das Rahmenmodell als Orientierung für Handlungsstrategien, um gesundheitskompetente Subsysteme in der Kommune aufzubauen (Trezona et al., 2017, 3). Im Modell (s. Abbildung 11) werden die sieben Bereiche dargestellt. Als Zielgruppe werden Gemeinschaften, Individuen und Familien verstanden (Trezona et al., 2017, 8). Ihre Bedeutung wird betont, indem sie im Zentrum des Modelles stehen.

Den Rahmen und gleichzeitig den ersten Bereich bildet die „externe Policy und ein Förderungsumfeld“. Der öffentlichen Hand wird die Aufgabe, unterstützenden Rahmenbedingungen zu schaffen, zugewiesen. Programme, Dienstleistungen und Anreize für Organisationen in ihrem Verantwortungsbereich werden geschaffen und finanziell unterstützt. Die Formulierung von Standards und die Einführung von Richtlinien für ein gesundheitskompetentes Umfeld stellen Instrumente dazu dar (Trezona et al., 2018, 7).

Das „Führungsverhalten und die Kultur von Organisationen“ bilden einen weiteren Bereich. Werte, Ziele, Visionen und die Philosophie sind auf die Förderung von Health Literacy auszurichten. In Anlehnung an Trezona et al. (2017, 7) sind Inklusion, Personenorientierungen und Chancengleichheit zentrale Werte für eine gesundheitskompetente Führung.



Führungspersonen für Health Literacy werden bestimmt und fördern Interventionen und Programme. Aus der finanziellen Perspektive werden Ressourcen gesichert und in das Budget der Gemeinde einkalkuliert, um längerfristig Aktivitäten zur Förderung von Health Literacy zu finanzieren. In den Zielen der Organisationen sind der Aufbau und die Förderung von Health Literacy über alle Ebenen und Bereiche der Kommune klar verankert (Trezona et al., 2017, 8).

Einen weiteren Bereich stellen „Systeme, Prozesse und Richtlinien“ dar. Die Health Literacy wird gefördert, indem Organisationen ein effektives Kommunikationssystem und Prozesse der Interaktion fördern. Richtlinien, die die Kommune einführt, sichern und fördern eine permanenten Qualitätsverbesserung. In diesem Zusammenhang wird der Prozess einer weiterführende Evaluation von durchgeführten Interventionen im Setting als essentiell für eine zielführende Verbesserung genannt. (Trezona et al., 2017, 7).

Der Bereich des „Gemeinschaftsengagements und Partnerschaften“ bezieht sich auf die Förderung des durch die Einbindung von Gruppen in der Gemeinschaft bzw. im Setting in jede Phase der Entwicklung eines Projektes. Mit dieser Vorgehensweise wird die Partizipation gesichert, welche auch im Capacity-Building-Konzept eine zentrale Komponente darstellt. Unter der Bildung von Partnerschaften wird eine Zusammenarbeit von ExpertInnen und/oder von Organisationen verstanden. Die beteiligten ExpertInnen entwickeln demnach die Programme, Dienstleistungen sowie Kommunikationsmaterialien für Interventionen zur Förderung von Health Literacy (Trezona et al., 2017, 7).

Die Kommune setzt den Bereich „Zugang zu Dienstleistungen und Programmen“ um, indem alle Programme und Dienstleistungen physisch, kulturell, finanziell und geographisch für alle BürgerInnen zugänglich sind. Beispielsweise werden Gehwege errichtet, die auch für immobile Personen begehbar oder -fahrbar sind (Trezona et al., 2017, 7).

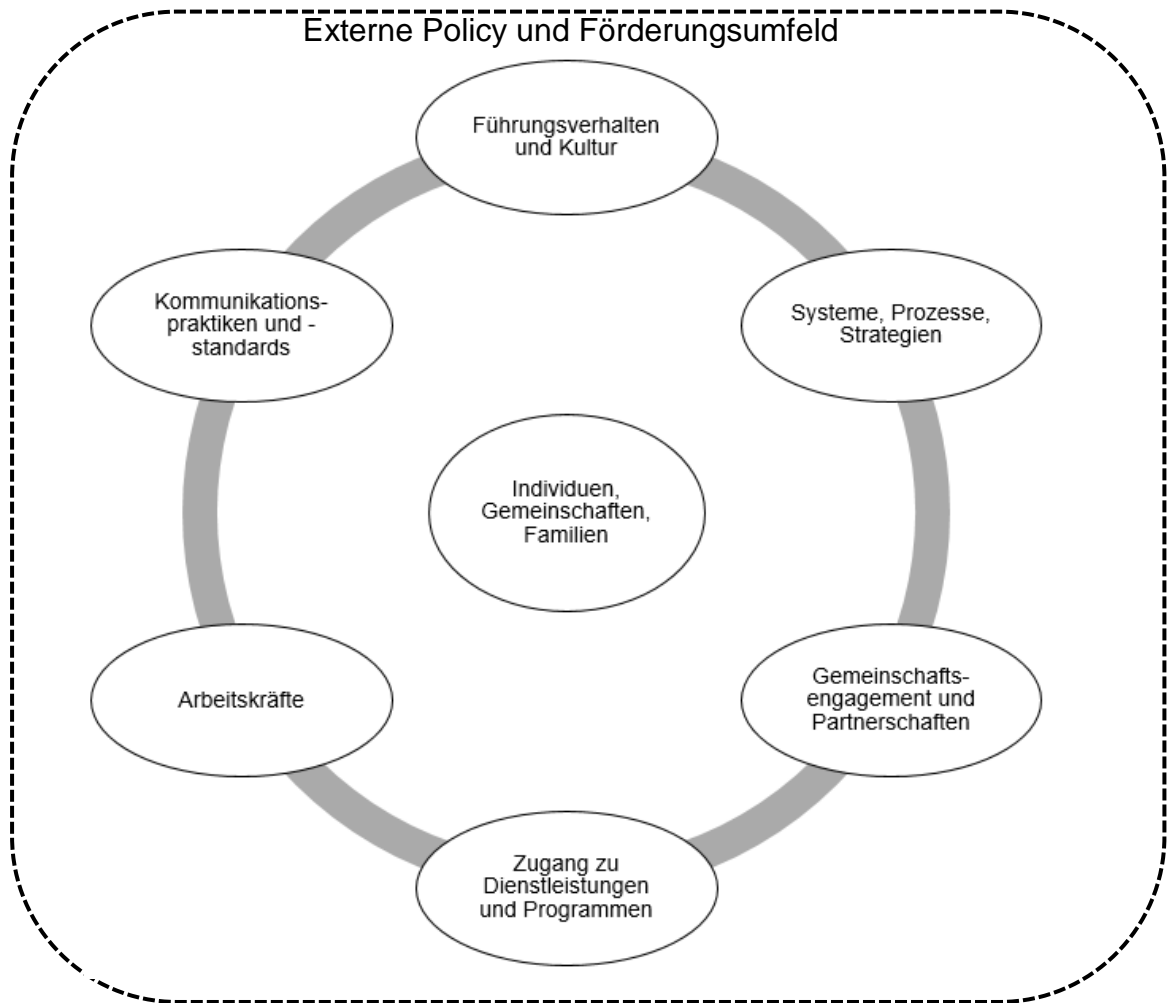
Die Kommunikation als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen und auf allen Ebenen zu sichern, wird über die Gesundheitsbildung und die Unterstützung im Umgang mit neuen Technologien und Medien erreicht. Organisationen im Netzwerk für eine gesundheitskompetente Gemeinde haben beispielsweise alle Informationen

unter Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse aufzubereiten (Trezona et al., 2017, 7). „Kommunikationspraktiken und -standards“ fördern die Gesundheitskompetenz der SenderInnen und EmpfängerInnen und stellen gleichzeitig einen Bereich im Modell dar.

Der siebente Bereich bezieht sich auf die „Arbeitskräfte“ bzw. allgemein auf MitarbeiterInnen in Betrieben. In der Gemeinde braucht es Organisationen, die ihren MitarbeiterInnen die Möglichkeit geben, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in Hinblick auf Health Literacy zu stärken und zu fördern. Personal, das im sozialen oder medizinischen Bereich tätig ist, lernt Tools, die Health Literacy stärken und aufbauen, kennen und anwenden. (Trezona et al., 2017, 7).

Da sich das Rahmenmodell auf Organisationen im Gesundheits- und Sozialektor bezieht, wird vor allem auf die Notwendigkeit von Schulungskonzepten zur Verbesserung der Kommunikation mit DienstleistungsempfängerInnen hingewiesen (z.B.: die „Teach-Me-Back Methode“, „Ask Me Three-Methode“ und die „Show Me-Methode“) (Bach et al., 2017; Pelikan & Dietscher, 2014, 31).

Abbildung 11 - Organisationale Health Literacy Responsiveness nach Trezona et al. (2017)



**Quelle:** Basierend auf Trezona, A., Dodson, S. & Osborne, R. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services. *BMC Health Services Research*, 17(513), 8.

Das Capacity-Building-Konzept und das Rahmenmodell zur Organisationalen Health Literacy Responsiveness beinhalten Dimensionen, die zum Aufbau von Health Literacy in Gemeinden führen. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass es im Settingansatz zur indirekten Förderung von Health Literacy auf individueller Ebene durch Veränderung der Verhältnisebene kommt.

### *5.1.3 Die Rolle der individuellen Health Literacy*

Das Individuum nimmt im Kontext der Gesundheitskompetenz die Rolle des „Active Agents“ ein. Ein Active Agent ist ein aktiv handelndes Individuum. Das Individuum wird durch den Fokus auf seine Gesundheitskompetenz zum Subjekt, es steht im Zentrum, und wird als ganzheitliches Wesen betrachtet (Kofahl & Trojan, 2017, S. 64).

Der Aufbau von individueller Health Literacy ist im kommunalen Setting ein integrierter Bestandteil. Einige Ansätze und Konzepte in der Gesundheitsförderung und Prävention finden sich im Modell der Health Literacy wieder. So etwa das Konzept der Gesundheitsbildung, des Empowerments oder des Selbstmanagements, die die Gesundheitskompetenz der Zielgruppen stärken (Dodson et al., 2015b, S. 2f).

Auf individueller Ebene werden Schulungen, Workshops und Trainings sowie diverse weitere Gruppenangebote zum Aufbau von Gesundheitskompetenz genutzt. Eine Kompetenz, die durch diese vermittelt wird, ist die Meta-Kompetenz „gesundheitsbezogenes Selbstmanagement“. Das Individuum wird dazu befähigt, seine Entwicklung „unabhängig von externen Einflüssen zu gestalten“ (Kofahl & Trojan, 2016, S. 69). Nach Nutbeam wird durch Kompetenztrainings und Gesundheitsbildung die interaktive und funktionale Health Literacy gestärkt.

Im kommunalen Setting werden die BewohnerInnen in die Entwicklung von Programmen und Informationsmaterialien einbezogen. Partizipation stellt auf der Ebene der BewohnerInnen damit eine wichtige Dimension dar. Bei Projekten und Strategien werden sie in allen Phasen involviert und in die Arbeiten eingebunden. Feedback zu den bestehenden Dienstleistungen in Bezug auf die Gesundheitskompetenz (Stärken, Schwächen, Bedürfnisse, Barrieren) wird eingeholt (IOM, 2013, S. 44).

Schlussfolgernd geht es darum, das Individuum und die Zielgruppen in der Gemeinde in allen Phasen – von der Entwicklung bis zur Evaluierung von Angeboten – einzubinden und so zu einem höheren Selbstmanagement zu bewegen.

## 5.2 Dimensionen im kommunalen Setting

Basierend auf den bisherigen Konzepten (Pelikan & Dietscher, 2014; Willis et al., 2014; WHO, 2016) und den zuvor erläuterten Rahmenmodellen (Reis-Klingspiegl, 2009; Trezona et al., 2017) wird ein neues Konzept (s. Tabelle 4) und ein Modell mit den zentralen Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy in einem kommunalen Setting dargestellt.

Keines der bisherigen Konzepte ist spezifisch auf das kommunale Setting und den Aufbau von individueller und organisationsbezogener Health Literacy ausgerichtet. Die Ergebnisse aus der Literaturrecherche zeigen jedoch bereits konkrete Dimensionen für dieses Interventionsfeld auf.

Mit dem Konzept wird ein Handlungsleitfaden für zukünftige Projekte und Programme im Feld geboten. In Anlehnung an das Capacity-Building-Konzept für die Gesunden Gemeinden in der Steiermark fungieren die Dimensionen auch als Monitoringinstrument und stellen eine Planungsgrundlage für Projekte dar (Reis-Klingspiegl, 2009, 178f).

*Tabelle 4 - Konzept mit den Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting*

DIMENSIONEN	SUBDIMENSIONEN
<b>Verankerung von Gesundheitskompetenz in die kommunalen Strukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fördergelder der öffentlichen Hand werden gezielt zum Aufbau von Health Literacy eingesetzt (Projekte/Programme werden gefördert, Anreize für die Entwicklung gesundheitskompetenter Subsysteme werden geschaffen)</li> <li>• Eine „Health Literacy in All Policies“ wird forciert: Ziele und Strategien von politischen Programmen integrieren die Förderung von Health Literacy in der Kommune</li> <li>• Intern und extern wird die Relevanz der Health Literacy von den politischen EntscheidungsträgerInnen kommuniziert</li> <li>• Identifikation der Verantwortlichen mit dem Programm „Gesundheitskompetente Kommune“ wird aktiv gelebt</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Leadership- und Managementkompetenzen werden sichergestellt und gefördert</li></ul>
<b>Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intersektorale Zusammenarbeit und Zusammenschlüsse in Form von Partnerschaften und Netzwerken finden statt</li><li>• Bündelung von Ressourcen und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit werden laufend durchgeführt</li><li>• Partnerschaftliche Entwicklung und Umsetzung von Programmen finden statt</li><li>• Gegenseitige Unterstützung und eine Förderung unter/zwischen Einrichtungen werden praktiziert (Phänomen „Peer-Pressure“ nach Pelikan &amp; Dietscher, 2014, 31)</li></ul>
<b>Partizipation auf allen Ebenen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mitentscheidung von BewohnerInnen und ExpertInnen bei der Entwicklung von Projekten, Programmen und Informationsmaterialien wird praktiziert</li><li>• MultiplikatorInnen aus dem Kreis der ExpertInnen und Laien (z.B. BewohnerInnen) für das Thema Health Literacy werden ausgebildet</li></ul>
<b>Navigationshilfen für ‚alle‘</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle BewohnerInnen werden unterstützt, selbständig zu Dienstleistungen und Angeboten für ihre Gesundheit zu kommen</li><li>• Moderne Technologien werden eingesetzt (z.B. audiovisuelle Aufbereitung von Informationen, Nutzung von Applikationen)</li><li>• LotsInnen stehen zur Verfügung, die bei gesundheitsbezogenen Fragestellungen als ExpertInnen für die Bevölkerung fungieren</li></ul>
<b>Gesundheitskompetente Subsysteme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bildungseinrichtungen werden als Schlüsselinstitutionen verstanden (z.B. Gesundheitskompetenz-Ansatz wird in die Curricula integriert)</li><li>• Kommunikationsschulungen für alle MitarbeiterInnen werden angeboten</li><li>• Gesundheitskompetenz ist als Qualitätsstandard festgelegt</li><li>• Die MitarbeiterInnen fördern durch ihre Kommunikation die individuelle Health Literacy der LeistungsempfängerInnen (z.B. Kinder in Kindergärten, SeniorInnen in</li></ul>

---

---

	Pflegeheimen, KundInnen in Produktions- und Dienstleistungsbetrieben)
<b>Angebote zum Aufbau der individuellen Health Literacy</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Individuen, die in der Kommune leben und arbeiten, werden als aktive Subjekte verstanden</li><li>• Gesundheitsbildung wird in verschiedenen Formen und an verschiedenen Orten in der Kommune betrieben</li><li>• Kompetenzen für eine individuelle Health Literacy werden in Trainings, Seminaren und Workshops gestärkt</li><li>• Selbstmanagementkompetenzen werden als Schlüsselqualifikation gefördert</li></ul>

---

Auf Basis des Konzeptes wurde ein Modell erstellt, das die Dimensionen im kommunalen Setting zum Aufbau von Health Literacy illustriert. Als zentrale Zielgruppe werden die BewohnerInnen und auch die Menschen, die in der Kommune arbeiten und Dienstleistungen in Anspruch nehmen, verstanden.

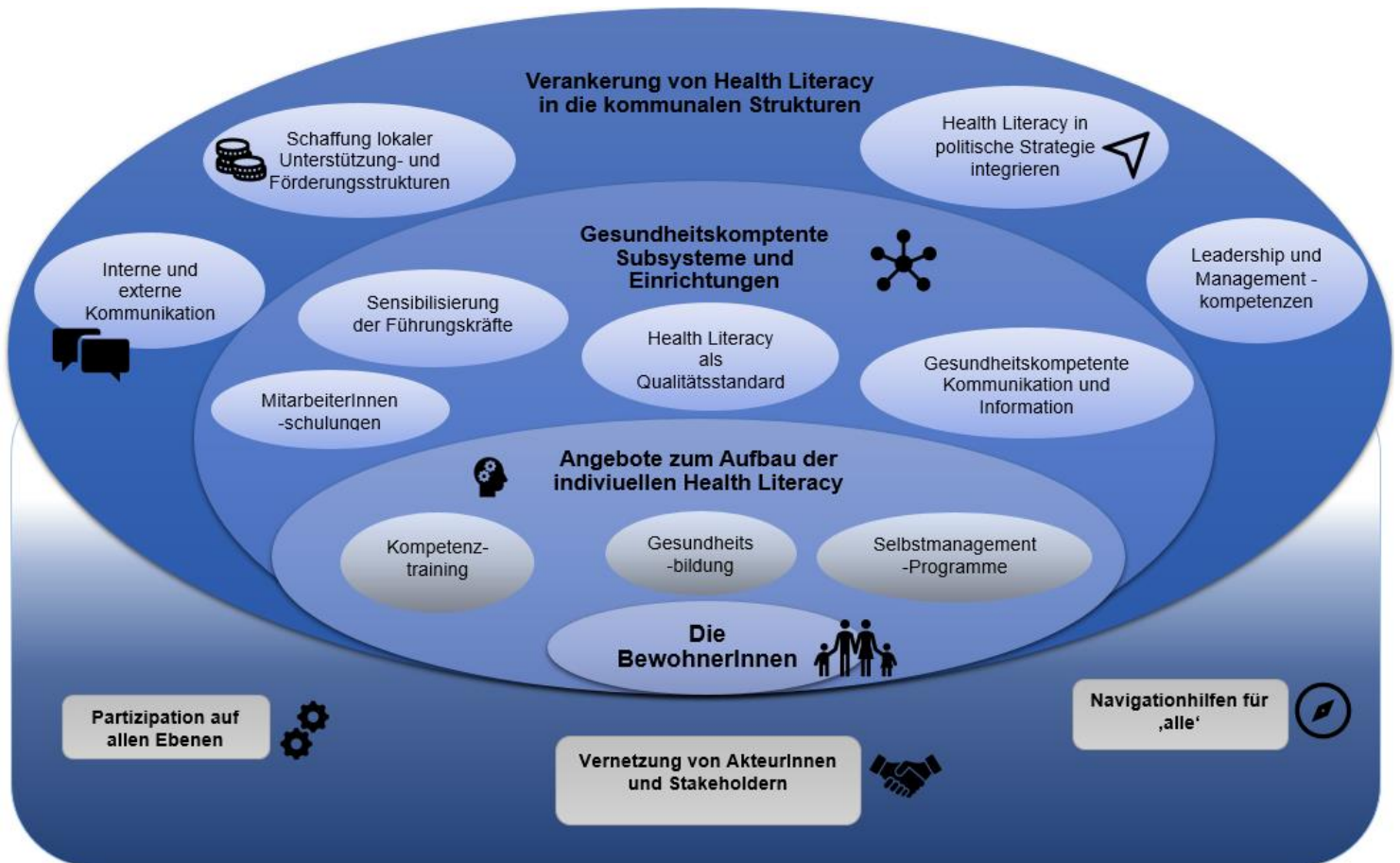
Die erste Ebene im Modell (s. Abbildung 12) bezieht sich auf die Dimension „Angebote zum Aufbau der individuellen Health Literacy“. Programme, Workshops, Schulungen und Trainings werden als direkte Methoden zur Stärkung der individuellen Health Literacy gesehen und stehen im Modell daher als angrenzende Dimension zu den BewohnerInnen.

Weiter wird die Dimension „Gesundheitskompetente Subsysteme und Einrichtungen“ als zentrale determinierende Dimension für die Health Literacy der Kommune als auch für die BewohnerInnen verstanden. Das Modell von Kickbusch & Maag (2009) mit den Subsystemen (s. Abbildung 9), die einen Einfluss auf die Health Literacy nehmen, sind hier heranzuziehen.

Als systembezogene Rahmenbedingungen wird die Dimension „Verankerung von Gesundheitskompetenz in die kommunalen Strukturen“ verstanden. Diese umfassen verwaltungsbezogene, politische und allgemeine Rahmenbedingungen im öffentlichen Bereich der Kommune.

Die Dimensionen „Navigationshilfen für ‚alle‘“, „Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern“ sowie die „Partizipation auf allen Ebenen“ werden als ebenenübergreifende Dimensionen verstanden und bilden die Grundelemente im Aufbau einer gesundheitskompetenten Kommune (s. Abbildung 12). Die zu beachtenden AkteurInnen in diesem Kontext orientieren sich am Kapitel 4.3.1 dieser Arbeit.

Abbildung 12 - Modell zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting



An dem Modell ist jedoch zu kritisieren, dass den Dimensionen aus der Literaturrecherche noch keine empirisch überprüften Methoden zugeordnet werden. Daher werden im nachstehenden Kapitel Good-Practice Projekte in Hinblick auf die Umsetzung der Dimensionen untersucht.



## **6 Good-Practice Projekte zum Aufbau von Health Literacy in Kommunen**

In den nachstehenden Kapiteln werden Projekte und in diesen integrierte Strategien zur Health Literacy im kommunalen Setting anhand der Dimensionen aus dem Kapitel 5.2 erforscht. Projekte aus dem englisch- und deutschsprachigen Raum werden durchleuchtet.

### **6.1 Englischsprachiger Raum**

#### *6.1.1 Projekt „OPTimising HEalth LIterAcY“ in Australien*

OPHELIA steht für die Abkürzung „OPTimising HEalth LIterAcY“ und steht für das Netzwerk, das auf kommunaler Ebene im Bundesstaat Victoria (Australien) zum Aufbau von organisationaler und individueller Health Literacy arbeitet. Die einzelnen Projekte forcieren insbesondere lokale Strukturen und Ressourcen, die für das Vorhaben einer gesundheitskompetenten Gemeinschaft genutzt bzw. weiterentwickelt werden.

Aus dem Projekt hat sich der OPHELIA-Ansatz entwickelt. Zwei wissenschaftliche Publikationen bestehen derzeit über dieses Projekt und werden in den folgenden Absätzen behandelt. In der Studie von Batterham et al. (2014) wird der gesamte Entwicklungsprozess der Intervention dargestellt. Beauchamp et al. (2017) erläutert die Evaluation der Pilottestung des Programmes.

Das Projekt basiert auf der Dimension der Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern. Ein Netzwerk aus zwei Universitäten, acht Organisationen und der Regierung im Bundesstaat Victoria wurde geschaffen. Das gemeinsame Ziel ist, die Health Literacy der Bevölkerung und der Organisationen zu verbessern (Batterham et al., 2014, 1, Beauchamp et al., 2017, 1). An diesem Beispiel wird sichtbar, wie die Dimension „Verankerung von Health Literacy in die kommunalen Strukturen“ und die Dimension „Gesundheitskompetente Subsysteme“ in der Dimension „Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern“ verbunden werden.

Die Dimension „Partizipation auf allen Ebenen“ wird in Anlehnung an Batterham et al. (2014, 5) bereits in der Entwicklungsphase umgesetzt und ist auch in den anderen Phasen zentral. Einerseits wird die Partizipation von BewohnerInnen, andererseits die Partizipation von Stakeholdern und ExpertInnen forciert. In den nachstehenden Absätzen wird auf die Umsetzung der Dimension „Partizipation auf allen Ebenen“ genauer eingegangen.

Zum Beginn des Projektes in der Kommune wird die Bevölkerung auf ihre individuelle Health Literacy mittels des HLQ-Fragebogens getestet (Phase Needs Assessment). Die organisationale Health Literacy hingegen wird durch halb-strukturierte Interviews mit Stakeholdern und anderen MitarbeiterInnen in Organisationen erhoben (Batterham et al., 2014, 4).

In Workshops mit ExpertInnen und der Bevölkerung werden weiter die Determinanten sowie Veränderungs- und Verbesserungspotentiale identifiziert (Batterham et al., 2014, 4). Die partizipative Ausrichtung wird zudem an der zielgruppenspezifischen und bedürfnisorientierten Umsetzung der Interventionen sichtbar und auch messbar gemacht.

Beispielsweise werden die Ergebnisse der HLQ-Umfrage in einem Workshop Fachkräften und ManagerInnen aus dem öffentlichen Bereich vorgestellt. Auf Basis dieser Daten diskutieren ExpertInnen über Interventionen, Strategien und Potentiale für die Verbesserung von Health Literacy verschiedener Gruppen in der Gemeinschaft. Lokale Stakeholder treffen die Entscheidungen für die Programme (Batterham et al., 2014, 4).

Auch in die Evaluation werden die teilnehmenden Organisationen eingebunden. Die durchführenden Organisationen sind dazu angehalten, mittels HLQ die Effekte der Interventionen zu evaluieren. Eine Webseite ist für sie eingerichtet, um auf die nötigen Informationen für die Durchführung der Evaluation Zugang zu haben (Batterham et al., 2014, 7). Fokusgruppen mit den durchführenden ExpertInnen der Interventionen und Case Studies von KlientInnen bilden eine weitere Methodik zur Evaluation der Interventionen (Beauchamp et al, 2017, 6).

Die Dimension „Gesundheitskompetente Subsysteme und Einrichtungen“ fokussiert sich im OPHELIA-Ansatz auf Gesundheitseinrichtungen. Medizinische Fachkräfte nehmen an einem Training teil, durch das sie die Qualifikation erwerben, ihre KlientInnen zu befähigen die Gesundheitsprobleme selbstständig zu managen (Beauchamp, 2017, 6). Methoden wie die Teach-Me-Back Methode, der Umgang mit Checklisten und Navigationsplänen werden vermittelt und gesundheitsbildende Seminare zu Gesundheitsproblemen von KlientInnen werden durchgeführt (Beauchamp, 2017, 7).

Im Feld der „Community Empowerment“ werden Freiwillige in der Gemeinde zu GesundheitsmentorInnen ausgebildet (Beauchamp, 2017, 7). Sie helfen Mitgliedern der Gemeinde im Umgang mit Gesundheitsthemen und -dienstleistungen. Sie stellen eine gemeinschaftliche und persönliche Navigationshilfe in den Gemeinden dar.

Die Dimension der „Navigationshilfen für ‚alle‘“ wird zudem mithilfe von Wegempfehlungen bei spezifischen Gesundheitsproblemen oder Anliegen in die Praxis umgesetzt. Als Institution ist zu diesem Zweck ein Primary-Health-Care-Service eingerichtet, welches als Koordinations- und Informationsstelle in der Kommune fungiert (Beauchamp, 2017, 7).

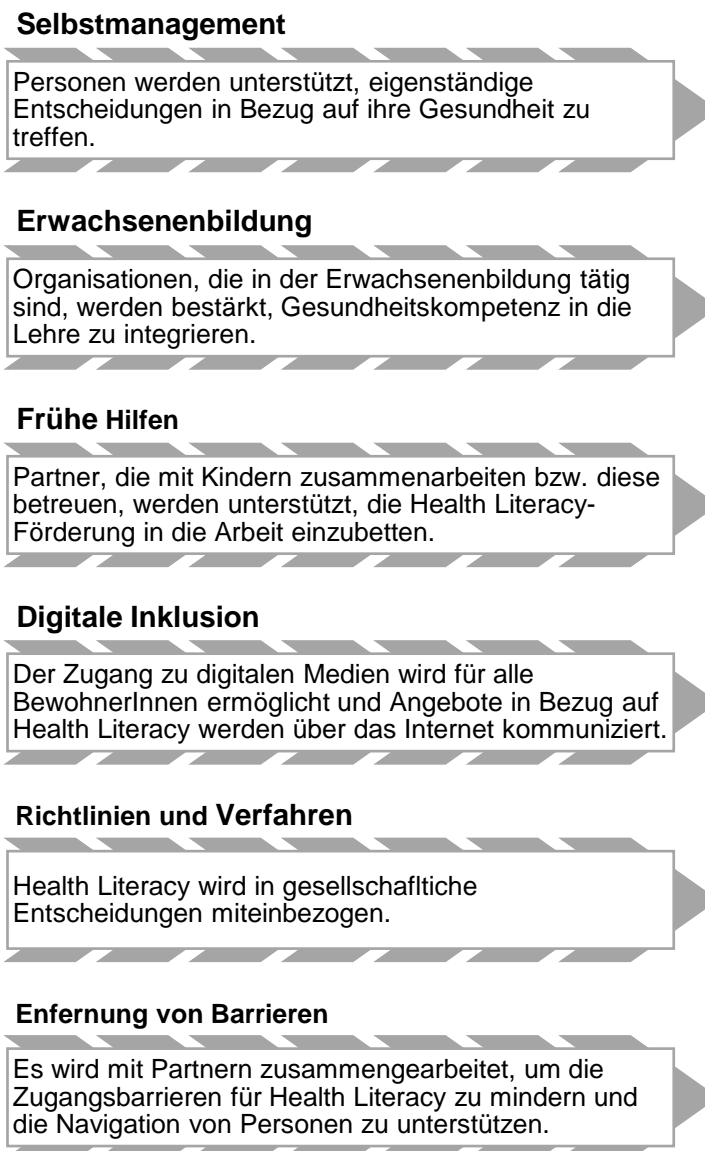
Die individuelle Health Literacy von KlientInnen wird durch verschiedene Workshops und Programme verbessert. Der Großteil der Interventionen auf individueller Ebene hat die Zielgruppe Menschen mit chronischen Erkrankungen (Beauchamp, 2017, 7). Die Workshops bestehen aus theoretischem Input (z.B.: Gesundheitsbildung, Informationen zu den Erkrankungen) und praktischen Übungen (z.B. aktive Kommunikation mit medizinischen Fachkräften, Rollenspiele).

### *6.1.2 Die „Health Literacy-City Stoke-on-Trent“*

Das „Healthy Cities Network“ der WHO hat in Stoke-on-Trent, eine Stadt in Großbritannien, das Programm „Health Literacy Partnership“ umgesetzt. Verschiedene Organisationen und deren AkteurInnen sowie die Bevölkerung arbeiten gemeinsam für eine gesundheitskompetente Kommune.

Die Policy stellt das formale Schlüsselwerk des Programmes dar und ist ein Instrument in der Dimension „Verankerung von Health Literacy in kommunale Strukturen“. Das Ziel ist es, eine gesundheitskompetente Stadt zu werden (Protheroe, 2016). Die Strategie wird dabei als zentraler Leitfaden für die Partnerschaft gesehen und zugleich als Grundsatzpapier für das Programm. In der folgenden Abbildung 13 ist die Strategie illustriert.

Abbildung 13 - Strategie für das Programm "Health Literate Partnership"

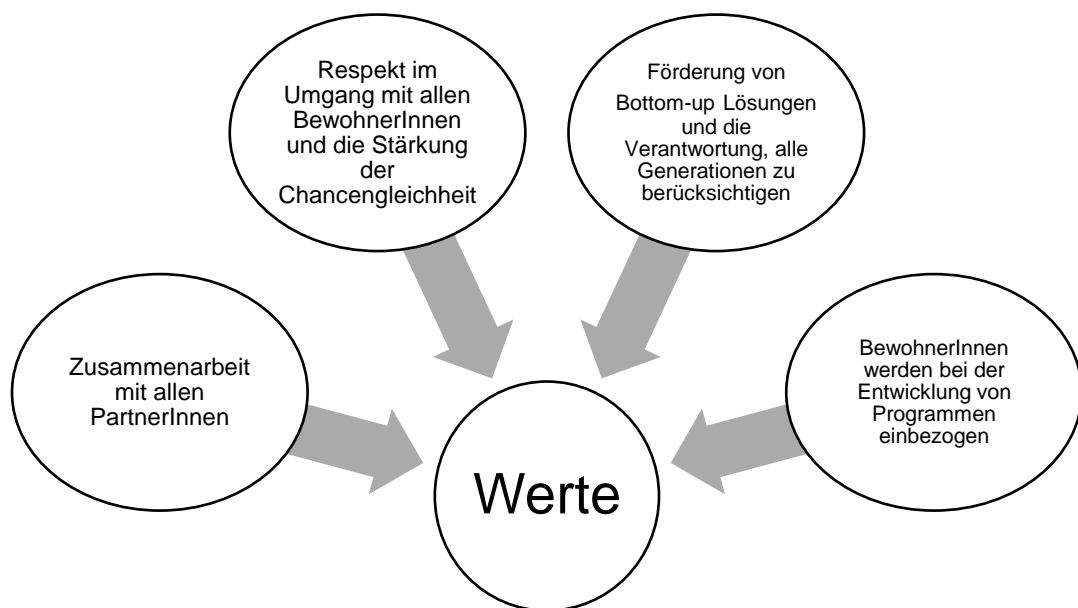


**Quelle:** Basierend auf Protheroe, J. (2016). *Health literacy: a public health priority - Stoke-on-Trent*. PowerPoint presentation Keele University. Download am 22. März 2018, von <https://www.slideshare.net/secret/4tdlgwSIGssbG3>

Die Strategien werden in Zusammenarbeit mit PartnerInnen erarbeitet und sind Teil des Rahmenkonzeptes. Die gemeinsame Strategie sichert ein zielgerichtetes Handeln aller Beteiligten des „Health Literacy Partnerships“ (Kurth, o.J.). Aus der Strategie geht außerdem klar hervor, welche Subsysteme zum Aufbau von Health Literacy als zentral erachtet werden: Die Frühen Hilfen und die Weiterbildungseinrichtungen.

Als weiteres Element der Strategie werden in der Abbildung 14 die Werte veranschaulicht. Durch gemeinsame Werte wird die Identifikation mit dem Projekt aller Beteiligten gestärkt. Die zentrale Bedeutung der Dimension „Partizipation auf allen Ebenen“ geht aus den Werten klar hervor.

Abbildung 14 - Werte der Strategie "Health Literate Partnership"



**Quelle:** Basierend auf Kurth, J. (o.J.). *A city approach to health literacy– Stoke-on-Trent's journey.* Prezi. Download am 22. März 2018, von <https://www.belfasthealthycities.com/sites/default/files/Judy%20Kurth.pdf>

Die Dimension „Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern“ wird durch einen Zusammenschluss von Institutionen im kommunalen Setting verwirklicht. Die Gemeinde (Verwaltung, Politik), Betreuungs- und Ausbildungsstätten (Kinderbetreuung, Schulen, Erwachsenenbildungseinrichtungen), Freiwilligenorganisationen, Gemeinschaftsorganisationen und Institutionen im Gesundheitswesen (Krankenhäuser und

Primary Care) haben sich zusammengeschlossen (Kurth, o.J.; Estacio et al., 2017, 3f).

In diesem Zusammenhang werden die Leadership- und Management-Kompetenzen genannt. Starke und klare Führungsqualitäten sind insbesondere in der Anfangsphase gefragt, damit genügend Stakeholder aktiv an den Projektphasen teilnehmen. Während der gesamten Laufzeit braucht es außerdem eine Person mit den nötigen Projektmanagementqualifikationen (Estacio et al. 2017, 5).

In der nachstehenden Tabelle 5 sind die Initiativen zu der dazugehörigen Institution angeführt.

Tabelle 5 - Interventionen im Programm "Health Literate Partnership"

Initiative und Zielgruppe	Inhalt
<p><b>„Stoke Speaks Out“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevölkerung im frühen Kindesalter und deren Betreuungspersonen</li> </ul>	<p>Durch die Zusammenarbeit mit Tagesmüttern, Schulzentren, Kindergärten, Krankenschwestern und Eltern werden einerseits das Personal und andererseits die zu betreuenden Kinder erreicht</p> <p>Fachkräften wird gelehrt, mit welchen Kommunikationsstrategien die Förderung von Health Literacy in Gesprächen erreicht wird. Dies erfolgt durch spielerische Rollenspiele und einem multisensorischen Ansatz.</p> <p><u>Beispiel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisvokabular im Kontext Gesundheit wird den Kindern von Betreuungspersonen vermittelt</li> <li>• 4 Health Literacy-Story-Boxes wurden entwickelt (kundenspezifische Gesundheitsinformation):             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "Zum Zahnarzt gehen"</li> <li>2. "Das Krankenhaus besuchen"</li> <li>3. "Zum Arzt gehen"</li> <li>4. „Gesundes Essen“</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Open Network and School Sports Partnership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder in der Volksschule und in</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Health Literacy-Konzept wird in den Schulalltag integriert</li> <li>• Peers (MitschülerInnen) ermutigen ihre KollegInnen, physisch aktiver zu sein</li> </ul>

weiterführenden Schulen	
<b>Haywood Community Hospital</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulante PatientInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Es ist okay zu fragen“-Initiative</li> <li>Ermutigung von PatientInnen, mit medizinischem Fachpersonal in Interaktion zu treten</li> </ul> <p><u>Beispiel 3 Fragen-Kampagne:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Was ist mein Hauptproblem?</li> <li>Was muss ich tun?</li> <li>Warum ist es wichtig, das zu tun?</li> </ol>
<b>The Cultural Sisters</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vulnerable Bevölkerungsgruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Health Literacy-Konzept wird in künstlerische Workshops eingebunden</li> <li>Im kreativen Prozess wird über Wohlbefinden und Gesundheitsthemen geforscht und gelernt</li> </ul>
<b>Community Health and Learning Foundation &amp; Quality Improvement Framework</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verschiedene Berufsgruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Training für verschiedene Berufsgruppen, um Health Literacy besser zu verstehen und die Gesundheitskompetenz in den Berufsalltag einzubetten, werden durchgeführt</li> <li>Health Literacy-Videos werden als gesundheitsbildende Methodik eingesetzt</li> </ul>

**Quelle:** Basierend auf Estacio, E. V., Oliver, M., Downing, B., Kurth, J. & Protheroe, J. (2017). Effective partnership in community-based health promotion: lessons from the health literacy partnership. doi:10.3390/ijerph14121550. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 3.

Aus dem Projekt geht hervor, mit welchen Initiativen die individuelle Health Literacy der BewohnerInnen gefördert werden und wie die Dimensionen ineinandergreifen. Die Partnerschaft zwischen den Organisationen in der Kommune steht dabei im Zentrum.

## 6.2 Deutschsprachiger Raum

In diesem Kapitel werden Projekte aus der Schweiz, Deutschland und Österreich behandelt und in Hinblick auf die Dimensionen untersucht.

### 6.2.1 Schweiz

Über die Praxisdatenbank Quint-essenz wurde ein Angebot und ein Projekt im Bereich der Health Literacy im kommunalen Setting erzielt.

Das Netzwerk *dialog-gesundheit Forum* hat sich auf das Setting Gemeinde fokussiert. Das Angebot „Gesundheit Lebenslanges Lernen“ basiert auf dem Grundsatz „Gemeinsam lehren und lernen“ und „Gesundheit ist lebenslanges Lernen!“. Seine Angebote binden Hausärzte, BewohnerInnen, Schulen und Netzwerke mit ein und sehen die Gesundheitsbildung als Weg zu einer besseren Health Literacy (Schweizer Gesundheitsförderung, o.J.a).

Durch die Angebote werden Kommunikations-, Selbst- und Gesundheitskompetenz gefördert (Schweizer Gesundheitsförderung, o.J.a). Aus den veröffentlichten Publikationen zu den Netzwerk-Aktivitäten geht jedoch nicht hervor, durch welche Methoden diese Kompetenzen konkret vermittelt werden (Schweizer Gesundheitsförderung, o.J.a).

Da es wenig veröffentlichte Literatur zum Projekt gibt, sind die Dimensionen aus den nur begrenzt zu identifizieren. Einzig die Zusammenarbeit der verschiedenen AkteurInnen, die durch das Netzwerk erfolgt, ist der Dimension „Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern“ zuzuordnen. Die Workshops zur Steigerung/Förderung der Kommunikations- sowie Selbstkompetenz ist als Methode zur Förderung der individuellen Health Literacy zu verstehen.

Im Fokus steht die Förderung der Gesundheitskompetenz durch den Austausch zwischen Bevölkerung (non health professionals) und Hausärzten (und anderen health professionals) zu selbstgewählten gesundheitsbezogenen Themen. Der Ansatz der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn wird zu diesem Zweck eingesetzt (Schweizer Gesundheitsförderung, o.J.a).



Im Rahmen des *dialog-gesundheit Forums* wurde außerdem ein Ratgeber zur Steigerung von Gesundheitskompetenz entwickelt. In der Praxisdatenbank (Schweizer Gesundheitsförderung, o.J.b) wird dieser auch als Leitfaden bezeichnet. Der Name lautet „*WIE? SO! Alltagsbuch für ein besseres Leben*“: Gemeinsam mit ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen (z.B. HausärztInnen, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Versicherungen) wurde ein Ratgeber erarbeitet, der Menschen unterstützt, in Bezug auf verschiedene Lebensthemen eigenständig und aktiv Entscheidungen zu treffen. Das Ziel ist es, die „Alltagskompetenzen und die Selbstmanagementkompetenzen zu fördern“ (Schweizer Gesundheitsförderung, o.J.b).

Die Recherche in der herangezogenen Publikation der Akademie der Wissenschaften Schweiz (2015) nach Projekten im kommunalen Setting ergab keine Ergebnisse. Auch die Publikationen der Allianz Gesundheitskompetenz Schweiz (2011; 2016) listen zahlreiche Projekte für Zielgruppen wie Mütter und Jugendliche und im Setting Betrieb auf, jedoch keine Projekte im Setting Kommune.

### 6.2.2 Deutschland

In der Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit sind zwei Good-Practice Projekte unter der Rubrik Gesundheitskompetenz/Health Literacy im kommunalen Setting identifiziert worden: „Gesundheit für Billstedt/Horn“ und „Gesundheitstreffpunkt West“ im Bremer West.

#### **Gesundheit für Billstedt/Horn**

Das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ stellt ein patientenorientiertes und sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk dar, das die Gesundheit in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn verbessert. Für diese Arbeit werden die vertiefend zwei Projekte, die im Rahmen des Netzwerkes realisiert wurden, behandelt. Eine Praxis-Kampagne wurde durchgeführt und ein Gesundheitskiosk eingerichtet.

Im Projekt wird die Dimension „Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern“ durch die intersektorale Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, GesundheitsexpertInnen,

Krankenkassen und anderen Sozial- und Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Seniorenzentren, Tagesmütter, Weiterbildungseinrichtungen etc.) realisiert. Koordiniert und aufgebaut wird das Netzwerk durch die Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn UG (Stadtmüller et al., 2018).

Die Praxis-Kampagne „3 Fragen für Ihre Gesundheit“ basiert auf einem Konzept der Patientenaktivierung. Mit der Kampagne werden die Menschen, die eine ärztliche Dienstleistung in Anspruch nehmen, bereits im Vorfeld bestärkt, im Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin aktiv mitzuwirken.

Infofolder und Plakate (s. Abbildung 15) liegen in Arztpraxen, Sozialzentren und auf öffentlichen Plätzen auf. MitarbeiterInnen in den Arztpraxen sind auf die folgenden Fragen vorbereitet und für die Thematik sensibilisiert: 1. Was ist mein gesundheitliches Problem?, 2. Was soll ich nun tun?, 3. Warum ist das wichtig für mich? (Stadtmüller et al., 2018).

Abbildung 15 - Gesundheitskampagne "3 Fragen für Ihre Gesundheit"



**Quelle:** Gesundheit für Billstedt und Horn UG. (o.J.b). *Gesundheitskompetenz*. Download am 29. März 2018, von <http://experten.gesundheit-bh.de/gesundheitskompetenz/>

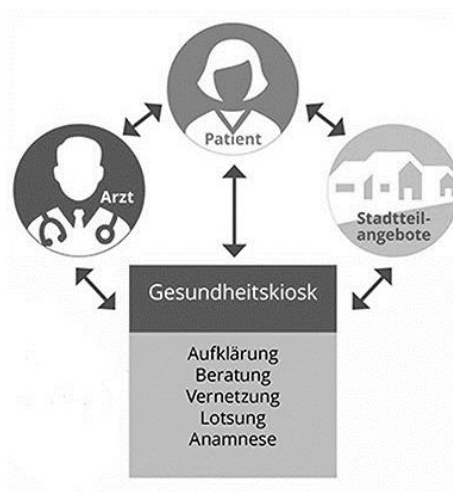
Ergänzend und verstärkend zur Informationskampagne wird medizinisches Fachpersonal für strukturierte „Zielvereinbarungsgespräche“ geschult. Diese Angebot zählt zur Dimension „Gesundheitskompetente Subsysteme und Einrichtungen“, da MitarbeiterInnen bzw. Fachkräfte in ihrer Kommunikation geschult werden (Stadtmüller et al., 2018).

Die Dimension „Angebote zum Aufbau von individueller Health Literacy“ durch Elternkonferenzen in Kindergärten und Schulen umgesetzt. KinderärztInnen leiten die Konferenzen und unterstützen Eltern im richtigen Umgang bei häufig auftretenden Erkrankungen ihrer Kinder (Stadtmüller et al., 2018).

Der Gesundheitskiosk stellt ein weiteres Rahmenprojekt des Gesundheitsnetzwerkes Billstedt/Horn dar. Das Netzwerk mit seinen PartnerInnen führt einen Gesundheitskiosk. Er stellt eine soziale und organisationale Vernetzungsstelle zwischen BewohnerInnen, ÄrztInnen und sozialen Gemeinschaftseinrichtungen in den Stadtteilen dar.

Beratungen, Lotsungen durch das Gesundheitssystem, Medikamentenregistrierung, Gesundheitskurse und Vorträge sowie Case-Management und Risikofaktorenmanagement werden im Rahmen des Gesundheitskiosks angeboten (s. Abbildung 16).

Abbildung 16 - Konzept des Gesundheitskiosks



**Quelle:** Gesundheit für Billstedt und Horn UG. (o.J.a). *Gesundheitskiosk*. Download am 29. März 2018, von <http://experten.gesundheit-bh.de/gesundheitskiosk/>

In den zwei Projekten werden als gesundheitskompetente Subsysteme insbesondere Gesundheitsdienstleistungen und Betreuungsdienstleistungen verstanden. MitarbeiterInnenschulungen für eine Health Literacy werden als Voraussetzung für die Anstellung im Gesundheitskiosk verstanden. Zusätzlich ist für die Beschäftigung eine Hospitation in den Sozialeinrichtungen, verschiedenen Verbänden und bei niedergelassenen ÄrztInnen verpflichtend (Stadtmüller et al., 2018). Dieses Vorgehen dient als Qualitätssicherungsmaßnahme und ist auch als allgemeine Richtlinie zu verstehen.

Auch das Angebot einer Life-Time-App eröffnet den BewohnerInnen die Möglichkeit, niederschwellig und leicht zugänglich in Kontakt mit medizinischem Fachpersonal zu treten. ExpertInnen werden in Echtzeit mit dieser App kontaktiert und um Rat gefragt (Gesundheit für Billstedt und Horn UG, o.J.). Diese Einrichtung wird als Methodik für die Dimension „Navigationshilfen für ‚alle‘“ verstanden.

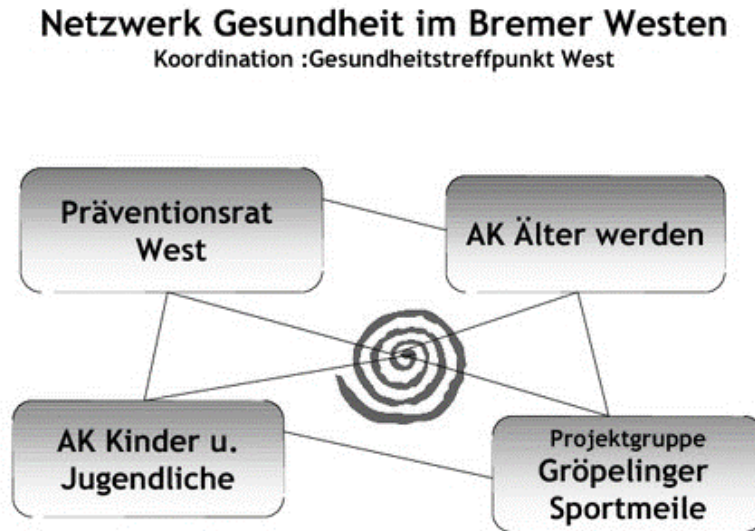
### **Gesundheitstreffpunkt West**

Der „Gesundheitstreffpunkt West“ basiert auf einem ganzheitlichen integrierten Handlungskonzept. Das Projekt läuft bereits seit 1985 im Stadtbezirk Bremen West. Aus dem Projekt geht das „Netzwerk Gesundheit im Bremer Westen“ hervor.

Das Netzwerk besteht aus Arbeits- und Projektgruppen, die zu verschiedenen Themenfeldern Programme zur Gesundheitsförderung verschiedener BewohnerInnengruppen entwickeln und umsetzen. Die einzelnen Arbeitsgruppen, Räte und Projektgruppen gehen aus der Abbildung 17 hervor. Der Gesundheitstreffpunkt bildet ein Organ im Netzwerk, das die Zusammenarbeit der unabhängigen PartnerInnen koordiniert (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2009, S. 5).

Die MitarbeiterInnen des Gesundheitstreffpunkts stellen neben ihren organisatorischen Arbeiten sicher, dass die Informationen und Ergebnisse im Rahmen von Informationsveranstaltungen und -folder zu den BewohnerInnen gelangen und sind so ein Bindeglied zu ihnen.

Abbildung 17 - Netzwerk Gesundheit im Bremer Westen



**Quelle:** Gesundheitstreffpunkt West. *Netzwerk Gesundheit*. Download am 10. Mai 2018, von <http://www.gtp-west.de/netzwerk-gesundheit.html>

Im Netzwerk sind unabhängige PartnerInnen vertreten. Das sind VertreterInnen verschiedener Personen- und Interessensgruppen sowie gesundheitliche, soziale und kulturelle Einrichtungen (Soziales, Gesundheit/Sport, Kultur und Kirche, Politik und Bildung, einzelne BürgerInnen) im Stadtteil Bremer Westen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2009, S. 5). Durch dieses Vorgehen wird die Dimension „Partizipation auf allen Ebenen“ sichtbar.

Als Initiative zum Aufbau individueller Health Literacy ist insbesondere das Projekt „Gröpelinger Elternschule“ zu nennen. Personen, insbesondere Frauen mit Defiziten im Bereich von Gesundheit, haben die Möglichkeit eine sogenannte „Hauswirtschaftliche Grundqualifizierung“ zu erwerben. Um die Qualifizierung zu erwerben, werden Module absolviert. Beispielsweise gibt es ein Erziehungsmodul. Gesundheitsbildung wird betrieben, indem über gesunde Ernährungsweisen aufgeklärt wird. Eine gesunde Haushaltsführung wird durch gemeinsames Einkaufen und Kochen geschult (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2009, S. 3). Heute läuft die Initiative als „Gröpelinger Elternschule“ im Stadtteil Gröpelingen weiter (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2009, S. 4).

Einzelberatungen, Gruppenangebote und Gesundheitstage für Personengruppen zu verschiedenen Themenfeldern (z.B. Älter werden im Bremer Westen) zielen auf die Stärkung der individuellen Health Literacy ab (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2009, S. 6).

### 6.2.3 Österreich

Aus der Recherche in der Projektdatenbank Fonds Gesundes Österreich und auf der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz geht hervor, dass es zum jetzigen Zeitpunkt keine expliziten Good-Practice Projekte im kommunalen Setting zum Aufbau von Health Literacy in Österreich gibt.

So ist beispielsweise das Projekt „Gesundheitskompetenz in der professionellen außerschulischen Jugendarbeit in Österreich“ als Good-Practice Projekt zu beurteilen, orientiert sich jedoch nicht am kommunalen Settingansatz (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, 2016). In der Praxis bietet es wichtige Ansatzpunkte für Projekte im kommunalen Setting zum Aufbau einer intersektoralen Gesundheitskompetenz. Die Jugendarbeit stellt zudem Subsystem in einer Kommune dar.

Schlussfolgernd sind insbesondere das Projekt OPHELIA und das Projekt in Stoke-on-Trent (Health Literacy Partnership) sehr umfassend publiziert worden. Im deutschsprachigen Raum besteht durchaus noch der Bedarf einer systematischen und wissenschaftlichen Begleitung von Projekten zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting.

Abschließend werden die Dimensionen aus dem Kapitel 5.2 noch einmal aufgegriffen und die einzelnen Interventionen der Good-Practice Projekte den Dimensionen zugeordnet (s. Tabelle 6).

Tabelle 6 - Interventionen der Good-Practice Projekte und die Dimensionen

DIMENSIONEN	INTERVENTIONEN
<b>Verankerung von Health Literacy in die kommunalen Strukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategie mit Werten, Zielen, Visionen und eine Mission werden entwickelt und dienen als Grundsatzpapier</li> <li>• Politische EntscheidungsträgerInnen/Organe sind Teil von Netzwerken und Partnerschaften</li> <li>• Die Managementkompetenzen zur Durchführung von Projekten werden durch externe Instituten mit dem nötigen Know-how sichergestellt</li> </ul>
<b>Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formen der Vernetzung sind: Health Literacy Partnerschaften, Gesundheitsnetzwerke</li> <li>• Gemeinsame Veranstaltungen und die Koordination von Programmen werden durchgeführt</li> <li>• Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit wird durchgeführt</li> <li>• Partnerschaftliche Entwicklung und Umsetzung von Programmen wird praktiziert</li> <li>• Arbeits- und Projektgruppen oder Räte zu verschiedenen kleineren Projekten in der Kommune sind aktiv</li> <li>• Als Organ des Netzwerkes wird eine Managementstelle errichtet, die die verschiedenen Mitglieder koordiniert</li> <li>• Beauftragte aus dem Netzwerk fungieren als Sprachrohr zwischen verschiedenen Gruppen in der Kommune</li> </ul>
<b>Partizipation auf allen Ebenen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BewohnerInnen und ExpertInnen werden in die Entwicklung von Programmen einbezogen und treffen Entscheidungen</li> <li>• Workshops und Interviews mit ExpertInnen und BewohnerInnen werden zur Feststellung der Health Literacy in der Bevölkerung und der Kommune und ihren Systemen herangezogen</li> <li>• GesundheitsmentorInnen und-multiplikatorInnen werden ausgebildet</li> <li>• Die Programme sind bedürfnisorientiert und zielgruppenspezifisch</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peer-to-peer Interventionen in Schulen werden durchgeführt</li></ul>
<b>Navigationshilfen für „alle“</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• GesundheitsmentorInnen in der Kommune, die bei gesundheitsbezogenen Fragestellungen zur Verfügung stehen, werden ausgebildet</li><li>• Gesundheitschecklisten für spezifische Krankheiten, die das Selbstmanagement stärken, werden entwickelt</li><li>• Wegweiser und Koordinationsstellen werden errichtet (Primary-Health-Care-Center, Gesundheitskiosk)</li><li>• Ratgeber für gesundheitsförderliche(s) Verhalten und Entscheidungen im Alltag sind für alle zugänglich und verständlich</li><li>• Themenzentrierte Aufklärungs- und Informationskampagnen werden initiiert</li></ul>
<b>Gesundheitskompetente Einrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kommunikationsschulungen für alle MitarbeiterInnen</li><li>• Öffentliche „Gesundheitsschulen“ werden errichtet (z.B. Absolvierung eines „Hauswirtschaftlichen Gesundheitsmoduls“)</li><li>• Training für MitarbeiterInnen, um LeistungsempfängerInnen in ihrer Selbstmanagementkompetenz zu unterstützen</li><li>• Vermittlung von Instrumenten an MitarbeiterInnen (Teach-Me-Back Methode, Rollenspiele, multisensorischer Ansatz, Zielvereinbarungstechnik)</li><li>• Betreuungseinrichtungen- und Ausbildungsstätten integrieren das Health Literacy-Konzept in ihren Alltag</li></ul>
<b>Angebote zur individuellen Health Literacy</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Konferenzen: Zusammentreffen von ExpertInnen und BewohnerInnen</li><li>• Einzelberatungen zu Gesundheitsthemen werden angeboten</li><li>• Peer-to-peer Interventionen in Schulen werden durchgeführt</li><li>• Module in Elternschulen werden absolviert</li><li>• Workshops zum Selbstmanagement für Menschen mit chronischen Erkrankungen werden angeboten</li></ul>

---



## 7 Fazit und Ausblick

In den folgenden Unterkapiteln werden die einzelnen Teile der Arbeit verknüpft und diskutiert.

### 7.1 Verknüpfung

Health Literacy wird im kommunalen Setting auf zwei Ebenen betrachtet: Die individuelle Health Literacy, die mit der Definition von Sørensen et al. (2012) einen dynamischen Entwicklungsprozess darstellt und die organisationale Health Literacy.

Im kommunalen Setting beeinflussen sich beide Ebenen gegenseitig und werden zum Aufbau von Health Literacy in das System der Kommune integriert und eingebettet. Wissenschaftlich überprüfte und rein für das kommunale Setting entwickelte Modelle oder Konzepte zur Health Literacy gibt es nach aktueller Forschung nicht.

Das Modell von Paasche-Orlow & Wolf (2007) weist bereits ein integriertes Rahmenmodell auf, das auf die zentralen Ebenen der Kommune (Individuen, Zwischenbeziehungsebene, Subsysteme) übertragbar ist. Jeder dargestellte Bereich im Modell (s. Abbildung 5) wird aus der individuellen und der organisationalen Perspektive betrachtet.

Das Modell wurde bereits in dem Projekt „Health Literacy Partnership“ in Stoke-on-Trent angewandt. Es beschränkt sich jedoch auf den kranken Menschen und den Gesundheitseinrichtungen als Subsysteme. In Hinblick auf eine ganzheitliche Betrachtung der Subsysteme bzw. Subsettings (Bildungseinrichtungen, Betreuungseinrichtungen, Lebensmittelsektor) besteht noch Bedarf an einer Weiterentwicklung, um das kommunale Setting ganzheitlich abzubilden. Dies versucht das entwickelte Konzept und das Modell (s. Kapitel 5.2) in dieser Arbeit.

Mithilfe der Module und Standards von Pelikan & Dietscher (2016), die das „Wiener Konzept der gesundheitskompetenten Krankenhäuser“ entwickelt haben, sind die zentralen Elemente zum Aufbau von Health Literacy erforscht worden. Obwohl sich das Konzept auf Gesundheitseinrichtungen fokussiert, sind die Module auch auf

andere Subsysteme in der Gemeinde anwendbar. Für die Arbeit sind einzig die Module aus dem Konzept herangezogen worden, nicht aber die detaillierteren Ausführungen, da sich diese spezifiziert auf das Krankenhaussetting beziehen.

Die behandelten Rahmenmodelle aus Kapitel 4.3.1 stellen somit einen allgemeinen Überblick über wichtige Elemente zum Aufbau von Health Literacy dar, sind jedoch noch nicht empirisch überprüft. Sie zeigen wichtige AkteurInnen und Stakeholder, sowie Handlungsansätze auf.

Das Capacity-Building-Konzept und das Organisationale Health Literacy Responsiveness Modell sind zur Identifikation der Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy herangezogen worden. Beide Konzepte integrieren die Verhaltensebene und Verhältnisebene zum Aufbau von Health Literacy. Die Dimensionen in diesem Kontext stellen Handlungsstrategien, Handlungsfelder und im weiteren Sinn Qualitätsstandards zur Durchführung von Projekten dar.

Das Capacity-Building-Konzept ist bereits zum Aufbau der Gesunden Gemeinden in der Steiermark herangezogen und empirisch überprüft worden. Die bestehenden Capacity-Building-Konzepte fokussieren jedoch die Gesundheit im Allgemeinen und nicht die Gesundheitskompetenz im Speziellen. Einzig die Publikation von Willis et al. (2014) arbeitet mit dem Capacity-Building-Ansatz im Kontext von Health Literacy.

Das Health Literacy Responsiveness Modell ist im Rahmen eines wissenschaftlichen Konzept-Mapping Verfahrens erstellt worden. Die erforschten Bereiche fokussieren zwar auf Organisationen, beinhalten jedoch auch Bereiche, die für das kommunale Setting zentral sind. Zudem betrachten sie Organisationen als Teil der Gemeinschaft.

Das entwickelte Konzept auf der Seite 45 und Modell auf der Seite 48 mit den sechs Dimensionen zum Aufbau von individueller Health Literacy im kommunalen Setting (s. Kapitel 5.2) stützt sich auf die Ebenen im kommunalen Setting in Anlehnung an Thompsen (1999) und ist aus diesem Grund spezifisch für das kommunale Setting.

Die Ebene des Individuums wird durch die Angebote für die individuelle Health Literacy angesprochen, die Ebene der Subsysteme durch jene der Gesundheitskompetenten Subsysteme. Die Zwischenbeziehungsebene wird

insbesondere durch die Dimensionen „Navigationshilfen für ‘alle‘“, „Partizipation auf allen Ebenen“ und die „Vernetzung von AkteurInnen und Stakeholdern“ miteinbezogen. Das Konzept stellt mit den Subdimensionen zudem konkrete Handlungsstrategien auf. Diese sind als Leitfaden wie auch als Qualitätsstandards einsetzbar.

Durch das Konzept und Modell ist es gelungen, einen systemorientierten und ganzheitlichen Ansatz zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting darzustellen. Die sechs Dimensionen sind aus der Literatur abgeleitet und spiegeln den aktuellen Wissenstand. Auch die grafische Darstellung des Modells basiert auf dem wissenschaftlich allgemein anerkannten Determinantenmodell von Dahlgren und Whitehead. Es ist jedoch noch nicht empirisch erforscht und in keinem Praxisprojekt angewandt worden. Zudem wirkt das Konzept und Projekt noch sehr oberflächlich, da es keine detaillierteren Ausführungen beinhaltet. Auch die zu wenig detaillierten Ausführungen zu den einzelnen, doch sehr spezifischen Subsystemen gehen aus dem Konzept nicht hervor.

Schlussfolgernd geht aus der Literaturrecherche hervor, dass Health Literacy im kommunalen Setting kaum erforscht ist. Einzig die Arbeiten von Willis et al. (2014) und Trezona et al. (2017) haben sich mit den Dimensionen empirisch befasst. Aus diesem Grund ist es zur Vervollständigung der Dimensionen, wichtig gewesen, praktische Beispiele aus Good-Practice Projekten einzubinden.

Auf internationaler Ebene finden sich zwei Projekte. Das australische Projekt fokussiert insbesondere die Netzwerkbildung und das Projekt in Großbritannien forciert die Partnerschaften-Bildung. Beide betonen die partizipative Entwicklung der Programme und die Relevanz einer klaren Strategie für einen erfolgreichen Aufbau von Health Literacy in der Kommune.

Die Projekte in der Schweiz sind zwar auf kommunaler Ebene in den Praxisdatenbanken archiviert, jedoch stellen sie verstärkt einzelne Aktivitäten (=Gesundheitsförderung im Setting) dar und orientieren sich weniger an dem integrierten und umfassenden Settingansatz. In Österreich gibt es nach aktueller Recherche keine Health Literacy-Projekte im kommunalen Setting. Einzig das Projekt „Auf Gesundheitskurs – Gesundheitskompetent in Feldbach“ nimmt sich dieser

Thematik an. In Deutschland orientieren sich die zwei erforschten Projekte an der Stadtteilarbeit und sehen auch die Netzwerkbildung als zentralste Dimension zum Aufbau von Health Literacy in der Kommune.

## **7.2 Praktische Empfehlungen**

Die praktischen Empfehlungen werden aus den Ergebnissen der Arbeit abgeleitet und beispielhaft an der Neuen Stadt Feldbach illustriert, wo das Projekt „Auf Gesundheitskurs – Gesundheitskompetent in Feldbach“ durchgeführt wird.

Die öffentliche Hand in der Kommune, die wiederum aus verschiedenen Organen (z.B. Gemeinderat) und politischen EntscheidungsträgerInnen (z.B. Bürgermeister) besteht, hat geschlossen für eine gesundheitskompetente Kommune aufzutreten. Um den Nutzen und die Aufmerksamkeit auf die Projekte in diesem Feld zu erhöhen, wird eine wissenschaftlich Begleitung des gesamten Projektes empfohlen.

So wird beispielsweise das Projekt in Feldbach vom Institut für Gesundheits- und Tourismusmanagement wissenschaftlich begleitet. Weiter stellt das Institut ein Projektteam, das für das Projektmanagement verantwortlich ist.

Bezugnehmend auf den Aufbauprozess ist in der ersten Phase des Projektes eine Erhebung des Health Literacy-Status der BewohnerInnen und der Organisationen mit ihren MitarbeiterInnen in der Neuen Stadt Feldbach von zentraler Bedeutung. Die Ergebnisse können für eine wirkungsvolle Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung sowie Aktivierung für das Thema genutzt werden. Zu empfehlen ist außerdem, eine Strategie mit Werten und Visionen mit einem intersektoralen Kernteam für das Projekt zu entwickeln.

Die Betreuungs- und Bildungseinrichtungen spielen eine Schlüsselrolle hinsichtlich des Aufbaues von Health Literacy. Gemeinnützige Einrichtungen mit freiwilligen MitarbeiterInnen wie beim Roten Kreuz, der Freiwilligen Feuerwehr oder der Pfarre bieten potentielle soziale und personale Ressourcen. Schlüsselpersonen in diesen Organisationen zu aktivieren und für das Projekt zu gewinnen ist essentiell, um den Zugang zu den BürgerInnen zu schaffen. Speziell aus den freiwilligen

MitarbeiterInnen in diversen Organisationen können GesundheitslotsInnen oder MultiplikatorInnen gewonnen werden.

Schulungen für MitarbeiterInnen in Dienstleistungsbetrieben und in sozialen sowie medizinischen Einrichtungen werden einen Kernpfeiler zum Aufbau von Health Literacy bilden. Ist das Management der Einrichtungen nicht bereit teilzunehmen, wird empfohlen, eine eigene öffentliche Health Literacy-Schule mit diversen Schulungsangeboten zu entwickeln. Auf Netzwerke, wie in der Neuen Stadt Feldbach die Eltern-Kind-Bildung, kann aufgebaut und von deren Know-how profitiert werden.

Im Zeitalter der Digitalisierung und Technologien wird empfohlen, die digitalen Medien zu nutzen. Beispielsweise könnte eine Plattform oder eine Applikation als Kommunikationskanal und Informationsplattform für die BewohnerInnen dienen.

Zur Entwicklung für Schulungskonzepte wird empfohlen sogenannte Toolkits und Handbücher zu verwenden. Dodson et al. (2017) hat etwa ein Toolkit in Anlehnung an das Projekt OPHELIA entwickelt und Abrams, Kurtz-Rossi & Riffenburgh (2014) einen Guide für gesundheitskompetente Organisationen. Wichtig für die Wissenschaftler in diesem Kontext ist das Wissen über die verschiedenen Ansätze, die zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting genutzt werden (z.B. Ansatz des Empowerments, Capacity-Building, Gemeinwesenarbeit).

### **7.3 Offene Forschungsfragen**

Die Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting, welche aus der Literaturrecherche dieser Arbeit abgeleitet wurden, stellen eine Basis für einen weiteren umfassenden Forschungsprozess dar.

Eine tiefergehende Erforschung der Stakeholder und Subsysteme und deren Rolle zum Aufbau der Health Literacy ist in dieser Arbeit nicht erfolgt. Die Erforschung der einzelnen Subsysteme und die Unterschiede in Bezug auf deren Rollen und Aufgaben im kommunalen Setting stellen einen weiteren Forschungsansatz dar (z.B. Welche unterschiedlichen Aufgaben haben Sozial-, Bildungs-, Gesundheitseinrichtungen und freiwillige Organisationen im kommunalen Setting zum Aufbau von Health Literacy?).

Weiter ist unklar, zu welchen Zeitpunkten im Aufbauprozess die genannten Dimensionen eingesetzt werden. In diesem Kontext ist relevant zu erforschen, welche Projektmanagementmethoden für den Aufbauprozess nützlich sind. Welchen Einfluss die Größe (Einwohnerzahl) einer Kommune und die daraus resultierenden Besonderheiten in Hinblick auf die Förderung von Gesundheitskompetenz haben, wird in Zukunft einen Forschungsgegenstand bilden.

In Anlehnung an Kooperationen zwischen Gemeinden, die gemeinsam Kleinregionen zur Gesundheitsförderung bilden, wird dies ein weiterer Forschungsschwerpunkt darstellen. Es stellt sich hier die Frage, welche weiteren Dimensionen berücksichtigt werden müssen, wenn gesundheitskompetente Kleinregionen gebildet werden.

Die genaue Struktur der Dimensionen bleibt weiter offen. Wie beispielsweise ein Netzwerk strukturiert und organisiert sein muss (Leitung, Projektgruppen) ist ansatzweise aus den Good-Practice Projekten abzuleiten, jedoch noch nicht tiefergehend empirisch untersucht. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem Aufbauprozess der gesundheitskompetenten Gemeinde. Längerfristig wird es die Wissenschaft interessieren, wie die gesundheitskompetente Kommune nachhaltig gesichert werden kann. In diesem Zusammenhang ist die Forschungsfrage interessant, wie beispielsweise die Integration des Health Literacy-Konzeptes in das Bildungssystem oder in den Lebensmittelsektor gelingen kann.

## **7.4 Methoden- und Ergebniskritik**

Die zwei bestehenden Reviews zum Konzept der individuellen Health Literacy von Sørensen et al. (2012) und zur organisationalen Health Literacy von Meggetto, Ward & Isaccs (2017) stellen in der aktuellen Literatur zentrale Publikationen dar und sind in der Arbeit behandelt worden. Beide Dokumente weisen eine hohe Evidenz (Meta-Review) auf.

Aufgrund der hohen Aktualität des allgemeinen Forschungsgegenstandes der Health Literacy ist die Mehrheit der Publikationen in den letzten vier Jahren (2014-2018) erschienen. Einerseits ist dies sehr positiv, da die Arbeit den aktuellen Wissensstands spiegelt, andererseits sind die Schlussfolgerungen in der Arbeit auf die noch gering empirisch erforschten Publikationen begrenzt.

Negativ zu bemerken ist, dass es sowohl in der deutsch- als auch in der englischsprachigen Literatur in den Datenbanken nur sehr wenige Arbeiten zur Förderung von Health Literacy im kommunalen Setting gibt. Es besteht noch kein allgemein anerkanntes Modell zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting.

Nach der aktuellen Literaturrecherche fokussiert sich sowohl Praxis als auch die Wissenschaft auf Gesundheitseinrichtungen als Setting für Health Literacy-Interventionen. Dies beinhaltet meist den Fokus auf PatientInnen und KlientInnen, was eine pathogenetische Zugangsweise zum Begriff Health Literacy schlussfolgern lässt. Einzig das australische Projekt OPHELIA orientiert sich am kommunalen Settingansatz und ist in einer wissenschaftlichen Datenbank veröffentlicht.

Die Publikation von Thompsen & Kinne (1999) im Sammelwerk von Neil (1999) und die Publikation von Nutbeam im Jahr 2000 sind die einzigen zwei Werke, die nicht im Zeitraum von 2007-2019 erschienen sind. Sie stellen jedoch eine wichtige Grundlagenliteratur dar, um einerseits die Kommune mit ihren Subsystemen zu verstehen und andererseits das Health Literacy-Konzept zu erfassen.

Werke, die von öffentlichen oder politischen Institutionen gefördert werden, sind möglicherweise als repräsentatives Instrument der Politik zu verstehen. Sie sind für die Arbeit vorwiegend als Quelle für weiterführende Referenzen herangezogen worden und zur Beleuchtung von Strategien im Feld der öffentlichen Hand.

Besondere Beachtung ist bei der Übersetzung vom Deutschen ins Englische dem Begriff „Kommune“ zu schenken. Der englische Begriff „community“ weist viele Interpretationsmöglichkeiten auf. Meist meint er einen sozialen Zusammenschluss von Gruppen und ist von dem deutschen Begriff der Kommune, der einen politischen und geographisch abgegrenzten Raum darstellt, abzugrenzen. Diese Definitionsfrage wurde bereits in der Arbeit aufgegriffen und geklärt.

In Hinblick auf die Projekte und die Förderung der individuellen Health Literacy in der Kommune wird nicht jede Form bzw. jedes Kompetenzlevel differenziert betrachtet, sondern eher allgemein beschrieben. Zudem stellen die gefundenen Projektberichte

die Interventionen oft zu wenig detailliert und kritisch dar. Insbesondere die Projektdatenbank Quint-essenz hat ihre Projekte sehr oberflächlich beschrieben.

Die abgeleiteten Dimensionen stellen einen Rahmen für Interventionen im kommunalen Setting dar. Sie sind demzufolge in der Praxis für Strategien anwendbar. Jede Kommune hat im Endeffekt bedarfsorientiert spezifische Formulierungen der Subdimensionen und Strategien auszuformulieren.

Darüber hinaus gibt die Forschungsarbeit keine detaillierten Informationen zu den Programmen auf individueller Ebene. Es sind allgemeine Empfehlungen zu Methoden (wie Schulungen, Konferenzen) aus der Arbeit abzuleiten. Wie genau diese Schlungen aufzubauen sind, wird nicht beleuchtet. Auch die spezifische Rolle und dazugehörige Aufgaben verschiedener Subsysteme (Lebensmittelsektor, freiwillige Organisationen, Bildungssysteme, etc.) zum Aufbau von Health Literacy gehen aus dem Konzept und dem Modell nicht hervor.

Sowohl das Konzept als auch das Modell mit den Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy in der Kommune ist nicht als gänzlich objektiv einzustufen, da diese nur von einer Forscherin entwickelt wurden. Zudem ist das Konzept noch nicht empirisch erforscht. Auch bei der Behandlung der Dimensionen in den Good-Practice Projekten eröffnet sich ein Interpretationsspielraum.

Die Literatur zur organisationalen Health Literacy konzentriert sich nach den vorliegenden Untersuchungen überwiegend auf Gesundheitseinrichtungen. Es könnte der Trugschluss gezogen werden, dass sie den zentralsten Beitrag zur Gesundheitskompetenz im kommunalen Setting leisten. Dies kann aus jetzigem Forschungsstand jedoch nicht genau beurteilt werden. So kann es genauso gut sein, dass Bildungs- und Weiterbildungsinstitutionen sowie das Zusammenspiel von verschiedenen sozialen Einrichtungen eine noch größere Rolle in der Kommune spielen bzw. einen bedeutenden Beitrag zum Aufbau von Health Literacy leisten.



## Literaturverzeichnis

- Abel, T., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2015). *Health Literacy / Gesundheitskompetenz*. doi: 10.17623/BZGA:224-i065-1.0. Download am 6. Februar 2018, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/>
- Abrams M., Kurtz-Rossi S., Riffenburgh, A. & Savage B. (2014). *Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change*. Download am 30. März 2018, von <https://www.unitypoint.org/filesimages/Literacy/Health%20Literacy%20Guidebook.pdf>
- Akademie der Wissenschaften Schweiz. (2015). Gesundheitskompetenz der Schweiz – Stand und Perspektiven. *Swiss Academies Reports*, 10(4). Basel.
- Allianz Gesundheitskompetenz (2016): *Gesundheitskompetenz fördern – Ansätze und Impulse. Ein Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz*. Bern.
- Allianz Gesundheitskompetenz. (2011). *Förderung der Gesundheitskompetenz– Erhebung der Aktivitäten der Kantone*. Download am 14. Februar 2018, von [http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Projekte/20120222\\_Forderung\\_der\\_Gesundheitskompetenzen\\_D\\_FINAL-001.pdf](http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Projekte/20120222_Forderung_der_Gesundheitskompetenzen_D_FINAL-001.pdf)
- Auf Gesundheitskurs. Gesundheitskompetent in Feldbach*. (2018). Folder. Bad Gleichenberg: Institut Gesundheits- und Tourismusmanagement.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). *Health literacy: Taking action to improve safety and quality*. Download am 6. Februar 2018, von <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf>
- Batterham, R., Buchbinder, R., Beauchamp, A., Dodson, S., Elsworth, G. & Osborne, R. (2014). The OPTimising HEalth Literacy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. doi:10.1186/1471-2458-14-694. *BMC Public Health*, 14(694). Download am 11. März 2018, von <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-694>
- Batterham, R., Hawkins, M, Collins, P., Buchbinder, R. & Osborne, R. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. doi: 10.1016/j.puhe.2016.01.001. *Public Health*, 132, 3-12.
- Beauchamp, A., Batterham, R., Dodson, S., Astbury, B., Elsworth, G., McPhee, C., Jacobsen, J., Buchbinder, R. & Osborne, R. (2017). Systematic development and implementation of interventions to OPTimise health literacy and access (Ophelia). doi: 10.1186/s12889-017-4147-5. *BMC Public Health*, 17(230). Download am 16. März 2018, von [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5335493/pdf/12889\\_2017\\_Article\\_4147.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5335493/pdf/12889_2017_Article_4147.pdf)

- Belfast Healthy Cities. (o.J.). *Health literacy workshop report. Wednesday 10 December 2014. The Mount Business and Conference Centre*. Download am 22. März 2018, von <https://www.belfasthealthycities.com/sites/default/files/pictures/Health%20Literacy%20Workshop%20Report%2010%20December%202014.pdf>
- Berkman, N.D., Davis, T.C. & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(2), 9-19. doi: 10.1080/10810730.2010.499985. Download am 6. Februar, von <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10810730.2010.499985?needAccess=true>
- Böhme, C. & Stender, K-P. (2015). *Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive*. doi: 10.17623/BZGA:224-i043-1.0. Download am 6. Februar, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-gesunde-soziale-stadt-kommunalpolitische-perspektive/>
- Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: A Snapshot of health system improvement. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 203–237.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. & Schillinger, D. (2010). *Ten attributes of a health literate health care organization*. Download am 29. März 2018, von <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/working-groups/Ten-Health-Literacy-Attributes.pdf>
- Dodson S., Beauchamp A., Batterham R. & Osborne R. (2017). *Ophelia Toolkit: A step-by-step guide for identifying and responding to health literacy needs within local communities*. Download am 15. Februar 2018, von [www.ophelia.net.au](http://www.ophelia.net.au)
- Dodson, S., Beauchamp, A., Batterham, R. & Osborne, R. (2014). Information sheet 1: What is health literacy? In *Ophelia Toolkit: A step-by-step guide for identifying and responding to health literacy needs within local communities*. Introduction to health literacy. Download vom 6. Februar 2018, von [https://www.ophelia.net.au/bundles/opheliapublic/pdf/DEA1238-Ophelia-Toolkit-FA-Digital\\_reduced.pdf](https://www.ophelia.net.au/bundles/opheliapublic/pdf/DEA1238-Ophelia-Toolkit-FA-Digital_reduced.pdf)
- Dodson, S., Beauchamp, A., Batterham, R. & Osborne, R. (2015a). Information sheet 4: Health literacy and other key concepts in health promotion. In *Ophelia Toolkit*. Download am 15. Februar 2018, von [www.ophelia.net.au](http://www.ophelia.net.au)
- Dodson, S., Beauchamp, A., Batterham, R. & Osborne, R. (2015b). Information sheet 5: Responding to community health literacy needs. In Dodson et al. (Hrsg.), *Ophelia Toolkit*. Download am 15. Februar 2018, von [www.ophelia.net.au](http://www.ophelia.net.au)
- Dodson, S., Beauchamp, A., Batterham, R. & Osborne, R. (2015c). Information sheet 6: Key considerations for health literacy interventions. In Dodson et al. (Hrsg.), *Ophelia Toolkit*. Download am 15. Februar 2018, von [www.ophelia.net.au](http://www.ophelia.net.au)
- Estacio, E., Oliver, M., Downing, B., Kurth, J. & Protheroe, J. (2017). Effective partnership in community-based health promotion: lessons from the health literacy partnership. doi:10.3390/ijerph14121550. *International Journal of Environmental Research and*

- Public Health*, 14(12), 1-8. Download am 15. Februar 2018, unter <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/12/1550>
- Fonds Gesundes Österreich. (2017). *Grafik der Gesundheitsdeterminanten Farbe*. Download am 2. Mai 2018, von [http://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten\\_farbe\\_jpg](http://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe_jpg)
- Fonds Gesundes Österreich. (o.J.) *Kommunale Projekte - "Gemeinsam gesund in..."*. Download am 22. März 2018, von [http://fgoe.org/projekte\\_gemeinsam-gesund-in](http://fgoe.org/projekte_gemeinsam-gesund-in)
- Gesundheit für Billstedt und Horn UG. (o.J.a). *Gesundheitskiosk*. Download am 29. März 2018, von <http://experten.gesundheit-bh.de/gesundheitskiosk/>
- Gesundheit für Billstedt und Horn UG. (o.J.b). *Gesundheitskompetenz*. Download am 29. März 2018, von <http://experten.gesundheit-bh.de/gesundheitskompetenz/>
- Gesundheitliche Chancengleichheit. (2009). *Gesundheitstreffpunkt West im Bremer Westen*. Download am 31. März 2018, von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/gesundheitsstreffpunkt-bremen-west/>
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2015). *Settingansatz / Lebensweltansatz*. doi: 10.17623/BZGA:224-i106-1.0. Download am 6. Februar 2018, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>
- Hošek, M., Duetz Schmucki, M., Kaufmann, M. & Spycher, S. (2014). Politik und Partizipation. In Akademie der Wissenschaften Schweiz, *Gesundheitskompetenz der Schweiz – Stand und Perspektiven*. (S. 32-35). Basel.
- IOM (Institute of Medicine). (2013). *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world. Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jordan, S. & Töppich, J. (2015). Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. doi: 10.1007/s00103-015-2233-3. *Bundesgesundheitsblatt*, 58, 921–922. Download am 13. Februar 2018, von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00103-015-2233-3.pdf>
- Kickbusch, I. & Hartung, S. (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft*. (2. überarbeitete Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). *Health Literacy*. San Diego: Academic Press. Download am 22. März 2018, von <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/kickbusch-maag.pdf>
- Kofahl, C. & Trojan, A. (2017). Health Literacy und Selbstmanagement im Kontext von Kooperation und Integration. In BZgA (Hrsg.), *Health Literacy/Gesundheitsförderung*, (S. 61 – 77). Download am 22. März 2018, von [https://www.researchgate.net/publication/313492183\\_Health\\_Literacy\\_und\\_Selbstmanagement\\_im\\_Kontext\\_von\\_Kooperation\\_und\\_Integration](https://www.researchgate.net/publication/313492183_Health_Literacy_und_Selbstmanagement_im_Kontext_von_Kooperation_und_Integration)
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Aufklärung. (2017). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. (2. Aufl.). Download am 6. Februar 2018, von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice>

- Kurth, J. (o.J.). *A city approach to health literate city – Stoke -on-Trent's journey*. Prezi. Download am 22. März 2018, von <https://www.belfasthealthycities.com/sites/default/files/Judy%20Kurth.pdf>
- Lenartz, N., Soellner, R. & Rudinger, G. (2014). *Gesundheitskompetenz. Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben*. Download am 14. März 2018, von [http://workingwell.de/wp-content/uploads/2014/10/DIE-Zeitschrift\\_Lenartz-et-al.pdf](http://workingwell.de/wp-content/uploads/2014/10/DIE-Zeitschrift_Lenartz-et-al.pdf)
- Meggetto, E., Ward, B. & Isaccs, A. (2017). What's in a name? An overview of organisational health literacy terminology. doi: 10.1071/AH17077. *Australian Review*, 42(1) 21-30. Download vom 6. Februar 2018, von <https://researchmgt.monash.edu/ws/portalfiles/portal/232926820>
- Naccarella, L., Wraight, B. & Gorman, D. (2016). Is health workforce planning recognising the dynamic interplay between health literacy at an individual, organisation and system level? doi: 10.1071/AH14192. *Australian Health Review*, 40(1), 33–35. Download vom 6. Februar 2018, von <http://www.publish.csiro.au/ah/AH14192>
- Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. (2. Aufl. d. deutschen Ausgabe). Gamburg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Nickel, S. & Trojan, A. (2015). *Capacity Building / Kapazitätsentwicklung*. doi: 10.17623/BZGA:224-i007-1.0. Download am 27. März 2018, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/capacity-building-kapazitaetsentwicklung/?marksuchwort=1>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. doi: 10.1093/heapro/15.3.259. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267, Download vom 6. Februar 2018, von <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. Download am 30. Jänner 2018, von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18952344>
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. (2016). *Konferenzbeiträge. 2. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz 13. Oktober 2016, Wien Sprechen Sie Gesundheit? – Kommunikation als Motor für Gesundheitskompetenz*. Download am 29. März 2018, von <https://gaas.fhstp.ac.at/wp-content/uploads/sites/4/2016/05/%C3%96PGK-Konferenzbeitr%C3%A4ge-2016.pdf>
- Paasche-Orlow, M. & Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. doi: 10.5993/AJHB.31.s1.4. *American journal of health behavior* 31(Suppl. 1(1)), 19-26. Download am 29. März 2018, von [https://www.researchgate.net/publication/5914356\\_The\\_Causal\\_Pathways\\_Linking\\_Health\\_Literacy\\_to\\_Health\\_Outcomes](https://www.researchgate.net/publication/5914356_The_Causal_Pathways_Linking_Health_Literacy_to_Health_Outcomes)
- Pelikan, J. & Dietscher, C. (2014). Gesundheitskompetenz im System der Krankenversorgung. *Journal Gesundheitsförderung*, 2, 28-33.

- Pelikan, J. & Dietscher, C. (2015). *Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln. Strategien und Beispiele. Ein Themenpapier des ONGKG.* Wien.
- Pelikan, J. (2007). Gesundheitsförderung durch Systementwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungsansatz. doi: 10.1007/s11553-007-0058-0. *Präventive Gesundheitsförderung*, 2, 74-81.
- Pelikan, J., Röthlin, F. & Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung - nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht.* Download am 22. März 2018, von [http://old.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject\\_1412/90528.pdf](http://old.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_1412/90528.pdf)
- Protheroe, J. (2016). *Health literacy: a public health priority - Stoke-on-Trent.* PowerPoint Präsentation. Keele University. Dowload am 22. März 2018, von <https://www.slideshare.net/secret/4tdlgwSIGssbG3>
- Reis-Klingspiegl, K. (2009). Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 175-183.
- Schweizer Gesundheitsförderung. (o.J.a). *Gesundheit Lebenslanges Lernen.* Download am 22. März 2018, von <https://www.quint-essenz.ch/de/offers/42>
- Schweizer Gesundheitsförderung. (o.J.b.). *Leitfaden Gesundheitskompetenz.* Download am 22. März, 2018, von [https://quint-essenz.ch/en/project\\_profiles/2949](https://quint-essenz.ch/en/project_profiles/2949)
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). doi: 10.1093/eurpub/ckv043. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. Download am 15. Februar 2018, von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. doi: 10.1186/1471-2458-12-80. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. Download am 13. Februar 2018, von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1471-2458-12-80.pdf>
- Stadtmüller, J., Schildt-Stadtmüller, A., Lorenz, I., Fischer, A. & Hildebrandt, H. (2018). *Deutschlandweit erster Gesundheitskiosk in Hamburg eröffnet.* Download am 22. März 2018, von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/gesundheitskiosk/>
- Stutz Steiger, T., Frei, R. & Mattig, T. (2015). Die Ottawa-Charta als Auslöserin und Impulsgeberin. In Akademie der Wissenschaften Schweiz, *Gesundheitskompetenz der Schweiz – Stand und Perspektiven.* (S. 16-20). Basel.

- The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). *Health literacy: past, present, and future*. Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press.
- Thompson, B. & Kinne, S. (1999). Social change theory: Applications to community health. In Neil, B. (Hrsg.), *Health promotion at the community level*. (S. 29-46). Sage Publications: o.O.
- Trezona, A., Dodson, S. & Osborne, R. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. doi: 10.1186/s12913-017-2465-z. *BMC Health Services Research*, 17(513), 1-12.
- Trojan, A. & Süß, W. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. (S. 336-346). Bern: Verlag Hans-Huber.
- Trojan, A., Reisig, V. & Kuhn, J. (2016). Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting „Kommune“ nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes. doi: 10.1007/s11553-016-0557-y. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 259–264.
- Tuttner, S. (2013). *Health in all policies. Ansatzmöglichkeiten zur Verankerung einer gesundheitsfördernden sektorenübergreifenden Politik auf kommunaler Ebene*. Download am 6. Februar 2018, von <https://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.576359&version=1391199254>
- Wagner, K. & Sparr, F. (2012). Wie kann die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbessert werden? *Gesundheitswissenschaften*, 34. Linz.
- Wayne, M. & Rootman, I. (2012). *An intersectoral approach for improving health literacy for Canadians*. Download am 14. Februar 2018, von <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>
- Willis C., Saul, J., Bitz J., Pompu K., Best, A. & Jackson, B. (2014). Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. doi: 10.1016/j.puhe.2014.01.014. *Public Health* 2014; 128(6), 515–24.
- World Health Organization. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Download vom 6. Februar 2018, von [https://aokbv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who\\_health\\_literacy\\_fakten\\_deutsch.pdf](https://aokbv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf).

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 - Vorlage Suchprotokoll .....</i>	<i>13</i>
<i>Abbildung 2 - Kompetenzlevel der Health Literacy nach Nutbeam (2000) .....</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 3 - Dimensionen der Health Literacy nach Sørensen et al. (2012) .....</i>	<i>22</i>
<i>Abbildung 4 - Gesundheitskompetenzmodell nach Sørensen et al. ....</i>	<i>23</i>
<i>Abbildung 5 - Wirkungspfad zwischen Health Literacy und Gesundheitsoutcomes nach Paasche-Orlow &amp; Wolf (2007) .....</i>	<i>26</i>
<i>Abbildung 6 - Der intersektorale Ansatz zur Verbesserung der Health Literacy .....</i>	<i>28</i>
<i>Abbildung 7 - Der Weg zu einer gesundheitskompetenten Kommune .....</i>	<i>30</i>
<i>Abbildung 8 - Module in einer gesundheitskompetenten Region .....</i>	<i>31</i>
<i>Abbildung 9 - Interventionssysteme nach Kickbusch &amp; Maag (2008).....</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 10 - Handlungsfelder Organisationale Capacity.....</i>	<i>37</i>
<i>Abbildung 11 - Organisationale Health Literacy Responsiveness nach Trezona et al. (2017).....</i>	<i>43</i>
<i>Abbildung 12 - Modell zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting....</i>	<i>48</i>
<i>Abbildung 13 - Strategie für das Programm "Health Literate Partnership" .....</i>	<i>52</i>
<i>Abbildung 14 - Werte der Strategie "Health Literate Partnership" .....</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 15 - Gesundheitskampagne "3 Fragen für Ihre Gesundheit" .....</i>	<i>58</i>
<i>Abbildung 16 - Konzept des Gesundheitskiosks.....</i>	<i>59</i>
<i>Abbildung 17 - Netzwerk Gesundheit im Bremer Westen .....</i>	<i>61</i>

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1- Projektdatenbanken.....</i>	<i>12</i>
<i>Tabelle 2 - Ebenen im kommunalen Setting.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabelle 3 - Abgeleitetes Capacity-Building-Konzept zum Aufbau von Health Literacy in der Kommune.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabelle 4 - Konzept mit den Dimensionen zum Aufbau von Health Literacy im kommunalen Setting.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabelle 5 - Interventionen im Programm "Health Literate Partnership" .....</i>	<i>54</i>
<i>Tabelle 6 - Interventionen der Good-Practice Projekte und die Dimensionen .....</i>	<i>63</i>