

2. Internationales Symposium

# Gesundheitskompetenz – Forschung, Praxis, Politik

2./3. Mai 2019

**Abstractband**



In Kooperation mit

NATIONALER  
AKTIONSPLAN  
GESUNDHEITSKOMPETENZ





## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Hintergrund .....  | 1  |
| WERKSTATTGESPRÄCHE .....   | 2  |
| FORSCHUNG I - BEVÖLKERUNGSBEZOGENE STUDIEN .....   | 2  |
| Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2) .....  | 2  |
| Impact of limited health literacy on the general health status of the German speaking adult population ..... | 3  |
| Die Gesundheitskompetenz der Nationalen Kohorte .....  | 3  |
| Facetten der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund .....                  | 4  |
| Projektvorstellung des HINTS.....  | 4  |
| FORSCHUNG II - GESUNDHEITSKOMPETENZ VULNERABLER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN.....                                     | 5  |
| Gesundheitskompetenz und Migrationshintergrund.....  | 5  |
| Besonderheiten der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit psychischen Erkrankungen .....                      | 6  |
| Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung .....  | 7  |
| Gesundheitskompetenz und Lebensqualität bei Prostatakrebs.....   | 7  |
| Health Literacy im Kontext von Alphabetisierung und Grundbildung.....  | 8  |
| Schulgesundheitspflege als Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz .....                               | 8  |
| PRAXIS - INTERVENTIONEN, EVALUATION UND IMPLEMENTATION.....  | 9  |
| Schulprojekt „Pausenlos gesund“ .....  | 9  |
| Wirkvoraussetzungen von Online- und Offline Gesundheitsinformationen .....                                   | 10 |
| Gesprächsqualität im Gesundheitswesen - Bedingungen eines Paradigmenwechsels .....                           | 11 |
| Organisationale Gesundheitskompetenz im kommunalen Setting .....   | 12 |
| Selbstcheck «Gesundheitskompetente Organisation» .....   | 12 |
| Health Literacy Policyforschung im Kindes- und Jugendalter .....   | 13 |
| POSTER .....   | 14 |
| Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz .....  | 14 |
| Stärkung der eHealth Literacy älterer Menschen .....   | 14 |
| Selbstmanagement-Förderung in den „Gesund und aktiv leben“ Kursen der Initiative INSEA.....                  | 14 |
| Präventive Beratung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werdender Mütter .....                             | 15 |
| Pflegeinterventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der psychiatrischen Versorgung .....          | 16 |
| Der leicht verständliche Patientenbrief .....  | 16 |
| Ärztliche Kompetenzen zur Förderung von Gesundheitskompetenz.....  | 17 |
| Gesundheitsbildung an Volkshochschulen als Grundlage der Förderung von Gesundheitskompetenz .....            | 18 |
| Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen .....  | 19 |
| Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen .....  | 19 |
| Genderbezogene Analyse und Gesundheitsökonomische Begleitung von HL Interventionen .....                     | 20 |
| Gesundheitskompetenz, sozioökonomischem Status und chronischer Erkrankung bei Viertklässler*innen .....      | 20 |
| Entwicklung einer Intervention zur Förderung psychischer Gesundheitskompetenz.....                           | 21 |
| Sozioökonomischer Status, elterliche Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten von Kindern .....     | 22 |
| Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen .....  | 22 |
| Gesundheitskompetenz vulnerabler Zielgruppen im ländlichen Raum .....  | 22 |
| Gesundheitskompetenz von Menschen mit psychischen Gesundheitsstörungen: Systematisches Review .....          | 23 |
| Health Literacy von Personen mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung?.....                            | 24 |
| Gesundheitskompetenz von medikamentenkonsumierenden Frauen .....   | 25 |
| Gesundheitskompetenz bei einem erhöhten Alzheimer Demenz-Risiko .....  | 25 |
| Gesundheitskompetenz und Migration: Perspektiven von FachexpertInnen aus dem Gesundheitswesen .....          | 26 |
| Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung .....  | 27 |
| Gesundheitskompetenz in verschiedenen Kontexten .....  | 28 |
| Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogener Lebensqualität.....                  | 28 |
| Digitale Gesundheitskompetenz: Eine Bedarfsermittlung bei Versicherten der AOK Nordost .....                 | 28 |
| Gesundheitskompetenz im Kontext genetischer Risikoprädiktion im Bereich Brust- und Eierstockkrebs.....       | 29 |
| Gesundheitskompetenz in der ärztlichen Versorgung .....  | 30 |
| Effektivität einer webbasierten Maßnahme zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Berufsschülern .....     | 30 |
| Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogenes Informationshandeln .....                                      | 31 |
| Gesundheitskompetenz in der kardiologischen Rehabilitation .....   | 31 |
| Das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) – Hintergrund und Zielsetzung .....                        | 32 |

## Hintergrund

### *2. Internationales Symposium | Gesundheitskompetenz: Forschung - Praxis - Politik*

Die Förderung der Gesundheitskompetenz stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die das Engagement vieler Akteure erfordert – im Gesundheitswesen ebenso wie im Erziehungs- und Bildungssystem, der Arbeitswelt, dem Freizeit-, Konsum- und Medienbereich und auch in der Forschung. Mit dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz wurde dafür ein Programm mit insgesamt 15 Empfehlungen vorgelegt. Das zweite Symposium zur Gesundheitskompetenz an der Universität Bielefeld knüpft an die Empfehlung 15 des Nationalen Aktionsplans an: „Gesundheitskompetenz systematisch erforschen“.

Das Symposium hat das Ziel, eine Bestandsaufnahme der internationalen und nationalen Forschung zur Gesundheitskompetenz vorzunehmen und nach den bestehenden Herausforderungen in der Forschung, der Praxis und der Politik zu fragen.

#### **Organisation und Kontakt**

##### **Tagungscoordination**

Prof. Dr. Doris Schaeffer und Dr. Eva-Maria Berens

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

AG6 - Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft

Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung

Prof. Dr. Ullrich Bauer und Orkan Okan

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG2 - Sozialisation, Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter

Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung

##### **Kontakt**

Ina Horn und Britta Bender

Email: [gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de](mailto:gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de)

Tel.: +49 521 106-3896

## WERKSTATTGESPRÄCHE

### FORSCHUNG I - BEVÖLKERUNGSBEZOGENE STUDIEN

#### ***Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2)***

##### *Wiederholungsbefragung und internationale Vergleichbarkeit*

Eva-Maria Berens, Doris Schaeffer

**Hintergrund:** Viele internationale Studien und auch der europäische Health Literacy-Survey (HLS-EU, 2012) belegen, dass ein großer Teil der Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt und Schwierigkeiten hat, gesundheitsrelevante Information ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Ähnlich sind die Ergebnisse der ersten repräsentativen Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER): danach weisen insgesamt 54,3 % der Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Mit dem HLS-GER konnte eine erste wichtige Datengrundlage zur Gesundheitskompetenz in Deutschland geschaffen werden. Um zu ausreichenden Erkenntnissen zu gelangen und auch, um ein systematisches Vorgehen bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zu ermöglichen, ist es jedoch nötig, die Gesundheitskompetenz wiederholt zu messen – eine Forderung, die auch von der WHO unterstrichen wird. Denn nur dies erlaubt Zeitvergleiche und ermöglicht, Problemfelder und Interventionserfordernisse zu identifizieren und die Effekte von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu messen. Eine solche wiederholte Befragung und Messung von Gesundheitskompetenz erfolgt mit dem HLS-GER 2. Die Wiederholungsbefragung wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und ist Teil der internationalen Vergleichsstudie HLS-19, die vom „WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)“ unter dem Dach der Health Information Initiative (EHII) der WHO Europa unterstützt wird.

**Methode:** Für Deutschland wird anknüpfend an die Vorgehensweise im HLS-GER eine erneute repräsentative, persönliche Befragung von 2.000 Personen zur Gesundheitskompetenz in Deutschland erfolgen. Die Gesundheitskompetenz wird mit dem international verbreiteten Befragungsinstrument HLS-EU-Q47 erhoben, das aktuell überarbeitet wird. Zusätzlich wird die Befragung um neue Themen ergänzt, die in der Zwischenzeit an gesellschaftlicher Relevanz gewonnen haben, so u.a. Navigation-Literacy, eHealth Literacy und Informationsverhalten. Die Erweiterung erfolgt im Rahmen des M-POHL Netzwerks.

**Ergebnisse/Diskussion:** Mit dem HLS-GER 2 können vertiefende Erkenntnisse zum Gesundheitskompetenz-Niveau der deutschen Bevölkerung generiert werden, die internationalen Standards entsprechen und einen Vergleich zwischen zahlreichen europäischen Ländern ermöglichen. Gleichzeitig bildet das Vorhaben wichtige Grundlage für die Interventionsentwicklung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

## ***Impact of limited health literacy on the general health status of the German speaking adult population***

Nadine Reibling, Claus Wendt, Sibel Altin

**Objective:** Despite well-documented links between health literacy and health outcomes in the context of chronic conditions, there has been almost no empirical research on this relationship among the German adult population making it necessary to investigate these interrelations.

**Methods:** We conducted 3.000 telephone interviews with a nationally representative sample of German adults between 40 and 75 years. Health literacy was operationalized with a translated version of the BRIEF scale. By using univariate and multivariate hierarchical regression, we investigate the relationship between health literacy and health status (controlling for socio-demographic covariates).

**Results:** Overall, 24% (720) of the sample has only limited health literacy skills. The multivariate regression analysis demonstrates that health literacy has a significant effect on the subjective health status. Further analysis reveals no interaction effect between health literacy and chronic conditions, indicating that a sufficient health literacy level does not necessarily mitigate the impact of chronic conditions on overall self-rated health.

**Conclusions:** Our results help to gain a deeper insight in the significance of literacy related health outcome differences among the German adult population.

**Practice implications:** Findings of this study might be helpful to raise awareness on the importance of literacy in the context of individual health and develop national action plans to mitigate undesirable effects of limited health literacy

## ***Die Gesundheitskompetenz der Nationalen Kohorte***

Wolfgang Ahrens, Hilke Brockmann, Adele Diederich

**Hintergrund:** Eine steigende Lebenserwartung lässt sich nur zum Teil durch höhere Gesundheitsausgaben erkaufen (OECD 2018). Einflussreichere Determinanten sind ein gesunder Lebensstil, Einkommen und Bildung. Sie korrelieren hoch mit der Gesundheitskompetenz, einem Konzept, das durch den „Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ endlich auch auf die öffentliche deutsche Agenda gelangt. Denn 54% der deutschen Bevölkerung wird eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz attestiert (Schaeffer et al., 2018). Grundlage dieser Befunde ist ein standardisiertes Erhebungsinstrument (HLS-EU-Q47). Sind diese Ergebnisse durch Sekundärdaten replizierbar? Mit der vorgestellten Studie wollen wir anhand der Daten der nationalen Kohorte (NAKO) testen, ob und inwieweit (für andere Zwecke erhobene) soziodemografische Merkmale, das (Nicht)Wissen über den eigenen Gesundheitsstatus und das individuelle Gesundheitsverhalten ebenso zur Ermittlung von Gesundheitskompetenz geeignet sind.

**Methode:** Datengrundlage sind 100,000 Befragte der ersten Welle der nationalen Helmholtz-Kohorte. Wir nutzen sozioökonomische Daten, (Nicht-)Wissensinformationen und Angaben zum konkreten Gesundheitsverhalten. Zur Überprüfung der Reliabilität und Validität unserer Messung von Gesundheitskompetenz verwenden wir standardisierte Analyseverfahren: Konsistenzmaße, Faktorenanalysen und Multitrait-Multimethoden-Matrizen (Campbell, Fiske 1959). Matching-Verfahren gewährleisten eine Vergleichbarkeit der Studienpopulationen.

**Ergebnisse:** Wir erwarten eine gute Replizierbarkeit der repräsentativen Befunde anhand der NAKO-Daten. Aufgrund der hohen Teilnehmerzahlen werden wir die Befunde auch gruppen- und krankheitsspezifisch genauer aufschlüsseln.

**Diskussion:** Wenn sich Gesundheitskompetenz aus weiteren Sekundärdaten verlässlich ermitteln ließe, dann wäre dies ein wichtiger Fortschritt zur Erweiterung der Datengrundlage und damit zur genaueren Erforschung der Funktion und der Folgen von Gesundheitskompetenz.

### ***Facetten der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund***

*Ergebnisse der Pilotstudie "Measurement of Health Literacy Among Adolescents"*

Olga Maria Domanska, Susanne Jordan

**Hintergrund:** In Deutschland haben rund 30% der jungen Menschen (10-20 Jahre) einen Migrationshintergrund (MH). Einige internationale Studien zur Gesundheitskompetenz von Erwachsenen weisen auf eine geringere Gesundheitskompetenz bei Personen mit MH hin. Die wenigen Studien mit Jugendlichen zeigen hierbei keine eindeutigen Ergebnisse. Ziel unserer Pilotstudie war es, zu untersuchen, ob sich Jugendlichen mit und ohne MH in Bezug auf verschiedene Aspekte der Gesundheitskompetenz unterscheiden.

**Methode:** Eine postalische Befragung zur Gesundheitskompetenz wurde in Berlin bei 14- bis 17-Jährigen durchgeführt. Dazu wurde eine Einwohnermeldeamt-basierte Zufallsstichprobe gezogen. Der beidseitige MH wurde anhand der Fragen zum Herkunftsland der Eltern und der befragten Jugendlichen ermittelt. Es wurde die selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogenes Wissen anhand von acht Fragen erfasst. Um die Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne MH zu untersuchen, wurden bivariate Analysen durchgeführt und in Regressionsmodellen für soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und sozioökonomischer Status der Familie) adjustiert.

**Ergebnisse:** Für die Analysen wurden n=618 Fälle mit vollständigen Daten zum MH berücksichtigt, davon hatten 26,2% Jugendliche einen beidseitigen MH. Die bivariaten Analysen zeigten, dass Jugendlichen mit beidseitigem MH im Durchschnitt weniger Wissensfragen (Median = 4 vs. 5) richtig beantworteten als Jugendliche ohne MH. Bezüglich der allgemeinen Gesundheitskompetenz bestand nur ein geringer Unterschied zwischen den Gruppen. Nach Adjustierung schien der MH nur für das gesundheitsbezogene Wissen relevant zu sein.

**Diskussion:** Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es bezüglich des Wissens Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne beidseitigen MH gibt. Weitere Forschung sollte untersuchen, inwiefern sich die Unterschiede auch in unterschiedlichen Migrantengruppen beobachten lassen und welche Faktoren dies beeinflussen.

### ***Projektvorstellung des HINTS***

*Welche Daten können zum Gesundheitsinformationsverhalten der Menschen in Deutschland zur Diskussion über Gesundheitskompetenz leisten?*

Eva Baumann, Fabian Czerwinski

**Hintergrund:** Wenn 54 % der deutschen Bevölkerung teils erhebliche Probleme im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen berichtet (Schaeffer et al., 2016), deutet dies nicht nur auf Handlungsbedarfe der Gesundheitskompetenzförderung hin, sondern verweist auch darauf, dass die Art der Nutzung von Gesundheitsinformationen und ihre Veränderung im Zeitverlauf in den Fokus der Forschung zu nehmen ist. Das geschieht momentan im Projekt HINTS Germany, einer Adaption des US

Health Information National Trends Survey (HINTS), der seit 2003 repräsentative Daten zum Gesundheitsinformationsverhalten erhebt. Das Projekt zielt insbesondere darauf, als Basis für vielfältige wissenschaftliche Sekundäranalysen sowie zur fundierten Entwicklung von Gesundheitsinformationen genutzt zu werden.

**Methode:** Die Daten werden in einer telefonischen Befragung erhoben (n=3.000). Die erste Welle endet im Januar 2019, die Zweite wird im Abstand eines Jahres erfolgen. Den Kern des Surveys bilden theoretisch fundierte und empirisch validierte Fragen zum Gesundheitsinformationsverhalten, die es auf ihren Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Einstellungen, Vorstellungen und Verhaltensweisen zu prüfen gilt. Die Fragen wurden nach aktuellem Goldstandard der interkulturellen Fragebogenadaptation ins Deutsche übersetzt (Survey Research Center, 2016) und werden perspektivisch auch für wissenschaftliche Zwecke öffentlich verfügbar gemacht (Open-Access-Prinzip).

**Ergebnisse:** Beim Symposium wird das international vergleichende Projekt mit ersten Befunden der dann vorliegenden Daten vorgestellt.

**Diskussion:** Es wird diskutiert, inwiefern HINTS Germany einen Beitrag zur Gesundheitskompetenzforschung und -förderung leisten kann. Dazu gehört, wie es gelingt, das Verständnis der Zusammenhänge von Gesundheitskompetenz, Informations- und Gesundheitsverhalten zu erhöhen und den kommunikativen praktischen Nutzen und damit die Anpassung von Informationsangeboten an die Bedarfe und Barrieren der Menschen zu verbessern.

## **FORSCHUNG II - GESUNDHEITSKOMPETENZ VULNERABLER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN**

### ***Gesundheitskompetenz und Migrationshintergrund***

#### *Bedeutung und Herausforderungen der Erfassung der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund*

Monika Mensing, Julia Klinger, Sarah Carol, Eva-Maria Berens, Doris Schaeffer

**Hintergrund:** Menschen mit Migrationshintergrund (MMH) machen mit fast einem Viertel mittlerweile einen großen Teil der Bevölkerung Deutschlands aus. Sie haben oft größere Schwierigkeiten, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Sie gehören zudem zu den vulnerablen Gruppen mit niedriger Gesundheitskompetenz und sind deshalb bei der Förderung von Gesundheitskompetenz besonders zu beachten. Bislang liegen allerdings noch zu wenige vertiefende Studien über die Ursachen, Konsequenzen und das Ausmaß der Gesundheitskompetenz von MMH in Deutschland vor. Ziel des von der Robert Bosch-Stiftung geförderten Projekts HLS-MIG ist es daher, die Erfassung der Gesundheitskompetenz von MMH weiterzuentwickeln, vertiefende Daten zu generieren und damit eine Grundlage für die Interventionsentwicklung zu schaffen.

**Methode:** Für die Erhebung der Gesundheitskompetenz bei MMH wird zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt, welche die Operationalisierung von Gesundheitskompetenz spezifisch bei MMH in den Blick unter Berücksichtigung der lebensweltlichen Besonderheiten nimmt. Auf dieser Basis sollen in einer Querschnittbefragung dann etwa 1.000 MMH persönlich befragt werden.

**Ergebnisse:** Gesundheitskompetenz bei MMH wird bislang zumeist mit allgemeinen Messinstrumenten zur Gesundheitskompetenz erfasst. International finden sowohl performancebasierte, als auch Selbsteinschätzungsinstrumente, wie der HLS-EU-Q, Anwendung. Migrationsspezifische Kompetenzen, wie beispielsweise das Finden von Informationen über Gesundheit in einer für sie verständlichen

Sprache, und lebensweltliche Besonderheiten werden bislang wenig berücksichtigt. In Österreich wurde hierzu -in Ergänzung zum HLS-EU-Q16 - der GMK-12 entwickelt.

**Diskussion:** Die Anwendung performancebasierter Instrumente in deutscher Sprache gibt in erster Linie Auskunft über vorliegende sprachliche Defizite und weniger über die Kompetenzen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Selbsteinschätzungsinstrumente ermöglichen es hingegen, diese Schwierigkeiten und Herausforderungen zu erfassen. Die Wahl der Befragungssprache wirkt sich dabei nicht grundsätzlich auf die Interpretation der Ergebnisse aus, wenngleich systematische Unterschiede z.B. in sozial erwünschtem Antwortverhalten die Ergebnisse beeinflussen können. Um die Gesundheitskompetenz von MMH detailliert erfassen und interpretieren zu können, ist es jedoch notwendig, künftig auch migrationsspezifische Kompetenzen und lebensweltliche Aspekte stärker zu berücksichtigen.

### ***Besonderheiten der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit psychischen Erkrankungen***

Pauline Mantell, Annika Baumeister, Hildegard Christ, Stephan Ruhrmann, Christiane Woopen

**Hintergrund:** Gesundheitskompetenz (GK) gilt als Schlüsselkonzept, um relevante Entscheidungen in Bezug auf körperliche und geistige Gesundheit zu bewältigen. In dieser Studie wird die Prävalenz von eingeschränkter GK in einer Bevölkerung mit psychischen Gesundheitsproblemen untersucht. Dabei werden Schwierigkeiten innerhalb der differenzierten Verarbeitungsschritte (Zugang, Verständnis, Bewertung, Anwendung) aufgezeigt.

**Methode:** Die Analyse ist Teil einer Querschnittsbefragung von Menschen mit psychischen Beschwerden (n = 310), die in einem Früherkennungszentrum für psychische Störungen in Köln, München oder Dresden Hilfe gesucht haben. Die Hilfesuchenden füllten einen Fragebogen zur subjektiven GK (HLS-EU-Q), Gesundheitsverhalten und soziodemographischen Daten aus. Die Psychopathologie wurde separat beurteilt. Die Daten werden mit einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung verglichen (Schäfer et al. 2017).

**Ergebnisse:** Die subjektive GK zeigt sich in einer Stichprobe von Menschen mit psychischen Problemen bei 63,6% als problematisch und damit insgesamt niedriger als in der Allgemeinbevölkerung, obwohl allgemein bekannte Risikofaktoren für eine problematische GK, einschließlich niedriger Bildung und hohem Alter, deutlich unterrepräsentiert sind. Unterschiede können hinsichtlich der Diagnose (ICD 10) und einem absteigenden GK-Level mit zunehmendem Niveau depressiver Symptome (BDI II) beobachtet werden. GK-Einschränkungen in dieser Population lassen sich vorwiegend durch die Prozessschritte der Bewertung und Anwendung gesundheitsrelevanter Informationen erklären, die als besonders schwierig empfunden wurden.

**Diskussion:** In einer Population mit psychischen Gesundheitsproblemen schien es besonders schwierig zu sein, Gesundheitsinformationen abzurufen, zu bewerten und anzuwenden. Daher können Bildungsprogramme, die sich hauptsächlich auf die Verbesserung des Wissens konzentrieren, nicht ausreichen, um die GK von Betroffenen zu verbessern. Weitere Forschung sollte sich auf kontextspezifische GK konzentrieren, um Verhaltensänderungen zu fördern und die allgemeine Gesundheit zu verbessern.

## ***Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung***

### *Ergebnisse einer explorativen Studie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung*

Katharina Rathmann, Kevin Dadaczynski, Lorena Wetzel

**Hintergrund:** Trotz umfangreicher Evidenz zur Gesundheitskompetenz (GK) bei der Allgemeinbevölkerung und bei vulnerablen Gruppen fehlt es an Studienergebnissen zur GK bei Menschen mit Behinderung (MmB). Ziel der Studie ist daher, a) zu untersuchen, wie MmB ihre GK einschätzen und b) ob Unterschiede in der GK, differenziert nach soziodemografischen, -ökonomischen und behinderungs-spezifischen Aspekten, bestehen.

**Methode:** Der Feldzugang erfolgte über sechs Werkstätten für MmB (WfbM). Die Stichprobe (N=333) setzte sich aus Beschäftigten im Alter von 20 bis 65 Jahren mit psychischen und chronischen Beeinträchtigungen, Lernschwierigkeiten und sonstigen Behinderungen zusammen. Die GK wurde anhand des angepassten HLS-Q16 erfasst. Mittels uni- und bivariater Analysen wurden Prävalenzraten inadäquater GK, differenziert nach o. g. Hintergrundmerkmalen, berechnet.

**Ergebnisse:** Die Selbstaussagen von etwa 53% der Befragten wiesen auf eine inadäquate GK hin. In den Dimensionen „Krankheitsbewältigung“ (57,4%) und „Prävention“ (56,4%) fiel der Anteil der Befragten mit einer inadäquaten GK am höchsten aus als in der Dimension „Gesundheitsförderung“ (33,9%). Frauen (~60%), Befragte mit keinem Schul- (63,3%) oder Förderschulabschluss (51,8%) sowie jene, die eine starke Alltagseinschränkung aufgrund der Behinderung wahrnahmen (65,2%), wiesen eine höhere Prävalenz inadäquater GK auf als Männer (48%), Befragte mit mindestens Hauptschulabschluss (40%) oder einer geringeren Alltagseinschränkung (44,2%).

**Diskussion:** Die Studie verdeutlicht, dass die GK von MmB einer zielgruppenspezifischen Förderung, insbesondere in den Bereichen der Prävention und Krankheitsbewältigung, bedarf. Zudem wird die zielgruppenadäquate Erfassung der GK bei Menschen diskutiert und das Erhebungsinstrument in Leichter Sprache vorgestellt.

## ***Gesundheitskompetenz und Lebensqualität bei Prostatakrebs***

Marius Haack, Gabriele Seidel, Marie-Luise Dierks

**Hintergrund:** Nach einer Prostatakrebs (PK) Diagnose stehen Männer vor folgenschweren Therapieentscheidungen und müssen langfristig mit Auswirkungen der Erkrankung und den Folgen der Therapie umgehen. Eine gute Gesundheitskompetenz (GK) kann beides unterstützen. Dieser Beitrag untersucht, inwieweit Dimensionen von GK wie Wissen, Kommunikationsfähigkeit und Navigation im Gesundheitswesen mit der Lebensqualität und dem Gesundheitszustand von Männern mit PK zusammenhängen.

**Methode:** Im Rahmen der bundesweiten SHILD-Studie (Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland) wurden Männer mit PK befragt. Themen waren u.a.: Wissen über PK, das Gesundheitssystem und zum Umgang mit Gesundheitsproblemen, Leitlinienkenntnis, Kommunikationsfähigkeit, Navigation. Die oben skizzierten Zusammenhänge wurden auf Basis binär logistischer Regressionsmodelle geprüft, soziodemographische Angaben und Komorbiditäten flossen als weitere Prädiktoren in die Modelle ein.

**Ergebnisse:** 600 Männer (mittleres Alter: 72 Jahre) beteiligten sich an der Studie. Die Berechnungen zeigen: Der Gesundheitszustand der Befragten hängt statistisch signifikant mit einem besseren Wissen

zum Umgang mit Gesundheitsproblemen (OR:4,0;CI:1,4-11,7) und besserer Kommunikation und Navigation im Gesundheitswesen (OR:3,7;CI:1,4-9,9) zusammen. Zusammenhänge zwischen GK und Lebensqualität konnten nicht beobachtet werden.

**Diskussion:** Die Ergebnisse führen zu der Hypothese, dass handlungsbezogenes Wissen und eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation in erster Instanz zwar nicht die Lebensqualität, aber den Gesundheitszustand von Männern mit PK verbessern können. Dies unterstreicht die Relevanz zweier Empfehlungen, die im Nationalen Aktionsplan GK zur Verbesserung der Lage von Menschen mit chronischen Erkrankungen genannt werden: Die Stärkung von Fertigkeiten im Umgang mit Krankheit und die Gestaltung eines Gesundheitssystems, in dem alle Mensch gute Ansprechpartner und die für sie notwendigen Informationen finden.

### ***Health Literacy im Kontext von Alphabetisierung und Grundbildung***

Astrid Wirth, Simone C. Ehmig, Kai Kolpatzik, Ruth Zaunbrecher

Lese- und Schreibkompetenzen sind eine wichtige Grundvoraussetzung, um sich zu gesundheitsrelevanten Themen informieren und entsprechend verhalten zu können. Menschen mit geringer Grundbildung sind aufgrund dessen häufig in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt. Im Projekt HEAL – ‚Health Literacy im Kontext von Alphabetisierung und Grundbildung‘ der Stiftung Lesen und des AOK-Bundesverbands werden Potentiale ermittelt, beide Bereiche gemeinsam zu fördern. Im Rahmen zweier Fachtagungen diskutierten Experten und Expertinnen aus dem Bildungs- und Gesundheitswesen Anknüpfungspunkte zwischen den Themen Health Literacy und Lese- und Schreibkompetenzen. Diese wurden systematisch hinsichtlich der Identifikation von Zielgruppen, Wegen der Ansprache sowie Darreichungsformen und Inhalte von Angeboten und der möglichen Zusammenarbeit von Akteuren analysiert. Parallel wurden in qualitativen Gruppendiskussionen funktionale Analphabeten und chronisch Erkrankte zu ihren Bedürfnissen und ihrem Umgang mit Gesundheitsinformationen befragt. Die Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit, Angebote zur Förderung der Gesundheits- und Schriftsprachkompetenzen von den Bedürfnissen der adressierten Zielgruppen aus zu denken und die Wahl der jeweiligen Kommunikationskanäle und Ausgestaltung der Angebote daran anzupassen. Insbesondere das Thema Ernährung als präventiver Aspekt der Health Literacy mit engem Lebensweltbezug lässt sich als Einfallstor für die gemeinsame Förderung mit Alphabetisierung und Grundbildung nutzen, bereits bestehende Angebote in diesem Bereich lassen sich sinnvoll erweitern und ausbauen. Die Ergebnisse werden im Rahmen des Vortrags ausführlich vorgestellt und im Hinblick auf strategische Schlussfolgerungen und Handlungsoptionen im Rahmen der Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung diskutiert.

### ***Schulgesundheitspflege als Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz***

Michael Ewers

**Hintergrund:** International ist der Einsatz von Pflegefachpersonen an Schulen längst keine Ausnahme mehr. Sie beantworten akute Gesundheitsprobleme, fördern die Inklusion von chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen und beteiligen sich an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Setting Schule. Hierzulande wurden erste Modellprojekte zu diesem Thema auf den Weg gebracht und wissenschaftlich begleitet. Dabei wurde u.a. gefragt, welchen Beitrag die Schulgesundheitspflege zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schüler\*innen, Eltern und Lehrer\*innen leisten kann.

**Methode:** Von 2016 bis 2018 wurde in Brandenburg und Hessen der Einsatz von 20 Pflegefachpersonen an 28 allgemeinbildenden grund- und weiterführenden Schulen erprobt. Die auf einem Mixed-Methods-Design basierende mehrdimensionale Begleitforschung konzentrierte sich auf das Bedingungsgefüge des Projekts, die gesundheitliche Ausgangslage, konzeptionelle Aspekte, konkrete Interventionen der Pflegefachpersonen und erste, in einem begrenzten Beobachtungszeitraum erfassbare Wirkungen dieses Angebots.

**Ergebnisse:** Die Begleitforschung lieferte u.a. Hinweise auf eine komplexe Projektstruktur und zahlreichen Implementationsherausforderungen im Setting Schule. Eine erste Wirkungsanalyse deutet auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Schüler\*innen während der Schulzeit sowie reduzierte Abwesenheiten durch gesundheitliche Beschwerden hin. Lehrer\*innen und Eltern sehen sich durch das Angebot entlastet. Besondere Aufmerksamkeit verdient jedoch, dass durch die Schulgesundheitspflege die subjektive Gesundheitskompetenz der Schüler\*innen im Interventionszeitraum verbessert werden konnte.

**Diskussion:** Der Einsatz von Pflegefachpersonen an allgemeinbildenden Schulen verspricht nach den vorliegenden Erkenntnissen interessante Perspektiven zur Beantwortung spezifischer gesundheitlicher Herausforderungen in diesem Setting. Vor allem die Möglichkeiten der Schulgesundheitspflege zur alltagsnahen Beeinflussung der Gesundheitskompetenz von Schüler\*innen, Eltern und Lehrer\*innen sollten verstärkt nutzbar gemacht und in künftigen Modellversuchen eingehender untersucht werden.

## PRAXIS - INTERVENTIONEN, EVALUATION UND IMPLEMENTATION

### *Schulprojekt „Pausenlos gesund“*

Sebastian Schmidt-Kaehler

**Hintergrund:** Die Institutionen des Erziehungs- und Bildungssystems unterstützen die Entwicklung von kognitiven, sozialen und emotionalen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten und haben neben dem Gesundheitssystem eine herausragende Bedeutung bei der Stärkung und Förderung der Gesundheitskompetenz. Vor diesem Hintergrund fordert der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz, das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage zu versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen und das Thema auch fest in den Lehrplänen von Grundschulen und weiterführenden Schulen zu verankern.

**Methode:** Um einen kurzfristigen Impuls zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen zu leisten, hat die Stiftung Gesundheitswissen unter dem Titel „Pausenlos gesund“ ein Medienpaket für Lehrer mit fertigen Stundenentwürfen und vielen weiteren Unterrichtsmaterialien zum Thema entworfen ([www.pausenlos-gesund.de](http://www.pausenlos-gesund.de)). Es thematisiert die Grundprinzipien unseres Gesundheitssystems, vermittelt aber auch patientenrelevantes Grundwissen zu therapeutischen und diagnostischen Verfahren und Maßnahmen. Weiterhin geht es um den kritischen Umgang mit Gesundheitsinformationen und Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. Die Unterrichtsmaterialien wurden für den bundesweiten Einsatz in der Sekundarstufe I für alle Schularten entwickelt. Im Rahmen einer ausführlichen Lehrplansynopse wurde ermittelt, wo sich die Inhalte in verschiedenen Bundesländern und unterschiedlichen Schularten verorten lassen.

**Diskussion:** Erste Erfahrungen aus der Nutzertesting deuten darauf hin, dass die Inhalte bei Schülerinnen und Schülern auf großes Interesse stoßen und einen bislang nicht gedeckten Bedarf ansprechen. Langfristig stellt sich jedoch die Frage, wie sich diese Inhalte verbindlich und flächendeckend in die Lehrpläne der Schulen integrieren lassen.

### ***Wirkvoraussetzungen von Online- und Offline Gesundheitsinformationen***

*Die Stärkung von Medien- und Informationskompetenz in der Bevölkerung und bei Multiplikatoren als essenzielles Element einer Strategie zur Gesundheitskompetenz*

Freia De Bock, Heidrun Thaiss

**Hintergrund:** Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Wissen über Gesundheit und Krankheit online und offline erfolgreich zu suchen, zu bewerten und die richtige Handlung abzuleiten und umzusetzen. Vor dem Hintergrund der Befunde, dass 54% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen (Schaeffer et al, Nat. Aktionsplan GK), wird zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Deutschland ein Nationales Gesundheitsportal gefordert, das evidenzbasierte Information zu Gesundheitsthemen, insbesondere auch zu Prävention, sammelt und online zur Verfügung stellt. Allerdings hängt die Wirkung eines solchen Portals ab von der Einbindung in bestehende Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen und in der Allgemeinbevölkerung.

**Fragestellung:** Dieser Beitrag diskutiert, inwiefern eine konsequente und effektive Förderung von Medienkompetenz und Informationskompetenz, a) in der Bevölkerung und b) bei Multiplikatoren im Gesundheitswesen, ein wichtiges Instrument bei der Förderung der unzureichenden Gesundheitskompetenz in Deutschland sein kann.

**Methode:** Es erfolgt eine kursorische, literaturbasierte Übersicht über den Zusammenhang und die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Konzepte Gesundheitskompetenz, Medienkompetenz und Informationskompetenz. Weiter werden aus der Fachliteratur erfolgreiche Online-Interventionen und andere Instrumente zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Medien- und Informationskompetenz dargestellt, die bereits durchgeführt werden. Aufbauend darauf wird skizziert, wie diese Instrumente evtl. noch weiterentwickelt werden müssten, um sie in der Fläche implementieren zu können.

**Ergebnisse:** Sollen evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (z.B. auf einem Portal) zu einem möglichst effektiven Angebot werden, müssen folgende Kompetenzen in der Bevölkerung verankert werden: a) Erfolgreiche Online- und Offline-Suche nach Gesundheitsinformationen, b) richtige Bewertung der Zuverlässigkeit von Online- und Offline-Gesundheitsinformationen. Neben grundsätzlichen Bildungsvoraussetzungen (Lesen, Rechnen etc.) sind hierzu insbesondere Medienkompetenz und Informationskompetenz notwendig. Weiter sollten Multiplikatoren im Gesundheitssystem konsequent in ihren Kompetenzen der Kommunikation mit Patienten gestärkt werden, z.B. zu geeignetem Online-Suchverhalten, empfehlenswerten gesundheitsbezogenen Internetadressen sowie zu gefundenen Online- und Offline-Gesundheitsinformationen. Dies gilt insbesondere für die Stärkung der Gesundheitskompetenz in bildungsferneren Zielgruppen, die häufiger von manifesten Gesundheitsrisiken und Morbiditäten betroffen sind und erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Suche und der Anwendung von Informationen haben.

**Diskussion:** Ein Maßnahmenbündel zur konsequenten Erhöhung von Medien- und Informationskompetenz in der Allgemeinbevölkerung und bei Multiplikatoren im Gesundheitswesen ist essenziell, um evidenzbasierte Informationen (auf geplanten Portalen oder auch auf bereits bestehenden Websites,

z.B. der BZgA) zielgruppengerecht zu vermitteln und ist damit eine Teilvoraussetzung für die Wirksamkeit evidenzbasierter online- und offline Informationen rund um Gesundheit. Weitere Voraussetzungen für ihre Wirksamkeit sind die Berücksichtigung des Kommunikationsverhaltens heutiger Zielgruppen (z.B. die Einbindung von Sozialen Medien, damit Informationen auch im Push Modus und evtl. individualisiert ankommen können), ein konsequenter Praxisbezug bei der Einteilung von Informationseinheiten sowie die frühzeitige Einbindung und Partizipation von Nutzern und Zielgruppen.

### ***Gesprächsqualität im Gesundheitswesen - Bedingungen eines Paradigmenwechsels***

Peter Nowak, Marlene Sator

**Hintergrund:** Für die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wurde als zentraler Ansatzpunkt das Gespräch zwischen Gesundheitsfachkräften identifiziert. Dies gilt nicht nur für Krankheitsbehandlung, sondern auch für Präventionsangebote und die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. 2016 wurde vom obersten Entscheidungsgremium im österreichischen Gesundheitswesen eine „Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ verabschiedet. Drei Jahre später stellt sich die Frage, welche Umsetzungsschritte notwendig sind und welche Ergebnisse und Lernerfahrungen vorliegen?

**Methoden:** Die Analyse gesellschaftlicher Veränderungsprozesse bedarf eines analytischen Rahmens, der die Beobachtung einmaliger Entwicklungen in komplexen, adaptiven Systemen erfassen kann. Die Analyse der bisherigen Umsetzungsschritte zur Verbesserung der Gesprächsqualität nutzt diese Methodik für die Einschätzung des bisherigen, großangelegten Veränderungsprozesses im Gesundheitswesen.

**Ergebnisse:** Die Analyse zeigt, dass die sechs zentralen Veränderungsbedingungen für komplexe adaptive Systeme für die Verbesserung von Gesprächsqualität im Gesundheitswesen nützlich sind:

1. Koproduktion von notwendigen Wissen zwischen Praxis, öffentlicher Verwaltung und begleitender Wissenschaft
2. Entwicklung von gemeinsamen Zielen und Interventionen durch die beteiligten Akteure (Bund, Länder, Krankenversicherung etc.)
3. Entwicklung und Unterstützung von Führung über Organisationsgrenzen hinweg
4. Bereitstellung wesentlicher Ressourcen, auch wenn dies nur sehr eingeschränkt bisher möglich war
5. Prozessreflexion und Bereitstellung von Veränderungswissen
6. Strategische Nutzung unterschiedlicher Kommunikationskanäle.

**Diskussion:** Die Entwicklung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung bietet ein Lernbeispiel für mögliche Erfolgsbedingungen von grundlegenden paradigmatischen Veränderungen im Gesundheitswesen und für breit angelegte Gesundheitskompetenzmaßnahmen:

## ***Organisationale Gesundheitskompetenz im kommunalen Setting***

Gerlinde Malli

**Hintergrund:** Vor dem Hintergrund einer weit verbreiteten mangelnden Gesundheitskompetenz stellt sich nicht nur die Frage, wie es gelingen kann, die individuelle Gesundheitskompetenz zu stärken, entscheidend ist auch, wie Einrichtungen des öffentlichen Lebens dazu beitragen können, Orientierung im Gesundheitssystem zu erleichtern und Gesundheitsinformationen verstehbarer zu machen. Wir betrachten also die Seite der organisationalen Gesundheitskompetenz und fragen danach, welche Möglichkeiten eine Gemeinde hat, sich gesundheitskompetent auszurichten. Dazu wurde der Leitfaden „Gemeinden für Gesundheitskompetenz!“ entwickelt.

**Methode:** Der Leitfaden ist auf Basis empirischer Erhebungen in Gemeinden (Fokusgruppen, ExpertInneninterviews), einer Literaturrecherche und Recherche nach vergleichbaren Projekten in unterschiedlichen Settings entstanden und beinhaltet neun Standards, die sich an das „Selbstbewertungsinstrument des Wiener Modells Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ anlehnen.

**Ergebnisse:** Gemeinden, die zum Thema aktiv werden wollen, liefert der Leitfaden Impulse und Umsetzungsideen. Zugleich dient er als Instrument zur Erhebung des Status Quo. Jeder der neun Standards ist in Kriterien gegliedert, die konkretisieren, wie eine Gemeinde zu einer gesundheitskompetenten Organisation werden kann.

**Diskussion:** Das Herzstück des Leitfadens bilden kommunale Add in-Maßnahmen. Dabei agiert die Gemeinde gesundheitskompetent, ohne neue Aufgaben zu generieren. Die Übernahme von Leadership für eine gesundheitsfördernde Gestaltung ihrer Aufgaben ist allerdings keine Selbstverständlichkeit für Gemeinden. Es gilt daher schlüssig zu begründen, warum sie sich mit Gesundheitskompetenz befassen sollten.

### ***Selbstcheck «Gesundheitskompetente Organisation»***

Katrin Gehring, Ulrich Otto

**Hintergrund und Fragestellung:** Gesundheitskompetente Organisationen (GKO) wurden trotz ihres Wirkungspotenzials zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (GK) bisher eher vernachlässigt. Solche Organisationen stärken die Handlungsfähigkeit von Patienten/Klienten und befähigen sie zu informierten und eigenständigen Entscheidungen, indem sie a) Anforderungen/Komplexität reduzieren, b) den Aufbau individueller Kompetenzen und Wissen unterstützen.

Unsere Fragestellung: Wie können Leistungserbringer in der Grundversorgung ihren Entwicklungsstand als GKO systematisch prüfen und voranbringen?

**Methode:** Mit Hilfe eines Selbst-Assessment-Tools wollen wir Organisationen in der Grundversorgung befähigen, gesundheitskompetenter zu werden und damit die GK des Gesamtsystems und der Individuen zu stärken. Das Projekt hat 2 Pfeiler:

(1) Wir entwickeln das o.g. Tool. Mit ihm können Leistungserbringer und ihre Mitarbeitenden eigenständig beurteilen, wie sie in verschiedenen Bereichen die Gesundheitskompetenz ihrer Patienten stärken (z.B. Selbstmanagementfähigkeiten, Patientenorientierte Information/Kommunikation) und werden angeleitet, Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren. (2) Wir wenden das Tool in Pilot-Organisationen explizit der ambulanten Versorgung an (Ärzte-netzwerk und ambulante Pflege), um dort v.a. auf Ebene der Multiplikatoren (Fachpersonen) und der Organisation Veränderungen anzustoßen. Im

Rahmen dieser Pilot-Anwendung evaluieren wir das Instrument. Das Projekt ist Teil des Mehrjahresprogramms «Gesundheitskompetenz Zürich» (Träger: Care-um Stiftung und Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Praxispartner: mediX Zürich, Spitex Zürich-Limmat, Förderung: Gesundheitsförderung Schweiz

**Ergebnisse und Diskussion:** Das Projekt startet 2019. Ergebnisse liegen 2020 vor. Der Vortrag stellt das Konzept, erste Implementierungserfahrung und Bezüge zu ähnlichen Projekten vor.

### ***Health Literacy Policyforschung im Kindes- und Jugendalter***

Orkan Okan, Ullrich Bauer, Kristine Sørensen

**Hintergrund:** Gesundheitskompetenz hat sich über ein reines Forschungsthema hinweg zu einem Konzept mit gesundheitspolitischer Relevanz entwickelt, das mittlerweile auf den Agenden vieler staatlicher und nicht-staatlicher Organisation prioritär behandelt wird (z. B. WHO, UNESCO, OECD). Dabei wird insgesamt mit Nachdruck auf Kinder und Jugendliche als besonders relevante Zielgruppen für die Stärkung der Gesundheitskompetenz verwiesen. Das Ziel dieser Studie ist es, Gesundheitskompetenzbezogene Policies im Hinblick auf die Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen näher zu untersuchen und dabei den Fokus auf Aktionspläne, Strategien und Gesetze auf nationaler Ebene zu legen.

**Methode:** Die vorliegenden Ergebnisse wurden auf Grundlage einer Literaturanalyse gewonnen. Hierbei wurden zunächst Onlinedatenbanken systematisch durchsucht. Im Anschluss erfolgte eine Befragung von Experten für die Regionen Südamerika, Afrika und Asien.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 26 relevante Policies in 19 Staaten identifiziert (z. B. USA, Deutschland, Australien, China, Schottland, Wales). Für drei Staaten (USA, Deutschland und Australien) liegen jeweils drei Policies, für alle anderen jeweils eine vor. Mit Finnland, USA, Australien und Portugal konnten für vier Staaten bildungspolitische Dokumente identifiziert werden, die Gesundheitskompetenz in Schulen adressieren. Zwei berücksichtigen Gesundheitskompetenz in einem Gesetz (USA, Deutschland). Kinder werden in den Policies sowohl direkt adressiert oder über Proxies (z. B. Eltern, Versorgung, Bildung und Erziehung). Die meisten Policies basieren auf einer Mischstrategie (Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung, Bildung) und berücksichtigen Strategien, um gesundheitlichen Ungleichheiten zu adressieren. Inhalte basieren jedoch nicht auf empirischen Erkenntnissen, die Implementation und Evaluation sind oft nicht gewährleistet und Handlungsempfehlungen unterscheiden sich teilweise stark zwischen den Policies.

**Diskussion:** Kinder und Jugendliche als populationsorientierter Zugang in Gesundheitskompetenz-Policies werden noch nicht in dem Maße berücksichtigt wie Erwachsene. Insbesondere Datengenerierung (Forschung), Implementation und Evaluation der Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (Praxis), konkrete Handlungsempfehlungen, die politisch nachhaltig gestützt werden können (Politik) stellen Leerstellen dar. Die politische Umsetzung erfordert zudem multidisziplinäre und multisektorale Kooperationen verschiedener Akteure und die Berücksichtigung von System- und Strukturzugängen. Policies zur Stärkung der Gesundheitskompetenz müssten vor allem den Bildungs- und Erziehungssektor adressieren, einschließlich der Förderung in Kindergärten und Schulen sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von pädagogischen Fachkräften.

## POSTER

### Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz

#### ***Stärkung der eHealth Literacy älterer Menschen***

Miriam Mashkooori, Eva-Maria Berens, Annett Horn, Doris Schaeffer

**Hintergrund:** Der digitale Wandel durchdringt mittlerweile sämtliche Lebens- und Gesellschaftsbereiche. Besonders im Gesundheitswesen gewinnt die Digitalisierung immer mehr an Bedeutung, denn mittlerweile wird nicht nur eine Vielzahl an digitalen Gesundheitsanwendungen in unterschiedlichster Form angeboten. Vielmehr haben sich auch die Art und der Zugang zu digitalen Gesundheitsinformationen stark verändert. Dies stellt insbesondere ältere Menschen vor Herausforderungen. Um sich im digitalisierten Gesundheitswesen zurecht zu finden, bedarf es jedoch spezifischer Kompetenzen, die unter dem Begriff der „eHealth Literacy“ (eHL) zusammengefasst werden. Ziel des von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten Projekts förges 4 ist es daher, eine Intervention zur Förderung der eHL von älteren Menschen zu entwickeln und zu erproben.-

**Methode:** Im Rahmen einer Querschnittsbefragung werden in einem ersten Schritt das eHL-Niveau und die Internet-Kompetenzen älterer Menschen in OWL erhoben. In einem zweiten Schritt werden Fokusgruppendifkussionen durchgeführt, um die Sichtweise und die Unterstützungswünsche aus der Perspektive der Zielgruppe zu erfassen. Parallel erfolgt eine systematische Literaturanalyse zur Identifizierung international existierender Interventionen und von Good Practice Beispielen, die auf die Stärkung der eHL bei älteren Menschen zielen. Basierend auf diesen Schritten wird dann eine zielgruppenspezifische Intervention zur Stärkung der eHL von älteren Menschen entwickelt und erprobt.

**Ergebnisse/Ausblick:** Die Intervention wird in den Begegnungs- und Servicezentren des AWO Kreisverbands Bielefeld e.V. umgesetzt. Ältere Menschen erhalten praktische Hilfen, wie sie ihre digitale Gesundheitskompetenz steigern und der Digitalisierung im Gesundheitswesen begegnen können. Neben einem Erfahrungsaustausch sieht die Intervention eine Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronischer Krankheit vor. So wird eine Möglichkeit der Gesundheitserhaltung mit und trotz gesundheitlichen/r Einbußen geschaffen, die sich an den neusten technologischen Voraussetzungen orientiert.

#### ***Selbstmanagement-Förderung in den „Gesund und aktiv leben“ Kursen der Initiative INSEA***

Gabriele Seidel, Marius Haack, Marie-Luise Dierks

**Hintergrund:** Die Förderung von Selbstmanagement-Fähigkeiten (SMF) chronisch erkrankter Menschen bildet einen wichtigen Baustein im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP). Als Praxisbeispiel nennt der NAP die krankheitsunspezifischen Kurse des „Chronic Disease Self-Management Programs“, die in Deutschland von der Initiative INSEA durchgeführt werden. Eine Begleitevaluation prüft, ob SMF und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Menschen mit chronischer Erkrankung durch die Kursteilnahme gestärkt werden können.

**Methode:** Im Pre-Post-Design mit Follow Up füllen die Teilnehmenden zu drei Testzeitpunkten einen Fragebogen aus: zu Kursbeginn (T0), Kursende (T1) und 6 Monate im Anschluss (T2). Neben Erfahrungen aus dem Kurs werden ihre SWE (Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale) und verschiedene SMF (HeiQ-Fragebogen) erhoben.

**Ergebnisse:** von 2015-2018 wurden in Deutschland 148 Kurse durchgeführt, in die mehr als 1.600 Personen starteten. Zu allen drei Testzeitpunkten beteiligten sich bislang 563 Menschen (mittleres Alter: 59 Jahre; weiblich: 81%, multimorbid: 63%). Kontinuierliche Steigerungen mit kleinen bis mittleren Effektstärken von T0 zu T2 zeigen sich in allen erfassten SMF: Umgang mit Gesundheitsproblemen (Cohens D: 0,6), Entwickeln konstruktiver Sichtweisen (0,4), Selbstüberwachung (0,5), Kooperation mit Professionellen (0,4). Auch die SWE der Teilnehmenden konnte über die Zeit der Kurse gesteigert werden (T0-T1: 0,6), fällt nach Kursende jedoch wieder etwas ab (T0-T2: 0,4).

**Diskussion:** Die Evaluationsergebnisse unterstreichen, dass eine Kursteilnahme die Krankheitsbewältigung chronisch erkrankter Menschen unterstützen kann. Deshalb ist es wichtig, Strategien zur Integration der Selbstmanagementkurse in Strukturen der gesundheitlichen Versorgung über die aktuelle Projektförderung zu entwickeln. Zur Untersuchung längerfristiger Effekte läuft aktuell ein weiteres Follow-Up (T4; 12 Monate nach Kursende), Ergebnisse liegen zum Kongresszeitpunkt vor.

### ***Präventive Beratung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werdender Mütter***

*„GeMuKi – Gemeinsam Gesund: Vorsorge plus für Mutter und Kind“*

Farah Nawabi

**Hintergrund:** Der Lebensstil einer Frau während der Schwangerschaft hat einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung können sich negativ auf die Entwicklung auswirken. Ein Ansatzpunkt um den Lebensstil zu verbessern ist die Gesundheitskompetenz zu stärken. GeMuKi bietet eine zusätzliche, niedrigschwellige, präventive Beratung in den Vorsorgeuntersuchungen und bedient sich hierfür der 5 Prinzipien des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz.

**Fragestellung:** Kann eine Erweiterung der Vorsorgeuntersuchungen die Gesundheitskompetenz der Mütter positiv beeinflussen?

**Methode:** In 4 Interventionsregionen erfolgt eine Beratung durch Gynäkologen, Hebammen und Kinder- und Jugendärzten. Frauen erhalten zudem eine App, in der Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Teilnehmerin sichtbar werden. Schwangere der 4 Kontrollregionen erhalten die Regelversorgung. Im Rahmen einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie, werden 2550 Schwangere eingeschlossen. Teilnehmerinnen beantworten zu verschiedenen Zeitpunkten App-basierte Befragungen zu Gesundheitskompetenz und Lebensstilfaktoren. Dabei werden u.a. der HLS-EU-16 und der BHLS verwendet, sowie weitere Instrumente zur objektiven Messung von Gesundheitskompetenz. Telefonische Interviews werden durchgeführt, in die der CAHPS eingesetzt wird.

**Ergebnisse:** Mit Abschluss der Studie in 2021 kann bewertet werden, ob durch die gezielte Präventionsmaßnahme die Gesundheitskompetenz verbessert werden kann.

**Diskussion:** GeMuKi trägt der Forderung nach langfristigen, niedrigschwelligen, multimodalen Interventionen mit Einbettung in Lebenswelten und bereits vorhandene Netzwerkstrukturen Rechnung. Die Vernetzung in der Beratungskette, sowie die aktive Einbindung der Frauen als auch die Nutzung der digitalen Möglichkeiten sind Ziele von GeMuKi.

## ***Pflegeinterventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der psychiatrischen Versorgung***

André Nienaber & Dorothea Sauter

**Hintergrund:** Gesundheitskompetenz gilt als Schlüsselfaktor für Gesundheit, als Voraussetzung für Gesundheitshandeln und kann Empowerment fördern. Gesundheitsrelevante Entscheidungen gehen über Fragen des Krankheitsmanagements hinaus. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist ein Auftrag aller Gesundheitsprofessionen, auch der professionell Pflegenden. Welche evidenzbasierten Interventionen werden von psychiatrisch Pflegenden zur Förderung der Gesundheitskompetenz durchgeführt?

**Methode:** Die Bearbeitung erfolgte durch ein Rapid Review zu evidenzbasierten Interventionen durch psychiatrische Pflegefachpersonen.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 74 Studien (Übersichtsarbeiten und Interventionsstudien), in die Auswertung eingeschlossen. Sowohl in Übersichtsarbeiten als auch in den Interventionsstudien konnten Untersuchungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit psychischen Störungen identifiziert werden. Zum Beispiel haben Happel et al. (2014) 40 Interventionsstudien zum Thema Gesundheitsförderung ausgewertet. Im Ergebnis wurden Interventionen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und Screenings zur körperlichen Gesundheit von den Betroffenen positiv bewertet. Chien et al. (2015) wiesen eine Verringerung der Krankheitstage, weniger Symptome und eine bessere Krankheitseinsicht bei den Teilnehmenden nach.

**Diskussion:** Nichterfasst wurde Pflegehandeln innerhalb multiprofessioneller Teaminterventionen. Die Ergebnisse bestätigen, dass psychiatrische Pflegefachpersonen bezüglich der Förderung von Gesundheitskompetenz handeln und dies auch untersuchen. Nur wenige Studien stammen aus Deutschland. Angesichts der Bedeutung von Gesundheitskompetenz sind vertiefte Anstrengungen zur Forschung, aber auch zur Implementierung erforderlich. Das Konzept „Gesundheitskompetenz“ sollte klarer beschrieben werden, damit bessere Befunde möglich werden.

## ***Der leicht verständliche Patientenbrief***

*Instrument zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz nach Krankenhausaufenthalt?*

Karen Voigt, Henna Riemenschneider, Antje Bergmann, Ansgar Jonietz

**Hintergrund:** Eine umfassende ärztliche Information des Patienten verbessern Gesundheitskompetenz und -verhalten. Zahlreiche Studien verweisen auf unzureichende Patienteninformation nach stationärem Aufenthalt. Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz wirkt sich negativ auf Gesundheitszustand, -verhalten, aber auch Inanspruchnahme und damit verbundene Folgekosten medizinischer Leistungen aus.

**Fragestellung:** Verbessert ein leicht verständlicher Patientenbrief nach Krankenhausaufenthalt die Gesundheitskompetenz beim Patienten?

**Methoden:** In einem pragmatischen RCT in der Paracelsus-Klinik Bad Ems wurde 2016/17 die Wirksamkeit eines Patientenbriefes (Interventionsgruppe: Patientenbrief 3 Tage nach Entlassung, Kontrollgruppe: üblichen ärztlichen Entlassbrief) auf die Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q47) geprüft. Weiterhin wurden Fragen zur Medikamenteneinnahme und zur Zufriedenheit mit der Klinik und den er-

haltenen Informationen bei Teilnehmern beider Studienarme untersucht. Ergänzende Fragen zur Bewertung des Patientenbriefs wurden an die Interventionsgruppe gestellt. Deskriptive und Vergleichende statistische Analysen erfolgten mittels SPSS 25.0.

**Ergebnisse:** Insgesamt 462 (von 1772 kontaktierten) Patienten nahmen teil, es konnten 418 Fragebögen verwertet werden. Patienten der Interventionsgruppe (n=242) und der Kontrollgruppe (n=176) waren bzgl. Gesundheits- und Versorgungsmerkmalen vergleichbar. 22% berichteten, kein Entlassungsgespräch gehabt zu haben und 15%, dass sie nach Gespräch noch unbeantwortete Fragen hatten. 46% aller Patienten bestätigten, dass ihnen die poststationäre Medikamenteneinnahme ausreichend verständlich erklärt wurde. Zwischen beiden Gruppen ergaben sich keine sign. Unterschiede hinsichtlich selbstberichteter Medikamenteneinnahme, jedoch hinsichtlich des Verständnisses, warum welches Medikament mit welcher Wirkung einzunehmen ist. Signifikante positive Effekte zeigten sich in der Interventionsgruppe bei einigen Health Literacy-Items (z.B. Verstehen/Befolgen der Therapie, besseres Verständnis für Gesundheitsinformation) und -Indices (Informationen zur Krankheitsbewältigung finden, verstehen und anzuwenden). Der Patientenbrief wurde von fast allen (> 90%) Interventionspatienten positiv bewertet.

**Diskussion:** Die Daten bestätigen den Bedarf der Verbesserung der Patienteninformation im stationären Setting. Der laienverständliche Patientenbrief zeigte Effekte für die Gesundheitskompetenz insbesondere hinsichtlich Krankheitsbewältigung. Langfristige Effekte (nach „Verblässen des Krankenhaus-effektes“ beim Patienten) auf Gesundheitskompetenz wären in Folgeprojekten zu prüfen. Ein leicht verständlicher Patientenbrief kann Patienten und seinen Angehörigen verständliche Informationen über Erkrankung und weiterführende Therapien/Gesundheitsverhalten ermöglichen und so die Gesundheitskompetenz verbessern.

### **Ärztliche Kompetenzen zur Förderung von Gesundheitskompetenz**

#### *Implementierung in die medizinische Lehre*

Anja Bittner, Jennifer Linnemann, Claudia Hornberg

**Hintergrund:** Gesundheitskompetenz spielt als Dimension in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung bislang eine untergeordnete Rolle, obwohl Ärzt\*innen beispielsweise bei der Bereitstellung von individuell auf die Patient\*innenbedürfnisse abgestimmten Gesundheitsinformationen eine entscheidende Rolle spielen könnten. Dem im Wege steht momentan, dass viele Ärzt\*innen nur rudimentäres Wissen zu Gesundheitsinformationsangeboten für Patient\*innen haben.

**Ziel:** Ziel ist es, ärztliche Handlungsfelder und -möglichkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu identifizieren, die bereits in der medizinischen Ausbildung thematisiert werden können, und diese im Entwicklungsprozess des Curriculums für den im Aufbau befindlichen Medizinstudiengang der Universität Bielefeld zu berücksichtigen.

**Methodik:** Es erfolgt eine Literatur- und Best Practice-Recherche zur Verankerung von Gesundheitskompetenz in der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie zur Förderung von Gesundheitskompetenz durch Ärzt\*innen, um daraus relevante ärztliche Kompetenzen abzuleiten. Im zweiten Schritt erfolgt die Implementierung in das medizinische Curriculum und die konkrete Ausgestaltung des Lehrangebotes.

**Ausblick:** Ärztliches Handeln ist einer von vielen Bausteinen zur Förderung der Gesundheitskompetenz: Aufgrund der Nähe zu Patient\*innen und ihren konkreten Bedarfen liegt hier jedoch vermutlich

ein wirkungsvoller Hebel, den zu nutzen zukünftige Ärzt\*innen bereits in ihrer medizinischen Ausbildung lernen sollten.

### ***Gesundheitsbildung an Volkshochschulen als Grundlage der Förderung von Gesundheitskompetenz***

#### *Gesundheitsbildung an Volkshochschulen als Grundlage der Förderung von Gesundheitskompetenz Erwachsener*

Sylvana Dietel

**Hintergrund:** Gesundheitskompetenzentwicklung als wichtige Agenda des Gesundheitsministeriums (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz) ist von hoher gesellschaftlicher Relevanz. In diesem Diskussionszusammenhang wurde bisher der historisch traditionsverwurzelte Bereich der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen vernachlässigt in der Diskussion um Gesundheitskompetenzentwicklung, gerade bezogen auf berufstätige Erwachsene (employability). Es stellte sich die Frage nach den Wirkungen der Partizipation im Hinblick auf Orientierungswissen bezogen auf sich Selbst, auf Wohlbefinden (WHO) und der Förderung von Gesundheitskompetenzentwicklung. Körperbezogene Gesundheitsbildung stellt seit den 80er Jahren den größten bzw. zweitgrößten Programmbereich in der Bundesrepublik Deutschland dar. Neben wissensbasierten Bildungsangeboten (Ernährung, Krankheiten) ist das bis heute anhaltend. Statistiken zeigen ein Wachstum des Bedarfs an körper- und wahrnehmungsbezogenen Gesundheitsbildungsangeboten und diffusem Unwohlsein als Partizipationsauslöser. Verfügungswissen steht umfangreich zur Verfügung. Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind erst in der Standardisierung und Entwicklung und in diesem Zusammenhang auch die vom Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz geforderten Verbesserungen im Gesundheitssystem bezogen auf Gesundheitsinformationen. Das gesundheitsbezogene Laienwissen (Verfügungswissen) wächst über die digitalen Medien kontinuierlich weiter. Um jedoch in Gesundheitsfragen entscheidungsfähig zu sein bedarf es der Entwicklung von Orientierung und der Ausprägung eines Orientierungswissens, das emotional kodiert ist. Gesundheitswissenschaftliche Interventionen greifen oft nicht, gerade wenn es über Einstellungsveränderungen hinausgehen soll hin zu nachhaltigen Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen (z.B. Primärprävention). Diese müssten in den meisten Fällen erst emotional-reflexiv werden, um eintreten und nachhaltig wirken zu können. Die Allgemeine Erwachsenenbildung, Gesundheitsbildung (und Kulturelle Bildung), bietet tausenden von Erwachsenen Gelegenheiten, eine Gesundheitskompetenz über Fertigkeiten, Wissen, Fähigkeiten, Selbstwahrnehmung in Form einer gesundheitsbezogenen Entscheidungskompetenz zu entwickeln. Um die vom Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz anvisierten Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen, mit dem angebotenen Verfügungswissen adäquat umzugehen, zu entwickeln, bedarf es einer Symbiose der Ansätze von Orientierungs- und Verfügungswissen. Es galt in der Studie heraus zu definieren, was emotional-ressourcen-gesundheitsbezogene Wirkungen, Ergebnisse, Effekte die Partizipation an Gesundheitsbildung darstellen.

**Fragestellung:** Welche allgemeinen Ergebnisse, intendierte und nicht-intendierte Wirkungen und Effekte lassen sich auf empirischer Basis beschreiben?

Welche emotional-ressourcenorientierten Wirkungen zeigen sich?

- Wirkungen auf Gesundheit in Form emotionaler Ressourcen:
  - o Körperarbeit und Körperbildung
  - o Emotionsarbeit und Emotionsbildung
  - o Gesundheitskompetenz

- Wirkungen im Rückgriff auf Befriedigung vorhandener Bildungsbedürfnisse allgemeiner Art (bewusst oder unbewusst)
  - o Persönlichkeitsbildung
  - o Geschlechtsrollenbezogene Bildung
  - o Emotionale Reflexivität: Orientierung, Entscheidungsfähigkeit

**Methode:** Erste Qualitative Wirkungsanalyse in dem Feld der Gesundheitsbildung: Biographische Einzelfallanalysen, Gruppendiskussionen

**Ergebnisse:**

- Unterstützung des Prozesses zur gesunden Lebensführung durch Impulse zur Weiterentwicklung
- Anregung zum Erspüren eines persönlichen Weges, Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung
- Stärkung der natürlichen Selbstheilungskräfte, selbstbestimmtes Handeln (Hilfe zur Selbsthilfe)
- Erwerb von Wissen (Inhaltsvermittlung)
- Aneignung von Fertigkeiten und Techniken zur Stärkung
- Selbsterkenntnis und Wiederbelebung von Empfindsamkeit
- Kognitive und körperlich-leibliche Reflexion
- Orientierung und Handlungskompetenz durch Ressourcenstärkung
- Grenzerfahrung bzw. Neuerfahrung
- Emotionale Reflexivität und Entscheidungsprozesse im Arbeitsleben
- Gefühltes Orientierungswissen

**Diskussion:** Die dezidierten Ergebnisse zeigen Wege, weiterführende Forschungsfragen anzugliedern und die Bedeutung der großen Anzahl von Erwachsenen in unserer Gesellschaft als Ansatzpunkt für den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz zu nehmen.

## Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

### **Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen**

*Übersicht über verfügbare Interventionen - eine systematische Literaturrecherche*

Janine Bröder, Anna Goedecke, Ullrich Bauer

**Hintergrund:** Health Literacy (HL/Gesundheitskompetenz) folgt einem sozialen Gradienten. Daher kann eine frühe Förderung von HL im Kindes- und Jugendalter einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheiten leisten. Allerdings ist die Evidenzlage bezüglich erprobter Strategien in der Altersgruppe bislang noch unzureichend erforscht. Ziel dieser systematischen Literaturrecherche ist es, bestehende Interventionen und Programme zur Förderung der HL von Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-18 Jahren zu erfassen, zu analysieren und in bisherige Strategien der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einzuordnen.

**Methoden:** Die Suche wurde in sechs bibliographischen Datenbanken und grauer Literatur systematisch und nach den PRISMA-Richtlinien mit verschiedenen Kombinationen von relevanten Suchbegriffen durchsucht. Die inhaltliche Auswertung und Qualitätsanalyse erfolgte mittels einheitlicher, qualitativer Kriterien.

**Ergebnisse:** Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass die Förderung von HL meisten auf (a) spezifische Fähigkeiten, (b) Themen, oder (c) bestimmte Settings (z.B. Schule) abzielt. Die Mehrheit der identifizierten HL-Interventionen zielt auf individuellen Fähigkeiten durch Gesundheitsaufklärung und -beratung ab.

Nur wenige komplexe oder mehrstufige Interventionen, die auf die interaktiven oder kritischen Aspekte der HL abzielen, wurden identifiziert.

**Diskussion:** Die starke Fokussierung auf individuelle Fähigkeiten, ohne die Berücksichtigung der komplexen kontextuellen Zusammenhänge in dem Mikro-, Meso- und Makro- Kontexte der Zielgruppen, steht im Widerspruch zu Best-Practice-Empfehlungen für Gesundheitsförderung, welche mehrstufige Interventionen mit einem sozialökologischen Ansatz fordern. Starke Unterschiede in den zugrunde liegenden HL Konzepten sowie verwendeten Messinstrumenten erschweren die Vergleichbarkeit. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Entwicklung einem Praxiskoffer mit Maßnahmen zur Förderung der HL bei Kindern und Jugendlichen.

### ***Genderbezogene Analyse und Gesundheitsökonomische Begleitung von HL Interventionen***

*Mit Blick auf Interventionen im Kindes- und Jugendalter (GenHEcon)*

Maren A. Jochimsen, Janine Biermann-Stallwitz, Jürgen Wasem

**Hintergrund:** Ziel des BMBF-Verbundes "Gesundheitliche Grundbildung (Health Literacy) im Kindes- und Jugendalter als Ziel von Gesundheitsförderung und Primärprävention" (HLCA, zweite Förderphase) ist es, angewandte Forschung mit bedeutendem Praxisbezug durch Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Interventionen zu leisten sowie repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz von Kindern/Jugendlichen zu gewinnen. Für die Umsetzung und den nachhaltigen Transfer der Ergebnisse in Praxis und Politik ist der Einbezug von gesundheitsökonomischen und geschlechtsspezifischen Aspekten von Beginn an von bestätigter Bedeutung. Diese werden mit dem Teilprojekt GenHEcon explizit adressiert.

**Methoden und Ergebnisse:** GenHEcon nimmt eine verbundübergreifende Pipelinefunktion ein. Ziele sind die Beratung und Unterstützung der Evaluation von HLCA-Interventionen. Ferner wird der Verbund bei der Formulierung von Politik- und Praxisempfehlungen unterstützt.

Das Arbeitspaket Gesundheitsökonomie beinhaltet die gesundheitsökonomische Begleitung in Abhängigkeit der Anforderungen der Teilprojekte. Dies umfasst die Analyse oder Beratung hinsichtlich der Interventionskosten sowie der Relation von Kosten zu potentiellen Effekten. In vertiefter Zusammenarbeit mit ausgewählten Teilprojekten unterstützt das Arbeitspaket Gender Analysis u.a. Such- und Auswertungsstrategien projektbezogener Literatur, die Erstellung von Interventionssystematiken sowie die Entwicklung von gendersensiblen HLCA-Interventionen.

**Diskussion:** Die bisherige Evidenz zeigt erheblichen Bedarf, zuverlässige Daten zu gesundheitsökonomischen Aspekten von Health Literacy zu ermitteln. GenHEcon trägt dazu bei, diese Forschungslücke zu schließen. Durch die methodische und inhaltliche Integration der Geschlechterperspektive in alle Phasen des Forschungsprozesses wird die Erzielung fundierter geschlechtersensibler Ergebnisse, die Kindern und Jugendlichen aller Geschlechter zugutekommen, möglich und sichergestellt.

### ***Gesundheitskompetenz, sozioökonomischem Status und chronischer Erkrankung bei Viertklässler\*innen***

*Der Zusammenhang von selbstberichteter Gesundheitskompetenz, sozioökonomischem Status und chronischer Erkrankung bei Viertklässler\*innen*

Torsten Michael Bollweg, Orkan Okan, Janine Bröder, Ullrich Bauer, Paulo Pinheiro

**Hintergrund:** Mit dem European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) wurde 2016 in Deutschland die selbstberichtete Gesundheitskompetenz (GK) der Erwachsenen und Jugendlichen ab 15 Jahren erfasst. Hierbei wurde gezeigt, dass Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status (SES) und Menschen mit chronischen Erkrankungen (CE) eine schlechtere GK haben. Jedoch ist noch wenig darüber bekannt, in welchem Lebensalter sich solche GK-bezogenen Disparitäten herausbilden. Daher wurde eine Studie durchgeführt, die die Verbindung von GK und SES sowie CE bei Kindern untersucht.

**Methode:** Die GK von n=906 Viertklässler\*innen wurde mit einer altersadaptierten, validierten 15-Item Skala basierend auf dem HLS-EU-Q in einer nicht-repräsentativen Stichprobe in Nordrhein-Westfalen erhoben. SES wurde mit der Family Affluence Scale (FAS-III) und das Vorliegen einer CE einzeln erfasst. Ferner wurden Geschlecht, Alter, und als Indikator für Migrationshintergrund die mit den Eltern gesprochene Sprache erfragt.

**Ergebnisse:** Die GK der Stichprobe ist mit einem Mittelwert von 3,33 (1-4; SD = 0,38) hoch. Es liegen signifikante Unterschiede in der GK von Kindern mit niedrigem und hohem SES vor (unteres vs. oberes Quintil;  $p < 0,001$ ), jedoch nicht mit Hinblick auf Geschlecht, Alter ( $\leq 9$  vs.  $\geq 10$ ), die mit den Eltern gesprochene Sprache („nur Deutsch“ vs. „nicht nur Deutsch“) und das Vorliegen einer CE.

**Diskussion:** Dies ist die weltweit erste Studie, die eine adaptierte Version des HLS-EU-Q bei Kindern einsetzt. Trotz einer allgemein hohen GK sind schon bei Viertklässler\*innen Disparitäten in der Ausprägung der GK nachweisbar. Diese hängen mit der familiären materiellen Ausstattung (FAS) zusammen, was die Bedeutung materiell ungleicher Lebenswelten für den Erwerb von GK im Kindesalter sowie darauf ausgerichtete präventive Maßnahmen in den Fokus rückt. Unterschiede in der GK mit Hinblick auf eine CE scheinen jedoch erst in einem späteren Alter aufzutreten.

## ***Entwicklung einer Intervention zur Förderung psychischer Gesundheitskompetenz***

### *Intervention für Kinder und Jugendliche*

Patricia Wahl, Alexandra Fretian

**Hintergrund:** Die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz und die Reduktion von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen haben das Potential zur Verbesserung der Hilfesuche bei psychischen Problemen. Hierzu könnte eine Intervention im Kindes- und Jugendalter beitragen, indem entsprechende Zielgrößen bereits früh in der Lebensphase adressiert werden. Mithilfe einer systematischen Literaturrecherche wurde die Fragestellung untersucht, welche Interventionen langfristig effektiv psychische Gesundheitskompetenz und Stigma bei Kindern und Jugendlichen adressieren können.

**Methode:** Im Sommer 2018 wurden sechs Datenbanken systematisch durchsucht. Diese Suche wurde durch Handsuchstrategien ergänzt und ergab 4731 Abstracts, von denen 17 Artikel in die Volltextanalyse eingeschlossen wurden. Einschlusskriterien waren neben der Adressierung von psychischer Gesundheitskompetenz und/oder Stigma u.a. das Vorhandensein einer Kontrollgruppe und eines Prä-Post-Follow-Up Designs.

**Ergebnisse:** Es zeigte sich eine hohe Heterogenität der Interventionen hinsichtlich Studienqualität, Ausrichtung der Inhalte und Messinstrumenten. Die eingeschlossenen Studien berichteten ausschließlich für das schulische Setting unterschiedliche Interventionen, von komplexen oder curriculumbasierenden Interventionen bis hin zu kurzen Einzelmaßnahmen. Mit Blick auf die langfristige Effektivität zeigte

sich ein uneinheitliches Bild. Insbesondere in Bezug auf die Reduktion der Stigmatisierung zeigte nur ein Teil der Studien positive Effekte.

**Diskussion:** Aus den Ergebnissen lassen sich Implikationen für die Entwicklung eines Interventionsprogrammes für Bielefeld ableiten. Konfliktlinien zwischen wissenschaftlichen Ansprüchen und Praktikabilität bei der Evaluation einer entsprechenden Intervention werden diskutiert.

### ***Sozioökonomischer Status, elterliche Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten von Kindern***

Elke de Buhr, Antje Tannen, Michael Ewers

**Hintergrund:** Health Literacy (HL) steht mit Gesundheitsindikatoren wie körperlicher Aktivität und Ernährung in enger Verbindung. Darüber hinaus sind Eltern für das Gesundheitsverhalten ihrer minderjährigen Kinder mitverantwortlich. Auch ist bekannt, dass sozioökonomischer Status (SES) einen starken Einfluss auf Gesundheitswissen und -verhalten hat. Obwohl das HL-Konzept in Deutschland an Bedeutung gewonnen hat, fehlen empirische Daten.

**Fragestellung:** In Deutschland wurden der Zusammenhang zwischen SES, elterlicher HL und Kindergesundheit bislang kaum untersucht. Die hier vorgestellten Ergebnisse basierend auf aktuellen Daten des SPLASH-Projekts (Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen) tragen dazu bei, diese Wissenslücke zu schließen.

**Methode:** Daten von 4.217 Eltern sowie deren Kindern wurden an 28 Schulen in Brandenburg und Hessen erhoben. Grund- und weiterführende Schulen in sehr unterschiedlichen sozialen Lagen waren in der Stichprobe vertreten. Bi- und multivariate Korrelationen zwischen SES, HL der Eltern (basierend auf HLS-EU-Q16) und Kindergesundheit wurden berechnet.

**Ergebnisse:** 34% der Eltern hatten eine problematische und 12% eine inadäquate HL. Die wichtigste soziale Determinante von HL war SES. Kinder aus Haushalten mit hoher HL zeigten einen signifikant höheren Konsum von Obst und Gemüse und bessere Zahnpflege. Jüngere Kinder waren häufiger körperlich aktiv. Ältere Kinder konsumierten weniger gesüßte Getränke. Ein Zusammenhang zwischen HL der Eltern und dem Konsum von Alkohol, Tabak sowie dem BMI der Kinder konnte dagegen nicht nachgewiesen werden.

**Diskussion:** Kinder mit geringem SES und ihre Eltern treten als vulnerable Zielgruppen besonders in Erscheinung. Diese Eltern sollten gezielt unterstützt werden, informierte gesundheitsbezogene Entscheidungen für sich und ihre Kinder zu treffen. Die vorliegenden Ergebnisse können genutzt werden, um gesundheitsstrategisch im Setting Schule erfolgversprechende Maßnahmen zur Stärkung der HL einzuleiten.

### **Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen**

#### ***Gesundheitskompetenz vulnerabler Zielgruppen im ländlichen Raum***

Stephanie Lechtenfeld, Britta Bertermann, Anja Ehlers, Andrea Kuhlmann

**Hintergrund:** Die Gestaltung einer integrierten Versorgung ist besonders im ländlichen Raum eine Herausforderung. Dabei gewinnt die Befähigung, die eigene Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen

len, an Bedeutung. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und Förderung der Gesundheitskompetenz werden in einer partizipativen Projektentwicklung bedarfs- und nutzerorientierte Angebote für ein multifunktional und interdisziplinär angelegtes Gesundheitszentrum im ländlichen Raum verfügbar gemacht.

**Fragestellung:** Welche Gesundheitskompetenz weisen die Bürger\*innen im ländlichen Raum auf? Welche Unterschiede ergeben sich bei bestimmten vulnerablen Zielgruppen?

**Methode:** Im Rahmen einer Bedarfsanalyse wurde die Gesundheitskompetenz der Bürger\*innen in der Projektregion mit dem Erhebungsinstrument HLS-EU Q47 erfasst. (Zufallsstichprobe n = 3000; Bürger\*innen ab 45 Jahren).

**Ergebnisse:** Die Stichprobe ist durch einen hohen Anteil an Menschen mit chronischer Erkrankung charakterisiert. Ein Drittel der Befragungsteilnehmer\*innen sind pflegende Angehörige. Die Auswertungen der Ergebnisse nach vulnerablen Gruppen zeigen, dass in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung eine deutlich eingeschränkte Gesundheitskompetenz vorliegt.

**Diskussion:** Gesundheitskompetenz unterliegt einem weit gefassten Begriffs- und Konzeptverständnis. Fähigkeiten, die sich auf gesundheitsrelevante Entscheidungen oder auf das Zurechtfinden im Gesundheitssystem beziehen, sind bisher nicht Bestandteil der Erhebungsinstrumente. Zudem erweist sich die Handhabung des HLS-EU Q47 bei älteren und kognitiv eingeschränkten Menschen als schwierig. Hieraus ergeben sich folgende Fragen:

- Wird Gesundheitskompetenz durch ländliche oder urbane Räume beeinflusst?
- Wie kann die Gesundheitskompetenz vulnerabler Zielgruppen gefördert werden?
- Sind zielgruppenspezifische Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz notwendig?

### ***Gesundheitskompetenz von Menschen mit psychischen Gesundheitsstörungen: Systematisches Review***

Annika Baumeister, Pauline Mantell, Saskia Jünger, Christiane Woopen

**Hintergrund:** Fast die Hälfte aller Erwachsenen leiden im Verlauf ihres Lebens an einer psychischen Gesundheitsstörung. Ein umfassendes Verständnis über die Gesundheitskompetenz (GK) von Menschen mit psychischen Gesundheitsstörungen ist, insbesondere im Hinblick auf die Förderung individueller Teilhabechancen, von zentraler Bedeutung. Ziel dieses systematischen Reviews ist die Skizzierung des internationalen Forschungsstandes zur GK von Menschen mit psychischen Störungen und die thematische Analyse der Ergebnisse nach dem integrativen Model von Sørensen et al.

**Methode:** Gemäß der PRISMA Leitlinie wurden die Datenbanken Pubmed, Psycinfo und CINAHL systematisch nach Publikationen bis einschließlich August 2018 durchsucht. Die Ergebnisse wurden in einer deduktiven thematischen Analyse kategorisiert und analysiert.

**Ergebnisse:** N = 12 Studien erfüllten die Einschlusskriterien. Internationale Forschungsergebnisse deuten insgesamt auf eine hohe Prävalenz eingeschränkter GK im Kontext psychischer Gesundheitsstörungen hin; insbesondere zeichnet sich dies im Zusammenhang mit depressiver Symptomatik ab. Die Mehrzahl der Studien fokussieren auf die Messung von Wissen oder Kompetenzen wie Lese- und Rechtschreibfähigkeiten und nicht auf den prozeduralen Charakter der Verarbeitung von Gesundheitsinformationen. Weder Wissen noch Kompetenzen alleine führten jedoch zu dem entsprechenden Gesundheitsverhalten. In keiner der eingeschlossenen Studien wurden Motivationsaspekte bewertet.

**Diskussion:** Im Kontext psychischer Gesundheitsstörungen scheint es krankheitsspezifische Herausforderungen hinsichtlich des Umgangs mit Gesundheitsinformationen zu geben. Diese Schwierigkeiten zeigen sich bislang vor allem im Zusammenhang basaler kognitiver Kompetenzen. Zukünftige Forschung sollte vermehrt darauf abzielen, krankheitsspezifische Herausforderungen im Prozess der Informationsverarbeitung zu untersuchen, um selbstbestimmte Entscheidungsfindung in dieser Population unterstützen zu können.

### ***Health Literacy von Personen mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung?***

*Gesundheitsethnologie als best research practice zur Erforschung der Gesundheitskompetenzen vulnerabler Gruppen*

Zeynep Islertas, Stefanie Harsch, Elias Sahrai, Uwe H. Bittlingmayer, Diana Sahrai

**Hintergrund und Methode:** Anders als in der anglo-amerikanischen oder der französischen Tradition sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung führen gesundheitsethnologische Ansätze im deutschen Sprachraum ein Schattendasein und stehen unter Legitimationszwang. Im geplanten Kurzvortrag soll eine gesundheitsethnologische Perspektive auf die Gesundheitskompetenzforschung anhand von einem Projekt aus der Schweiz sowie einem BMBF-Projekt aus Deutschland vorgestellt werden. Unsere Forschung zielt dabei darauf ab, vorhandene Kompetenzen von Jugendlichen und Familien mit Migrationshintergrund sichtbar zu machen, die von den üblichen standardisierten Messinstrumenten nicht erfasst werden.

**Fragestellung:** Über welche Gesundheitskompetenzen verfügen vulnerable Migrant\_innen im Alltag und mit welchen Handlungsstrategien sind sie verbunden?

**Ergebnisse:** Im Rahmen der ethnografischen Begleitung von Jugendlichen mit türkischem und afghanischem Migrationshintergrund ist zunächst festzuhalten, dass die (jugendsoziologische) Vorstellung von einer Jugend als Phase der Ablösung und Emanzipation aus dem Elternhaus zumindest eingeschränkt werden muss. Die Familie ist in Hinblick auf Gesundheitsverhalten, -entscheidungen und -routinen für die von uns begleiteten Jugendlichen nach wie vor maßgeblich – in die gleiche Richtung zielt die gesundheitsethnologische Studie von Schweizer Familien mit lateinamerikanischer Zuwanderungsgeschichte. Ferner haben Jugendliche ein eher holistisches Gesundheitsverständnis, das auf Familie oder Peergruppenerfahrungen abhebt und sich in Statements äußert wie „gesund ist, wenn ich nicht alleine bin“ oder „gesund ist, wenn es meiner Familie gut geht“. Vor dem Hintergrund unserer Studien plädieren wir dafür, den Begriff der Gesundheitskompetenz stärker – zumindest auch – auf familiäre Einheiten zu beziehen und auf diese Weise familiäre Gesundheitskompetenzen zu bestimmen.

**Diskussion:** Durch den Einsatz gesundheitsethnologischer Forschungsmethoden konnten wir ein erweitertes, alltagsnahes Verständnis von Gesundheitskompetenz und Gesundheitshandeln gewinnen, welche durch bisherige quantitative und qualitative Methoden unzureichend ausgeleuchtet wurde. Wir würden deshalb dafür plädieren, den gesundheitsethnologischen Ansatz gerade in der Erforschung von Gesundheitskompetenzen vulnerabler Gruppen wesentlich zu stärken.

## ***Gesundheitskompetenz von medikamentenkonsumierenden Frauen***

Gabriele Klärs

**Hintergrund:** Chronisch Erkrankte sind gefordert, Fähigkeiten der Krankheitsbewältigung und des Selbstmanagements zu entwickeln. Insbesondere der Umgang mit der langfristigen Einnahme von Medikamenten ist häufig mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. In allen Altersgruppen nehmen Frauen häufiger Medikamente ein als Männer. Das vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderte Projekt „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ hat zum Ziel, Handlungsempfehlungen für die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung medikamentenabhängiger Frauen zu entwickeln.

**Methode:** In einem Teilprojekt wurde eine qualitative Befragung von medikamentenkonsumierenden Frauen durchgeführt (Erhebungszeitraum 2017-2018). Die Daten wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

**Ergebnisse:** Es wurden 19 Interviews mit Frauen im Alter zwischen 23 und 65 Jahren geführt. Bezogen auf den Umgang mit Medikamenten und die Erfahrungen im Versorgungssystem zeigt sich:

- Beipackzettel von Medikamenten werden häufig nicht gelesen bzw. verstanden.
- Die Betroffenen beklagen Informationsdefizite hinsichtlich Diagnose und Therapie, (Neben-)Wirkungen der verordneten Medikamente sowie mangelnde Aufklärung über mögliche Alternativen.
- Die Befragten fühlen sich unzureichend am Behandlungsprozess beteiligt; sie vermissen Behandlungs- und Medikationspläne.
- Zunächst ist das Vertrauen v.a. in den\*die Hausärzt\*in hoch; negative Erfahrungen im Verlauf der Behandlung führen dazu, dass andere Informationsquellen gesucht werden (Internet, Foren). Dies hat drei Konsequenzen: (1) Es werden andere Ärzt\*innen aufgesucht, (2) die zum Teil widersprüchlichen Informationen führen zu Verunsicherung und (3) Medikamente werden nach „Bauchgefühl“ eingenommen.

**Diskussion:** Die bisherigen Ergebnisse weisen auf Handlungsbedarf hinsichtlich der Ärzt\*in-Patient\*in-Kommunikation hin. Hierzu gehören laienverständliche Aufklärung über Diagnose, Therapie und (Neben-)Wirkungen von Medikamenten sowie ein verbessertes Shared Decision Making. Betroffene sind außerdem in ihrer Gesundheitskompetenz und insb. Medication Literacy zu unterstützen.

## ***Gesundheitskompetenz bei einem erhöhten Alzheimer Demenz-Risiko***

*„Ich habe Angst, meinen Kopf zu verlieren.“ Gesundheitskompetenz bei einem erhöhten Alzheimer Demenz-Risiko*

Laura Harzheim, Mariya Lorke, Christiane Woopen, Saskia Jünger

**Hintergrund:** Gesundheitsbezogene Risikoprädiktion wird immer frühzeitiger möglich. Für den Einzelnen bedeutet dies die Konfrontation mit zukunftsorientierten Gesundheitsentscheidungen und einer definitorischen Neuordnung von Gesundheit und Krankheit. Welche Konsequenz haben medizinische Risikovorhersagen für Betroffene und deren Angehörige? Wie werden Risikoinformationen verstanden, verarbeitet und was bedeuten Sie für gesundheitsbezogene Entscheidungen? Die der präsentierten Teilstudie zugrunde liegende Untersuchung betrachtet die Gesundheitskompetenz von Risikopersonen in vier exemplarischen klinischen Feldern. Vorgestellt werden besondere Aspekte der Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko einer Alzheimer Demenz.

**Methode:** Die Ergebnisse basieren auf 10 narrativen Interviews mit Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen oder subjektiven kognitiven Störungen als mögliche Vorstufen einer Alzheimer Demenz. Die Interviews wurden in Anlehnung an die Grounded Theory Methodologie und unter analytischer Betrachtung verwendeter Metaphern ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Analyse gibt Einblicke in die Risikowahrnehmung, Krankheitskonzepte und Umgangsstrategien der „Risikopersonen“. Im Speziellen berührt die Konfrontation mit einem erhöhten Alzheimer Demenz-Risiko Dimensionen der Stigmatisierung des Rückgangs kognitiver Fähigkeiten, Strategieaushandlungen in der Auseinandersetzung mit einer derzeit unheilbaren Krankheit sowie die Reflexion der eigenen Identität und sozialen Rolle.

**Diskussion:** Dieser Beitrag soll zur Diskussion wesentlicher Fragen im Bereich der risikobezogenen Gesundheitskompetenzforschung anregen: Welche Implikationen bedeuten die Ergebnisse für die Praxis der Risikoprädiktion? Welche Empfehlungen können im Sinne einer patientenorientierten Risikokommunikation abgeleitet werden? Und wie können Erkenntnisse qualitativer, theoriegenerierender Ansätze kompetenzfördernd angewandt werden?

### ***Gesundheitskompetenz und Migration: Perspektiven von FachexpertInnen aus dem Gesundheitswesen***

Digo Chakraverty, Annika Baumeister, Angela Aldin, Karen Fried, Constanze Hübner, Ümran Sema Seven, Görkem Anapa, Tina Jakob, Nicole Skoetz, Elke Kalbe, Christiane Woopen

**Hintergrund:** Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ hat die Förderung der Gesundheitskompetenz (GK) von Menschen mit Migrationshintergrund zu einem prioritären Handlungsziel erklärt. Da GK individuelle, organisationale und situationale Komponenten aufweist, ist das Verständnis gelingender Interaktion zwischen FachexpertInnen und Menschen mit Migrationshintergrund von zentraler Bedeutung, um die GK der Zielgruppe nachhaltig zu fördern. Ziel des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts ist die Exploration von Herausforderungen und bereits gelebten Lösungen bei der Interaktion zwischen FachexpertInnen und Menschen mit Migrationshintergrund, um zielgerichtete Strategien zur Förderung der GK der Zielgruppe abzuleiten.

**Methode:** Bislang wurden drei Fokusgruppendifkussionen (FGD,  $n = 18$ ) mit FachexpertInnen aus dem Gesundheitswesen mit täglichem Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse:** Sprachbarrieren, Zeitmangel und Unsicherheit im Umgang mit der Zielgruppe wurden als zentrale Herausforderungen identifiziert; bei Menschen mit Migrationshintergrund wurden Angst vor Diskriminierung und genderspezifische Themen wie Scham (z.B. beim Entkleiden) und die Ablehnung weiblicher Behandlerinnen als hinderliche Faktoren seitens männlicher Patienten beobachtet. Als Schlüsselkomponente für effektive Interaktionen nannten die TeilnehmerInnen die gezielte Investition zeitlicher Ressourcen auch über systemische Vorgaben hinaus. Als essentielles Hilfsmittel wurde der abrechenbare Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen und VideodolmetscherInnen gefordert.

**Diskussion:** GK ist eine situationsabhängige, soziale Praxis. Interventionen zur Überwindung der Sprachbarrieren (z.B. Videodolmetschen) sollten weiterentwickelt und evaluiert werden; FachexpertInnen sollten interkulturelle Kompetenzen vermittelt und genügend Zeit zum Aufbau des Vertrauensverhältnisses mit Menschen mit Migrationshintergrund eingeräumt werden.

## ***Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung***

Dirk Bruland, Cornelia Geukes, Änne-Dörte Latteck

**Hintergrund:** Menschen mit geistiger Behinderung haben ein erhöhtes Risiko für diverse Erkrankungen. Auch setzen altersbedingte Gesundheitsprobleme im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung früher im Lebenslauf ein. Eine Stärkung der Gesundheitskompetenz könnte dazu führen, dass die Zielgruppe gesundheitsförderlicher mit diesen Herausforderungen umgeht. Es wird davon ausgegangen, dass insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund besonderer Ressourcen oft nur über begrenzte Fähigkeiten verfügen, sich Wissen über gesundheitsbezogene Themen anzueignen, gesundheitsbezogene Informationen zu bewerten und anzuwenden. Die Unterstützung durch Angehörige der Gesundheitsberufe stellt dazu noch eine weitere spezifische Ressource dar. Ziel der Literaturrecherche war es, den Stand der Forschung zur Gesundheitskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung darzustellen. Forschungsfragen waren: Wie wird die Gesundheitskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung genutzt und diskutiert und welche Schlussfolgerungen können gezogen werden?

**Methode:** Die Ergebnisse basieren auf einem Mixed-Method-Literatur-Review. Von Februar bis Juli 2018 wurden sechs relevante Datenbanken nach themenspezifischen Schlagwörtern durchsucht.

**Ergebnisse:** Insgesamt konnten 12 Artikel eingeschlossen werden. Drei Hauptkategorien wurden bei der Evaluation deutlich: a) Barrieren für Menschen mit geistiger Behinderung, b) Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung und c) zielgruppenspezifische Konzeptualisierungen zur Gesundheitskompetenz. Es zeigte sich deutlich, dass der wissenschaftliche Diskurs nicht über eine funktionale Gesundheitskompetenz hinausgeht. Darüber hinaus wird in den Studien davon ausgegangen, dass das Niveau der Gesundheitskompetenz innerhalb dieser Gruppe sehr niedrig ist. Keine der Studien erwähnte eine spezielle Referenzquelle für diese Aussage. Insgesamt werden Studien hauptsächlich aus der Sicht der Angehörigen der Gesundheitsberufe durchgeführt. Kaum eine Studie befragte oder fokussierte Menschen mit geistiger Behinderung in einem direkten Verfahren. Auch das Standardmessgerät für die Gesundheitskompetenz bei Menschen mit geistiger Behinderung scheint für diese Zielgruppe unzureichend zu sein.

**Diskussion:** Gesundheitskompetenz wird zunehmend als ein entscheidender Faktor für die Gesundheit angesehen und gilt als Voraussetzung für die Beteiligung und Stärkung der Nutzer. In den Studien wird die Gesundheitskompetenz oft mit gesundheitsbezogenem Wissen gleichgesetzt. Die Gesundheitskompetenz berücksichtigt daher nicht ausreichend die spezifischen Lebensbedingungen und Ressourcen von Menschen mit geistiger Behinderung. Dazu bedarf es dringend konzeptioneller wissenschaftlicher Debatten über Gesundheitskompetenz, die Menschen mit geistiger Behinderung, ihre Perspektiven, Erfahrungen, Wahrnehmungen, Ressourcen und den individuellen sozialen Kontext einbeziehen. Hierdurch wäre es möglich, mehr als nur literarische Fähigkeiten und gesundheitsbezogenes Wissen zu adressieren und die Konzepte der Gesundheitskompetenz entsprechend dieser Zielgruppe anzupassen und valide Messinstrumente zu entwickeln. Vor allem erscheint wichtig, eine Perspektive nach dem aktuellen Stand der Gesundheitskompetenz-Forschung einzunehmen, die die Theorie des Lernens, Konzepte zur Entwicklungsförderung und den Erwerb von Wissen mitberücksichtigt. Gesundheitskompetenz könnte mehr bewirken als positive Gesundheitsergebnisse, vor allem könnte sie Menschen mit geistiger Behinderung helfen, partizipativ an gesundheitsbezogenen Entscheidungen mitzuwirken und eine vulnerable Gruppe zu stärken.

## Gesundheitskompetenz in verschiedenen Kontexten

### ***Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogener Lebensqualität***

#### *Ergebnisse einer Querschnittsstudie*

Anna T. Ehmann, Monika A. Rieger, Achim Siegel

**Hintergrund:** Eine niedrige Gesundheitskompetenz ist häufig mit einem schlechteren Gesundheitszustand und geringerer Lebensqualität assoziiert. Im Rahmen einer Trendstudie wurden Mitglieder eines integrierten Vollversorgungssystems in Süddeutschland unter anderem zu ihrer Gesundheitskompetenz und subjektiven Gesundheit befragt. Mit diesem Beitrag soll folgende Frage beantwortet werden: Wie stark korreliert die Gesundheitskompetenz mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D, EQ-VAS)?

**Methode:** Im Jahr 2017 wurden 180 zufällig ausgewählte Mitglieder des integrierten Versorgungssystems befragt. Nach Berechnung der Scores zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16) und gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) wurden bivariate sowie partielle Korrelationskoeffizienten (Kontrollvariablen Alter und Geschlecht) nach Pearson ermittelt.

**Ergebnisse:** Die Befragungsteilnehmer (n=180) waren im Mittel 63,7 (SD=16,1) Jahre alt. Der Frauenanteil lag bei 56,1% (n=101), der durchschnittliche Gesundheitskompetenz-Score bei  $M = 11,0$  (SD=4,4). Eine ausreichende Gesundheitskompetenz gaben 45% (n=81) der Befragten an, wohingegen bei 24,4% (n=44) eine problematische bzw. bei 28,9% (n=52) eine inadäquate Gesundheitskompetenz aus dem HLS-EU-Q16 resultierte. Die bivariate Korrelation zwischen HLS-EU-Q16 und EQ-VAS beträgt  $r=0,30$  (n=159), zwischen HLS-EU-Q16 und EQ-5D  $r=0,33$  (n=164). Kontrolliert nach Alter und Geschlecht resultieren partielle Korrelationen von  $r=0,29$  (EQ-VAS) bzw.  $r=0,31$  (EQ-5D). Alle Korrelationen waren signifikant ( $p<0,001$ ).

**Diskussion:** Die kürzlich in einer Meta-Analyse ermittelte moderate Korrelation zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogener Lebensqualität konnte bestätigt werden. Mit Berücksichtigung der Kontrollvariablen Alter und Geschlecht verringert sich die Korrelation nur sehr geringfügig.

### ***Digitale Gesundheitskompetenz: Eine Bedarfsermittlung bei Versicherten der AOK Nordost***

Katharina Graffmann-Weschke

**Hintergrund:** Kranken- und Pflegekassen müssen sich damit auseinandersetzen, wie ihre digitalen Angebote, z. B. APPs, Videosprechstunden bis hin zur bevorstehenden Digitalen Patientenakte bei ihren Versicherten ankommen, verstanden werden und genutzt werden können. Insbesondere auch für Flächenländer, in denen Versorgungsstrukturen zunehmend schwer zu erreichen sind, werden digitale Lösungen immer wichtiger. Die AOK Nordost sieht sich als Vorreiter einer aktiven Digitalisierungsstrategie mit über 30 innovativen digitalen Leistungen für ihre Versicherten. Digitale Gesundheitskompetenz wird dabei zur zugangsbestimmenden Schlüsselfähigkeit bei der Nutzung moderner Gesundheitswelten.

**Methode:** Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurden von Mai bis November 2018 Literaturrecherchen, Experteninterviews und Versichertenbefragungen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Nach Alter, Wohnort, Schulabschluss, Gesundheitszustand und selbsteingeschätzter Digitalkompetenz wurden drei Versichertengruppen identifiziert, auf deren Bedarfe in der Weiterentwicklung der Digitalisierung bei Krankenkassen gezielt eingegangen werden muss. Mit der Berücksichtigung des Themas Digitale Gesundheitskompetenz muss es gelingen, alle Versicherten in digitalen Entwicklungen mit zu nehmen, wenn es gewünscht ist, dass sie von möglichst vielen Menschen auch genutzt werden.

**Diskussion:** Mit der Förderung von Gesundheitskompetenz müssen die Potentiale, aber auch bestehende Hürden von digitalen Medien für Versicherte berücksichtigt werden. Die Einbettung der Gesundheitskompetenz als inhaltliche/ thematische Kompetenz (z.B. zu Prävention, Diagnostik, Therapie, Pflege) in flankierende Kompetenzen, wie Bedienungskompetenz und Systemkompetenzen muss zukünftig immer mitberücksichtigt werden.

### ***Gesundheitskompetenz im Kontext genetischer Risikoprädiktion im Bereich Brust- und Eierstockkrebs***

*„Die tickende Zeitbombe.“ Gesundheitskompetenz im Kontext genetischer Risikoprädiktion im Bereich Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBEK) – eine qualitative Studie*

Mariya Lorke, Laura Harzheim, Christiane Woopen, Saskia Jünger

**Hintergrund und Fragestellung:** Die diesem Abstract zugrunde liegende Studie ist Teil eines Projekts, das sich der empirisch qualitativen Untersuchung von Gesundheitskompetenz im Kontext risikoprädiktiver Medizin widmet. Ziel der Teilstudie ist es, Risikoperzeptionen, Krankheits- und Gesundheitstheorien sowie für die präventionsbezogene Entscheidungsfindung relevante Faktoren aus der Perspektive der Menschen zu untersuchen, die mit einem erhöhten Risiko für FBEK konfrontiert sind.

**Methode:** Diese Teilstudie basiert auf den Daten narrativer Interviews mit 10 mittels zielgerichtetem Sampling ausgewählten Interviewpartnerinnen. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und anschließend verbatim transkribiert; die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded-Theory-Methodologie.

**Ergebnisse:** Die in dieser Teilstudie befragten Frauen beschreiben individuelle Gesundheitskompetenz stets an der Schnittstelle zwischen medizinischen Organisationen, sozialem Umfeld, Lebensqualität und persönlichen Stressfaktoren. Das Wissen über genetische Veränderungen hat Implikationen für subjektive Krankheitstheorien sowie Entscheidungsmechanismen und wirft Fragen nach Schuld und Verantwortung auf.

**Diskussion:** Das Spannungsfeld zwischen Risikowissen als Last sowie als Erleichterung eröffnet mithin die Frage nach der eigenen Rolle im Prozess der Risikominimierung, sowie der Wahrnehmung des eigenen Körpers und familiärer Verwandtschaftsverhältnisse als Quellen (un-)kontrollierbarer Gefahren. Die Interviews im Rahmen dieser Studie zeigen, dass ein qualitativer Zugang im Kontext der Risikoprädiktion die Perspektive der Befragten differenziert beleuchten kann. Die Narrative der Frauen beinhalten neue Ansatzpunkte für Forschung und Praxis und können zur Theoriebildung im Bereich der Gesundheitskompetenz beitragen.

## ***Gesundheitskompetenz in der ärztlichen Versorgung***

*Ergebnisse aus den Versichertenbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017 und 2018*

Klaus Balke

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) führt seit 2006 regelhaft auf Bundes- und Landesebene repräsentative Versichertenbefragungen mit einer sehr großen Stichprobe (N = 6.000) durch, die unterschiedlichste Parameter der Patientenversorgung abfragen. Die Themenfelder gehen von Wartezeiten und Zufriedenheit beim letzten Arztbesuch bis zu gefühltem Versorgungsmangel und Erfahrungen mit Terminservicestellen.

2017 wurden in die Befragung auch Fragen zur Gesundheitskompetenz mit aufgenommen. Konkret wurden Fragen des sogenannten „Ask me 3-Programmes („Was habe ich?“, „Was soll ich tun?“, „Warum soll ich das tun?“) abgefragt. Darüber hinaus wurden Fragen zum Verständnis von Gesundheitsinformationen und dem Ausfüllen von Formularen beim Arzt gestellt. 2018 standen Fragen zum Nationalen Gesundheitsportal im Mittelpunkt.

Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung werden in der Präsentation vorgestellt. So gaben über 90% aller Befragten an, dass sie die Erklärungen ihres Arztes beim letzten Arztbesuch verstanden hatten bzw., dass eine Erklärung nicht nötig war. Ein mangelndes Verständnis zeigte einen Zusammenhang mit der selbst eingeschätzten eigenen Gesundheit, aktuellen Gesundheitsproblemen und einem höheren Alter (über 65 Jahre). Über 80% der Befragten gaben an, dass es ihnen leicht bzw. sehr leicht fällt, beim Arzt Formulare auszufüllen. Ähnlich hoch ist der Wert beim Verständnis von Gesundheitsinformationen. Etwa die Hälfte der Befragten würde nach eigenen Angaben das geplante Nationale Gesundheitsportal nutzen, vor allem trifft das auf jüngere Altersgruppen zu.

## ***Effektivität einer webbasierten Maßnahme zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Berufsschülern***

### **Eine Cluster-RCT mit Follow-Up**

Gerrit Stassen, Kevin Rudolf, Christopher Grieben, Ingo Froböse, Andrea Schaller

**Hintergrund:** Webbasierte Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen gelten als vielversprechende Ansätze zur Förderung der Gesundheitskompetenz (GK) von jungen Erwachsenen. Die vorliegende Studie untersucht den Einfluss einer webbasierten Intervention auf die GK von Berufsschüler/innen.

**Methode:** Im Rahmen der „WebApp“-Studie wurde mit kaufmännischen Auszubildenden eine 8-wöchige Cluster-RCT mit 6-Monats-Follow-Up durchgeführt (1. Gruppe, n=149: Zugang zu einer interaktiven Interventions-Internetplattform mit wöchentlichen Updates; 2. Gruppe, n=187: Zugang zur Plattform und zusätzliche Teilnahme an einem Gesundheitstag zu Interventionsbeginn; 3. Gruppe, n=159: Kontrollgruppe). Die GK wurde mit dem Fragebogen nach Lenartz erfasst (Likert-Skala 1-4, Dimensionen: „Selbstwahrnehmung“, „Verantwortungsübernahme“, „Umgang mit Gesundheitsinformationen“, „Selbstkontrolle“, „Selbstregulation“, „Kommunikation und Kooperation“). Für die Auswertung wurde eine konservative Intention-to-treat-Analyse (Last-observation-carried-forward-Methode) mit Kruskal-Wallis- und Friedman-Tests (Post-hoc: Dunn-Bonferroni) gewählt.

**Ergebnisse:** Zu Studienbeginn lagen die GK-Werte der Gesamtgruppe (59,0 % weiblich, Alter: 20,7±1,9 Jahre) zwischen 2,6±0,6 („Verantwortungsübernahme“, „Kommunikation und Kooperation“) und

3,0±0,5 („Selbstwahrnehmung“) ohne Zwischengruppenunterschiede aufzuweisen. Auch beim Messzeitpunktvergleich der einzelnen Gruppen wurden keine Unterschiede festgestellt.

**Diskussion:** Die GK-Werte waren moderat-hoch. Die Intervention zeigte keinen Einfluss. Die vorliegenden Analysen sind explorativer Natur. Es braucht GK-Längsschnittstudien mit einheitlichen Messmethoden und, gerade in webbasierten Studien, weitergehende Subgruppen- und Dosis-Wirkungs-Analysen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sollte die Zielgruppe der jungen Erwachsenen verstärkt in den Fokus von Forschung und Praxis rücken.

### ***Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogenes Informationshandeln***

#### *Theoretische und empirische Besonderheiten verschiedener Kommunikationswege*

Eva Baumann, Elena Link, Fabian Czerwinski

**Hintergrund:** Gesundheitskompetenz bedeutet vor allem, dass Menschen die Fähigkeit besitzen, für sie relevante Informationen zu finden, zu bewerten und einzuordnen. Allerdings berichten 54 % der Deutschen, hiermit teils erhebliche Probleme zu haben. Dies scheint abhängig von dem jeweiligen Kommunikationskanal zu sein. Als besonders problematisch erweist sich der Umgang mit Medien, vor allem dem Internet. Entsprechend sollte sich die Förderung von Gesundheitskompetenz gezielt auf die Förderung medialer Informationskompetenzen richten. Hieraus resultiert Forschungsbedarf, der auf die theoretische und empirische Konturierung der Rolle medialer Informationsquellen für die Gesundheitskompetenz zielt und diese mit dem Informationshandeln verbindet.

**Methode:** Über ein Online-Access-Panel werden, nach Bevölkerungsstrukturmerkmalen stratifiziert, N= 3.000 Personen standardisiert befragt. Erhoben werden zum einen die subjektiven Gesundheitskompetenzen bezogen a) auf die Interaktion mit Ärzt\*innen, b) auf Medien allgemein (beides basierend auf dem HLS-EU-Q16) und c) speziell auf das Internet (eHEALS) und zum anderen die Gesundheitsinformationssuche über diverse Quellen (in Anlehnung an den HINTS1).

**Ergebnisse:** Die Befragung ist derzeit im Feld und wird 2018 abgeschlossen sein. In der multivariaten Datenanalyse werden die Beziehungen der kanalspezifischen Facetten von Gesundheitskompetenz zueinander analysiert und hinsichtlich ihrer Erklärungskraft des Informationshandelns verglichen.

**Diskussion:** Die Studie soll – mit Fokus auf das Internet – Erkenntnisse über Unterschiede und Gemeinsamkeiten der in Abhängigkeit vom Kommunikationsweg bestehenden Gesundheitskompetenz liefern und helfen, das Gesundheitsinformationshandeln besser zu erklären.

### ***Gesundheitskompetenz in der kardiologischen Rehabilitation***

#### *Entwicklung und Validierung eines Messinstruments*

Anna Isselhard

**Hintergrund:** Ob und wie geringe Gesundheitskompetenz den Erfolg einer Rehabilitationsbehandlung beeinflusst, ist zurzeit noch ungenügend untersucht. So existieren zwar Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz bei kardiovaskulären Erkrankungen, allerdings wurde der Aspekt der rehabilitationsspezifischen Gesundheitskompetenz bei diesen Fragebögen vernachlässigt. Zudem sind viele dieser Instrumente unzureichend validiert, auf Deutsch nicht verfügbar und alleinig aus Expertensicht entwickelt. Ziel dieses Projekts ist daher die Entwicklung und Validierung eines Instruments zur Erhebung der Gesundheitskompetenz bei Patientinnen und Patienten in der kardiologischen Rehabilitation

unter Einbezug der Zielgruppe in die Instrumentenentwicklung. In Fokusgruppen wurde daher erfragt, welche Domänen der Gesundheitskompetenz die Patienten selbst als wichtig für ihren Rehabilitationserfolg betrachten. Zu den identifizierten Domänen Motivation, Selbstwirksamkeit, Verantwortungsübernahme sowie Informationsbeschaffung wurden daraufhin Items generiert und zu einem Fragebogen zusammengefasst.

**Methode:** Patienten mit koronarer Herzkrankheit wurden im Zeitraum November 2018 bis Januar 2019 während des Erstaufnahmegesprächs in der Rehabilitationsklinik auf die Studie aufmerksam gemacht. Das Fragebogenpaket bestand aus kardiologischen Wissensfragen, dem entwickelten Fragebogen, dem HLS-EU zur Konstruktvalidierung sowie dem HADS. Die Teilnahme war freiwillig und wurde nicht vergütet.

**Ergebnisse:** Ergebnisse sind derzeit ausstehend.

**Diskussion:** Nach Abschluss des Projekts wird erstmalig ein deutschsprachiger Fragebogen zur Messung der aus Patientenperspektive erforderlichen Gesundheitskompetenz für die kardiologische Rehabilitation vorliegen. Dieser kann in einem weiteren Projekt auf prädiktive Validität im Zusammenhang mit Rehabilitationserfolg getestet werden.

### ***Das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) – Hintergrund und Zielsetzung***

Corinna Schaefer, Eva Bitzer, Marie-Luise Dierks, Ansgar Jonietz, David Klemperer, Jürgen Matzat, Sylvia Sängler, Stephanie Stock, Günter Ollenschläger

**Hintergrund:** Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz (GK) in Deutschland haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Fachleute aus Bildung, Gesundheitsversorgung und Politik bemühen sich in zahlreichen Projekten um die Thematik. Insbesondere der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz trägt hierzu maßgeblich bei. Im Gesundheitswesen existieren zahlreiche Strömungen und Initiativen zur Verbesserung der Patientenorientierung. Evidenzbasierte Patienteneinbildung, Gemeinsame Entscheidungsfindung, Patientenvertretungen in Einrichtungen der Selbstverwaltung sind nur einige Beispiele. Allen Konzepten ist gemeinsam, dass zu ihren expliziten oder impliziten Zielen die Stärkung der GK gehört - allerdings häufig mit unzureichender gegenseitiger Bezugnahme der Projekte. Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoll, ein Forum zum Austausch und Abstimmung zwischen den Akteuren zu etablieren. Zu diesem Zweck wurde das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz im Januar 2019 gegründet, über dessen Entwicklung und Ziele berichtet wird.

**Methode:** Zwischen September 2018 und Januar 2019 erarbeitete eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe inhaltliche und formale Eckpunkte für die Gründung eines Forums zur Förderung der GK. Beteiligt waren Expert\*innen aus Wissenschaft, Lehre und Praxis mit Erfahrungen aus Selbsthilfe, Bildungsforschung, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspädagogik, Evidenzbasierter Gesundheitsversorgung, Gesundheitssystemforschung und Patientenversorgung.

**Ergebnisse und Ausblick:** Im Januar 2019 wurden in Köln das DNGK als gemeinnütziger, interdisziplinärer Verein gegründet und die satzungsgemäßen Ziele des Netzwerks konsentiert. Hierzu gehören u.a. Netzwerkbildung, Bildungs- und Forschungsförderung, Methodendiskussion. Informationen über Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitskompetenz werden über das Internetportal <http://dngk.de> und über Soziale Medien verbreitet. Schwerpunkte der Vereinsarbeit sind u.a. der Aufbau einer nationalen e-Bibliothek zur GK und Maßnahmen zur Verbreitung der organisationalen GK. Bis Ende März 2019 haben sich zahlreiche Institutionen um Kooperation mit dem DNGK bemüht.

## Impressum

### Herausgeber:

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften & Fakultät für Erziehungswissenschaft

Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung

E-Mail: [gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de](mailto:gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de)

### Zitation:

Schaeffer, D./Berens, E. M./Bauer, U./ Okan, O. (Hrsg.) (2019): 2. Internationales Symposium Gesundheitskompetenz – Forschung, Praxis, Politik. 2./3. Mai 2019. Abstractband. Bielefeld: Universität Bielefeld.

DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2935152>

**Stand:** April 2019

© Universität Bielefeld 2019,

alle Rechte vorbehalten