Präv Gesundheitsf 2023 · 18:59–67
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00923-z>
 Eingegangen: 27. April 2021
 Angenommen: 12. November 2021
 Online publiziert: 3. Januar 2022
 © Der/die Autor(en) 2022

Katharina Rathmann¹ · Judith Lutz · Lena Salewski

¹ Fachbereich Pflege und Gesundheit, Public Health Zentrum Fulda (PHZF), Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung: eine systematische Übersicht

Hintergrund

Seit Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplans zur Gesundheitskompetenz in Deutschland im Jahr 2018 [27] wird zunehmend gefordert, dass Einrichtungen der (Gesundheits)Versorgung auf allen Ebenen nutzerfreundlich und gesundheitskompetent entwickelt werden, damit Nutzende (d. h. Bewohner*innen bzw. Klient*innen) – insbesondere in vulnerablen Lebenslagen – in ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt werden.

Neben den persönlichen Fähigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen zur Entscheidungsfindung im Bereich der Gesundheitsversorgung, Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung [30], werden strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen relevant. Diese sollen im Sinne der organisationalen Gesundheitskompetenz so gestaltet sein, dass sie zum Abbau von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen bei den Zielgruppen (d. h. Fachpersonal, Nutzende und Angehörige) beitragen [16, 17, 26].

Derzeit liegen unterschiedliche Definitionen und Begriffsbestimmungen zur organisationalen Gesundheitskompetenz vor (z. B. [9, 16]). Gemeinsam ist allen Definitionen das Verständnis, dass unter der organisationalen Gesund-

heitskompetenz alle Bemühungen einer Einrichtung verstanden werden, die allen Akteuren und Nutzergruppen – wie Mitarbeitenden (d. h. Leitungs-, Fach- und Betreuungspersonal) und insbesondere Menschen mit eingeschränkten kognitiven oder sprachlichen Fähigkeiten – den Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen und der Gesundheit allgemein erleichtern. Auch sind einrichtungsspezifische Materialien, Leistungen und die Kommunikation derart zu gestalten, dass sie der individuellen Gesundheitskompetenz der Nutzenden zuträglich sind und auf die eigenen gesundheitlichen Belange angewendet werden können [17, 21, 23, 26]. Die organisationale Gesundheitskompetenz kann, je nach Konzept, in acht bis zehn Handlungsfelder bzw. Standards differenziert werden [5, 18, 32].

In Anlehnung an die „international self-assessment tools“ der organisationalen Gesundheitskompetenz [5, 18, 32] werden die Bereiche zur Entwicklung der organisationalen Gesundheitskompetenz in acht sog. Standards bzw. Handlungsfelder eingeteilt (Abb. 1), um die Akteure in der Organisation bzw. Einrichtung auf allen Ebenen (d. h. Leitungsebene, Ebene der Mitarbeitenden und Nutzenden sowie deren Angehörige) bei der Förderung der Gesundheitskompetenz zu adressieren [32].

Um zur Förderung der Gesundheitskompetenz aller Akteure beizutragen, existieren sog. Tools, die als Werkzeuge

und Techniken in Form von Anleitungen, Handreichungen, Informationsmaterialien und Checklisten aufbereitet sind. Für Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderung arbeiten und wohnen (im Folgenden aufgrund besserer Lesbarkeit: Einrichtungen der Behindertenhilfe) sind im deutschsprachigen Raum bislang kaum Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz bekannt. Ambulante, teilstationäre und stationäre Wohnformen und -einrichtungen sowie Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) stellen zwei wichtige Bereiche der Behindertenhilfe dar.

Laut § 20a-k des Sozialgesetzbuchs (SGB) V fällt den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) die Aufgabe der Prävention, Gesundheitsförderung und Förderung der Gesundheitskompetenz u. a. in den Bereichen Wohnen und Arbeiten zu. Das Präventionsgesetz soll insbesondere zur Förderung der Prävention, Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Früherkennung von Krankheiten und zur Verhältnisprävention in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten beitragen. Im Zusammenwirken mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG, SGB IX) stellt dies die Basis für barrierefreie und leicht zugängliche Einrichtungen in Deutschland dar. Vor dem Hintergrund des Nationalen Aktionsplans zur Gesundheitskompetenz (NAP GK) in Deutschland im Jahr 2018 [27] wird

Abb. 1 ◀ Acht Standards (Handlungsfelder) der „international self-assessment tools“ für organisationale Gesundheitskompetenz; *Nutzende* Klient*innen bzw. Bewohner*innen mit Behinderung). (In Anlehnung an [32]; eigene Darstellung)

ergänzend zum Präventionsgesetz sehr deutlich gefordert, dass Einrichtungen der (Gesundheits)Versorgung auf allen Ebenen nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestaltet werden, damit Nutzende – insbesondere in vulnerablen Lebenslagen (bspw. Menschen mit Behinderung) – in ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt werden. Neben den persönlichen Fähigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen [30] stellen die strukturellen und organisationalen Rahmenbedingungen die Basis für die Förderung der Gesundheitskompetenz dar [16, 17, 26]. Gerade Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie WfbM als betriebliche Lebenswelt und Wohnformen für Menschen mit Behinderung als nicht-betriebliche Lebenswelten, sind hierbei anknüpfend an das Präventionsgesetz und den NAP GK zu adressieren, um die Gesundheitskompetenz der Klient*innen bzw. Bewohner*innen, der Angehörigen sowie des Fach- und Betreuungspersonals zielgruppenadäquat zu fördern.

Insgesamt erhielten 765.079 Menschen in Deutschland im Jahr 2019 Leistungen der Behindertenhilfe ($n = 943.315$; Stand: 2018; [8]). In Anbetracht der Anzahl der Akteure in der Behindertenhilfe und der gesetzlichen Rahmen-

bedingungen wird der Bedarf deutlich, Einrichtungen der Behindertenhilfe orientiert an den Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz auszurichten. Eine hohe organisationale Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, die Gesundheitskompetenz und die Gesundheit aller Akteure der Einrichtung langfristig zu stärken, z. B. durch einen vereinfachten Zugang zu und eine bessere Orientierung innerhalb der Einrichtung oder durch die Bereitstellung von zielgruppenadäquaten (Informations)materialien, die zur Reduzierung von Begleit- und Folgeerkrankungen beitragen können [27].

Ziel des Beitrags ist daher 1) Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz für Einrichtungen der Behindertenhilfe systematisch zu erfassen und zu sichten. Daneben werden die ermittelten Tools 2) systematisch nach Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz und Ebene (d. h. Einrichtung, Mitarbeitende, Nutzende oder Angehörige) aufbereitet, um zielgerichtet und bedarfsspezifisch die Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu fördern.

Methode

Die systematische Aufarbeitung von Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz ist begleitend zum Projekt „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (EwiKo)“ – ein Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda (Laufzeit: 2020–2022) entstanden. Übergeordnetes Projektziel ist es, die Gesundheitskompetenz aller Zielgruppen und Nutzenden zu stärken, indem Strukturen und Prozesse zur Entwicklung und Förderung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (d. h. Krankenhäuser, Einrichtungen der Pflege und der Behindertenhilfe) aufgebaut und optimiert werden. In zwei Rechenschritten (systematische Literaturrecherche und Handrecherche) wurden Tools für Einrichtungen der Behindertenhilfe systematisiert (nach Handlungsfeld, basierend auf den acht Standards der organisationalen Gesundheitskompetenz, und Ebene der Einrichtung, der Mitarbeitenden oder der Nutzenden/Angehörigen) und tabellarisch aufbereitet. Die Recherche nach Tools zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe

K. Rathmann · J. Lutz · L. Salewski

Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung: eine systematische Übersicht

Zusammenfassung

Hintergrund. Der Nationale Aktionsplan zur Gesundheitskompetenz (NAP GK) fordert eine nutzerfreundliche und gesundheitskompetente Entwicklung des Gesundheitswesens. Differenziert nach einzelnen Handlungsfeldern und Akteursgruppen existieren bereits zahlreiche Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bspw. für die Versorgung in Krankenhäusern. Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden bislang selten als Lebenswelt zur Entwicklung und Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz adressiert.

Fragestellung. Der Beitrag geht folgenden Fragen nach: 1) Welche Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz liegen für Einrichtungen für Menschen mit Behinderung vor? 2) Welche Tools eignen sich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in den einzelnen Handlungsfeldern?

Methodik. Zur Ermittlung von Tools wurde eine systematische Recherche in den Datenbanken PubMed, Embase, CINAHL und PsycINFO durchgeführt. Insgesamt wurden $N = 1130$ Treffer identifiziert und $n = 116$ Volltexte gesichtet. Die ausgewählten Tools ($n = 35$) wurden nach den acht Standards bzw. Handlungsfeldern einer gesundheitskompetenten Einrichtung sowie nach der Ebene (d. h. Einrichtung, Mitarbeitende, Nutzende) differenziert.

Ergebnisse. Für Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden $n = 35$ Tools, gefunden und aufbereitet. Die meisten Tools lassen sich dem Handlungsfeld 6 „Gesundheitskompetenz der Nutzenden“ ($n = 24$) zuordnen. Für das Handlungsfeld 4 „Navigation“ konnten dagegen keine Tools gefunden werden.

Diskussion. Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz von

Einrichtungen der Behindertenhilfe sind v. a. für das englischsprachige Ausland vorzufinden. Diese sollten für den deutschsprachigen Raum adaptiert und erprobt werden. Für einige Handlungsfelder konnten keine Tools gefunden werden, sodass hier künftig geeignete Tools entwickelt werden sollten, um die Gesundheitskompetenz von Mitarbeitenden (d. h. Leitungs-, Fach- und Betreuungspersonal), Bewohner*innen und Klient*innen von Einrichtungen der Behindertenhilfe nachhaltig zu fördern.

Schlüsselwörter

Organisationale Gesundheitskompetenz · Behindertenhilfe · Behinderung · Einrichtung · Gesundheitsversorgung

Tools to strengthen organizational health literacy in facilities for people with disabilities: a systematic overview

Abstract

Background. The German National Action Plan on Health Literacy (NAP HL) calls for user-friendly and health-literate development of (health) care at all levels. After having focused mainly on personal health literacy so far, the NAP HL and other initiatives increasingly require an organizational perspective on health literacy. Organizational health literacy can be differentiated—along standards—to individual fields of action (e.g., management, communication, employees) of the institution and its user groups. There are already numerous tools in place to strengthen health literacy in hospitals. In contrast, only little is known about other institutions, such as facilities for people with disabilities.

Objectives. The study addresses the following questions: 1) What tools are available for strengthening organizational health literacy in facilities for people with disabilities? 2) Which tools are suitable for strengthening health literacy in the eight fields of action to

implement them in facilities for people with disabilities?

Methods. A systematic database search in PubMed, Embase, CINAHL, and PsycINFO was carried out to determine the tools. A total of $N = 1,130$ publications were identified and $n = 116$ full texts were screened. The selected tools ($n = 35$) were differentiated according to the eight standards of a health-literate organization and the level of organization (i.e., institution, employees, users).

Results. In total, 35 tools met the inclusion criteria and were systematically reviewed for their use in facilities for people with disabilities. Most tools can be assigned to the field of action 6 “Promoting Health Literacy of Clients” ($n = 24$). For the field of action 4 (“Navigation”) on the other hand, no tools could be found specifically to promote health literacy of integration assistance.

Discussion. The study highlights that there are already tools available to strengthen

organizational health literacy in facilities for people with disabilities, particularly on the level of users. However, for some fields of action of organizational health literacy there is a need to develop and test additional tools. The majority of existing tools for other types of organizations (e.g., hospitals) are partly transferable to facilities for people with disabilities. These tools and the already piloted tools from English-speaking countries must be adapted for institutions in German-speaking countries in the future. These tools are the foreground to sustainably promote organizational health literacy in facilities as well as among employees and users with disabilities.

Keywords

Organizational health literacy · Facility for people with disabilities · Disability · Care home · Health care

Abb. 2 ▲ Flussdiagramm der systematischen Datenbank- und Handrecherche zur Ermittlung von Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

ergab $N=1205$ Treffer (Zeitraum 2010 bis Mai 2020). Anschließend folgte die Sichtung von $n=116$ Volltexten anhand zuvor definierter Ein- und Ausschlusskriterien: Treffer, die Tools beinhalteten, die auf die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie die Zielgruppe der Mitarbeitenden, Menschen mit Behinderung und/oder deren Angehörige abzielen und mindestens einem der acht Handlungsfelder der organisationalen Gesundheitskompetenz zuzuordnen sind, erfüllten die Einschlusskriterien. Ausgeschlossen wurden solche Treffer, die reine Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz oder Informations-Websites darstellen, nicht in Deutscher oder Englischer Sprache zur Verfügung stehen, auf unter 18-Jährige abzielen oder nicht als Volltexte zur Verfügung stehen. Es wurden insgesamt $n=35$ Treffer ermittelt, die die Einschlusskriterien erfüllten.

Der Suchverlauf der systematischen Datenbankrecherche zur Ermittlung der Tools für Einrichtungen der Behindertenhilfe ist im Flussdiagramm (Abb. 2) dargestellt. Die ermittelten Tools ($n=35$) wurden folgendermaßen systematisiert: Jedes Tool wurde auf Grundlage der acht Standards der organisationalen Gesundheitskompetenz einem der acht Handlungsfelder zugeordnet. Anschließend wurden die Tools nach folgenden Ebenen differenziert: Ebene der Einrichtung, der Mitarbeitenden oder der Nutzenden bzw. Angehörigen. Die Tools wurden anschließend entlang der erläuterten Systematisierung (nach Standard bzw. Handlungsfeld der organisationalen Gesundheitskompetenz und Ebene) aufbereitet (Tab. 1).

Ergebnisse

Die ermittelten Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Einrichtungen der Behindertenhilfe sind im Folgenden differenziert nach den acht Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz und den Ebenen (Einrichtung, Mitarbeitende, Nutzende) dargestellt. Tab. 1 gibt einen Überblick über die Anzahl und Auswahl (nach Verfügbarkeit und Relevanz für die Behindertenhilfe) der Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Anzahl der ermittelten Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Die systematische Recherche zur Ermittlung der Tools für Einrichtungen der Behindertenhilfe ergab 35 Treffer bzw. Tools. Die meisten Tools lassen sich dem Handlungsfeld 6 „Förderung der Gesundheitskompetenz der Nutzenden“ zuordnen ($n=23$). Handlungsfeld 4 („Navigation“) konnte kein Tool zugeordnet werden. Die meisten Tools für Einrichtungen der Behindertenhilfe finden sich auf Ebene der Nutzenden ($n=31$).

Darstellung exemplarischer Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Im Folgenden wird zu jedem Handlungsfeld der organisationalen Gesundheitskompetenz ein Tool detaillierter beschrieben. Da für Handlungsfeld 4 („Navigation“) keine Tools zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe gefunden wurden, wird ein Tool zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Krankenhäusern aus der Handrecherche beschrieben, das auf den Bereich der Behindertenhilfe adaptiert werden könnte.

Leitbild und Einrichtungskultur: Verankerung der Gesundheitskompetenz in allen Bereichen der Einrichtung (Handlungsfeld 1). Zur Verankerung der Gesundheitskompetenz in allen Bereichen

Tab. 1 Exemplarische Übersicht der Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Handlungsfeld	Ebene	Anzahl (n)	Tools
Handlungsfeld 1: Leitbild	Einrichtung	1	„Multi-component universal intervention“ (Gesundheit umfassend fördern [3])
	Mitarbeitende	1	„Short test of functional health literacy in adults“ (S-TOFHLA; Schnelltest der funktionalen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen [2])
	Nutzende	1	–
Handlungsfeld 2: Entwicklung von Materialien	Einrichtung	0	–
	Mitarbeitende	1	–
	Nutzende	1	Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit [7]
Handlungsfeld 3: Schulung der Mitarbeitenden	Einrichtung	2	„Standing on your own feet“ (Auf eigenen Beinen stehen [25])
	Mitarbeitende	1	„Comprehensive health assessment program“ (CHAP; umfassendes Programm zur Gesundheitsbewertung [14])
	Nutzende	3	„Goal management training“ (GMT; Programm zur kognitiven Rehabilitation [1])
Handlungsfeld 4: Navigation	Einrichtung	0	–
	Mitarbeitende	0	–
	Nutzende	0	–
Handlungsfeld 5: Kommunikation	Einrichtung	0	–
	Mitarbeitende	1	Verbesserung der Kommunikation bei Konsultationen in der primären Gesundheitsversorgung [34]
	Nutzende	5	Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit [7]
Handlungsfeld 6: Gesundheitskompetenz der Nutzende	Einrichtung	2	–
	Mitarbeitende	4	„Communicating with people with intellectual disabilities“ (Aktives Zuhören)
	Nutzende	17	„Comprehensive health assessment program“ (umfassendes Programm zur Gesundheitsbewertung [14]) „The 3Rs health knowledge curriculum“ (3R-Studienplan Gesundheitswissen [11])
Handlungsfeld 7: Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden	Einrichtung	0	–
	Mitarbeitende	1	„Standing on your own two feet“ (Auf eigenen Beinen stehen [25])
	Nutzende	2	„Telehealth behavioral coaching intervention“ (telegestütztes Coaching zur Verbesserung der Selbstachtsamkeit [31])
Handlungsfeld 8: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	Einrichtung	0	–
	Mitarbeitende	0	–
	Nutzende	1	Caring-Web [19]

Mehrfachnennungen von Tools innerhalb der Tabelle aufgrund mehrfacher Zuordnung der jeweiligen Tools zu den Handlungsfeldern oder Ebenen sind möglich. **Nutzende** Klient*innen bzw. Bewohner*innen mit Behinderung

der Einrichtung dient die Intervention „Gesundheit umfassend fördern“ („multi-component universal intervention“). 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 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 und ganzheitlich“ bezeichnet, da sie Mitarbeitende und Bewohner*innen adressiert, neben Aspekten der

Gesundheitsförderung auch die Gesundheitskompetenz adressiert und sowohl unter der Verhaltens- als auch unter der Verhältnisprävention einzuordnen ist.

Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen unter Einbezug der Nutzenden (Handlungsfeld 2). Die Tools in Handlungsfeld 2 empfehlen zunächst die Etablierung einer Arbeitsgruppe zur partizipativen Entwicklung von Informationsmaterialien mit den Nutzenden. Anschließend werden gemeinsam Schlüsselthemen identifiziert, Materialien entwickelt und durch die Nutzenden angewendet und erprobt [13, 29]. Dabei findet z. B. das Tool „writing it ourselves“ – „Wir schreiben es selbst: interaktive Schreibwerkstatt“ Anwendung [33]. Dieses Tool leitet Menschen mit (geistiger) Behinderung dazu an, mit Unterstützung ein Buch oder eine Broschüre zu einem selbst gewählten (gesundheitsrelevanten) Thema zu erstellen. Die Teilnehmenden werden von Trainer*innen und einem wissenschaftlichen Team begleitet und unterstützt. Dabei lernen sie, sich zu organisieren und (schriftlich) zur Gesundheit mitzuteilen. Das Tool zielt u. a. darauf ab, ein gemeinsames Buch oder Informationsmaterialien zu entwickeln. Zudem wird das Empowerment im Bereich der Gesundheit von Menschen mit (geistiger) Behinderung gefördert [33].

Schulung der Mitarbeitenden im Bereich Gesundheitskompetenz (Handlungsfeld 3). Für die Behindertenhilfe konnte ein Tool ermittelt werden, das Mitarbeitende zu „Mediator*innen für Menschen mit Behinderung“ schult („Standing on your own two feet“; dt. „Auf eigenen Beinen stehen“ [25]). Zunächst wird die Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber Menschen mit Behinderung und ihre Arbeitsmethoden mit Menschen mit Behinderung (z. B. Zutrauen und Grad der Aufgaben- und Entscheidungsübernahme) ausgewertet und diskutiert. Anschließend folgt die Vermittlung von Inhalten (z. B. Förderung des Selbstmanagements der Menschen mit Behinderung) und Durchführung unterschiedlicher Übungen mit den Mitarbeitenden (z. B. Rollenspiele

zur Förderung des Selbstmanagements von Menschen mit Behinderung). Die Mitarbeitenden lernen dadurch, wie sie Menschen mit Behinderung bei der Lösung von Aufgaben unterstützen können, ohne dabei zu stark einzugreifen oder die Lösung vorzugeben.

Navigation: Einfache Orientierung und leichter Zugang zu Angeboten, Dokumenten und Materialien (Handlungsfeld 4). Für Einrichtungen der Behindertenhilfe konnten in diesem Bereich keine Tools gefunden werden. Das Tool „Rundganggespräch“ („walking interview“), das bereits für andere Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser) pilotiert wurde [24], kann allerdings ebenfalls für Einrichtungen der Behindertenhilfe herangezogen werden. Das „Rundganggespräch“ dient der Verbesserung der Orientierung(-shilfen) zur und innerhalb der Einrichtung [24]. Durch einen sog. „begleiteten Rundgang“ (deutschsprachige Übersetzung des Toolnamens durch die Autor*innen) zur und durch die Einrichtung werden mit einer unvoreingenommenen Testperson die Orientierung sowie die Orientierungshilfen auf dem Weg zur und durch die Einrichtung getestet und reflektiert. Erschwerende und unterstützende Merkmale der Orientierung(-shilfen) zur und innerhalb der Einrichtung sollen hierdurch aufgedeckt werden (z. B. fehlende Wegweiser, Übersichtskarten, Infopunkte [24]).

Gesundheitskompetente Kommunikation mit Nutzenden (Handlungsfeld 5). Ein hilfreiches Tool zur gesundheitskompetenten Kommunikation insbesondere mit Menschen mit Behinderung ist das Tool „communicating with people with intellectual disabilities“ (dt. „barrierefreie Kommunikation: Sprich so mit mir, dass ich dich verstehe“). Nutzende werden darin befähigt, basierend auf vermittelten Gesundheitsinformationen im Nachgang gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen. Ein Leitfaden für die Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung im psychiatrischen Kontext [4] beschreibt Kommunikationshilfsmittel, die auch auf andere Settings übertragbar sind, in denen mit Menschen mit u. a. geistiger

Behinderung kommuniziert wird. Zu diesen Hilfsmitteln bzw. Tools, die die Kommunikation unterstützen, gehören:

- Gesundheitspässe (Dokumente, die die wichtigsten Informationen zum individuellen Gesundheitszustand des/der Klient*in enthalten),
- die Verwendung Einfacher oder Leichter Sprache,
- der Einsatz von visuellen Informationsmaterialien (Broschüren, in denen kurze Textpassagen von visuellen Darstellungen gestützt sind),
- „Jenseits der Worte“: Broschüren die keine Schriftsprache, sondern nur visuelle Darstellungen enthalten und zur Unterstützung der gesprochenen oder Gebärdensprache eingesetzt werden,
- „Redende Matten“: das sind Unterlagen, auf die Bilder platziert werden und von den Klient*innen mittels einer visuellen Skala bewertet werden können. Hierdurch können die Nutzenden Vorlieben und Abneigungen durch das Platzieren von Bildern zu bestimmten Themen (z. B. Ernährung) ausdrücken, indem sie z. B. das Bild einer Tomate in die Nähe des Bildes für „mögen“ oder „nicht mögen“ legen.
- Visuelle Zeitpläne dienen der Orientierung für Menschen, die keine zeitliche Struktur verinnerlichen können, wie bspw. visuelle Ablaufpläne als Karten, die an einer Schnur hängen und den Tagesablauf anzeigen (z. B. durch Bilder der Tätigkeiten „Aufstehen“, „Zähneputzen“, „Bett machen“ usw.).
- Einsatz von Fachpersonal (z. B. Gebärdendolmetscher*innen, Logopäd*innen).

Diese Tools können unabhängig voneinander oder in Kombination eingesetzt werden.

Förderung der Gesundheitskompetenz der Nutzenden (Handlungsfeld 6). Um das Gesundheitswissen von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern, ist das Tool „the 3Rs health knowledge curriculum“ [11] zu nennen. Die drei „R“ stehen für „Rights, Respect, Responsibility“ (dt. Rechte, Respekt, Verantwort-

tung). Das sog. „Training für die Rechte zur Gesundheit“ besteht aus zwei Teilen: Im ersten Teil wird Gesundheitswissen durch Rollenspiele und Kurzvideos vermittelt. Dazu gehört ein grundlegendes Verständnis für den eigenen Körper und die Erklärung häufig verwendeter medizinischer Begriffe. Der zweite Teil widmet sich den persönlichen Rechten (z. B. Patientenrechte), den Rechten anderer, dem Respekt gegenüber diesen Rechten sowie der Verantwortung für die eigene Gesundheit.

Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden (Handlungsfeld 7).

Eine Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Fach- und Unterstützungspersonen (Unterstützungspersonal umfasst ebenfalls Angehörige, die Menschen mit Behinderung bspw. versorgen oder pflegen) stellt die „telehealth behavioral coaching intervention“ (Übersetzung durch die Autorinnen: „Coaching-Intervention durch Telegesundheitsprogramme“) dar. Bei der „Coaching-Intervention durch Telegesundheitsprogramme“ werden Frauen, die Erwachsenen mit neurokognitiven Störungen betreuen, durch ein verhaltensorientiertes Telegesundheitsprogramm gestärkt. Ziel ist es, die psychische und körperliche Gesundheit der Frauen zu fördern, da insbesondere Betreuungspersonen von Menschen mit neurokognitiven Störungen (z. B. Depression, Alzheimer) häufig schweren (psychischen) Belastungen ausgesetzt sind [31].

Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (Handlungsfeld 8).

Um zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beizutragen, eignet sich das sog. „Caring-Web“, eine Pflege- und Unterstützungswebsite. Das Caring-Web ist eine kostenfreie und frei zugängliche Website. Ziel dieses webbasierten Tools ist es, die Gesellschaft, insbesondere pflegende Angehörige, über das Thema Schlaganfall aufzuklären. Ihnen wird eine, an ihre individuelle Situation angepasste, Hilfestellung angeboten. Hierbei handelt es sich sowohl um praktische Tipps zur Anwendung in der täglichen Pflege als auch um allgemei-

ne Informationen und Unterstützung [20]. Analog zu vielen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist auch für die Behindertenhilfe zusätzlich denkbar, mit sog. „Patienteninformationszentren (PIZ)“ oder anderen Beratungszentren (u. a. Suchtberatungsstellen) zu kooperieren, dort Auskünfte über Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen für die Klient*innen zu erhalten sowie über aktuelle Veranstaltungen, Kurse und Beratungsangebote in der Nähe zu informieren [12]. Ein solches Zentrum ist auch in der Nähe von Trägern der Behindertenhilfe wünschenswert und bereits an vielen Orten oder in „Gesundheitsregionen“ in Deutschland vorzufinden.

Diskussion

Ziel des Beitrags war es, ausgewählte Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz für Einrichtungen der Behindertenhilfe zu ermitteln, nach Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz und Ebene (Einrichtung, Mitarbeitende, Nutzende) erstmals zu differenzieren und exemplarisch darzustellen. Differenziert nach den einzelnen Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz und den Ebenen Einrichtung, Mitarbeitende und Nutzende zeigt sich in der Gesamtschau, dass für einige Handlungsfelder kaum Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz vorliegen, während andere Handlungsfelder eine Vielzahl an Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufweisen.

Im Bereich „Leitbild und Einrichtungskultur“ (Handlungsfeld 1) sind bereits vereinzelt Tools für Einrichtungen der Behindertenhilfe vorhanden, die zur Verankerung der Gesundheitskompetenz in allen Bereichen der Einrichtung beitragen sollen. Insbesondere die Rolle des Leitungspersonals ist maßgeblich für die erfolgreiche Umsetzung der Gesundheitskompetenz und die gesundheitskompetente Führung der Mitarbeitenden [10].

Im Bereich „Entwicklung von Dokumenten, Materialien und Dienstleistungen unter Einbezug der Nutzenden“ (Handlungsfeld 2) existieren bislang nur wenige Tools. Hierbei ist insbeson-

dere die partizipative Gestaltung der (Informations-)Materialien und Dienstleistungen mittels Leitfäden zur barrierefreien Gestaltung zu berücksichtigen [6]. Die partizipative Vorgehensweise bezieht sich u. a. auf die partizipative Entwicklung von Gesundheitsinformationen durch Mitarbeitende gemeinsam mit den Klient*innen sowie auf Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Hierbei finden sich allerdings v. a. englischsprachige Handreichungen, z. B. das AHRQ-Universal Precaution Toolkit (dt. AHRQ umfassendes Vorsorgesetz; [6]). Analoge Tools, die den Einrichtungen an die Hand gegeben werden können, um die Zielgruppe bedarfsgerecht in die Gestaltung von gesundheitsbezogenen Materialien im Sinne der Partizipation einzubeziehen, sind bisher für den deutschsprachigen Raum im Bereich der Gesundheitskompetenzforschung und -praxis selten im Einsatz. Daher ist empfehlenswert, die Tools an die lebensweltlichen und sozio-kulturellen Bedingungen der Nutzenden anzupassen [7] und unter Verwendung visueller Materialien (u. a. Piktogramme, Bildkarten, Fotos) zum Einsatz zu bringen.

Tools zur „Schulung der Mitarbeitenden im Bereich Gesundheitskompetenz“ (Handlungsfeld 3) sollten medizinisches und heilpädagogisches Fach- und Betreuungspersonal im Rahmen der gesundheitskompetenten Kommunikation sowie im aktiven Zuhören schulen, um eine an die Nutzenden orientierte Betreuung und (Gesundheits-)Versorgung zu gewährleisten [17]. Im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigung sollten die Mitarbeitenden dahingehend geschult werden, dass sie die Rolle als Mediator*in einnehmen [25], um die Klient*innen bei der eigenständigen Lösung von (gesundheitsbezogenen) Problemen zu fördern und dadurch deren Gesundheitskompetenz zu stärken.

Für den Bereich „Navigation bzw. Einfache Orientierung und leichter Zugang zu Angeboten, Dokumenten und Materialien“ (Handlungsfeld 4) konnten keine Tools für Einrichtungen der Behindertenhilfe gefunden werden. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass Nutzende langfristig in den

Einrichtungen leben bzw. arbeiten und sich dadurch unabhängig von bspw. Orientierungshilfen gut zurechtfinden. Im Vergleich zu Krankenhäusern ist in Einrichtungen der Behindertenhilfe von einer geringeren Fluktuation der Klient*innen auszugehen. Eine Studie zur organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe konnte darlegen, dass die Orientierung zur und innerhalb der Einrichtung aus Sicht der Einrichtungsleitungen und der Mitarbeitenden als nicht relevant für außenstehende Nutzende betrachtet wurde [23]. Vor dem Hintergrund des Inklusionsgedankens und der barrierefreien Gestaltung von Einrichtungen ist dies künftig kritisch zu hinterfragen. Weiterhin sind auch die Art und das Ausmaß der Behinderung für die Auswahl und Gestaltung der Orientierungshilfen von großer Bedeutung, dahingehend, dass zielgruppenadäquate Materialien und Bestandteile zur besseren Orientierung angeboten werden sollten (u. a. Braille-Schrift, unterstützte Kommunikation durch Audioansagen oder Videohinweise, Verwendung von Piktogrammen).

Die „gesundheitskompetente Kommunikation mit Nutzenden“ (*Handlungsfeld 5*) stellt ein zentrales Anwendungsfeld dar und trägt bei erfolgreicher Anwendung zu einer Verringerung von Fehldiagnosen, Problemen bei der Behandlung von Krankheiten bzw. dem Auftreten von Folgeerkrankungen bei und unterstützt die Koordination von bspw. Besuchen bei ärztlichem Personal [18]. Je nach Art und Grad der Behinderung liegen unterschiedliche Tools zur Förderung der gesundheitskompetenten Kommunikation vor. Gerade für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Klient*innen sind handlungsleitende Materialien und Schulungen für (medizinisches) Fach- und Betreuungspersonal erforderlich und hilfreich [7].

Zur „Förderung der Gesundheitskompetenz von Nutzenden“ (*Handlungsfeld 6*) finden sich v. a. Tools ($n = 17$) auf individueller Ebene der Nutzenden in Einrichtungen der Behindertenhilfe, während auf der Ebene der Einrichtungen nur $n = 2$ Tools dazu zu finden sind.

Hier wird insbesondere der Bedarf an Tools auf Einrichtungsebene deutlich.

Zur „Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden“ (*Handlungsfeld 7*) konnte lediglich eine geringe Anzahl an Tools ermittelt werden. Die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für das Thema Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe und eine kompetente Kommunikation sind in der Interaktion mit Nutzenden essenziell, die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen aufweisen. Die geringe Anzahl an ermittelten Tools zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden kann möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass vorhandene Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden unter den Schlagworten der betrieblichen Gesundheitsförderung und des -managements eingeordnet werden und die Gesundheitskompetenz nur implizit adressieren.

Für die „Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“ (*Handlungsfeld 8*) konnten nur wenige Tools identifiziert werden. Der niedrigschwellige Zugang zu (gesundheitsbezogenen) Informationen und die Unterstützung beim Zugang zu diesen sind besonders relevant, um Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu minimieren [28]. Auch Einrichtungen der Behindertenhilfe sind dazu aufgefordert bspw. eine Kooperation mit einer nahe gelegenen Patientenuniversität [15] oder einem PIZ [12] anzustreben, um dort für die zielgruppenadäquate Gestaltung dieser Angebote zu werben und um weiterhin langfristig zur Gesundheitskompetenz der Klient*innen und deren Angehörigen durch die Inanspruchnahme dieser Angebote beitragen zu können.

Der vorliegende Beitrag verdeutlichte anhand der systematischen Datenbank- und Handrecherche, dass bereits Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz für die Behindertenhilfe vorzufinden sind. Besonders bei der Betrachtung einzelner Handlungsfelder zeigt sich jedoch der deutliche Bedarf zur Entwicklung von Tools zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden.

Zudem existieren die meisten Tools bisher vornehmlich in englischer Sprache und sollten somit auf den deutschsprachigen Kontext angepasst werden. Zur Effektivität und Effizienz dieser Tools lassen sich noch keine abschließenden Aussagen treffen. Insgesamt bedarf es einer einrichtungs- und bedarfsspezifischen Stärkung der Gesundheitskompetenz. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass bspw. die Übersetzung von gesundheitsbezogenen Informationen in Leichte Sprache, der Einbezug von und die Schulung des Betreuungs- und (medizinischen) Fachpersonals notwendig sind [7, 22].

Fazit für die Praxis

- Für die Behindertenhilfe lassen sich spezifische Tools ermitteln, diese sind jedoch meist im englischsprachigen Raum oder in Englischer Sprache vorzufinden und an die Bereiche Wohnen und Arbeiten in der Eingliederhilfe in Deutschland anzupassen.
- Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten neben der organisationalen Einrichtungsebene auch die individuelle Ebene der Mitarbeitenden, der Nutzenden und deren Angehörige adressieren.
- Für Handlungsfeld 5 („Kommunikation“) und Handlungsfeld 6 („Gesundheitskompetenz der Nutzenden“) sind die meisten Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung vorzufinden.
- Auf Einrichtungsebene ist das Leitungspersonal gefordert, die Gesundheitskompetenz zu fördern und als integralen Bestandteil in der Einrichtung zu etablieren (z. B. Verankerung der Gesundheitskompetenz im Leitbild, in der Einrichtungskultur oder im Qualitätsmanagement).
- Die aufgeführten Tools sind für die Behindertenhilfe in Deutschland zu adaptieren, zu pilotieren und auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Katharina Rathmann
Fachbereich Pflege und
Gesundheit, Public Health
Zentrum Fulda (PHZF),
Hochschule Fulda
Fulda, Deutschland
katharina.rathmann@
pg.hs-fulda.de

Danksagung. Diese Arbeit ist begleitend zum Projekt „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Ewi-Ko)“ – ein Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda (Laufzeit: 2020–2022) entstanden.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Rathmann, J. Lutz und L. Salewski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autorinnen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Archer KR, Coronado RA, Haislip LR et al (2015) Telephone-based goal management training for adults with mild traumatic brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 16:244. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0775-1>
2. Beer CD, Horner B, Almeida OP et al (2010) Dementia in residential care: education intervention trial (DIRECT); protocol for a randomised controlled

- trial. *Trials* 11:63. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-63>
3. Bergström H, Elinder LS, Wihlman U (2014) Barriers and facilitators in health education for adults with intellectual disabilities—a qualitative study. *Health Educ Res* 29(2):259–271
4. Boardman L, Bernal J, Hollins S (2014) Communicating with people with intellectual disabilities: a guide for general psychiatrists. *Adv Psychiatr Treat* 20(1):27–36
5. Brach C, Keller D, Hernandez L et al (2012) Ten attributes of health literate health care organizations. https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf. Zugriffen: 17. Febr. 2020
6. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM et al (2015) AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No. HHS290200710008, TO#10.) AHRQ Publication No. 15-0023-EF. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality
7. Burtscher R, Grimmer A, Sappok T (2021) Einfach Sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache. Hogrefe, Bern
8. DeStatis (2019) Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen insgesamt, nach Ort der Leistungserbringung und Ländern am 31.12.2019. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-bl-eingliederung-hilfe-behinderte-menschen.html>. Zugriffen: 23. Apr. 2021
9. Ernstmann N, Bauer U, Berens E-M et al (2020) DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung (DNVF Memorandum Health Literacy (Part 1)—Background, Relevance, Research Topics and Questions in Health Services Research). *Gesundheitswesen* 82(7):77–93
10. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L (2018) Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry* 55:46958018757848. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
11. Feldman MA, Owen F, Andrews AE et al (2016) Randomized control trial of the 3Rs health knowledge training program for persons with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 29(3):278–288
12. Klinikum Bielefeld (o. J.) Patienten-Informationen-Zentrum. <https://www.klinikumbielefeld.de/beratung-und-unterstuetzung.html>. Zugriffen: 17. Dez. 2020
13. Kraus-Füeder H, Soffried J, Holler P (2020) Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. Wien
14. Lennox NG, Green M, Diggins J et al (2001) Audit and comprehensive health assessment programme in the primary healthcare of adults with intellectual disability: a pilot study. *J Intellect Disabil Res* 45:226–232
15. Medizinische Hochschule Hannover (o. J.) Patientenuniversität. www.patienten-universitaet.de. Zugriffen: 17. Dez. 2020
16. Meggetto E, Ward B, Isaccs A (2018) What's in a name? An overview of organisational health literacy terminology. *Aust Health Rev* 42(1):21–30
17. Pelikan JM, Dietscher C (2015) Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58(9):989–995
18. Pelikan JM, Ganahl K, Röthlin F (2013) Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation. Linz
19. Pierce LL, Steiner V, de Dios AM, Vollmer M, Govoni AL, Thompson TL (2015) Qualitative analysis of a nurse's responses to stroke caregivers on a web-based supportive intervention. *Top Stroke Rehabil* 22(2):152–159
20. Pierce LL, Steiner VL, Khuder SA et al (2009) The effect of a Web-based stroke intervention on carers' well-being and survivors' use of healthcare services. *Disabil Rehabil* 31(20):1676–1684
21. Rathmann K, Lutz J, Vockert T et al (2020) Wie gesundheitskompetent sind Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe? Ergebnisse der GeKoBa-Studie zum Ausmaß der organisationalen Gesundheitskompetenz. *Werkstatt:Dialog* 1:51–55
22. Rathmann K, Nellen C (2019) Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. *Prävention Z Gesundheitsförd* 14(4):375–383
23. Rathmann K, Vockert T, Wetzel LD et al (2020) Organizational health literacy in facilities for people with disabilities: first results of an explorative qualitative and quantitative study. *Int J Environ Res Public Health* 17(8):1–29
24. Rudd R (2010) The health literacy environment activity packet. First impression & a walking interview. Harvard School of Public Health. Online tools. Health Literacy Studies. hsph.harvard.edu/healthliteracy
25. Sandjojo J, Zedlitz AMEE, Gebhardt WA et al (2018) Training staff to promote self-management in people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 31(5):840–850
26. Schaefer C, Bitzer EM, Dierks ML (2019) Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/>. Zugriffen: 18. Jan. 2021
27. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U et al (2018) Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>. Zugriffen: 10. Dez. 2020
28. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M et al (2016) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld
29. Seligman HK, Wallace AS, DeWalt DA et al (2007) Facilitating behavior change with low-literacy patient education materials. *Am J Health Behav* 31:69–78
30. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(80):1–13
31. Steffen AM, Gant JR (2016) A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers. *Int J Geriatr Psychiatry* 31(2):195–203
32. Working Group HPH & HLO (2019) International self-assessment tool organizational health literacy (responsiveness) for hospitals—SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international. Wien
33. Wyre Forest Self Advocacy (2005) Writing it ourselves. *Br J Learning Disab* 33(2):65–69
34. Ziviani J, Lennox N, Allison H et al (2004) Meeting in the middle: improving communication in primary health care consultations with people with an intellectual disability. *J Intellect Dev Disabil* 29(3):211–225