

EWÎKO ✓

Entwicklung von Gesundheitskompetenz

TOOLBOX

zur Stärkung der
Gesundheitskompetenz
in Einrichtungen der
Eingliederungshilfe in den
Bereichen Wohnen und Arbeiten



Inhalt

1	AUFBAU UND ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DER TOOLBOX	3
	An wen richtet sich die Toolbox?	4
	Welche Inhalte hat die Toolbox?	5
	Wie kann die Toolbox genutzt werden?	6
2	EINFÜHRUNG IN DIE GESUNDHEITSKOMPETENZ	8
	Individuelle Gesundheitskompetenz	9
	Organisationale Gesundheitskompetenz	10
3	EINFÜHRUNG IN DIE BEGRIFFLICHKEITEN MENSCHEN MIT (GEISTIGER) BEHINDERUNG	13
4	EINFÜHRUNG IN DIE TOOLS ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ	16
	Was ist unter einem Tool zu verstehen?	17
	Auswahl der Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	18
5	ACHT HANDLUNGSFELDER: ZIELE, INHALTE UND TOOLS ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ	19
	HANDLUNGSFELD 1: Leitbild / Einrichtungskultur	20
	HANDLUNGSFELD 2: Gemeinsame Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen	29
	HANDLUNGSFELD 3: Schulung und Förderung der Gesundheitskompetenz von Mitarbeitenden	36
	HANDLUNGSFELD 4: Einfache Orientierung und leichter Zugang zu Angeboten	45
	HANDLUNGSFELD 5: Kommunikation mit Klient*innen/ Bewohner*innen und Angehörigen	54
	HANDLUNGSFELD 6: Gesundheitskompetenz der Klient*innen/ Bewohner*innen und Angehörigen	65
	HANDLUNGSFELD 7: Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden	76
	HANDLUNGSFELD 8: Gesundheitskompetenz der lokalen Bevölkerung	79
6	GLOSSAR	83
7	LITERATURVERZEICHNIS	87
	Impressum	94

Aufbau und Anwendungs- möglichkeiten der Toolbox



Die Toolbox ist im Rahmen des Projektes „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung“ (EwiKo) – ein Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda – entstanden (Laufzeit Januar 2020 – Dezember 2022, Förderer: AOK PLUS). Ziel des Projektes ist es, die Gesundheitskompetenz zu stärken, indem Strukturen und Prozesse zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (d. h. Krankenhäuser, Einrichtungen der Pflege und in denen Menschen mit Behinderung wohnen und arbeiten) aufgebaut werden. Nach Bestimmung der Bedarfe zur Förderung der Gesundheitskompetenz in

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, wird anschließend die Gesundheitskompetenz durch eine individuell auf die jeweilige Einrichtung zugeschnittene Maßnahme gefördert. Als Grundlage dieser Intervention dient u. a. die hier vorliegende Toolbox.

Anhand acht verschiedener Handlungsfelder (bspw. Handlungsfeld 3 „Mitarbeiterschulung“ oder Handlungsfeld 5 „Kommunikation“) lässt sich bestimmen, wie gesundheitskompetent Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind, oder ob es in einzelnen Handlungsfeldern Verbesserungsbedarf gibt.

Diese Toolbox strebt folgende Ziele an:

- Die Handlungsfelder, in denen die Gesundheitskompetenz entwickelt werden kann, darzustellen.
- Für jedes Handlungsfeld eine Auswahl an Tools zu präsentieren.
- Checklisten für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen.

1.1 An wen richtet sich die Toolbox?

Die Inhalte dieser Toolbox richten sich speziell an Einrichtungen der Eingliederungshilfe (nach § 90 Sozialgesetzbuch (SGB) IX).

Die vorgestellten Tools adressieren folgende Akteure und Zielgruppen:

- die Einrichtung, d. h. Leitungspersonal bzw. Entscheidungstragende, Beauftragte für das Qualitätsmanagement oder Beauftragte für Betriebliches Gesundheitsmanagement,
- Mitarbeitende, d. h. (medizinisches) Fachpersonal,
- sowie Bewohner*innen/Klient*innen und Angehörige bzw. Betreuungspersonen aus dem privaten Umfeld.

Für diese Personen(-gruppen) stellt die Toolbox eine Anleitung und Hilfestellung zur Stärkung der individuellen und organisationalen Gesundheitskompetenz dar. Die

Toolbox bietet Einrichtungen der Eingliederungshilfe somit eine Handreichung mit der die Gesundheitskompetenz, unter Einbezug aller Akteure, verbessert werden kann. Bis-

herige Maßnahmen haben Einrichtungen der Eingliederungshilfe nur selten in den Mittelpunkt gestellt. Die Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist von großer Relevanz. Denn so können umweltbezogene Barrieren reduziert werden, welche die Möglichkeit sich gesundheitskompetent zu verhalten einschränken.

Es ist weiterhin eine Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – insbesondere für das Krankenhaus und die stationäre Pflege - verfügbar (Rathmann et al. 2021: [siehe hier](#)).

1.2 Welche Inhalte hat die Toolbox?

Die Toolbox gliedert sich in fünf Abschnitte, die allgemeine Informationen sowie konkrete Handlungsanleitungen zur Stärkung einzelner Bereiche der organisationalen Gesundheitskompetenz enthalten. Zunächst folgt eine **grundlegende Einführung** in die Toolbox (Kapitel 1 „Aufbau und Anwendungsmöglichkeiten der Toolbox“). Anschließend erhalten Sie einen Einblick in **das Konzept der Gesundheitskompetenz** und in die Studienlage zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (Kapitel 2 „Einführung in die Gesundheitskompetenz“).

Es folgt die theoretische Einführung zu den **Begrifflichkeiten Menschen mit (geistiger) Behinderung** (Kapitel 3 „Einführung in die Begrifflichkeiten Menschen mit (geistiger) Behinderung“) sowie die **theoretische**

Einführung zum besseren **Verständnis** und der **Auswahl der Tools** (Kapitel 4 „Einführung in die Tools“). In Kapitel 5 „Acht Handlungsfelder: Ziele, Inhalte und Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz“ wird das Herzstück der **Toolbox** vorgestellt:

1. **Zentrale Handlungsfelder der Gesundheitskompetenz,**
2. **Checklisten, um einrichtungsspezifische Bedarfe in einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitskompetenz zu prüfen,**
3. **Tools, mit denen Akteure und Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Handlungsfelder der Gesundheitskompetenz stärken können.**

1.3 Wie kann die Toolbox genutzt werden?

Die Toolbox ...

- verschafft Ihnen einen **Überblick** über das Konzept der Gesundheitskompetenz,
- verdeutlicht die **Relevanz** einer hohen Gesundheitskompetenz für Einrichtungen,
- bietet **Checklisten** zur Einschätzung der Gesundheitskompetenz Ihrer Einrichtung,
- stellt **Tools** zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zur Verfügung,
- ist **wissenschaftlich** fundiert.

Als Lesehilfe werden folgende Icons genutzt:

Einrichtungstyp



Die Tools wurden den Einrichtungstypen zugeordnet:

- Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung,
- Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM),
- Einrichtungen des Gesundheitswesens (u. a. Krankenhäuser, Einrichtungen der Pflege, Praxen von Ärzt*innen).

Ebene



Die Tools wurden den Ebenen zugeordnet:

- Einrichtung,
- Mitarbeitende,
- Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige.

Checklisten



Checklisten dienen dazu, einrichtungsspezifische Bedarfe in einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitskompetenz zu überprüfen. Mit den Checklisten können Sie eine Bewertung (u. a. mittels Punktevergabe) vornehmen. Anhand dieser Bewertung werden die Bedarfe zur Förderung der Gesundheitskompetenz in den einzelnen Handlungsfeldern deutlich.

Notizen



Sie erhalten bei jedem Handlungsfeld die Möglichkeit, sich Notizen zu machen. Hier können Sie z. B. Ihre Gedanken zu dem Themenfeld, Ergebnisse der Checklisten oder spezifische, für Ihre Einrichtung relevante, Aspekte notieren.

Weiterführende Hinweise



Unter diesem Symbol finden Sie weiterführende Hinweise. Im Handlungsfeld „Kommunikation“ finden Sie z. B. Verweise auf den Duden in Leichter Sprache und Internetseiten zur Analyse der Schwierigkeit eines Textes.

Einführung in die Gesundheits- kompetenz



2.1 Individuelle Gesundheitskompetenz

Die individuelle Gesundheitskompetenz beschreibt das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Personen, **Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden**, um Entscheidungen im alltäglichen Leben in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung zu treffen und so die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern (Sørensen et al. 2012, S. 3). In Deutschland berichteten laut einer repräsentativen Studie **58,8 % der Befragten** über Schwierigkeiten relevante Informationen zur Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2021).

Es hat sich gezeigt, dass Personen mit Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen häufiger einen schlechteren gesundheitlichen **Lebensstil**, eine schlechtere **Lebensqualität** und eine geringere **Lebenserwartung** aufweisen als Personen ohne Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen (Brach et al. 2012). Zudem ist das Risiko einer **Fehlbehandlung** oder schlechterer **Behandlungsergebnisse** bei Personen mit Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen erhöht (Berkman et al. 2011).

Neben den allgemeinen **literalen Fähigkeiten** (d. h. Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeit) spielen auch **kognitive und soziale**

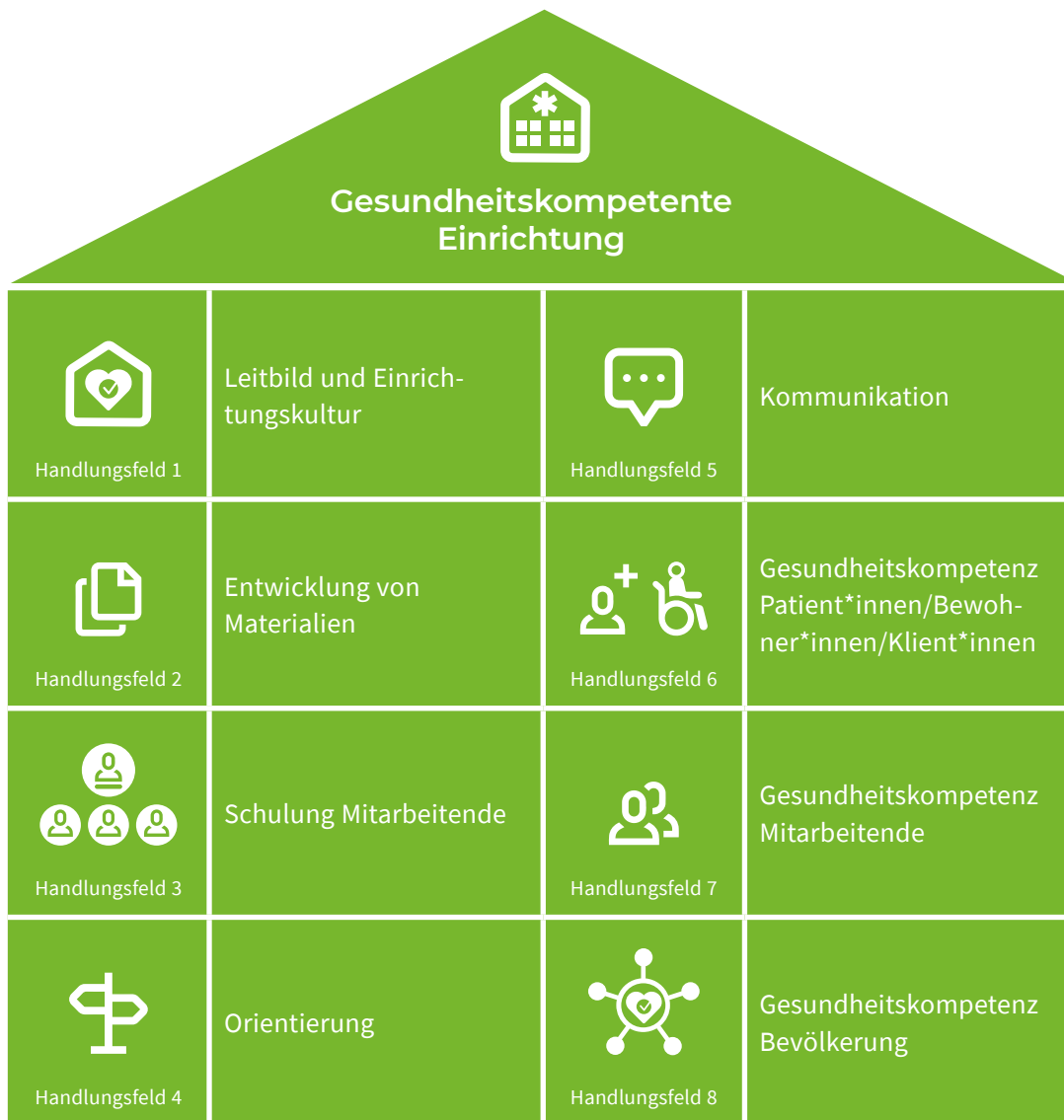
Kompetenzen, die für die Auseinandersetzung mit Informationen benötigt werden, eine wichtige Rolle für den kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen (Nutbeam 2000; Parker et al. 1995). Weiter sind **soziodemografische und -ökonomische Merkmale** der Bevölkerung (z. B. Alter, sozioökonomischer Status) sowie gesundheitsbezogene Einschränkungen (z. B. chronische Erkrankung, Behinderung) für die Gesundheitskompetenz von Bedeutung (Rathmann und Nellen 2019; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2019).

Neben persönlichen Fähigkeiten und Merkmalen haben vor allem **Kontextbedingungen (Arbeits- und Rahmenbedingungen)** großen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz von Individuen (Paasche-Orlow und Wolf 2007; Pelikan und Dietscher 2015). Ob die persönlichen Kompetenzen ausreichen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, hängt z. B. davon ab, wie leicht oder schwer diese Informationen verfügbar und wie sie sprachlich gestaltet sind. Die Arbeits- und Rahmenbedingungen von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung tragen durch die Bereitstellung, Gestaltung und Qualität der Gesundheitsinformationen wesentlich zur Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden und der Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen bei (Dietscher et al. 2015, S. 11).




2.2 Organisationale Gesundheitskompetenz

Anfang 2018 wurde der **Nationale Aktionsplan zur Gesundheitskompetenz (NAP Gesundheitskompetenz)** in Deutschland veröffentlicht. In diesem wird gefordert, dass das **Gesundheitswesen** auf allen Ebenen (Gesetzgeber, Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsnehmer) **anwendungsfreundlich und gesundheitskompetent entwickelt** werden soll, sodass Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige in ihrer Orientierungsfähigkeit unterstützt werden. Auch sollen **negative Folgen** durch Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen **reduziert** werden. Der NAP Gesundheitskompetenz fordert Einrichtungen der Gesundheitsversorgung dazu auf, alle Akteure der Einrichtungen in die Entwicklung der Gesundheitskompetenz einzubeziehen.

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Eingliederungshilfe und deren Mitarbeitende sollten es allen Menschen ermöglichen, angemessene Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Das gilt insbesondere für Menschen mit eingeschränkten kognitiven oder sprachlichen Fähigkeiten sowie Menschen, die Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen aufweisen (Rathmann et al. 2020a; Rathmann et al. 2020c; Schaeffer et al. 2019). Einrichtungen gelten dann als **gesundheitskompetent**, wenn sie z. B. Mitarbeitende für die gesundheitskompetente Kommunikation mit ihren Zielgruppen qualifizieren oder einen einfachen Zugang zu leicht verständlichen Gesundheitsinformationen anbieten. Die Gesundheitskompetenz von Einrichtungen kann in **acht Handlungsfelder** unterteilt werden (siehe Abbildung).



Handlungsfelder der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Handlungsfeld 1: Leitbild/Einrichtungskultur	Wie wird die Gesundheitskompetenz in allen Bereichen der Einrichtung implementiert?	
Handlungsfeld 2: Gemeinsame Entwicklung und Testung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen	Wie werden Dokumente, Materialien, und Dienstleistungen unter Einbezug der Akteure in der Einrichtung erstellt?	
Handlungsfeld 3: Schulung und Förderung zur Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden	Wie können Mitarbeitende hinsichtlich der individuellen und Gesundheitskompetenz geschult werden?	
Handlungsfeld 4: Einfache Orientierung und leichter Zugang zu Angeboten	Wie können eine einfache Orientierung und ein leichter Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten, Dokumenten und Materialien gewährleistet werden?	
Handlungsfeld 5: Gesundheitskompetente Kommunikation mit Klient*innen/Bewohner*innen	Wie kann die Kommunikation über Gesundheit mit Klient*innen/Bewohner*innen gestaltet werden?	
Handlungsfeld 6: Individuelle Gesundheitskompetenz der Klient*innen/Bewohner*innen	Wie kann die individuelle Gesundheitskompetenz der Klient*innen/Bewohner*innen gefördert werden?	
Handlungsfeld 7: Individuelle Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden	Wie kann die individuelle Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden gefördert werden?	
Handlungsfeld 8: Gesundheitskompetenz der lokalen Bevölkerung	Wie kann eine Förderung der Gesundheitskompetenz der lokalen Bevölkerung erfolgen?	

Durch die **Stärkung der acht Handlungsfelder der Gesundheitskompetenz** tragen Einrichtungen zur Förderung der Gesundheit und individuellen Gesundheitskompe-

tenz aller Akteure (d. h. Mitarbeitende sowie Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige) bei.

Einführung in die Begrifflich- keiten Menschen mit (geistiger) Behinderung



Diese Toolbox stellt Tools und Interventionen vor, welche von Einrichtungen der Eingliederungshilfe, von Menschen mit Behinderung selbst oder ihren Angehörigen und Betreuer*innen umgesetzt und angewendet

werden können. Es wird eine kurze Einführung in die Begrifflichkeiten und Definitionen von Menschen mit (geistiger) Behinderung gegeben.

Menschen mit Behinderungen sind nach § 2 Abs. 1 des SGB IX:

„Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist“ (SGB 2019).

Insbesondere die einstellungs- und umweltbedingten Barrieren (z. B. Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderung, Bordsteinrampen oder keine Verwendung Einfacher oder Leichter Sprache) werden auch in der Präambel der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und der Definition von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization, WHO) hervorgehoben (World Health Organization 2019). Um diese umweltbedingten Barrieren zu reduzieren ist es wichtig, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine hohe organisationale Gesundheitskompetenz aufweisen.

Um die Schwere einer Behinderung angeben zu können, wird in Deutschland der Grad der Behinderung (GdB) verwendet. Der GdB kann zwischen 20 und 100 betragen und wird immer in Zehnerstufen angegeben (Statistisches Bundesamt 2019). Nach § 2

Abs. 2 SGB IX wird eine Person als schwerbehindert definiert, wenn ihr GdB ≥ 50 ist. Wenn die Behinderung amtlich anerkannt ist, erhalten die Menschen mit Behinderung einen Schwerbehindertenausweis, welcher Nachteilsausgleiche ermöglicht (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016).

Innerhalb dieser Toolbox richten sich die Tools häufig an Menschen mit einer geistigen Behinderung. Eine geistige Behinderung liegt nach der „International Classification of Disease and Related Health Problems“ (ICD, dt. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme) dann vor, wenn der Intelligenzquotient (IQ) unter 70 liegt (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2021). Tabelle 1 stellt die verschiedenen Einteilungen des Intelligenzquotienten nach Grad der geistigen Behinderung dar.

Tabelle 1: Grad der geistigen Behinderung nach ICD-10

INTELLIGENZ- QUOTIENT	BESCHREIBUNG	ICD-10
50 – 69	Leichte geistige Behinderung: <ul style="list-style-type: none"> • Beziehungen können gepflegt werden • Erwerbstätigkeit möglich 	F70
35 – 49	Mittelgradige geistige Behinderung: <ul style="list-style-type: none"> • Gewisser Grad an Unabhängigkeit vorhanden • Kommunikation und Ausbildung möglich • Unterschiedlich viel Unterstützung im Alltag notwendig 	F71
20 – 34	Schwere geistige Behinderung: <ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafte Unterstützung im Alltag notwendig • Unabhängigkeit nur eingeschränkt vorhanden 	F72
Unter 20	Schwerste geistige Behinderung: <ul style="list-style-type: none"> • Intelligenzalter unter drei Jahre • Selbstständige Versorgung nicht mehr möglich • Kommunikation, Kontinenz und Bewegung stark eingeschränkt 	F73

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2021

Andere Definitionen von geistiger Behinderung wehren sich gegen starre Einteilungen nach dem Intelligenzquotienten. Bspw. spricht sich die pädagogische Definition des deutschen Bildungsrats dagegen aus, einem Menschen eine Bildungsunfähigkeit zuzusprechen (Deutscher Bildungsrat

Bildungskommission 1973). Unter einer geistigen Behinderung werden im Folgenden zum einen die unterdurchschnittliche Verarbeitung kognitiver Prozesse und zum anderen die Probleme in der sozialen Adaption nach Einteilung des ICD-10 verstanden (Stöppler 2017).

Einführung in die Tools zur Stärkung der Gesundheits- kompetenz



4.1 Was ist unter einem Tool zu verstehen?

Im Folgenden werden die Begriffe „**Tool**“, „**Intervention**“, „**Handreichung**“, „**Literaturübersicht**“ und „**Instrument**“ definiert.

Tool



- Werkzeug, das die Stärkung der Gesundheitskompetenz adressiert
- Umfasst Anleitungen, Informationsmaterialien sowie Checklisten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Intervention



- Anwendung und Durchführung von mindestens einem Tool zur Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Sind auf ihre Wirksamkeit überprüft (d. h. evaluiert)

Handreichung



- Sammlung mehrerer Tools und Interventionen
- Zielgruppe sind häufig Akteure aus Wissenschaft und Praxis

Literaturübersicht



- übersichtliche Sammlung von Tools und Interventionen
- Grundlage für eine Literaturübersicht ist eine systematische (nach bestimmten Kriterien durchgeführte) Literaturrecherche
- Adressiert Akteure in der Wissenschaft als Zielgruppe

Instrument



- Dient der Messung der individuellen oder organisationalen Gesundheitskompetenz

4.2 Auswahl der Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Die vorliegende Handreichung „Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe“ stellt eine Sammlung ausgewählter Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dar. In einer Handrecherche wurden Tools und Interventionen aus bekannten Handreichungen und Literaturübersichten zum Thema Gesundheitskompetenz zusammengetragen (Kolpatzik 2019; Kraus-Füreder et al. 2020; Rudd und Anderson 2006; Schmidt-Kaehler et al. 2017; Zanobini et al. 2020).

Bisherige Handreichungen und Literaturübersichten beziehen sich auf das Setting Krankenhaus. Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind dagegen rar. Daher wurde eine systematische Literaturrecherche für diese Einrichtungsart durchgeführt. Anschließend wurden die aufgefundenen Tools, Interventionen, Literaturübersichten und Handreichungen zum Thema „Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe“ gesichtet.

Die systematische Suche und Auswahl der Tools erfolgten nach den folgenden Kriterien:

Einschluss von Tools

- Ziel: Förderung der Gesundheitskompetenz
- Zielgruppe: Klient*innen, Bewohner*innen, Menschen mit Behinderung
- Zuordnung zu mindestens einem der acht Handlungsfelder der organisationalen Gesundheitskompetenz
- Übertragbarkeit (im deutschsprachigen Raum nutzbar bzw. übertragbar)
- Häufige Nennung in bisherigen Handreichungen (mind. 1-2x)
- einfach umsetzbar

Ausschluss von Tools

- Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz
- Reine Internetseiten
- Keine Verfügbarkeit der Volltexte bzw. Originalquellen

Acht Handlungsfelder:

Ziele, Inhalte und Tools zur Stärkung der Gesundheits- kompetenz



Dieses Kapitel beschreibt die acht Handlungsfelder der organisationalen Gesundheitskompetenz. Nach einer allgemeinen Einführung folgen Hinweise, Checklisten und Tools zur Überprüfung und Stärkung der Gesundheitskompetenz des jeweiligen Handlungsfelds.



Handlungsfeld 1: Leitbild/Einrichtungskultur

Dieses Handlungsfeld kann als Voraussetzung für alle anderen Handlungsfelder angesehen werden. Die Gesundheitskompetenz sollte in der Verantwortung der Einrichtungsleitung liegen und zu einem festen **Bestandteil der Strukturen, Prozesse, Kultur und des Qualitätsmanagements** einer Einrichtung werden. Eine gesundheitskompetente Einrichtung erfordert **Infrastrukturen und Ressourcen**, um Gesundheitskompetenz zu fördern und diese bei allen Entscheidungen und Handlungen innerhalb der Einrichtung zu berücksichtigen.

Jeden Tag werden Sie als Einrichtung, Fachpersonal oder Privatperson in der Werbung, den Medien oder Fort- und Weiterbildungsangeboten darauf hingewiesen: „Tun Sie etwas für Ihre Gesundheit“, „Gesund führen“, „So lernen Sie den „richtigen“ Umgang mit Gesundheitsinformationen“ und vieles mehr. Für die Umsetzung von z. B. einzelnen Tools und insbesondere beim Aufbau nachhaltiger gesundheitskompetenter Strukturen bedarf es neben dem Engagement der Einrichtungsleitung auch entsprechenden Einsatz von Ressourcen wie z. B. Zeit, Geld und Personal.

Im Folgenden wird eine Checkliste für den Bereich **„Leitbild/Einrichtungskultur“** bereitgestellt. Anhand der Checkliste kann überprüft werden, welche Bestandteile bereits im Leitbild bzw. in der Einrichtungskultur der Einrichtung etabliert sind. Die Checkliste stellt eine Synthese aus unterschiedlichen Handreichungen zur Überprüfung der Gesundheitskompetenz im Leitbild und der Einrichtungskultur dar (Abrams et al. 2014; Brega et al. 2015; Cifuentes et al. 2015; Rudd und Anderson 2006; U.S. Department of Health and Human Services o. J.).

Um die organisationale Gesundheitskompetenz im Bereich „Leitbild und Einrichtungskultur“ (Handlungsfeld 1) zu stärken, wird eine Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf Ebene der Einrichtung, der Mitarbeitenden und der Klient*innen **„Universelle Intervention mit verschiedenen Komponenten zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitskompetenz“** (Bergström et al. 2013; Elinder et al. 2010) und ein Instrument zur Messung der funktionalen Gesundheitskompetenz **„S-TOFHLA (Kurztest zur funktionalen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen)“** (Connor et al. 2013) vorgestellt.



CHECKLISTE: Leitbild/Einrichtungskultur

1.	Es existieren standardisierte Richtlinien und Vorgehensweisen für	
	... die Erstellung von schriftlichem Material.	<input type="radio"/>
	... die Gesprächsführung mit Klient*innen/Bewohner*innen.	<input type="radio"/>
	... die Weiterbildung von Mitarbeitenden.	<input type="radio"/>
2.	Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist als Ziel in der Unternehmensstrategie festgelegt.	<input type="radio"/>
3.	Es bestehen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Einrichtung.	<input type="radio"/>
4.	Die Gesundheitskompetenz und deren Maßnahmen zur Stärkung werden regelmäßig gemessen und überprüft.	<input type="radio"/>
5.	Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Einrichtung wird durch das Leitungspersonal unterstützt.	<input type="radio"/>
6.	Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Einrichtung wird durch die Mitarbeitenden unterstützt.	<input type="radio"/>
7.	Es besteht ein Team (z. B. eine Arbeitsgruppe oder ein Arbeitskreis), welches die Planung, Umsetzung und Überprüfung der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Einrichtung übernimmt.	<input type="radio"/>
8.	Mitarbeitende sowie Klient*innen/Bewohner*innen werden in die Planung, Umsetzung und Überprüfung der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Einrichtung einbezogen.	<input type="radio"/>
9.	Finanzielle Ressourcen stehen für die Stärkung der Gesundheitskompetenz zur Verfügung.	<input type="radio"/>

INTERVENTION: Gesundheit umfassend fördern

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Für Einrichtungen des Gesundheitswesens ist es wichtig mit wissenschaftlichen Erkenntnissen mitzuhalten und ihre Arbeit evidenzbasiert auszurichten. Häufig fehlt der Einrichtungsleitung und den Mitarbeitenden allerdings die Zeit sich fortzubilden und die wissenschaftlichen Ergebnisse anwendungsorientiert in die Arbeit ihrer Einrichtung zu integrieren. Durch die Intervention „Gesundheit umfassend fördern“ haben Einrichtungen die Möglichkeit die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten von Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen kontinuierlich auf Grundlage aktueller Forschungsergebnisse zu fördern.

Ebene



Einrichtung
Mitarbeitende
Klient*innen/
Bewohner*innen

ZIEL UND INHALT

Ziel der Intervention „Gesundheit umfassend fördern“ ist es, nachhaltige Strukturen in Wohneinrichtungen und im betreuten Wohnen aufzubauen, die zur evidenzbasierten Verbesserung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens aller Beteiligten (Mitarbeitende und Klient*innen/Bewohner*innen) beitragen. Kern der Intervention sind drei Komponenten: **(1)** die Ernennung eines/einer Mitarbeitenden pro Wohngruppe zum/zur Gesundheitsbotschafter*in, **(2)** die Einrichtung eines Lernzirkels für alle Mitarbeitenden und **(3)** die Durchführung von Kursen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeitenden. Die Intervention wird als „umfassend“ bezeichnet, da sie Mitarbeitende und Bewohner*innen adressiert, neben Aspekten der Gesundheitsförderung auch die Gesundheitskompetenz verbessert und sowohl unter der Verhaltens- als auch unter der Verhältnisprävention einzuordnen ist.

Einrichtungsart



Wohneinrichtung
für Menschen
mit Behinderung

ABLAUF

DIE UMSETZUNG DES TOOLS ORIENTIERT SICH AN DEN DREI KOMPONENTEN...

- 1. Gesundheitsbotschafter*in:** Pro Wohngruppe oder Wohngemeinschaft wird ein/eine Mitarbeitende*r von der Leitung und den anderen Mitarbeitenden zum/zur Gesundheitsbotschafter*in bestimmt. Dessen/deren Aufgabe ist es, neue Gesundheitsinformationen für die Mitarbeitenden bereitzustellen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bzw. Gesundheitskompetenz der Bewohner*innen/Klient*innen anzubieten. Die Gesundheitsbotschafter*innen erhalten regelmäßige Schulungstreffen zu einem Gesundheitsthema (z. B. Ernährung oder psychische Gesundheit) und Gesprächsrunden. In diesen werden zu dem entsprechenden Thema die aktuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden besprochen. Zudem erhalten die Gesundheitsbotschafter*innen ein Coaching in Form von regelmäßigen Newslet-

tern, Informationsmaterialien und Telefongesprächen durch die Organisator*innen oder externe Anbieter*innen. Ebenso wird ihnen ein*e überregionale*r Ansprechpartner*in genannt, den/die sie je nach Bedarf kontaktieren können.

2. **Lernzirkel:** Der Lernzirkel richtet sich an das Fachpersonal, d. h. die Mitarbeitenden, und findet regelmäßig (z. B. einmal pro Monat) innerhalb der Einrichtung statt. Dieser Lernzirkel kann von den Gesundheitsbotschafter*innen der Einrichtung oder externen Schulungsanbieter*innen organisiert und geleitet werden. Der Lernzirkel umfasst insgesamt zehn Sitzungen à 90 Minuten, um Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bzw. Gesundheitskompetenz in der Einrichtung zu planen. Anhand eines Manuals werden verschiedene Handlungsfelder der Gesundheitskompetenz besprochen. Ziel des Lernzirkels ist es, die Mitarbeitenden in ihrem Wissen und Fähigkeiten zur Gesundheitskompetenz und gesunden Verhaltensweisen zu schulen. Zudem sollen sie befähigt werden, ihre Arbeitsroutinen und -umgebung gesundheitskompetenter zu gestalten.
3. **Gesundheitskurs:** Der Gesundheitskurs richtet sich an die Klient*innen/Bewohner*innen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens. Für die ersten zehn Einheiten kann ein Manual zur Orientierung genutzt werden. Je nach Bedarf kann die Einrichtung weitere Einheiten durchführen. Der Gesundheitskurs findet in den Gemeinschaftsräumen der Einrichtung statt. Die Kursleitung kann sowohl externe Spezialisten, die internen Gesundheitsbotschafter oder auch geschulte Menschen mit Behinderung übernehmen. Hilfreich ist es, wenn die Kursleitung Erfahrung in der Erwachsenenbildung aufweist (Bergström et al. 2013; Elinder et al. 2010).

Durch die universelle Intervention werden die Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen in ihrem Wissen zur und ihrer Gesundheitskompetenz an sich sowie in ihrem Gesundheitsverhalten gefördert. Das Leitungspersonal bekommt ebenfalls die Möglichkeit sich einzubringen, z. B. durch die Teilnahme an den Lernzirkeln oder durch die Erstellung eines eigenen Lernzirkels. Die Materialien sind auf Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung leben, abgestimmt. Weitere gesundheitsrelevante Themen können von den Organisator*innen individuell, je nach Bedarf, hinzugefügt werden.

**RESSOURCEN
UND MATERIAL**

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen:**

- Organisator*innen
- Mitarbeitende, die sich als Gesundheitsbotschafter*innen zur Verfügung stellen
- Beteiligung der Mitarbeitenden in den Lernzirkeln
- Interne oder externe Coaches (für die Gesundheitsbotschafter*innen)
- Fachpersonal zur Durchführung der Schulungen für die Gesundheitsbotschafter*innen

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien:**

- Schulungsmaterial (für die Schulung der Gesundheitsbotschafter*innen)
- Informationsmaterialien (für die Gesundheitsbotschafter*innen)
- Schulungsmanual (für die Lernzirkel)
- Schulungsmanual (für Schulung der Klient*innen/Bewohner*innen)

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Infrastruktur:**

- Schulungsraum
- Internetanschluss
- Internetfähige Endgeräte (z. B. Tablet, Laptop, PC)

Quellen: Bergström, H.; Hagströmer, M.; Hagberg, J.; Elinder, L. S. (2013): A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. *Research in Developmental Disabilities* 34(11): 3847-3857.

Elinder, L. S.; Bergstrom, H.; Hagberg, J.; Wihlman, U.; Hagstromer, M. (2010). Promoting a healthy diet and physical activity in adults with intellectual disabilities living in community residences: Design and evaluation of a cluster-randomized intervention. *BMC Public Health*, 10: 761.

INSTRUMENT: Kurztest zur funktionalen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen (S-TOFHLA)

PROBLEM-BESCHREIBUNG

Viele Einrichtungen bemühen sich ihren Klient*innen/Bewohner*innen gesundheitsrelevante Informationen zugänglich zu machen, z. B. indem sie Plakate aufhängen, Flyer austeilen und Informationsmaterialien entwerfen. Ob diese Gesundheitsinformationen von den Klient*innen/Bewohner*innen tatsächlich verstanden werden kann häufig nur abgeschätzt werden. Die Ergebnisse des hier vorgestellten Kurztests der funktionalen Gesundheitskompetenz können als Grundlage dafür verwendet werden.

Ebene



Einrichtung
Klient*innen/
Bewohner*innen

ZIEL UND INHALT

Wenn Einrichtungen und Mitarbeitende Kenntnisse über die (funktionale) Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen erlangen ist es möglich entsprechend Handlungsabläufe und die Kommunikation anzupassen oder passende Fort- und Weiterbildungsangebote zu entwickeln. Zur Messung der funktionalen Gesundheitskompetenz der Klient*innen/Bewohner*innen und pflegenden Angehörigen mit keinen oder leichten kognitiven Einschränkungen kann der „Short Test of Functional Health Literacy in Adults“ (S-TOFHLA) – zu Deutsch: Kurztest der funktionalen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen – verwendet werden. Unter der Abkürzung S-TOFHLA ist die Kurzversion des TOFHLA („Test of Functional Health Literacy in Adults, dt. Test der funktionalen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen) zu verstehen. Der S-TOFHLA wurde 2013 auf Deutsch übersetzt und kulturell adaptiert, damit er auch im deutschsprachigen Raum eingesetzt werden kann (Connor et al. 2013). Mit dem Instrument kann **die Fähigkeit der Klient*innen/Bewohner*innen erhoben werden, gesundheitsbezogene Materialien zu lesen und zu verstehen** (Beer et al. 2010; Erickson und LeRoy 2015; Oliveira et al. 2014). Der S-TOFHLA besteht aus zwei Teilen: dem Leseverstehen und einem Test zur Fähigkeit im Umgang mit Zahlen. Je nach erreichter Punktzahl wird die funktionale Gesundheitskompetenz anhand drei Kategorien (gering, Grenzbereich zu ausreichend und ausreichend) bescheinigt.

Einrichtungsart



Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung

WfbM

Einrichtungen des Gesundheitswesens

ABLAUF

Der Text zum **Leseverstehen** besteht aus **Textpassagen mit insgesamt 36 Aussagen (sog. Items)**. In allen Textpassagen wird jedes fünfte oder sechste Wort gestrichen und für jede Leerstelle muss der Befragte aus vier vorgegebenen Optionen das Wort auswählen, das den Satz am besten vervollständigt. Die Gesamtpunktzahl für den Abschnitt zum Leseverständnis beträgt 72 Punkte.

Der Test zum **Zahlenverständnis** prüft, inwieweit die Kandidat*innen die Informationen auf Medikamentenverpackungen verstanden haben. Z. B. „Der normale Blutzuckerwert liegt bei unter 5,6 mmol/l. Ihr Blutzuckerwert liegt heute bei 6,5 mmol/l. Mündliche Frage: Wenn das Ihr Wert wäre, wäre der Wert heute normal? Richtige Antwort: Nein.“ Hierbei können maximal 28 Punkte erreicht werden (o. A. o. J.).

Die Gesamtpunktzahl des Tests beträgt 100 Punkte. Personen mit einer Punktzahl zwischen

- 0 bis 53 Punkten wird eine geringe funktionale Gesundheitskompetenz zugeschrieben,
- 54 bis 66 Punkten liegen im Grenzbereich zu einer ausreichenden funktionalen Gesundheitskompetenz,
- 67 bis 100 Punkten wird eine ausreichende funktionale Gesundheitskompetenz bescheinigt.

Nach Durchführung und Auswertung des Tests sollten die Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Situation der Einrichtung diskutiert werden. Z. B. kann die Verständlichkeit der Informationsmaterialien für die Angehörigen bzgl. ihrer Testergebnisse überprüft werden. In einer Arbeitsgruppe können anschließend praktische Lösungen für die aufgedeckten/erkannten Verständnisprobleme erarbeitet werden. Dies sollte unter Einbezug aller Beteiligten (siehe Handlungsfeld 2 „Entwicklung von Materialien“) und Berücksichtigung gesundheitskompetenter Kommunikation (siehe Handlungsfeld 5 „Kommunikation“) stattfinden.

MATERIALBOX

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen:**

- Organisator*innen
- Fachpersonal, das die Tests mit den Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen durchführt
- Geschultes externes Personal oder Fachpersonal der Einrichtung, das die Tests auswertet
- Vertreter*innen aller Beteiligten für den Arbeitskreis zur Entwicklung von Lösungen

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien**:

- Testunterlagen
- Papier und Stifte
- Evtl. digitale Unterstützung bei der Auswertung

Quellen: Beer, C. D.; Horner, B.; Almeida, O. P.; Scherer, S.; Lautenschlager, N. T.; Bretland, N. et al. (2010): Dementia in residential care: Education intervention trial (DIRECT); protocol for a randomised controlled trial. In: *Trials* 11, S. 63.

Connor, M.; Mantwill, S.; Schulz, P. J. (2013): Functional health literacy in Switzerland—Validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Education and Counseling* 90: 12-17.

Erickson, S. R.; LeRoy, B. (2015): Health literacy and medication administration performance by caregivers of adults with developmental disabilities. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2015 March 1; 55(2): 169–177.

Nurss, Joanne R.; Parker, Ruth M.; Williams, Mark V.; Baker, David W. (1995): Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA).

Oliveira, M. O. de; Nitrini, R.; Brucki, S. M. D. (2014): The S-TOFHLA as a measure of functional literacy in patients with mild Alzheimer's disease or mild cognitive impairment.



Handlungsfeld 2: Gemeinsame Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen

Dieses Handlungsfeld bezieht sich auf die **Beteiligung aller Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen** an der Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen. Dies trägt dazu bei, dass sich die Dokumente, Materialien und Dienstleistungen an den **Bedürfnissen** der Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen orientieren. Die gemeinsame Entwicklung von Materialien und Dienstleistungen stellt die Grundlage dafür dar, einen einfachen Zugang, Orientierung und die Nutzung der Einrichtung für alle Beteiligten zu ermöglichen.

Seit der Corona-Pandemie sehen sich Einrichtungsleitende, Mitarbeitende und Klient*innen/Bewohner*innen vor der Herausforderung fast täglich Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Dazu gehört bspw. auch die Weitergabe von Informationen zu Kontaktbeschränkungen und Hygieneauflagen an Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige. Dafür benötigt man nicht nur selbst eine adäquate Gesundheitskompetenz, sondern auch das Handwerkzeug Gesundheitsinformationen zielgruppenadäquat aufbereiten zu können. Die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung muss besonders berücksich-

tigt werden. Die folgende Checkliste und das Tool unterstützen Sie bei der gemeinsamen Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen.

Im Folgenden wird eine Checkliste für den Bereich **„Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen“** bereitgestellt. Mit dieser Checkliste kann geprüft werden, welche Aspekte und Bereiche bereits bei der Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen in Ihrer Einrichtung etabliert sind. Sie stellt die wichtigsten Erkenntnisse aus unterschiedlichen Handreichungen dar (Brega et al. 2015; Cifuentes et al. 2015; Kraus-Füreder et al. 2020).

Für Handlungsfeld 2 „Gemeinsame Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen“ wird ein Tool **„Wir schreiben es selbst“** (Wyre Forest Self Advocacy 2005) vorgestellt. Ziel ist es, dass Menschen mit Behinderung Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache selbst verfassen. Das Tool beschreibt den Prozess des Schreibens und der Gestaltung von Informationen in Leichter Sprache. Auch eine Infobox mit einer **Sammlung von Internetlinks** wird bereitgestellt, die bei der Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen unterstützen können.



CHECKLISTE: Gemeinsame Entwicklung von Dokumenten und Materialien

1.	Dokumente und Materialien werden gemeinsam mit Mitarbeitenden/Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen entwickelt.	<input type="radio"/>
2.	Es werden nur Informationen verwendet, die beim Treffen von fundierten Entscheidungen von den jeweiligen Klient*innen/Bewohner*innen benötigt werden.	<input type="radio"/>
3.	Es werden Grafiken verwendet, um Zahlen auszudrücken.	<input type="radio"/>
4.	Es werden ganze Zahlen anstelle von Brüchen, Dezimalstellen oder Prozentsätze verwendet (z. B. „1 zu 10.000“ anstelle von „0,01%“).	<input type="radio"/>
5.	Es wird immer auf die gleiche Größe Bezug genommen, um Vergleiche zu erleichtern und Verwirrung zu vermeiden (z. B. „1 zu 1.000 gegenüber 30 zu 1.000“ und nicht „3 zu 100“).	<input type="radio"/>
6.	Es werden sowohl positive als auch negative Informationen angegeben (z. B. „5 von 100 Personen erhalten ein Ergebnis. Das bedeutet, dass 95 von 100 das Ergebnis nicht erhalten“).	<input type="radio"/>
7.	Risiken und Nutzen werden in Bezug auf eine Zeitspanne dargestellt, die für die Klient*innen/Bewohner*innen von Bedeutung ist (z. B. ein Zeitraum von 10 Jahren anstelle der Lebensdauer).	<input type="radio"/>
8.	Dokumente und Materialien liegen auch in Leichter Sprache vor.	<input type="radio"/>
9.	Dokumente und Materialien liegen auch in anderen Sprachen vor.	<input type="radio"/>
10.	Die entwickelten Dokumente und Materialien werden mit den entsprechenden Klient*innen/Bewohner*innen getestet und bewertet.	<input type="radio"/>
11.	Neue Dokumente und Materialien werden entwickelt, um Informationslücken zu schließen.	<input type="radio"/>
12.	Bestehende Dokumente und Materialien werden regelmäßig gemeinsam überarbeitet.	<input type="radio"/>



CHECKLISTE:

Gemeinsame Entwicklung von Dienstleistungen

(z. B. Anleitungen/Schulungen durch Fachkräfte zu Gesundheitsthemen)

1.	Dienstleistungen werden gemeinsam mit Mitarbeitenden, Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen entwickelt.	<input type="radio"/>
2.	Nach der Entwicklung einer Dienstleistung wird das Feedback der Mitarbeitenden, Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen eingeholt.	<input type="radio"/>
3.	Neue Dienstleistungen werden entwickelt, um Informationslücken zu schließen.	<input type="radio"/>
4.	Bestehende Dienstleistungen werden regelmäßig überarbeitet.	<input type="radio"/>

TOOL: Wir schreiben es selbst: Interaktive Schreibwerkstatt - Writing it Ourselves

PROBLEM-BESCHREIBUNG

Menschen mit geistiger Behinderung haben etwas zu Gesundheitsthemen zu sagen. An dieser Grundannahme setzt das im Folgenden vorgestellte Tool „Wir schreiben es selbst: Interaktive Schreibwerkstatt“ an. Menschen mit geistiger Behinderung erstellen mit fachlicher und pädagogischer Unterstützung Materialien zu gesundheitsrelevanten Themen.

ZIEL UND INHALT

Im Tool „Wir schreiben es selbst: Interaktive Schreibwerkstatt“ schreiben Menschen mit geistiger Behinderung mit Unterstützung ein Buch oder erstellen eine Broschüre zu einem selbst gewählten Thema. Die Teilnehmenden werden von Trainer*innen und Forscher*innen begleitet und unterstützt. Die Teilnehmenden lernen, sich zu organisieren und schriftlich auszudrücken.

Das Tool zielt u. a. darauf ab, Informationsmaterialien bzw. ein gemeinsames Buch zu entwickeln. Zudem wird das eigene Selbstwertgefühl von Menschen mit geistiger Behinderung gefördert (Wyre Forest Self Advocacy 2005).

ABLAUF

1. Zusammenstellung einer Arbeitsgruppe Schreibwerkstatt (AG Schreibwerkstatt)

Im ersten Schritt wird eine AG Schreibwerkstatt bestehend aus Menschen mit geistiger Behinderung, (pädagogischem) Fachpersonal und Leitungspersonal der Einrichtung gegründet.

2. Erstellung einer Liste aller zu behandelnden Themen und Fragen

Die Teilnehmenden erstellen zusammen eine Liste mit den Themen und Fragen, die sie in dem Buch bzw. der Informationsbroschüre behandeln und beantworten wollen. Hierbei liegt der Fokus insbesondere auf (spannenden) gesundheitsrelevanten Themen z. B. Sexualität, Schwangerschaft, Liebe, Bewegung, Ernährung oder psychische Gesundheit.

3. Meinungsbild anderer Mitarbeitenden und Klient*innen/ Bewohner*innen:

Um nicht nur die Meinung der Teilnehmenden der AG Schreibwerkstatt abzubilden, wird das **Meinungsbild** anderer Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen der Einrichtung eingeholt. Das kann mittels eines Fragebogens, einer Strichliste oder mündlich geschehen. Dadurch werden weitere **Themenwünsche** gesammelt, die in das Buch bzw. die Informationsbroschüre aufgenommen werden können.

Ebene



Einrichtung
Klient*innen/
Bewohner*innen

Einrichtungsart



Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung

WfbM

Einrichtungen des Gesundheitswesens

4. Schreibprozess

Der **Schreibprozess findet in der AG Schreibwerkstatt gemeinsam** statt. So kann die Verständlichkeit des Geschriebenen durch das gegenseitige Vorlesen der Sätze in der Gruppe geprüft werden. Das Fachpersonal steht für Fragen und als Unterstützung bereit.

5. Gestaltung des Buches/der Gesundheitsinformationen

Die **graphische und inhaltliche Gestaltung** wird gemeinsam vorgenommen. Dabei findet die sogenannte Photovoice-Methode (dt. durch Fotografien kommunizieren) Anwendung. Bei Photovoice werden visuelle Dokumentationen mit Erzählprozessen verbunden (Hartung et al. 2020). Menschen mit geistiger Behinderung machen Fotos, die sie anschließend in der AG Schreibwerkstatt zeigen und deren Bezug zur graphischen Gestaltung erläutern (Hartung et al. 2020).

6. Fertigstellung der Materialien

Nach Beendigung des Schreibprozesses und der Abstimmung über die grafische Gestaltung werden die Materialien **lektoriert und auf fachliche Korrektheit geprüft**. Dabei beteiligen sich, neben dem/der Lektor*in und gesundheitlichem Fachpersonal, Menschen mit geistiger Behinderung aktiv. Z. B. lesen sie zusammen mit dem/der Lektor*in ihr selbstverfasstes Kapitel und beschließen eventuelle Korrekturen gemeinsam.

7. Druck und Verteilung der Materialien

Anschließend werden die Materialien **digital oder in Printfassung** zur Verfügung gestellt. Die Verteilung der Materialien geschieht nicht nur **innerhalb der Einrichtung**, sondern auch in **anderen Einrichtungen** oder und in **der Öffentlichkeit und Fachwelt**.

RESSOURCEN UND MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personellen Ressourcen**:

- AG Schreibwerkstatt mit Menschen mit geistiger Behinderung, Leitungspersonal und (pädagogischem) Fachpersonal
- Lektor*in
- Evtl. Grafiker*in

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien**:

- Papier und Stifte
- Evtl. Kosten für den Druck der Broschüre oder des Buches
- Digitalkameras oder Smartphone/Tablet-Kameras (PhotoVoice-Methode)

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Infrastruktur**:

- Raum, der als Schreibwerkstatt genutzt werden kann
- Internetanschluss
- Internetfähige Endgeräte (z. B. Tablet, Laptop, PC)

LINKSAMMLUNG:

Gemeinsame Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen

Bilderwörterbuch	https://tinyurl.com/yxrtnbug
Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG	https://tinyurl.com/y3qypdoc
Partizipative Qualitätsentwicklung	www.partizipation.at
Ratgeber für Leichte Sprache	https://tinyurl.com/zfkakmc
Symbolportal	www.uk-ooe.at
Web Content Accessibility Guide (WCAG) 2.0	https://tinyurl.com/y6a3a5cq
Wortliga Textanalyse	https://wortliga.de/textanalyse



Quelle: Wyre Forest Self Advocacy; Tarleton, B. (2005): Writing it ourselves. British Journal of Learning Disabilities, 33, 65-69.

Weiterführende Quelle und Praxisbeispiel: Hartung, Susanne; Wihofszky, Petra; Wright, Michael T. (2020): Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. 1st ed. 2020.

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



Handlungsfeld 3: Schulung und Förderung der Gesundheitskompetenz von Mitarbeitenden

Die Schulung der Mitarbeitenden im Bereich Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Aspekt, um die **Kommunikationsfähigkeit** der Mitarbeitenden zu **verbessern**. Klient*innen/Bewohner*innen, die von einer guten Kommunikation mit den Mitarbeitenden berichten, zeigen eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung oder Betreuung, ein größeres Vertrauen in die Einrichtung und beurteilen die Versorgungsqualität auch insgesamt besser als Klient*innen/Bewohner*innen, die keine gute Kommunikation mit den Mitarbeitenden berichten. Eine gesundheitskompetente Einrichtung **qualifiziert** Mitarbeitende in deren individueller Gesundheitskompetenz **ständig weiter** und **überprüft** die Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden in Bezug auf Gesundheitskompetenz.

Nachfolgend werden zwei Checklisten aus dem Bereich **„Schulung und Förderung von Mitarbeitenden“** und **„Empfohlene Inhalte für Schulungen/Workshops für Mitarbeitende“** bereitgestellt, anhand derer Sie prüfen können, welche Maßnahmen

bereits in der Einrichtung vorhanden sind. Beide Checklisten stellen die wichtigsten Erkenntnisse aus unterschiedlichen Handreichungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Handlungsfeld 3 dar (Abrams et al. 2014; Brega et al. 2015; Dietscher et al. 2015; Rudd und Anderson 2006). Die Anwendung der Checklisten gewährt einen Überblick über die Bereiche, die möglicherweise in der Einrichtung bereits gut und über solche, die weniger ausgeprägt sind.

Für Handlungsfeld 3 wird die Intervention **„Auf eigenen Beinen stehen“** (Sandjojo et al. 2018; Scholten und Schuurman 2008) vorgestellt, mit der das Selbstmanagement von Menschen mit geistiger Behinderung gestärkt werden kann. Zudem wird das Tool **„Umfassendes Programm zur Beurteilung der Gesundheit - CHAP“** (Lennox et al. 2001; Shooshtari et al. 2017) präsentiert, durch das die Kommunikation zwischen Fachpersonal in der hausärztlichen Versorgung, Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Betreuungspersonen gefördert werden kann.



CHECKLISTE: Schulung und Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden

1.	Alle Mitarbeitenden der Einrichtung kennen das Konzept der Gesundheitskompetenz.	<input type="radio"/>
2.	Es werden Schulungen oder Workshops für die Mitarbeitenden zum Thema Gesundheitskompetenz angeboten.	<input type="radio"/>
3.	Es werden Schulungen oder Workshops für die Mitarbeitenden zum Thema Gesprächsführung angeboten.	<input type="radio"/>
4.	Es werden Schulungen oder Workshops für die Mitarbeitenden zum Thema schriftliche Kommunikation angeboten.	<input type="radio"/>
5.	Den Mitarbeitenden wird Erwachsenenbildung (z. B. in Form von Deutsch- oder Englischunterricht) angeboten.	<input type="radio"/>
6.	Es werden Schulungen oder Workshops zum Umgang mit vorhandenen und neuen technischen Ressourcen (z. B. Computer-Hardware oder -Software) für alle Mitarbeitenden angeboten.	<input type="radio"/>
7.	Es gibt eine Sammlung von Ressourcen (z. B. DVDs, Broschüren, Internetseiten) zum Thema Gesundheitskompetenz, die den Mitarbeitenden bei Fragen zur Verfügung gestellt werden.	<input type="radio"/>
8.	Wenn Mitarbeitende von Klient*innen/Bewohner*innen, Angehörigen oder Kolleg*innen gefragt werden, können sie mitteilen, wo sie Hilfe zur Verbesserung der Lese- und Schreibfähigkeiten erhalten können.	<input type="radio"/>



CHECKLISTE: Empfohlene Inhalte für Schulungen / Workshops für Mitarbeitende

Die Grundprinzipien der einfachen, bedürfnisorientierten Kommunikation:

1.	Verwendung von Alltagssprache zur Vermittlung komplexer Informationen.	<input type="radio"/>
2.	Inhalte in Portionen („Häppchen“) vermitteln, sodass die jeweiligen Informationen von den Klient*innen/Bewohner*innen gut aufgenommen werden können (siehe Handlungsfeld 5: Tool „Häppchenweise informieren“).	<input type="radio"/>
3.	Nachfragen, um abzuklären, welche Inhalte von den Klient*innen/Bewohner*innen verstanden wurden (siehe Handlungsfeld 5: Tool „Gespräche bedürfnisorientiert führen“).	<input type="radio"/>
4.	Warnhinweise ernstnehmen, die auf Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen bei Klient*innen/Bewohner*innen hinweisen	<input type="radio"/>
5.	Anwendung von Tools zur Verbesserung der Kommunikation mit den Klient*innen/Bewohner*innen.	<input type="radio"/>
6.	Schriftliche oder audio-visuelle Materialien fachgerecht zur Unterstützung der Kommunikation mit Klient*innen/Bewohner*innen verwenden.	<input type="radio"/>
7.	Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen oder Übersetzungsdiensten vorhanden.	<input type="radio"/>
8.	Entwicklung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeitenden.	<input type="radio"/>
9.	Berücksichtigung der Grundprinzipien für die Gestaltung schriftlicher oder audio-visueller Materialien (siehe Handlungsfeld 2).	<input type="radio"/>

INTERVENTION: Auf eigenen Beinen stehen

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Knappe zeitliche und personelle Ressourcen erfordern häufig reibungslose Abläufe. Insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung haben dadurch nur wenig Raum und Zeit sich selbst auszuprobieren, unabhängiger zu werden und aus eigenen Fehlern zu lernen. Viele Mitarbeitenden würden die Menschen mit Behinderung, mit denen sie arbeiten, vermutlich gerne in ihrer Unabhängigkeit und ihrem Selbstmanagement stärken, können das aus system- und einstellungsbedingten Gründen aber häufig nicht im Alltag umsetzen. Hier setzt die Schulung „Auf eigenen Beinen stehen“ (engl.: On Your Own Two Feet) an.

Ebene



Mitarbeitende

ZIEL UND INHALT

Die Schulung für Mitarbeitende „Auf eigenen Beinen stehen“ zielt darauf ab, das **Selbstmanagement** von Menschen mit geistiger Behinderung durch Mitarbeitende zu stärken. Damit werden die Selbstständigkeit sowie die Unabhängigkeit der Menschen mit Behinderung gefördert. Basis für die Stärkung des Selbstmanagements ist eine wertschätzende Haltung der Mitarbeitenden gegenüber den Menschen mit geistiger Behinderung.

Einrichtungstyp



Wohn-
einrichtungen für
Menschen mit
Behinderung

WfbM

Mitarbeitende lernen auf die Stärken, Lernfähigkeiten und unterschiedlichen Arten des Lernens von Menschen mit Behinderung zu achten und sie als einzigartige Individuen zu betrachten. Bei der Anwendung des Gelernten in der täglichen Arbeit geben die Mitarbeitenden den Klient*innen/Bewohner*innen den Raum, sich auszuprobieren und selbst Dinge zu erledigen, bei denen bisher Hilfe benötigt wurde. Mitarbeitende lernen sich selbst als **Coach oder Mediator** zu verstehen. Sie ermutigen Menschen mit Behinderung zum eigenständigen Denken und Handeln (Sandjojo et al. 2018).

ABLAUF

- Zweitägige Schulung der Mitarbeitenden durch externe Dienstleister (insg. 12 Stunden)
- Zunächst Erhebung, Auswertung und Diskussion der aktuellen Einschätzungen der Mitarbeitenden. Dazu zählt die Einschätzung der Mitarbeitenden über die Hilfsbedürftigkeit der Klient*innen/Bewohner*innen. Zudem werden die Methoden der Arbeit mit Menschen mit Behinderung (z. B. welche täglichen Aufgaben sie ihre Klient*innen/Bewohner*innen selbst erledigen lassen) hinterfragt und diskutiert.
- Durchführung unterschiedlicher Übungen in Form von Rollenspielen und Vermittlung von Wissensinhalten zur **Förderung des Selbstmanagements** der Klient*innen/Bewohner*innen. Ebenso werden Übungen zur Förderung der **Stärken, Interes-**

sen, Kenntnisse und Fähigkeiten der Klient*innen/Bewohner*innen durchgeführt. Dazu zählt z. B. die selbstständige Ausführung von Aufgaben, für die Klient*innen/Bewohner*innen bisher Hilfe benötigen und damit die selbstständige Entdeckung was sie eigenständig ausführen können.

ERGEBNISSE

Es wurde gezeigt, dass durch die Schulung die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung gestärkt werden kann. In einer Evaluation der Schulung wurde deutlich, dass zusätzlich eine begleitende Coaching-Intervention und Lehreinheiten zu Methoden zur Stärkung der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung für die Mitarbeitenden angeboten werden sollten.

MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie **personelle Ressourcen:**

- Organisator*innen
- (externes) Schulungspersonal
- Beteiligung der Mitarbeitenden an den Schulungen

Für dieses Tool benötigen Sie **folgende Materialien:**

- Schulungsmaterialien
(stehen auf niederländisch zu Verfügung)
(<https://www.invra.nl/op-eigen-benen>)
- Evtl. Papier und Stifte

Für dieses Tool benötigen Sie **folgende Infrastruktur:**

- Schulungsraum
- Internetanschluss
- Internetfähige Endgeräte (z. B. Tablet, Laptop, PC)

Quelle: Sandjojo, J.; Zedlitz, Aglaia, M. E. E.; Gebhardt, W. A.; Hoekman, J.; Dusseldorp, E.; den Haan, J. A.; Evers, A. W. M. (2018): Training staff to promote self-management in people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 31: 840–850.

Scholten, Gitty; Schuurman, M. I. M. (2008): Eigenwaarde. Leermethodiek Op eigen benen: achtergrond en toepassing. 1e dr. Wezep: INVRA.

TOOL: Umfassendes Programm zur Beurteilung der Gesundheit (CHAP)

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Menschen mit geistiger Behinderung haben im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Barrieren zu überwinden. Die größten Barrieren in der medizinischen Grundversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung sind: Keine regelmäßigen/jährlichen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen, inadäquate Kommunikation mit medizinischem Personal und damit einhergehend eine unvollständige Anamnese, mangelnde Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren im Gesundheitswesen bei der medizinischen Versorgung und mangelnde Integration von Menschen mit (geistiger) Behinderung bei der Erstellung der Krankenakte und der Bedarfsplanung (Lennox et al. 2001). Diese Barrieren sollen durch das hier vorgestellte „Umfassendes Programm zur Beurteilung der Gesundheit“ (CHAP, engl.: Comprehensive Health Assessment Program) minimiert werden.

CHAP ist ein Programm, zur **Unterstützung regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen und -beurteilungen** von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung durch den/die **Hausarzt*in** (Lennox et al. 2001; Shooshtari et al. 2017). Es bietet wertvolle Grundlageninformationen über die Klient*innen/Bewohner*innen und soll eine langfristige Gesundheitsversorgung sichern. Es hilft dem Fachpersonal proaktiv, statt reaktiv, mit präventiver Gesundheitsversorgung umzugehen und trägt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung bei.

CHAP leitet zu einem strukturierten Vorgehen zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Klient*innen/Bewohner*innen, zur Krankheitsgeschichte, zu körperlichen Untersuchungen und zur gemeinsamen Planung des Weiteren gesundheitlichen Vorgehens an. Ziel des CHAP ist es, zu einer verbesserten Kommunikation zwischen ärztlichem Personal, Betreuungspersonen und Menschen mit geistiger Behinderung beizutragen. Zudem fördert CHAP die interprofessionelle Zusammenarbeit und das Verständnis des medizinischen Personals für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung. Ein dritter Aspekt ist, die Beteiligung der Klient*innen/Bewohner*innen und ihrer Betreuungspersonen an der Erstellung der Krankenakte und Bedarfsplanung zu fördern.

Ebene



Mitarbeitende
Klient*innen/
Bewohner*in-
nen

Einrichtungsart



Wohnein-
richtungen für
Menschen mit
Behinderung
Einrichtungen
des Gesund-
heitswesens

ABLAUF

Gegenstand des Programms CHAP ist ein **zweiteiliges Heft**, das bei jedem Besuch beim hausärztlichen Personal zur Anwendung kommt. Der erste Teil des Heftes umfasst die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands des/der Klient*innen/Bewohner*innen und soll von der Betreuungsperson des Menschen mit Behinderung oder von ihm/ihr selbst ausgefüllt werden.

Im zweiten Teil des Heftes wird die Krankengeschichte und Anamnese notiert. Dieser Teil wird vom hausärztlichen Personal ausgefüllt. Hierbei handelt es sich um eine körperliche Untersuchung und die Erstellung eines Behandlungsplans in Zusammenarbeit mit der Betreuungsperson und dem Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Assistenzbedarf. Dieses Heft ist neben dem allgemeinen Gesundheitszustand insbesondere für die Kontrolle auf Begleiterkrankungen spezieller Behinderungen konzipiert. Es dient zudem der Festlegung regelmäßiger Gesundheitschecks und Vorsorgeuntersuchungen.

ERGEBNISSE

CHAP kann zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung von Menschen mit insbesondere geistiger Behinderung führen. Z. B. hat durch den Einsatz des CHAP die Anzahl der Hörtests, der Tetanus- und Diphtherie-Impfungen und der Krebsvorsorgen unter Menschen mit Behinderung zugenommen. Zudem hat sich bei dieser Zielgruppe die Entdeckung vorhandener Erkrankungen um das 1,6-fache erhöht (Lennox et al. 2001; Shooshtari et al. 2017).

MATERIAL-BOX

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen**:

- Organisator*innen
- Beteiligung des ärztlichen Personals an CHAP im Rahmen von Sprechstundenterminen
- Mitarbeit der Menschen mit geistiger Behinderung
- Mitarbeit des Betreuungspersonals

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien**:

- CHAP-Heft
- Evtl. Stifte

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Infrastruktur**:

- Ruhigen Ort, an dem der-/diejenige mit geistiger Behinderung zusammen mit seiner/ihrer Betreuungsperson die entsprechenden Seiten im Heft ausfüllen kann

Quellen: Lennox, N. G.; Green, M.; Diggins, J.; Ugoni, A. (2001): Audit and comprehensive health assessment programme in the primary healthcare of adults with intellectual disability: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research* 45, 226–232.

Shooshtari, S.; Temple, B.; Waldman, C.; Abraham, S.; Ouellette-Kuntz, H.; Lennox, N. (2017): Stakeholders' Perspectives towards the Use of the Comprehensive Health Assessment Program (CHAP) for Adults with Intellectual Disabilities in Manitoba. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2017, 30, 672–683.



Handlungsfeld 4: Einfache Orientierung und leichter Zugang zu Angeboten

Eine Einrichtung sollte Orientierungshilfen bereitstellen, um einen einfachen Zugang zur und innerhalb der Einrichtung zu gewährleisten.

Die wichtigsten Aspekte sind hier...

- eine möglichst leicht verständliche und einheitliche Beschilderung,
- unterstützende Mitarbeitende vor Ort als Orientierungshilfe,
- übersichtliche und leicht nutzbare Internetseiten und
- telefonische Orientierungshilfen.

Nicht nur für Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige kann das Zurechtfinden in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit Barrieren verbunden sein. Der physische Zugang kann erschwert sein oder Gebäude und Wohngruppen können aufgrund fehlender oder nicht gut sichtbarer Beschilderung nicht gefunden werden. Auch für Einsatzkräfte und Rettungspersonal ist eine eindeutige und vor allem sichtbare Beschilderung wichtig. Wenn jede Sekunde zählt, dauert es vielleicht zu lange, um im Zentralgebäude oder der Rezeption der Einrichtung nach dem Weg zu fragen.

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche für Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten für dieses Handlungsfeld keine Tools identifiziert werden. Daher wird im Folgenden auf Checklisten und Tools, die sich bereits im Bereich des Kran-

kenhauses und Einrichtungen der Pflege bewährt haben, zurückgegriffen.

Im Folgenden werden vier Checklisten aus dem Bereich „**Beschilderung**“, „**unterstützende Mitarbeitende**“, „**Internetseiten**“ und „**telefonische Orientierungshilfen**“ bereitgestellt. Mit den Checklisten kann überprüft werden, ob und welche Orientierungshilfen bereits in Ihrer Einrichtung vorhanden sind. Diese Checklisten stellen eine Bündelung und Zusammenfassung wichtiger Aspekte für Handlungsfeld 4 aus unterschiedlichen Handreichungen dar (Abrams et al. 2014; Kraus-Füreder et al. 2020; Lynch 2009; Rudd und Anderson 2006). Für Handlungsfeld 4 werden exemplarisch zwei Tools „**Rundgang-Gespräch**“ (Rudd 2010) und „**AOK Navigatoren**“ (AOK 2021) vorgestellt. Diese sollen dabei unterstützen, die Orientierung und Orientierungshilfen in der Einrichtung zu verbessern.



CHECKLISTE: Beschilderung

1.	Der Name der Einrichtung im Außenbereich am Gebäude ist klar zu erkennen.	<input type="radio"/>
2.	Der Haupteingang ist klar zu erkennen.	<input type="radio"/>
3.	Schilder und Wegweiser sind leicht zu verstehen und in einem gut sichtbaren Bereich (auch für Personen im Rollstuhl oder mit eingeschränktem Sehvermögen).	<input type="radio"/>
4.	Auf Schildern werden gebräuchliche Begriffe verwendet.	<input type="radio"/>
5.	Begriffe auf Schildern sind einheitlich.	<input type="radio"/>
6.	Es werden markante Farben und Symbole bei der Beschilderung verwendet.	<input type="radio"/>
7.	Es werden nicht zu viele Informationen auf einmal vermittelt.	<input type="radio"/>
8.	Die Beschilderung ist gleichmäßig über das Gelände und in der Einrichtung verteilt.	<input type="radio"/>
9.	Ein Informationsschalter steht im Eingangsbereich zu Verfügung und ist gut erkennbar.	<input type="radio"/>
10.	Ein Einrichtungs- bzw. Übersichtsplan steht im Eingangsbereich zur Verfügung und es wird deutlich, an welchem Ort sich die Klient*innen/Bewohner*innen auf dem Plan aktuell befinden.	<input type="radio"/>
11.	An zentralen Standorten der Einrichtung befinden sich Einrichtungspläne und es wird deutlich, an welchem Ort sich Klient*innen/Bewohner*innen auf dem Plan aktuell befinden.	<input type="radio"/>
12.	Es gibt eine sichtbare und für außenstehende verständliche Beschilderung für evtl. unterschiedliche Wohngruppen.	<input type="radio"/>
13.	Orientierung(-hilfen) in und um die Einrichtung werden mit allen Personengruppen (Mitarbeitende und Klient*innen/Bewohner*innen) getestet.	<input type="radio"/>



CHECKLISTE: Unterstützende Mitarbeitende

1.	Unterstützende Mitarbeitende als Orientierungshilfe stehen im Eingangsbereich zur Verfügung (z. B. am Informationsschalter).	<input type="radio"/>
2.	Unterstützende Mitarbeitende sind als solche einfach zu erkennen (z. B. durch Arbeitskleidung, Namensschild).	<input type="radio"/>
3.	Klient*innen/Bewohner*innen erhalten leicht verständliche Anweisungen beim Wechsel zwischen Wohngruppen oder zwischen verschiedenen Orten der Einrichtung.	<input type="radio"/>
4.	Für Klient*innen/Bewohner*innen, die über keine guten Deutschkenntnisse verfügen, stehen geschulte Dolmetscher*innen/-dienste zur Verfügung.	<input type="radio"/>

CHECKLISTE: Telefonische Orientierungshilfe

1.	Automatisierte Telefonanlagen bieten die Möglichkeit, mit einer Person zu sprechen.	<input type="radio"/>
2.	Automatisierte Telefonanlagen bieten die Möglichkeit, Menüpunkte zu wiederholen.	<input type="radio"/>
3.	Am Telefon wird eine klare, einfache und alltägliche Sprache verwendet.	<input type="radio"/>
4.	Das Sprechtempo am Telefon und der automatisierten Telefonanlage ist langsam und gut verständlich.	<input type="radio"/>
5.	Häufig gestellte Fragen, z. B. Angaben zur Einrichtung, Anreiseinformationen zu verschiedenen Transportmitteln (einschl. öffentlicher Verkehrsmittel), können telefonisch beantwortet werden.	<input type="radio"/>



CHECKLISTE: Internetseiten

1.	Informationen auf den Internetseiten sind leicht zu lesen, zu verstehen und anzuwenden.	<input type="radio"/>
2.	Fachbegriffe oder technische Wörter werden vermieden bzw. erklärt.	<input type="radio"/>
3.	Akronyme und Abkürzungen werden vermieden bzw. erklärt.	<input type="radio"/>
4.	Texte sind aktiv geschrieben und sprechen die Klient*innen/Bewohner*innen direkt an.	<input type="radio"/>
5.	Verwendete Sätze enthalten nicht mehr als zwanzig Wörter.	<input type="radio"/>
6.	Erstellte Absätze enthalten nicht mehr als sechs Sätze.	<input type="radio"/>
7.	Es werden aussagekräftige Farben und Symbole verwendet.	<input type="radio"/>
8.	Der Text befindet sich auf neutralem Hintergrund (keine Hintergrundbilder, die das Lesen erschweren).	<input type="radio"/>
9.	Die Informationen auf den Internetseiten können einfach ausgedruckt werden.	<input type="radio"/>
10.	Auf der Internetseite stehen häufig gestellte Fragen (Frequently Asked Questions; FAQ) und Antworten zur Verfügung.	<input type="radio"/>
11.	Die Internetseite ist barrierefrei gestaltet für Klient*innen/Bewohner*innen die einen sog. Screenreader verwenden.	<input type="radio"/>
12.	Der Text ist mit einer einfachen (serifenlosen) Schriftart geschrieben (z. B. Arial).	<input type="radio"/>
13.	Die Internetseite enthält Audio- und Video-Inhalte.	<input type="radio"/>

TOOL: Rundgang-Gespräch

PROBLEM-BESCHREIBUNG

Es ist wichtig, dass sich alle Personen in Ihrer Einrichtung gut orientieren können. Als Mitarbeitende oder Leitung einer Einrichtung sind Ihnen die Wege und Gebäude vertraut. Ob sich Außenstehenden auf dem Weg zu Ihrer Einrichtung und innerhalb Ihrer Einrichtung zurechtfinden, können Sie als Interne evtl. nicht richtig einschätzen. Das Rundgang-Gespräch („Walking Interview“) hilft dabei die Orientierung(-shilfen) so zu verbessern, dass Außenstehende sich problemlos zu und in der Einrichtung bewegen können.

Ebene



Mitarbeitende

INHALT

Das Ziel des Rundgang-Gesprächs stellt die **Verbesserung der Orientierung(-shilfen)** in einer Einrichtung dar (Rudd 2010). Das Rundgang-Gespräch zur und durch die Einrichtung wird mit einer unvoreingenommenen Testperson die Orientierung(-shilfen) auf dem Weg zu der Einrichtung und innerhalb der Einrichtung getestet. **Erschwerende und unterstützende Merkmale** der Orientierung(-shilfen) zur und innerhalb der Einrichtung sollen hierdurch **aufgedeckt** werden (z. B. fehlende Wegweiser).

Einrichtungstyp



WfbM
Einrichtungen
des Gesundheitswesens

ABLAUF

VORBEREITUNG:

- Eine **Testperson** festlegen. Diese sollte unvoreingenommen sein und die Einrichtung noch nicht kennen. Z. B. ein*e Praktikant*in. Personen, die zum ersten Mal die Einrichtung betreten, nehmen Details wie z. B. fehlende Wegweiser, besser wahr.
- Eine*n **erfahrene*n Mitarbeitende*n** festlegen. Diese Person begleitet die Testperson während der Begehung (= Begleitperson) und dokumentiert deren Anmerkungen.
- Eine **Route** planen, welche die wichtigsten Bereiche der Einrichtung während der Begehung abdeckt.
- **Spezifische Fragen** zur Orientierung(-shilfe) in der Einrichtung während der Begehung vorab formulieren (als Fragenkatalog).

DURCHFÜHRUNG:

- Es findet ein **Dialog** zwischen Testperson und Begleitperson während der **Begehung** statt (anhand des Fragenkatalogs).
- Die Testpersonen machen Anmerkungen zur Orientierung(-shilfe) in der Einrichtung.

- Die Begleitperson stellt der Testperson **spezifische Fragen** zur Orientierung(-hilfe) in der Einrichtung (anhand des Fragenkatalogs).
- Die Begleitperson **dokumentiert** die Anmerkungen und Antworten der Testperson.

Die Ergebnisse werden nun bestenfalls von einem Team Ihrer Einrichtung ausgewertet. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse können nun praktische Lösungsansätze für mögliche Probleme erarbeitet und umgesetzt werden.

RESSOURCEN UND MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personellen Ressourcen**:

- Organisator*innen
- Ein bis zwei Mitarbeitende der Einrichtung für das Rundgang-Gespräch
- Ein bis zwei externe Personen für das Rundgang-Gespräch
- Mitarbeitende für den Arbeitskreis zur Auswertung und Umsetzung der Ergebnisse und Lösungsstrategien

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien**:

- Fragenkatalog zur Orientierung(-hilfe) in der Einrichtung
- Papier und Stifte oder digitale Alternative (z. B. ein Tablet)
- Routenplan
- Evtl. Audioaufnahmegerät

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **infrastrukturelle Gegebenheiten**:

- Raum zur Nachbesprechung des Rundganggesprächs und Erarbeitung von Lösungsstrategien
- Einrichtung, in der das Rundgang-Gespräch angewendet wird

Quellen: Rudd, R. (2010): The Health Literacy Environment Activity Packet. First Impression & A Walking Interview. Harvard School of Public Health. Online verfügbar unter: <https://tinyurl.com/y6l8obao>.
Zuletzt geprüft am: 29.01.2021.

TOOL: AOK Navigatoren

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Treten gesundheitliche Problemstellungen auf, brauchen Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige das Wissen um Angebote professioneller Hilfe in ihrer Umgebung. Durch die hier vorgestellten AOK Navigatoren haben alle Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige mit Internetzugang die Möglichkeit medizinische und pflegerische Angebote in ihrer Nähe zu finden.

Ebene



Klient*innen/
Bewohner*innen

INHALT

Die **online-basierten Navigatoren** sind Such-Angebote auf der Website der AOK. Sie erleichtern Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen die Suche nach passendem medizinischen Fachpersonal, Krankenhäusern, Rehabilitationsdiensten, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Navigatoren sollen allen Interessierten **neutrale, geprüfte Informationen** über Angebote in verschiedenen Versorgungsbereichen zur Verfügung stellen und ihnen so eine gute Entscheidungsgrundlage ermöglichen (AOK 2021).

Einrichtungsart



Wohneinrichtungen
für Menschen mit
Behinderung
WfbM

Einrichtungen des
Gesundheitswesens

ABLAUF

VORBEREITUNG:

- Auf der **Internetseite der AOK** (ww.aok.de) findet sich unter dem Menüreiter „Medizin & Versorgung“ der Punkt „Gesundheitsnavigator“.

DURCHFÜHRUNG:

- Auf der Seite „Gesundheitsnavigator“ sind folgende **Suchen** möglich:
 - Arztsuche
 - Krankenhaussuche
 - Hebammensuche
 - Weiterleitung zum „AOK-Pflegenavigator“
- Wählen Sie zunächst den „AOK-Pflegenavigator“ aus.
- Indem Sie auf „Mehr erfahren“ klicken, können Sie auswählen, was Sie suchen möchten.
- Geben Sie Ihre **Postleitzahl** und den **Umkreis** (bei der Arztsuche: bitte ebenfalls die **Fachrichtung**) ein, in der der Dienst gefunden werden soll.
- Beim Pflegenavigator besteht die Möglichkeit „Pflegeheime“ und/oder „Pflegedienste“ und/oder „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ anzukreuzen.

- Im Anschluss werden Ihnen die passenden Ergebnisse zu Ihrer Suche angezeigt.

MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Infrastruktur**:

- Internetzugang
- Digitales Endgerät mit Internetzugang (z. B. Tablet, Laptop, Computer)

Quelle: www.aok.de → „Medizin & Versorgung“ → „Gesundheitsnavigator“ → „AOK-Pflegenavigator“

AOK Hessen (o. J.): AOK Navigatoren. Online verfügbar unter <https://www.aok.de/pk/hessen/medizin-versorgung/gesundheitsnavigator/>, zuletzt geprüft am 17.12.2020.



Handlungsfeld 5: Kommunikation mit Klient*innen/ Bewohner*innen und Angehörigen

Klient*innen/Bewohner*innen werden zunehmend als Partner*innen und aktive Ko-Produzent*innen von Gesundheit und nicht nur als „Behandlungsobjekt“ verstanden. Diese Verschiebung des Rollenverständnisses erfordert eine stärkere Beteiligung der Klient*innen/Bewohner*innen und eine gemeinsame Entscheidungsfindung

im Kontext der zunehmenden Komplexität und Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung. Um diese partnerschaftliche Interaktion zwischen professionellen Akteuren und Expert*innen in eigener Sache zu unterstützen, ist eine **gesundheitskompetente Kommunikation** hilfreich.

Eine gesundheitskompetente Einrichtung ...

- berücksichtigt die **Kommunikationsbedürfnisse** verschiedener Personengruppen,
- stellt sicher, dass die **gesamte Kommunikation in allen Formaten** (d. h. schriftlich und mündlich) klar und leicht verständlich ist,
- nutzt eine **bedürfnisorientierte** Kommunikation.

Die im Folgenden vorgestellte Übersicht gibt Hinweise für eine gesundheitskompetente Kommunikation mit Klient*innen/Bewohner*innen allgemein. Weiterhin werden wichtige Aspekte zur Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Menschen mit geistiger Behinderung thematisiert. Die „Checkliste für das Gespräch mit medizinischem Fachpersonal. Alles, was Sie wissen müssen dient Klient*innen/Bewohner*innen als Orientierung und Unterstützung, wie Sie sich auf ein Gespräch mit dem medizinischen Fachpersonal vorbereiten können.

Die Tools **„Hilfsmittel zur Unterstützung der Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung“** (engl.: **Communicating with people with intellectual disabilities**) (Boardman et al. 2014) und **„Fehlerloses Lernen“** (engl.: **Errorless Teaching/Learning**) (Patiag, Carlos, M. und Farrar Highfield 2017) dienen dazu, die gesundheitskompetente Kommunikation zu gestalten und zu einer gesundheitskompetenten Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen der Einrichtung beizutragen.

Wichtige Hinweise für die **Wichtige Hinweise für die Kommunikation mit Klient*innen/Bewohner*innen**

- **Planen Sie genügend Zeit ein sowie Inhalte für das Gespräch.**
- **Wählen Sie einen für das Gespräch angemessenen und ruhigen Ort.**
- **Achten Sie auf die individuelle Gesundheitskompetenz des/der Gesprächspartner*in**
- **Schaffen Sie eine unterstützende Atmosphäre durch:**
 - freundlichen und empathischen Umgang,
 - aktives Zuhören,
 - Vermeiden von Unterbrechungen,
 - Augenkontakt,
 - aktives Nachfragen und damit signalisiertem Interesse.
- **Verwenden Sie Einfache bzw. Alltagssprache.**
- **Greifen Sie Worte und Begriffe der Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen aufgreifen und verwenden Sie diese.**
- **Bieten Sie Orientierung im Gespräch:**
 - Benennen Sie zu Beginn des Gesprächs ein Ziel und geplante Inhalte.
 - Geben Sie konkrete Handlungsanleitungen.
- Wenn möglich, zeigen Sie konkrete Handlungen im Gegensatz zu reinen verbalen Erklärungen auf.
- Verdeutlichen Sie am Ende des Gesprächs, wie es weitergeht.
- Erläutern Sie die nächste Schritte.
- **Begrenzen Sie die Menge an Informationen.**
- **Wiederholen Sie wichtige Informationen.**
- **Bevor Sie neue Informationen vermitteln, versichern Sie sich, dass vorherige Informationen verstanden wurden.**
- **Regen Sie zu Nachfragen an.**
- **Setzen Sie unterstützende Materialien ein:**
 - Nutzen Sie zur Kommunikation und Erklärung visuelle Materialien, z. B. Bilder, Schautafeln, Piktogramme, Modelle oder Videos.
 - Händigen Sie die wichtigsten Informationen am Ende in schriftlicher Form aus.
- **Halten Sie Checklisten für das Gespräch mit den Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen bereit.**

Wichtig zu wissen: **Kommunikation zwischen (medizinischem) Fachpersonal und Menschen mit geistiger Behinderung**

Von der Herausforderung der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung berichten zahlreiche Studien (Rathmann et al. 2020a; Sappok et al. 2019; Ziviani et al. 2004). Häufig gibt das medizinische Fachpersonal an, schlecht gerüstet

zu sein, um diese heterogene Bevölkerungsgruppe zu versorgen. Insbesondere die unzureichende Kommunikation zwischen dem medizinischem Fachpersonal und Menschen mit einer geistigen Behinderung werden als hinderlich für eine angemess-

ene medizinische Versorgung empfunden. Mangelndes Fachwissen und mangelnde Erfahrung des medizinischen Fachpersonals im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, kaum bzw. nicht ausreichende Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für eine zielgruppenspezifische Versorgung

sowie ein Mangel an Zeit und weiteren strukturellen Ressourcen (z. B. das Vorhandensein notwendiger Hilfsmittel) stellen weitere Barrieren dar (Rathmann et al. 2020a).

Studien (Sappok et al. 2019; Ziviani et al. 2004) mit dem Fokus auf der Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Menschen mit geistiger Behinderung zeigen:

- Medizinisches Fachpersonal muss sich mit möglichen Kommunikationsschwierigkeiten befassen, die sie daran hindern können, Menschen mit geistiger Behinderung angemessen zu behandeln und zu informieren.
- Menschen mit geistiger Behinderung sind frustriert, wenn sie das Gefühl haben, nicht angemessen mit dem medizinischen Fachpersonal kommunizieren zu können.
- Menschen mit geistiger Behinderung sind verärgert, wenn sie nicht in den Kommunikationsaustausch einbezogen wurden.
- Pflegende weisen auf unzureichende Fähigkeiten und Kenntnisse von Menschen mit geistiger Behinderung im Gespräch mit medizinischem Fachpersonal hin.

Empfehlungen für die Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Menschen mit geistiger Behinderung:

- Verwenden von kurzen Sätzen ohne Nebensätze
- Verwenden von Bildern oder Gegenständen zur Veranschaulichung
- Verwenden von Worten bzw. Formulierungen der Patient*innen/ Bewohner*innen/ Klient*innen
- Vormachen, wie die Untersuchung abläuft
- Einbeziehen der Pflegenden als „Übersetzer*innen“
- Einbeziehen der Patient*innen (z. B. Kuscheltier verarzten, selbst abhören)
- Vermeiden von Fremdworten, Metaphern, Ironie und Verneinungen
- Vorbereiten und Einüben der Untersuchung (z. B. Blutentnahmen, Blutdruckmessung oder EKG) durch Pflegende, indem diese im gewohnten Umfeld die Patient*innen mit den nötigen Materialien und Abläufen vertraut machen
- Prüfen, ob Gesagtes verstanden wurde (z. B. mit Hilfe des Tools „Zurückerklären“)



CHECKLISTE:

Kommunikation mit Klient*innen/Bewohner*innen

1.	Mitarbeitende verwenden kurze Sätze und einfache, alltägliche Wörter.	<input type="radio"/>
2.	Klient*innen/Bewohner*innen werden dazu ermutigt, Fragen zur ihrer Situation und Behandlungsmöglichkeiten zu stellen.	<input type="radio"/>
3.	Die Kommunikation mit Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen orientiert sich an deren Bedürfnissen (z. B. eingeschränkte Seh-/Hörfähigkeit).	<input type="radio"/>
4.	Mitarbeitende passen bei Bedarf Ihr Sprachtempo an Klient*innen/Bewohner*innen an.	<input type="radio"/>
5.	Mitarbeitende unterstützen Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige dabei erforderliche Dokumente und Formulare auszufüllen.	<input type="radio"/>
6.	Mitarbeitende nutzen schriftliche Materialien nur zusätzlich – und nie anstelle von – mündlicher Kommunikation.	<input type="radio"/>
7.	Schriftliche und audiovisuelle Materialien sind in den zentralen Sprachen der Klient*innen/Bewohner*innen verfügbar.	<input type="radio"/>
8.	Bei Bedarf wird professionelle Übersetzungshilfe (z. B. Muttersprache, Leichte Sprache, Gebärdensprache) zur Unterstützung bei medizinischen Untersuchungen und Gesprächen mit Klient*innen/Bewohner*innen sowie beim Ausfüllen und Verstehen von Formularen oder Dokumenten bereitgestellt.	<input type="radio"/>
9.	Digitale Medien und Angebote der Einrichtung sind fachlich korrekt, leicht verständlich und an die Klient*innen/Bewohner*innen angepasst.	<input type="radio"/>

TOOL: Barrierefreie Kommunikation: Sprich so mit mir, dass ich dich verstehe

PROBLEM-BESCHREIBUNG

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Bedürfnisse in der Kommunikation und Verständigung. Das gilt insbesondere für gesundheitsrelevante Themen. Um die **partnerschaftliche Interaktion** zwischen Klient*innen/Bewohner*innen und medizinischem Personal zu stärken, Behandlungsfehler zu minimieren, Vertrauen zu schaffen und die Behandlungsqualität zu erhöhen ist eine gute **Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*innen/Bewohner*innen/Klient*innen** essenziell (Becker und Hunziker 2019). Um diesen besonderen Bedürfnissen gerecht zu werden, bietet das Tool „Barrierefreie Kommunikation: Sprich so mit mir, dass ich dich verstehe“ sieben praktische Maßnahmen, die je nach Situation individuell eingesetzt werden können.

- **Gesundheitspass:** Die Klient*innen/Bewohner*innen erhalten jeweils einen Gesundheitspass, in dem die Zusammenfassung der individuellen medizinischen Informationen enthalten sind. Diese Pässe werden z. B. für die Interaktion mit Gesundheits- und Sozialdiensten angewendet. Bei jeder Behandlung wird der Gesundheitspass der Klient*innen/Bewohner*innen vom medizinischen Personal aktualisiert. Insbesondere Hinweise zur individuellen Kommunikation, z. B. vorhandene Hör- und Sehschwierigkeiten und die Art und Weise der Kommunikation, sind in dem Gesundheitspass enthalten. Der Gesundheitspass stellt eine einfache Version des zweiteiligen Hefts aus dem Tool CHAP dar und wird, im Gegensatz zu CHAP nur vom medizinischen Fachpersonal ausgefüllt.
- **Leichte Sprache:** Alle verwendeten Texte, in die Klient*innen/Bewohner*innen Einblick erhalten, werden in vereinfachter Form geschrieben und Fachbegriffe und Abkürzungen erklärt. Leichte Sprache und Illustration unterstützen das Verständnis der Inhalte. Themen sind u. a. leicht verständliche Gesundheitsinformationen, Krankheiten und Therapiemöglichkeiten sowie die Medikamenteneinnahme. Es gibt inzwischen einige Übersetzungsbüros in Deutschland, die Texte professionell in Leichte Sprache übersetzen.
- **Bildbände und Bildbroschüren:** Der Einsatz visueller Materialien unterstützt die Kommunikation und das Verständnis der Informationen. Bildbände und Bildbroschüren enthalten Textpassagen zu gesundheitsrelevanten Themen in einfacher Sprache. Piktogramme und Bilder unterstützen die Textpassagen. Der Einsatz dieser Bildbände und Bildbroschüren funktioniert allerdings nur, wenn die Klient*innen/Bewohner*innen grund-

Ebene



Einrichtung
Klient*innen/
Bewohner*innen

Einrichtungsart



Wohneinrichtungen
für Menschen mit
Behinderung
WfbM
Einrichtungen des
Gesundheitswesens

legende Lesefähigkeiten aufweisen, da dem visuellen Material nur eine unterstützende Funktion zukommt.

- **Jenseits der Worte:** Das Tool „Jenseits der Worte“ ist für Menschen konzipiert, die keine Lesefähigkeiten besitzen. „Jenseits der Worte“ verwendet Bildgeschichten. Die Bilder werden zur Unterstützung der verbalen oder Gebärdenkommunikation verwendet. „Jenseits der Worte“ dient u. a. als Grundlage für Beratungs- und Behandlungsgespräche.
- **Redende Matte:** Die „Redende Matte“ unterstützt Menschen mit geistiger Behinderung dabei, die eigene Meinung und Ansicht zu verschiedenen Themen (z. B. gesunder Ernährung) auszudrücken. Bilder, die einer visuellen Bewertungsskala entsprechen (z. B. „mögen“; „nicht mögen“) liegen im oberen Teil der Matte offen vor allen Gesprächsteilnehmenden ausgebreitet. Ein themenspezifisches Bild ist in der Mitte der Matte platziert (z. B. zur Ernährung). Die Klient*innen/Bewohner*innen legen verschiedene Bilder entsprechend der Bewertungsskala auf die Matte (z. B. welche Nahrungsmittel sie mögen oder nicht mögen).
- **Symbole und visuelle Zeitpläne:** Symbole und Bilder unterstützen die Kommunikation (z. B. in Beratungsgesprächen) und Entscheidungsfindung (z. B. bei der Ernährungsplanung). Visuelle Ablaufpläne können sehr unterschiedlich aussehen, z. B. Karten, die an einer Schnur hängen und den Tagesablauf anzeigen (z. B. „Aufstehen“, „Zähneputzen“, „Bett machen“ usw.). Sie werden insbesondere bei Menschen angewendet, die keine zeitliche Struktur oder Tagesstruktur verinnerlichen können. Visuelle Zeitpläne geben Struktur und verdeutlichen Tagesabläufe.
- **Einsatz von Fachpersonal:** Fachpersonal, z. B. Logopäd*innen, Sprachtherapeut*innen oder Gebärdendolmetscher*innen sind eine wichtige Unterstützung in der Kommunikation mit Menschen mit Behinderung. Sie unterstützen Menschen mit Behinderung dabei, sich auszudrücken und Gesagtes zu verstehen bzw. übersetzen.

Quelle: Boardman, L.; Bernal, J.; Hollins, S. (2014): Communicating with people with intellectual disabilities: a guide for general psychiatrists. *Advances in psychiatric treatment*, 20, 27–36.

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

TOOL: Fehlerloses Lernen

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Emotionen spielen beim Erlernen von Fähigkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung eine große Rolle (Patiag, Carlos, M. und Farrar Highfield 2017). Wenn Informationen falsch verstanden werden, können die entstehenden Frustrationsgefühle so stark sein, dass sich die falschen Informationen stärker einprägen und weiteres Lernen erschweren (Patiag, Carlos, M. und Farrar Highfield 2017). An diesem Punkt setzt das Tool „Errorless Teaching/Learning“ (dt. Fehlerloses Lernen) an.

Ebene



Mitarbeitende

ZIEL UND INHALT

Fehlerloses Lernen ist ein Tool, das zur Weiterbildung von Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt werden kann. Ziel ist es, das Lernen zu erleichtern und Frustrationsgefühle durch Überforderung zu vermeiden.

Einrichtungstyp



Wohneinrichtungen
für Menschen mit
Behinderung
WfbM
Einrichtungen des
Gesundheitswesens

Diese Methode dient der **Wissensvermittlung (z. B. der Medikamenteneinnahme)**, ohne dem lernenden Menschen mit Behinderung das Gefühl zu geben, zu scheitern oder etwas falsch zu machen. Frustrationsgefühle und Überforderung führen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig zu einer Festigung der falschen Antwort, da mit dieser falschen Antwort dann starke Emotionen verbunden sind. Beim „Fehlerlosen Lernen“ sind daher eine Überforderung und damit verbundene Frustrationsgefühle zu vermeiden. Die Lerneinheiten sollten in kleinen Schritten und durch überschaubare Aufgaben vermittelt werden. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass der/die Klient*innen/Bewohner*innen richtig antworten können und Erfolgserlebnisse verfestigt werden. Die Technik des „Fehlerlosen Lernens“ kann auf verschiedene Lerninhalte übertragen werden und erfordert eine intensive Vorbereitung der Lehrenden (z. B. (pädagogisches) Fachpersonal), z. B. die Vorbereitung auf das Können, die Bereitschaft und Art und Weise der einzelnen Teilnehmenden zu lernen (Patiag, Carlos, M. und Farrar Highfield 2017).

ABLAUF

VIER SCHRITTE DES „FEHLERLOSEN LERNENS“:

1. **Festlegen**, was in der Sitzung gelernt werden soll und woran man Lernfortschritte erkennen kann.
2. **Herausfinden**, wie viel Anleitung für direkte Lernerfolge bei den jeweiligen Klient*innen/Bewohner*innen notwendig ist.
3. **Lerneinheit beginnen**, dabei so viel Anleitung geben, wie für den direkten Lernerfolg notwendig ist (siehe Schritt 2). Wenn der/die Klient*in/Bewohner*in richtig antwortet, sollte das

positiv verstärkt werden. Die Art positiver Verstärkung ist je nach Klient*in/Bewohner*in unterschiedlich und sollte an den individuellen Vorlieben der Klient*in/Bewohner*in orientiert sein.

- 4. Bei einer falschen Antwort** sollte die Lerneinheit wiederholt werden bis der/die Klient*in/Bewohner*in richtig antwortet. Dabei werden immer mehr Anleitungen und Hilfestellungen bereit gehalten.

BEISPIEL

Ziel: Zuverlässige und fehlerfreie Medikamenteneinnahme

Zielgruppe: Mitarbeitende, Klient*innen/Bewohner*innen mit geistiger Behinderung

Material: Karten, auf denen Medikamente, schriftliche Anmerkungen und Hinweise zu den Medikamenten stehen

Ablauf:

- Mitarbeitende (z. B. Pflegepersonal oder (pädagogisches) Fachpersonal) erhalten eine Schulung in der Methode des „Fehler-losen Lernens“ (z. B. Präsenzs Schulungen durch externe Anbieter*innen oder Videotutorials)
- Inhalte der Schulung:
 - Verstehen des Konzepts des „Fehlerlosen Lernens“ (siehe Ablauf)
 - Vorteile der Technik für die Wissensvermittlung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen
 - Vor- und Aufbereitung des Lehrmaterials für Klient*innen/Bewohner*innen und ihre Angehörigen
 - Wie erfolgt Weitergabe des Lehrmaterials an Klient*innen/Bewohner*innen und ihre Angehörigen
- Pflegepersonal bereitet Lehrkarten für die entsprechende Thematik (in diesem Fall „Einnahme von Medikamenten“) vor
- Lehrkarten und Technik des „Fehlerlosen Lernens“ wird durch geschultes Pflegepersonal an die Klient*innen/Bewohner*innen und ihre Angehörigen weitergegeben
- Anwendung der Technik des „Fehlerlosen Lernens“ fördert das Erlernen der Medikamenteneinnahme bei Menschen mit geistiger Behinderung
- Verwendung der Medikamenten-Lehrkarten mit Bildern und Text ist bei der Anwendung der Technik des „Fehlerlosen Lernens“ hilfreich

ERGEBNISSE

Die Anwendung der Technik des „Fehlerlosen Lernens“ verstärkt das Erlernen der Medikamenteneinnahme, fördert damit die Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme und führt zu mehr Zufriedenheit bei Klient*innen/Bewohner*innen und ihren Angehörigen. „Fehlerloses Lernen“ erhöht die erfolgreiche Vermittlung von Informationen (z. B. Gesundheitsinformationen) und leistet einen Beitrag für die Zufriedenheit sowie Stärkung des Sicherheitsgefühls der Klient*innen/Bewohner*innen.

MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen:**

- Organisator*innen
- Externe Anbieter*innen, die die Schulungen durchführen
- Mitarbeitende, die sich schulen lassen und die Technik des Fehlerlosen Lernens anwenden und weitergeben

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien:**

- Lern- bzw. Lehrmaterialien, individuell angepasst an den jeweiligen Menschen mit Behinderung
- Papier und Stifte oder digitale Alternative
- Themenspezifische Lehrkarten, die individuell von den Schulenden vorbereitet und/oder angepasst werden

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Infrastruktur:**

- Schulungsraum
- Internetzugang bei virtueller Mitarbeitendenschulung
- Digitales Endgerät bei virtueller Mitarbeitendenschulung (z. B. Tablet, Laptop, PC)

Quelle: Carlos Patiag, M.; Farrar Highfield, M. E. (2017): RN Evaluation of Errorless Methods in Teaching Discharge Medications to Cognitively Challenged Patients. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 42 (6): 312–318

Weiterführende Quelle: Sappok, T.; Diefenbacher, A.; Winterholler, M. (2019): Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 116, S. 809-816..

LINKSAMMLUNG:**Hinweise für die Verwendung von Leichter bzw. Einfacher Sprache und verständliche Gesundheitsinformationen**

Wortliga	https://wortliga.de/textanalyse/
DUDEN für Leichte Sprache	Bredel, U.; Maaß, C. (2016): Leichte Sprache: Theoretische Grundlagen. Orientierung für die Praxis. Berlin: Dudenverlag.
Gute Praxis Gesundheitsinformationen	https://tinyurl.com/yxpsbbhc
Die Flesh-Formel	http://www.leichtlesbar.ch/html/index.html





Handlungsfeld 6: Gesundheitskompetenz der Klient*innen/ Bewohner*innen und Angehörigen

Bei der Behandlung von Personen mit chronischen Erkrankungen spielt die **Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz** und die **Stärkung des Selbstmanagements** eine zentrale Rolle. Durch die Unterstützung der Einrichtung kann die individuelle Gesundheitskompetenz der Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen gestärkt werden. Insbesondere das krankheitsspezifische und behinderungsspezifische Selbstmanagement der Klient*innen/Bewohner*innen sowie der Angehörigen und die Interaktion der Klient*innen/Bewohner*innen sowie der Angehörigen mit den Gesundheitsdiensten kann dadurch verbessert werden (Rathmann et al. 2020a; Rathmann et al. 2020c).

Im Folgenden wird Ihnen eine Checkliste bereitgestellt, anhand derer Sie prüfen können, ob die Gesundheitskompetenz der Klient*innen/Bewohner*innen bereits

beachtet wird und einzelne Aspekte der Gesundheitskompetenz bereits in Ihrer Einrichtung vorhanden sind. Sie stellt eine Synthese aus unterschiedlichen Handreichungen dar (Brega et al. 2015; Kraus-Fürderer et al. 2020).

Nachdem Sie einen Überblick erhalten haben, welche Aspekte in Ihrer Einrichtung schon besonders gut oder weniger vorhanden sind, werden Ihnen drei Tools **„Training zum Medikamentenverständnis und informierten Einwilligung“** (Ferguson und Murphy 2014; Sappok et al. 2019), **„Interaktiv mit Bildern den sicheren Umgang mit Medikamenten lernen“** (Park 2011) und **„3Rs: eine Schulung zur gesundheitlichen Selbstvertretung“** (Feldman et al. 2016) vorgestellt. Diese unterstützen Sie dabei, die individuelle Gesundheitskompetenz ihrer Klient*innen/Bewohner*innen zu verbessern.



CHECKLISTE:

Stärkung individueller Gesundheitskompetenz der Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen

1.	Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige werden dazu ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="radio"/>
2.	Gespräche werden im Sitzen geführt, um auf der gleichen Höhe wie die Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen zu sein.	<input type="radio"/>
3.	Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige werden, während sie sprechen, angesehen.	<input type="radio"/>
4.	Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige werden beim Sprechen nicht unterbrochen.	<input type="radio"/>
5.	Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige werden vor einem Termin gebeten, Fragen mitzubringen.	<input type="radio"/>

TOOL: Training zum Medikamentenverständnis und zur informierten Einwilligung

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Menschen mit geistiger Behinderung soll die Befähigung und Möglichkeit gegeben werden, in die Medikamenteneinnahme einzuwilligen. Dazu ist neben der Einwilligungsfähigkeit, die Verfügbarkeit leicht verständlicher Informationen zu den jeweiligen Medikamenten notwendig. Hier setzt das Tool „Training zum Medikamentenverständnis und zur informierten Einwilligung“ an.

Ebene



Klient*innen/
Bewohner*innen

ZIEL UND INHALT

Das Training zum Medikamentenverständnis soll Menschen mit einer geistigen Behinderung über ihre persönliche Medikation **aufklären**, um auf Grundlage dieser Informationen ihre **Einwilligung** oder Ablehnung für die Einnahme verschriebener Medikamente geben zu können.

Einrichtungsart



Wohneinrichtungen
für Menschen mit
Behinderung

Ziel des Trainings ist es, Klient*innen/Bewohner*innen über ihre persönliche Medikation aufzuklären. Sie sollen darin befähigt werden, eigenständig und begründet in die Einnahme eines Medikaments einzuwilligen oder die Einnahme abzulehnen (**Einwilligungsfähigkeit**) (Ferguson und Murphy 2014; Sappok et al. 2019).

Einrichtungen des
Gesundheitswesens

ABLAUF

Die Teilnehmenden des Trainingsprogramms sind Klient*innen/Bewohner*innen mit einer **leichten bis mittelschweren geistigen Behinderung**, die aktuell Medikamente einnehmen (z. B. Metphormin, Haloperidol oder Epilim).

- Zunächst werden Sprachverständnis und Einwilligungsfähigkeit der Klient*innen/Bewohner*innen vor Beginn des Trainings mithilfe der Mini Mental State Test¹ oder das MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT)² (Icagic 2016; Stechl et al. 2013) verwendet werden.
- Anschließend werden die Klient*innen/Bewohner*innen in **Gruppen** eingeteilt. Jede Gruppe beschäftigt sich mit einem Medikament, das von allen Gruppenteilnehmenden eingenommen wird. Die Gruppengröße kann variieren.

(1) Schnelltest (ca. 30 Minuten) zur Erfassung kognitiver Einschränkungen, v. a. bei älteren Menschen eingesetzt, wird z. B. bei der Demenz-Diagnose angewendet. Es werden Aufgabe in fünf Kategorien behandelt: Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache; Flöer 2017.

(2) 25-minütiges halbstrukturiertes Interview zur Überprüfung des Verständnisses, der Krankheits- und Behandlungseinsicht, des Urteilsvermögens und der Entscheidungsmittelteil; Erhard 2015; Vollmann et al. 2004.

- In **drei Trainingseinheiten** erhält jede Gruppe Informationen zu ihrer jeweiligen Medikation durch ihre/n Projektleiter*in (das kann eine externe Person sein oder geschulte Mitarbeitende der Einrichtung). Dabei werden Inhalte zur Wirkung, der Nutzung/Einnahme und mögliche Risiken und Nebenwirkungen des Medikaments vermittelt sowie Informationen über Alternativbehandlungen gegeben.
- In jeder Gruppe sollten die Richtlinien der gesundheitskompetenten Kommunikation (siehe Handlungsfeld 5) und Leichte Sprache angewendet werden.
- Zwei Wochen nach der Beendigung des Trainings wird erneut die Einwilligungsfähigkeit der Teilnehmenden getestet, um mögliche Verbesserungen zu prüfen.

ERGEBNISSE

In einer Studie zeigte sich, dass vor Beginn des Trainings nur zwei von 28 Teilnehmenden (7%) fähig waren, in ihren Medikamentenplan einzuwilligen. Nach Beendigung des Trainings konnten sechs Teilnehmende (21%) in ihre Medikation einwilligen. Das zeigte sich durch die erneute Testung der Einwilligungsfähigkeit. Der Anstieg der durchschnittlichen Testergebnisse des Einwilligungstests (AACQ) in jeder Gruppe lässt darauf schließen, dass das Trainingsprogramm das Verständnis und die Einwilligungsfähigkeit zur Medikation bei den Klient*innen/Bewohner*innen verbessern konnte. Insgesamt ist zu empfehlen, dass an dem Training neben den Menschen die bereits Medikamente nehmen auch welche teilnehmen, die ein neues Medikament verschrieben bekommen haben. So wird eine Aufklärung von Anfang an gewährleistet (Ferguson und Murphy 2014; Sappok et al. 2019).

RESSOURCEN UND MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen**:

- Organisator*innen
- Externe Anbieter*innen oder geschulte Mitarbeitende, die den Einwilligungsfähigkeitstest mit den Klient*innen/Bewohner*innen durchführen und auswerten können
- Mitarbeitende, die die Trainingseinheiten durchführen und die Gruppen anleiten

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien**:

- Testinstrument zur Einwilligungsfähigkeit
- Papier und Stifte oder digitale Alternative zur Auswertung der Einwilligungsfähigkeitstests

- Medikamentenspezifische Lehrkarten, die individuell von den Mitarbeitenden vorbereitet und/oder angepasst werden

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **infrastrukturelle Gegebenheiten**:

- Raum zur Durchführung des Einwilligungsfähigkeitstests und der Trainingseinheiten

Quelle: Ferguson, L.; Murphy, G. H. (2014): The effects of training on the ability of adults with an intellectual disability to give informed consent to medication. Journal of Intellectual Disability Research, 58(9), 864-73.

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

Sappok, T.; Diefenbacher, A.; Winterholler, M. (2019): Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. In: Deutsches Ärzteblatt 116, S. 809-816

TOOL: Interaktiv mit Bildern den sicheren Umgang mit Medikamenten lernen

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Menschen mit geistiger Behinderung müssen häufig Medikamente einnehmen. Für die Gesundheit der Klient*innen/Bewohner*innen ist es von hoher Relevanz, dass sie ihre Medikamente korrekt einnehmen, was ihnen ohne Hilfe häufig nicht möglich ist. Zur Stärkung der Selbstständigkeit der Klient*innen/Bewohner*innen bzgl. ihrer Medikamenteneinnahme dient das Tool „Interaktiv mit Bildern den sicheren Umgang mit Medikamenten lernen“.

Ebene



Klient*innen/
Bewohner*innen

ZIEL UND INHALT

Das Tool „Interaktiv mit Bildern den sicheren Umgang mit Medikamenten lernen“ ist ein spielerisches Bildungsprogramm (Park 2011). Ziel ist es, dass Menschen mit geistiger Behinderung sowie ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen in ihrer Selbstständigkeit bzgl. ihrer Medikamenteneinnahme gestärkt werden.

Einrichtungsart



Wohneinrichtungen
für Menschen mit
Behinderung

Das Tool nutzt eine Spieloberfläche, die wie eine Landkarte aufgebaut ist. Auf dieser sind verschiedene Stationen eingezeichnet, die für die Medikamenteneinnahme wichtig sind (z. B. die Station „Nebenwirkungen“ oder „Anwendung“) sowie Quiz-Karten, die man an den unterschiedlichen Stationen ziehen kann. Darauf sind themenspezifische Fragen, Antworten und Erklärungen abgebildet (z. B. dass es gut ist, Medikamente immer zur gleichen Tageszeit einzunehmen), über die dann in der Gruppe diskutiert werden kann.

Einrichtungen des
Gesundheitswesens

Die **Wissensvermittlung** wird durch Bilder, Piktogramme und den spielerischen Charakter unterstützt.

ABLAUF

1. Es werden Kleingruppen zu 5-6 Personen gebildet.
2. Auf der Spieloberfläche wählt eine Person eine der sechs Stationen (Einleitung, Anwendung, Nebenwirkungen, Interaktionen mit anderen Medikamenten, Lagerung, Abschlusstest).
3. Es werden Quizkarten zu dem jeweiligen Thema der Station gezogen und über die dort stehende Frage diskutiert und sich auf eine Antwort festgelegt. Es erfolgt jeweils eine begründete Erklärung zur gewählten Antwort.
4. In jeder Gruppe sind zwei ausgebildete Trainer*innen oder Gesundheitsexpert*innen (z. B. Pflegefachpersonal), die u. a. mögliche Fehler bei der Selbstmedikation aufzeigen, für Fragen und weitere Erklärungen zur Verfügung stehen und Feedback geben.

5. Es werden drei Sitzungen à 60 Minuten vorgeschlagen, um ausreichend Informationen zu vermitteln.

RESSOURCEN UND MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen:**

- Organisator*innen
- Mitarbeitende, die die spielerischen Lern-Sitzungen mit den Klient*innen/Bewohner*innen durchführen

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien:**

- Spieloberfläche mit sechs Stationen
- Quizkarten zu den jeweiligen Stationen des Spielplans
- Evtl. Spielfiguren

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Infrastruktur:**

- Raum zur Durchführung der spielerischen Lern-Sitzungen der Lehreinheiten

Quelle: Park, M. (2011): Effects of interactive pictorial education on community dwelling older adult's self-efficacy and knowledge for safe medication. J Korean Acad Nurs. 2011 Dec; 41(6): 795-804.

TOOL: 3Rs: eine Schulung zur gesundheitlichen Selbstvertretung

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Menschen mit insbesondere geistiger Behinderung Gesundheitsinformationen oder Gesundheitsrechte zu vermitteln stellt sich nicht immer als einfach heraus. Durch das Tool „3Rs: eine Schulung zur gesundheitlichen Selbstvertretung“ wird sowohl das Gesundheitswissen, als auch das Wissen um die eigenen Gesundheitsrechte und die Rolle von Respekt und Verantwortung an Menschen mit geistiger Behinderung vermittelt.

Ebene



Klient*innen/
Bewohner*innen

ZIEL UND INHALT

Das **3R-Gesundheitstraining** (3R: Rechte, Respekt und Verantwortung) ist eine **Schulung zur gesundheitlichen Selbstvertretung für Personen mit geistiger Behinderung** (Feldman et al. 2016). Mit dem 3R-Lehrplan zur Gesundheitsselbstbestimmung kann das Gesundheitswissen von Menschen mit geistigen Behinderungen gesteigert werden. Der Lehrplan besteht aus **zwei Teilen**. In dem ersten Teil wird Gesundheitswissen vermittelt. Der zweite Teil thematisiert Gesundheitsrechte, Respekt und Verantwortung.

Einrichtungstyp



Wohneinrichtungen
für Menschen mit
Behinderung

ABLAUF

Zuerst wird **Gesundheitswissen** vermittelt, um den teilnehmenden Menschen mit Behinderung ein grundlegendes Verständnis für ihren Körper, häufige Krankheiten und medizinische Begriffe zu vermitteln. Mit Fragen wie „Was macht das Herz?“ werden die Unterrichtsinhalte niedrigschwellig beigebracht. Der Fokus liegt auf den wichtigsten Körperteilen wie Gehirn, Herz und Lunge und den dazugehörigen biologischen Systemen (Nervensystem, Kreislauf und Atmung) (siehe dazu auch das GESUND!-Projekt von (Burtscher et al. 2017). Die häufigsten Krankheiten mit Symptomen im Zusammenhang mit den Organen werden behandelt. Die Informationen werden durch Videos und Spiele vermittelt. Neben dem Spielformat werden PowerPoint-Folien und Anschauungsmaterial verwendet.

WfbM

Einrichtungen des
Gesundheitswesens

Nach der Wissensvermittlung erfolgt das **3R-Gesundheitsrechtstraining**. Im Kontext von Respekt und Verantwortung werden Menschen mit Behinderung ihre **Gesundheitsrechte** vermittelt. Anhand von 82 Videoszenarien wird den Teilnehmenden, die Achtung der Rechte anderer Menschen und Situationen, in denen die eigenen Rechte oder die anderer verletzt werden können, vermittelt. In den **Videos** werden Rechte, Respekt und Verantwortung sowie mögliche Probleme dargestellt.

Jedes Szenario dauert etwa **30 Sekunden** und beginnt mit der Vorstellung der Akteure. Dann zeigt ein Video eines der folgenden Themen:

- ein Gesundheitsproblem (z. B. der Arzt verwendet einen Fachbegriff, ohne ihn in Leichter Sprache zu definieren, und die Person schaut verwirrt und fragt nicht, was er bedeutet);
- ein Respektproblem (z. B. die Person hält sich nicht den Mund zu, wenn sie hustet);
- ein positives Beispiel, das Respekt zeigt (z. B. die Person hält sich den Mund zu, wenn sie hustet);
- ein Verantwortungsproblem (z. B. eine Mitarbeiterin rät einer Klientin, dass es keine gute Idee wäre, Schokoladenkuchen zu essen, weil sie Diabetes hat. Aber die Klientin sagt, sie würde ihn trotzdem essen); und
- ein positives Beispiel, das Verantwortung zeigt (z. B. die Mitarbeiterin rät der Klientin, dass es keine gute Idee wäre, Schokoladenkuchen zu essen, weil sie Diabetes hat. Und die Klientin stimmt zu, es nicht zu tun).
- Die Inhalte der Videos werden anschließend in Gruppen nachbesprochen.

MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen**:

- Organisator*innen
- Mitarbeitende, die die Sitzungen zur Wissensvermittlung mit den Klient*innen/Bewohner*innen durchführen

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien**:

- Videos und weitere Materialien des 3R-Programms
- Evtl. Stifte und Papier
- Bildschirme für alle Teilnehmenden oder einen Laptop, Beamer und Leinwand

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **infrastrukturelle Gegebenheiten**:

- Raum oder mehrere Räume zur Durchführung der Sitzungen zur Wissensvermittlung

Quellen: Breen, A. (2019): Bridging the Gap: Addressing Learning Disparities for Patients and Caregivers. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2019 March; 25 (3): 427-428.

Feldman, M. A.; Owen, F.; Andrews, A.; Hamelin, J.; Barber, R.; Griffiths, D. (2012): Health self-advocacy training for persons with intellectual disabilities. In: *Journal of intellectual disability research*. JIDR 56 (11), S. 1110-1121.

Feldman, M. A.; Owen, F.; Andrews, A. E.; Tahir, M.; Barber, R.; Griffiths, D. (2016): Randomized Control Trial of the 3Rs Health Knowledge Training Program for Persons with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2016 May; 29(3): 278-88.

Weiterführende Quellen: Burtscher, R.; Allweiss, T.; Perowanowitsch, M.; Rott, E. (2017): Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. *Leichter lernen mit dem Projekt GESUND!*. 2., aktualisierte Auflage. Berlin: vdek.



Handlungsfeld 7: Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden

In vielen Einrichtungen nehmen spezifische **berufliche Risiken** immer weiter zu und gefährden dadurch die Gesundheit der Mitarbeitenden. Somit ist auch die Förde-

rung der individuellen Gesundheitskompetenz bei Mitarbeitenden von großer Relevanz.

Eine gesundheitskompetente Einrichtung fördert die individuelle **Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden** indem sie...

- das **Selbstmanagement** für die Gesundheit fördert,
- **Sicherheit am Arbeitsplatz** gewährleistet und
- einen **gesunden Lebensstil** der Mitarbeitenden unterstützt.

Sobald Mitarbeitende ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse einschätzen können, fällt es leichter eine Unterstützung der Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen zu gewährleisten und gute Entscheidungen für deren Gesundheit treffen zu können.

Es wird Ihnen die **AOK Pflegemediathek**, ein Tool zur Planung und Gestaltung von Schulungsmaßnahmen für Mitarbeitende und eine Intervention zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von pflegenden Angehörigen vorgestellt, die „**Coaching-Intervention durch Telegesundheitsprogramme**“ (Steffen und Gant 2016).

TOOL: AOK PLUS Pflegemediathek

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Vielen Einrichtungen in der Gesundheitsversorgung und Eingliederungshilfe ist es wichtig, dass ihre Mitarbeitenden regelmäßig geschult und fortgebildet werden. Externe Schulungsanbieter sind mit teilweise hohen Kosten und Organisationsaufwand verbunden und intern bestehen häufig nicht die zeitlichen Ressourcen Schulungen vorzubereiten. An diesem Punkt setzt die AOK PLUS Pflegemediathek an.

Ebene



Einrichtung

ZIEL UND INHALT

Bei der AOK PLUS Pflegemediathek handelt es sich um ein Tool zur Planung und Gestaltung von **Schulungsmaßnahmen für Mitarbeitende**. Die Pflegemediathek enthält Schulungsmodule zu verschiedenen Themenbereichen in den Bereichen Prävention (z. B. psychosoziale Gesundheit), Pflege (z. B. nationale Expertenstandard) und Betriebliche Gesundheitsförderung. Die **Module** wurden von Expert*innen nach **Praxisbedürfnissen** entwickelt und können einzeln, aber auch in Kombination mit weiteren Modulen eingesetzt werden (AOK o. J.).

Einrichtungsart



Wohneinrichtungen
für Menschen mit
Behinderung

WfbM

Einrichtungen des
Gesundheitswesens

ABLAUF

VORBEREITUNG

Wählen Sie das gewünschte Schulungsmodul aus. In den multimedialen Modulen befindet sich jeweils eine **PowerPoint-Präsentation** mit zugehörigem **Referierenden-Leitfaden**. Dieser beschreibt den genauen Ablauf der Schulung, die integrierten Medien, Filme und Übungen. Sie haben Zugriff auf **hilfreiche Materialien**, wie z. B. ein Einladungsschreiben, das entsprechende Handout und die Bescheinigung für die Teilnehmenden, eine Teilnehmenden-Liste und Feedbackbögen. Organisieren Sie einen Raum, in dem die Schulung stattfinden kann und werben Sie Teilnehmende für die Schulung an.

DURCHFÜHRUNG

Führen Sie die Schulung nach Vorlage des **Referierenden-Leitfadens** durch.

RESSOURCEN UND MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen:**

- Organisator*innen
- Mitarbeitende, die die Schulungen der anderen Mitarbeitenden durchführen

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **infrastrukturelle Gegebenheiten:**

- Digitales Endgerät mit Internetzugang (z. B. Computer, Tablet, Smartphone)
- Zugang zur AOK Pflegemediathek

Quelle: AOK-Verlag GmbH (o. J.): AOK Pflegemediathek. Verfügbar unter: <https://pflgegemediathek.de/>
(letzter Zugriff: 29.01.2021)



Handlungsfeld 8: Gesundheitskompetenz der lokalen Bevölkerung

Eine gesundheitskompetente Einrichtung fördert die individuelle **Gesundheitskompetenz der lokalen Bevölkerung** indem sie...

- leicht zugängliche, evidenzbasierte **Gesundheitsinformationen** anbietet.
- Initiativen zur **Gesundheitsbildung und -förderung** unterstützt.

Ein Tool zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der lokalen Bevölkerung stellt das „**Patienten-Informationszentrum**“ dar. Dieses wird im Folgenden vorgestellt.

TOOL: Patienten-Informations-Zentrum (PIZ)

PROBLEM- BESCHREIBUNG

Das krankheitsspezifische **Selbstmanagement** und die **Gesundheitskompetenz** stellen im Umgang mit einer Erkrankung eine zentrale Rolle dar. Um mit einer Erkrankung kompetent umgehen zu können, die Lebensqualität aufrechtzuerhalten und für die Alltagsbewältigung, benötigen Klient*innen/Bewohner*innen und deren Angehörige wissenschaftlich geprüfte und verständliche gesundheitsbezogene Informationen. Das **Patienten-Informations-Zentrum (PIZ)** ermöglicht Klient*innen/Bewohner*innen und deren Angehörigen, sich über gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen zu informieren.

Ebene



Einrichtung

INHALT

Es gibt verschieden Möglichkeiten ein PIZ zu gestalten. Ein PIZ als **Medio-Bibliothek** stellt Bücher, Broschüren, Videos, DVDs oder andere Medien zur Information der Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen zur Verfügung. Als **Beratungsstelle** erhalten Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörige im PIZ gesundheitskompetente Hilfe, Beratung und Informationen zu Gesundheitsthemen durch qualifiziertes Fachpersonal vor Ort (Adler 2012). Als **Vermittlungsstelle** gibt ein PIZ Auskünfte über Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen in der Nähe. Als **Schulungsort** bietet ein PIZ (Online-)Veranstaltungen und (Online-)Kurse zu verschiedenen Gesundheitsthemen an (Klinikum Bielefeld o. J.). Weitere Begriffe für ein Patienten-Informationszentrum sind bspw. Patienten-Universität, Gesundheitsinformationszentrum, Selbsthilfekontaktstelle (Adler 2012).

Einrichtungsart



Krankenhaus
Pflege
Eingliederungshilfe

ABLAUF

VORBEREITUNG:

1. Gründung einer Arbeitsgruppe

Für die Implementierung des PIZ bietet es sich an eine Arbeitsgruppe aus verschiedenen Vertreter*innen der Einrichtung zusammenzusetzen.

2. Durchführung einer Basiserhebung

Um einen Ausgangspunkt für die Implementierung des PIZ zu identifizieren bietet sich eine IST-Standanalyse, z. B. mit Hilfe von Fragebögen oder einer Interviewreihe an. Inhalte der Basiserhebung sind:

- Erfahrungen und Erwartungen der Einrichtungsleitung
- Erfahrungen und Erwartungen der Mitarbeitenden

- Erfahrungen und Erwartungen von Klient*innen/Bewohner*innen und Angehörigen
- Erfahrungen und Erwartungen weiterer Akteure (z. B. des Sozialdienstes)

3. Konzept und Profil des PIZ erstellen

Nach der Identifikation der Ausgangssituation werden die Ziele und Aufgaben des PIZ in einem Konzept definiert. Auch die wichtigsten Schritte für die Einführung des PIZ werden hier festgehalten. Weiter wird hier ein Evaluationskonzept für die Angebote im PIZ entwickelt. Die Entwicklung eines Marketing-Konzepts für die medienwirksame Eröffnung des PIZ ist hilfreich, um die Angebote des PIZ in der lokalen Bevölkerung zu verbreiten und bekannt zu machen.

DURCHFÜHRUNG:

1. Interne Verbreitung der Konzeption des PIZ

Zu Beginn der Implementierung des PIZ in der Einrichtung sollte die Konzeption für alle Mitarbeitenden verfügbar sein (z. B. im Intranet).

2. Medienwirksame Eröffnung des PIZ

Um die Reichweite des PIZ zu vergrößern und die Angebote in der lokalen Bevölkerung zu verbreiten, ist eine medienwirksame Eröffnung wichtig. Hilfreich ist hierbei die Anwesenheit von Pressevertreter*innen und andere Anbieter*innen im Gesundheitssektor, wie Beratungsstellen, ärztlichen Fachpersonal, Physiotherapeut*innen, Apotheker*innen.

RESSOURCEN UND MATERIAL

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **personelle Ressourcen:**

- Mitglieder für die Arbeitsgruppe zur Konzeption des PIZ
- Mitarbeitende für das PIZ

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **zeitliche Ressourcen:**

- Ca. 1 bis 1,5 Jahre

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **Materialien:**

- Fragebögen/Interviewleitfäden für die IST-Standanalyse
- Medien für die Medio-Bibliothek (z. B. Broschüren, Bücher, DVDs)

Für dieses Tool benötigen Sie folgende **infrastrukturelle Gegebenheiten:**

- Gebäude/Raum für die Medio-Bibliothek
- Raum für Beratungsgespräche
- Website für das PIZ
- Gebäude/Raum für Informationsveranstaltungen/Vorträge
- Medium für Online-Kurse/-Vorträge (z. B. Zoom, Skype, Webex)

Beispiele für PIZ

- PIZ des Klinikums Bielefeld: www.klinikumbielefeld.de
→ Patienten & Besucher
→ Beratung und Unterstützung
→ Patienten-Informations-Zentrum
(letzter Zugriff: 29.01.2021)
- PIZ des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein: <https://www.uksh.de/PIZ.html>
(letzter Zugriff: 16.04.2021)
- PIZ des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier: <https://www.bk-trier.de/bkt/patienten-besucher/patienten-informationszentrum-piz/> (letzter Zugriff: 16.04.2021)
- Patienten-Universität der Medizinische Hochschule Hannover: www.patienten-universitaet.de
(letzter Zugriff: 29.01.2021)
- Angebot des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ): <https://www.patienten-information.de/>
(letzter Zugriff: 16.04.2021)
- u. v. m

Quelle: Handreichung zum Aufbau eines PIZ. Verfügbar unter: <https://patientenedukation.de/materialien/weitere-handreichungen> (letzter Zugriff: 16.04.2021)

Glossar

GLOSSAR

BEGRIFF	ERKLÄRUNG
Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Umfasst Krankenhäuser, Einrichtungen der Pflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (im Bereich Wohnen und Arbeiten)
Fokusgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Gruppendiskussion, die sich meist an einem Leitfaden orientiert • Zur Durchführung einer Fokusgruppe braucht es: <ul style="list-style-type: none"> • 3-10 Mitglieder der Fokusgruppe • Moderator*in • Protokollant*in und/oder ein Aufnahmegerät • Möglicher Aufbau des Leitfadens: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhaltliche Einführung in das Diskussionsthema Die Mitglieder der Fokusgruppe erhalten durch den/die Moderator*in eine Einführung in das Thema. 2. Kurze Erläuterung der Gruppendiskussion Der/die Moderator*in erklärt das Vorgehen der Gruppendiskussion. 3. Offene Gruppendiskussion Der/die Moderator*in regt die Diskussion der Mitglieder an. Jedes Mitglied soll zu Wort kommen können und sich beteiligen. Der/die Moderator*in nimmt dabei eine unparteiische Haltung ein und bringt sich selbst inhaltlich nicht ein. Als eine Art Schiedsrichter*in achtet er/sie auf einen respektvollen Umgang. 4. Nachfragen Nach Abschluss der offenen Gruppendiskussion erfolgen spezifische Nachfragen zu bestimmten Bereichen des Diskussionsthemas, die vorab festgelegt wurden. Hier können z. B. auch Lösungsvorschläge von zuvor angesprochenen Problemen entwickelt werden.

BEGRIFF	ERKLÄRUNG
Grundprinzipien für die Gestaltung schriftlicher und audio-visueller Materialien	<ul style="list-style-type: none"> • Name und Kontaktdaten der Einrichtung und Datum der Erstellung sind klar ersichtlich • Schriftliche Materialien werden nie ausschließlich, sondern nur zur Unterstützung, persönlicher Kommunikation eingesetzt • Informationen sind mit Quellen-Angaben versehen • Die wichtigsten Informationen aus Sicht der Patient*innen/Bewohner*innen/Klient*innen und Angehörigen stehen im Vordergrund • Texte und Bilder sind kulturell adäquat und enthalten keine potenziell kränkenden Inhalte • Dokumente und schriftliche Materialien stehen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung
Handreichung	<ul style="list-style-type: none"> • Sammlung mehrerer Tools und Interventionen • Zielgruppe sind häufig Akteure aus Wissenschaft und Praxis
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	<ul style="list-style-type: none"> • Das IQWiG ist ein unabhängiges Institut und untersucht den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patient*innen • Das Institut erstellt fachlich unabhängig und wissenschaftlich geprüfte Gutachten z. B. zu: <ul style="list-style-type: none"> • Arzneimitteln • nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden (z. B. Operationsmethoden) • Verfahren der Diagnose und Früherkennung (Screening) • Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen (DMPs)
Instrument	<ul style="list-style-type: none"> • Dient der Messung der individuellen oder organisationalen Gesundheitskompetenz

BEGRIFF	ERKLÄRUNG
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung und Durchführung von mindestens einem Tool zur Stärkung der Gesundheitskompetenz • Sind auf ihre Wirksamkeit überprüft (d. h. evaluiert)
Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> • Systematische Sammlung von Tools und Interventionen • Grundlage für eine Literaturübersicht ist eine systematische Literaturrecherche • Adressiert Akteure in der Wissenschaft als Zielgruppe
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Umfasst das Fachpersonal in einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung
Resilienz	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Widerstandsfähigkeit einer Person • Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen (schwere Krankheiten, Rückschläge, Tod) und starke Belastungen ohne anhaltende psychische Beeinträchtigung zu überstehen (Psychrembel 2021)
Tool	<ul style="list-style-type: none"> • Werkzeug, das die Stärkung der Gesundheitskompetenz adressiert • Umfasst Anleitungen, Handreichungen, Informationsmaterialien sowie Checklisten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Literatur- verzeichnis

LITERATURVERZEICHNIS

- Abrams, M. A.; Kurtz-Rossi, S.; Riffenburgh, A.; Savage, B. A. (2014): Building Health Literate Organizations: *A Guidebook to Achieving Organizational Change*. zuletzt geprüft am 24.06.2020.
- AOK (o. J.): *Pflegemediathek*. zuletzt geprüft am 17.12.2020.
- AOK (2021): *AOK Navigatoren*. zuletzt geprüft am 17.12.2020.
- Becker, Christoph; Hunziker, Sabina (2019): Die Wichtigkeit der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung. In: *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique* 76 (5), S. 231–238. DOI: 10.1024/0040-5930/a001095.
- Beer, C. D.; Horner, B.; Almeida, O. P.; Scherer, S.; Lautenschlager, N. T.; Bretland, N. et al. (2010): Dementia in residential care: Education intervention trial (DIRECT); protocol for a randomised controlled trial. In: *Trials* 11, S. 63.
- Bergström, Helena; Hagströmer, Maria; Hagberg, Jan; Elinder, Liselotte Schäfer (2013): A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. In: *Research in Developmental Disabilities* 34 (11), S. 3847–3857. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.07.019.
- Berkman, Nancy D.; Sheridan, Stacey L.; Donahue, Katrina E.; Halpern, David J.; Crotty, Karen (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: *Annals of internal medicine* 155 (2), S. 97–107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- Boardman, Liz; Bernal, Jane; Hollins, Sheila (2014): Communicating with people with intellectual disabilities: a guide for general psychiatrists. In: *Adv. psychiatr. treat* 20 (1), S. 27–36. DOI: 10.1192/apt.bp.110.008664.
- Brach, C.; Keller, D.; Hernandez, L.; Baur, C.; Parker, R.; Dreyer, B. et al. (2012): *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*. zuletzt geprüft am 17.02.2020.
- Brega, A. G.; Barnard, J.; Mabachi, N. M.; Weiss, B. D.; DeWalt, D. A.; Brach, C. et al. (2015): *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. zuletzt geprüft am 19.05.2020.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. zuletzt geprüft am 06.04.2021.
- Burtscher, R.; Allweiss, T.; Perowanowitsch, M.; Rott, E. (2017): Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Leichter lernen mit dem Projekt GESUND! 2. aktualisierte Auflage. Berlin: vdek.
- Cifuentes, M.; Brega, A. G.; Barnard, J.; Mabachi, N. M.; Albright, K.; Weiss, B. D. et al. (2015): *Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. zuletzt geprüft am 20.08.2020.

- Connor, Melanie; Mantwill, Sarah; Schulz, Peter J. (2013): Functional health literacy in Switzerland--validation of a German, Italian, and French health literacy test. In: Patient education and counseling 90 (1), S. 12–17. DOI: 10.1016/j.pec.2012.08.018.
- Deutscher Bildungsrat Bildungskommission (1973): Empfehlungen der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2021): ICD-10-GM-2021 F70-F79 Intelligenzstörung - ICD10. zuletzt aktualisiert am 31.12.2020, zuletzt geprüft am 06.04.2021.
- Dietscher, C.; Lorenc, J.; Pelikan, J. (2015): Pilottestung zum „Selbstbewertungs-Instrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern“ gemäß dem Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen. LBIHPR Forschungsbericht.
- Elinder, Liselotte Schäfer; Bergström, Helena; Hagberg, Jan; Wihlman, Ulla; Hags-trömer, Maria (2010): Promoting a healthy diet and physical activity in adults with intellectual disabilities living in community residences: design and evaluation of a cluster-randomized intervention. In: BMC public health 10, S. 761. DOI: 10.1186/1471-2458-10-761.
- Erhard, Daniela (2015): Patientenrechte. Thieme. zuletzt aktualisiert am 09.02.2021, zuletzt geprüft am 09.02.2021.
- Erickson, Steven R.; LeRoy, Barbara (2015): Health literacy and medication administration performance by caregivers of adults with developmental disabilities. In: Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA 55 (2), S. 169–177. DOI: 10.1331/JAPhA.2015.14101.
- Feldman, Maurice A.; Owen, Frances; Andrews, Amy E.; Tahir, Munazza; Barber, Rachel; Griffiths, Dorothy (2016): Randomized Control Trial of the 3Rs Health Knowledge Training Program for Persons with Intellectual Disabilities. In: Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID 29 (3), S. 278–288. DOI: 10.1111/jar.12186.
- Ferguson, L.; Murphy, G. H. (2014): The effects of training on the ability of adults with an intellectual disability to give informed consent to medication. In: Journal of intellectual disability research : JIDR 58 (9), S. 864–873. DOI: 10.1111/jir.12101.
- Flöer, Claudia (2017): MMST / MMSE » Mini-Mental-Status-Test / State Examination. In: pfllege.de, 2017. zuletzt geprüft am 09.02.2021.
- Hartung, Susanne; Wihofszky, Petra; Wright, Michael T. (2020): Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. 1st ed. 2020.
- Icagic, Yenilee (2016): Die Autonomie des einwilligungsunfähigen Patienten. Ein Rechtsvergleich des deutschen mit dem US-amerikanischen Recht. Frankfurt am Main: Wolfgang Metzner Verlag (Schriften zum deutschen und ausländischen Familien- und Erbrecht, Band 18).
- Kolpatzik, Kai (2019): Gesundheitskompetenz im Fokus. Das Praxishandbuch. Berlin. zuletzt geprüft am 01.09.2020.

- Kraus-Füreder, Heike; Soffried, Jürgen; Holler, Peter (2020): *Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. Wien.* zuletzt geprüft am 01.02.2021.
- Lennox, N. G.; Green, M.; Diggins, J.; Ugoni, A. (2001): Audit and comprehensive health assessment programme in the primary healthcare of adults with intellectual disability: a pilot study. In: *Journal of Intellectual Disability Research* (45), S. 226–232.
- Lynch, J. (2009): *Literacy Audit for Healthcare Settings. Dublin: NALA.* zuletzt geprüft am 16.05.2020.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International* 15 (3), S. 259–267. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259.
- o. A. (o. J.): German STOFHLA. *Kurzer Test zur funktionalen Lesekompetenz bei Erwachsenen - STOFHLA - Leseverständnis.* zuletzt geprüft am 22.03.2021.
- Oliveira, Maira Okada de; Nitrini, Ricardo; Brucki, Sonia Maria Dozzi (2014): The S-TOFHLA as a measure of functional literacy in patients with mild Alzheimer's disease or mild cognitive impairment. In: *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists* 29 (3), S. 269–277. DOI: 10.1093/arclin/act120.
- Paasche-Orlow, M.; Wolf, M. (2007): The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. In: *am j health behav* 31 (1), S. 19–26. DOI: 10.5993/AJHB.31.s1.4.
- Park, Myonghwa (2011): Effects of interactive pictorial education on community dwelling older adult's self efficacy and knowledge for safe medication. In: *J Korean Acad Nurs* 41 (6), S. 795–804. DOI: 10.4040/jkan.2011.41.6.795.
- Parker, R. M.; Baker, D. W.; Williams, M. V.; Nurss, J. R. (1995): The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. In: *Journal of general internal medicine* 10 (10), S. 537–541. DOI: 10.1007/bf02640361.
- Patiag, Carlos, M.; Farrar Highfield, Martha E. (2017): RN Evaluation of Errorless Methods in Teaching Discharge Medications to Cognitively Challenged Patients. In: *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 42 (6), S. 312–318. DOI: 10.1002/rnj.294.
- Pelikan, Jürgen M.; Dietscher, Christina (2015): Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (9), S. 989–995. DOI: 10.1007/s00103-015-2206-6.
- Pierce, Linda L.; Steiner, Victoria; Dios, Ann Margaret Vergel de; Vollmer, Megan; Govoni, Amy L.; Thompson, Teresa L. Cervantez (2015): Qualitative analysis of a nurse's responses to stroke caregivers on a web-based supportive intervention. In: *Topics in stroke rehabilitation* 22 (2), S. 152–159. DOI: 10.1179/1074935714Z.0000000011.
- Pierce, Linda L.; Steiner, Victoria L.; Khuder, Sadik A.; Govoni, Amy L.; Horn, Lawrence J. (2009): The effect of a Web-based stroke intervention on carers'

- well-being and survivors' use of healthcare services. In: *Disability and rehabilitation* 31 (20), S. 1676–1684. DOI: 10.1080/09638280902751972.
- Pierce, Linda L.; Thompson, Teresa L.; Govoni, Amy L.; Steiner, Victoria (2012): Caregivers' incongruence: emotional strain in caring for persons with stroke. In: *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 37 (5), S. 258–266. DOI: 10.1002/rnj.35.
- Rathmann, K.; Lutz, J.; Vockert, T.; Wetzel, L. D. (2020a): Wie gesundheitskompetent sind Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe? Ergebnisse der GeKoBa-Studie zum Ausmaß der organisationalen Gesundheitskompetenz. In: *Werkstatt:Dialog* (6.2019/1.2020), S. 51–55.
- Rathmann, K.; Nellen, C. (2019): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. In: *Präv Gesundheitsf* 14 (4), S. 375–383. DOI: 10.1007/s11553-019-00704-9.
- Rathmann, Katharina; Kostka, Jacqueline; Olukcu, Sema (2020b): Medizinische Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerst-mehrfacher Behinderung (MZEB): eine qualitative Studie zu aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Behandler_innen. In: *Präv Gesundheitsf*, S. 1–8. DOI: 10.1007/s11553-020-00789-7.
- Rathmann, Katharina; Vockert, Theres; Wetzel, Lorena Denise; Lutz, Judith; Dadaczynski, Kevin (2020c): Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (8), S. 1–29. DOI: 10.3390/ijerph17082886.
- Rudd, R. (2010): *The Health Literacy Environment Activity Packet. First Impression & A Walking Interview. Harvard School of Public Health*. zuletzt geprüft am (letzter Zugriff: 29.01.2021).
- Rudd, R.; Anderson, J. E. (2006): *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Hg. v. The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Center. Boston*. zuletzt geprüft am 04.08.2020.
- Sandjojo, Janice; Zedlitz, Aglaia M. E. E.; Gebhardt, Winifred A.; Hoekman, Joop; Dusseldorp, Elise; Haan, Jeanet A. den; Evers, Andrea W. M. (2018): Training staff to promote self-management in people with intellectual disabilities. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID* 31 (5), S. 840–850. DOI: 10.1111/jar.12440.
- Sappok, T.; Diefenbacher, A.; Winterholler, M. (2019): Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 116, S. 809–816.
- Schaeffer, D.; Vogt, D.; Gille, S. (2019): Gesundheitskompetenz – Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria; Gille, Svea; Griese, Lennert; Klinger, Julia; Sombre, Steffen de et al. (2021): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)* Universität Bielefeld. Bielefeld.

- Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Schmidt-Kaehler, S.; Vogt, D.; Berens, E. M.; Horn, A.; Schaeffer, D. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld.
- Scholten, Gitty; Schuurman, M. I. M. (2008): Eigenwaarde. Leermethodiek Op eigen benen : achtergrond en toepassing. 1e dr. Wezep: INVRA.
- Shooshtari, S.; Temple, B.; Waldman, C.; Abraham, S.; Ouellette-Kuntz, H.; Lennox, N. (2017): Stakeholders' Perspectives towards the Use of the Comprehensive Health Assessment Program (CHAP) for Adults with Intellectual Disabilities in Manitoba. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities (30), S. 672–683.
- Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12 (80), S. 1–13. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Statistisches Bundesamt (2019): Sozialeleistungen. Schwerbehinderte Menschen 2017, zuletzt geprüft am 06.04.2021.
- Stechl, Elisabeth; Knüvener, Catarina; Lämmle, Gernot; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Brasse, Gabriele (2013): Pra-
xishandbuch Demenz. Erkennen ; Verstehen ; Behandeln. 1. Aufl. s.l.: Mabuse-Verlag.
- Steffen, A. M.; Gant, J. R. (2016): A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers. In: International journal of geriatric psychiatry 31 (2), S. 195–203.
- Stöppler, Reinhilde (2017): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. Mit 21 Tabellen, mit Übungsaufgaben und Online-Ergänzungen. 2., aktualisierte Auflage. München, Basel, München: Ernst Reinhardt Verlag; UTB (Basiswissen der Sonder- und Heilpädagogik, 4135).
- U.S. Department of Health and Human Services (o. J.): Quick Guide to Health Literacy. zuletzt geprüft am 24.06.2020.
- Vollmann, J.; Köhl, K-P; Tilmann, A.; Hartung, H. D.; Helmchen, H. (2004): Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen bei dementen Patienten. In: Der Nervenarzt 75 (1), S. 29–35. DOI: 10.1007/s00115-003-1514-5.
- Working Group HPH & HLO (2019): International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international. Wien.
- World Health Organization (2019): Factsheet. Sustainable Development Goals: health targets. Disability. zuletzt geprüft am 06.04.2021.
- Wyre Forest Self Advocacy (2005): Writing it ourselves. In: British Journal of Learning Disabilities 33 (2).

Zanobini, Patrizio; Lorini, Chiara; Baldas-
seroni, Alberto; Dellisanti, Claudia; Bo-
naccorsi, Guglielmo (2020): A Scoping
Review on How to Make Hospitals health
Literate Healthcare Organizations. In: In-
ternational journal of environmental re-
search and public health 17 (3), S. 1-16.
DOI: 10.3390/ijerph17031036.

Ziviani, Jenny; Lennox, Nicholas; All-
ison, Heather; Lyons, Michael; Del Mar,
Chris (2004): Meeting in the middle:
improving communication in primary
health care consultations with peo-
ple with an intellectual disability. In:
Journal of Intellectual & Developmen-
tal Disability 29 (3), S. 211-225. DOI:
10.1080/13668250412331285163.

IMPRESSUM

Die Handreichung „Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz“ entstand im Rahmen des Projekts „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (EwiKo)“ – ein Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda.

[E-Mail: ewiko@pg.hs-fulda.de](mailto:ewiko@pg.hs-fulda.de)



PROJEKTLEITUNG Prof. Dr. Katharina Rathmann Prof. Dr. Kevin Dadaczynski (stellvertretende Projektleitung)	KOOPERATIONSPARTNER Denis Spatzier
MITARBEITERINNEN Alexandra Richardt (M.A.) Lena Salewski (M.Sc.) Loriane Zelfl (M.Sc.)	

Stand: 11.10.2021

Zitation:

Rathmann Katharina; Lutz Judith; Richardt Alexandra; Salewski Lena; Vockert Theres; Zelfl Loriane; Spatzier Denis (2021): Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in den Bereichen Wohnen und Arbeiten (Version 1).

Fulda: Hochschule Fulda

Unter Mitarbeit von Isabell Pfeil und Luisa Walch.

Satz/Layout:

www.metaorange.de

© Hochschule Fulda 2021, alle Rechte vorbehalten

