

Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS–Neu) in Österreich

Diskussionspapier und Entscheidungshilfe (Version 1_2017)

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich

Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS–Neu) in Österreich

Diskussionspapier und Entscheidungshilfe (Version 1_2017)

AutorInnen:

Röthlin, Florian
Ganahl, Kristin
Nowak, Peter

Unter Mitarbeit von:

Flaschberger, Edith
Griebler, Robert
Pelikan, Jürgen M.

Fachliche Begleitung durch den FGÖ:

Braunegger–Kallinger, Gudrun

Projektassistenz:

Engel, Bettina

Wien, im Jänner 2017

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich

Zitiervorschlag: Röthlin, Florian, Ganahl, Kristin, Nowak, Peter (2017): Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS-Neu). Diskussionspapier und Entscheidungshilfe. Gesundheit Österreich, Wien.

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Inhalt III

Abkürzungen	IV
Abbildungen und Tabellen.....	V
Kurzfassung.....	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Ziele einer neuerlichen Gesundheitskompetenz Erhebung – HLS-Neu	1
1.2 Ziel des Empfehlungspapiers.....	1
1.3 Internationaler und nationaler politischer Kontext von Gesundheitskompetenz.....	1
1.4 Internationale Rezeption der HLS-EU-Studie und des europäischen Gesundheitskompetenz Messinstruments (HLS-EU-Q)	3
2 Hintergründe.....	4
2.1 Begriffsentwicklung und Arbeitsdefinition von umfassender Gesundheitskompetenz	4
2.2 Umfassende Gesundheitskompetenz messen: Messkonzept und Interpretation des HLS-EU-Q.....	5
2.2.1 Messkonzept des HLS-EU-Q.....	5
2.2.2 HLS-EU-Q Interpretation, Stärken und Limitationen	6
2.3 Österreichische und internationale Ergebnisse der HLS-EU Studie.....	8
3 Empfehlung: HLS-Neu Erhebung mit dem HLS-EU-Q.....	9
3.1 Empfehlung: Einjährige Konsolidierungs- und Validierungsphase	10
3.2 Empfehlung: Berücksichtigen von anderen Gesundheitskompetenz Messinstrumenten in der Erhebung	10
3.3 Empfehlung: Erhebungsinstrument im Modulsystem.....	11
3.4 Empfehlung: Erhebungsintervall zumindest alle 4–5 Jahre	11
3.5 Empfehlung: Verwendung der CAPI Befragungsmethode.....	12
3.6 Empfehlung: Stichprobengröße zumindest N=2000 pro Land; Ziehung mittels Random-Route Verfahren.....	12
3.7 Empfehlung: Internationales Gesundheitskompetenz- Monitoring	12
3.8 Empfehlung: Nominierung einer internationalen, wissenschaftlichen Koordinationsstelle.....	13
3.9 Empfehlung: Nominierung von nationalen Studienpartnern.....	13
4 HLS-Neu: Vorschlag Arbeits- und Zeitplanung	14
4.1 Arbeitsplanung: Workpackages, Tasks.....	14
4.2 Zeitplan	15
Literatur	16

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
AT	Austria; Österreich
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CAPI	Computerbasiertes persönliches Interview
ERIC	European Research Infrastructure Consortium
ESS	European Social Survey
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GK	Gesundheitskompetenz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behavior in School-Aged Children
HLS	Health Literacy Survey
HLS-EU	Europäischer Health Literacy Survey
HLS-EU-Q	HLS-EU-Q Instrumente – Langform und Kurzformen
HLS-EU-Q47	Europäisches Gesundheitskompetenz Messinstrument; beinhaltet 47 Items
HLS-EU-Q16	Die Kurzform des HLS-EU-Q47; beinhaltet 16 Items
int.	international
kog.	kognitiv
nat.	national
NRW	Nordrhein-Westfalen
NVS	Newest Vital Sign Test
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development;
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PM	Personen Monate
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe;
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
WP	Workpackages; Arbeitspakete

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept. 4

Abbildung 2.2: Modell von Einflussfaktoren auf eingeschätzte Gesundheitskompetenz..... 7

Tabellen

Tabelle 2.1: Item-Matrix des HLS-EU Messinstruments 6

Tabelle 4.1: Workpackages (WP) und Tasks 14

Tabelle 4.2: Zeitplan..... 15

Kurzfassung

Eine neuerliche Gesundheitskompetenz Erhebung (HLS-Neu) in Österreich hat die wesentliche Aufgabe, kontinuierlich Entwicklung von **Gesundheitskompetenz** in der allgemeinen Bevölkerung **beobachtbar** zu machen und **Entwicklungsbedarfe** zu **identifizieren**. Damit schließt HLS-Neu sowohl an **nationalen** (Zielsteuerung, Rahmen-Gesundheitsziele) als auch an **internationalen** (EU: EU-Gesundheitsstrategie; WHO-Europa: Gesundheit 2020, WHO: Shanghai Deklaration) **gesundheitpolitischen Zielsetzungen** an.

Die **Gesundheitskompetenz-Forschung** ist ein sich **dynamisch entwickelndes** und **ausdifferenzierendes Feld**. Um die unterschiedlichen Entwicklungen und Anforderungen die dadurch für die HLS-Neu Studie entstehen berücksichtigen zu können, empfehlen wir:

- » Die HLS-Neu **Erhebung mit dem HLS-EU-Q**. Der HLS-EU-Q ist zurzeit das am weitesten verbreitete Instrument zur Messung von umfassender (nicht nur krankheitsbezogener) Gesundheitskompetenz in allgemeinen Populationen und wurde bereits in Österreich angewendet.
- » Eine **einjährige Konsolidierungs- und Validierungsphase des HLS-EU-Q** um das in aktuellen Studien gesammelte Wissen zum Instrument und seiner Anwendung (zumindest im deutschsprachigen Raum) berücksichtigen zu können.
- » Die Berücksichtigung von einzelnen Items oder Skalen aus **anderen Gesundheitskompetenz Messinstrumenten** im Erhebungsinstrument.
- » Ein Erhebungsinstrument im **Modulsystem**.
- » Ein **Erhebungsintervall** von höchstens **4–5 Jahren**.
- » Die Verwendung der **CAPI Befragungsmethode**.
- » Eine Stichprobe mit zumindest **N=2000** Befragten pro Land (bzw. **N=1000** Befragten pro Bundesland) die mittels Random-Route Verfahren gezogen wird.
- » Ein **international** vergleichendes Gesundheitskompetenz-Monitoring.
- » Die Nominierung einer renommierten internationalen, wissenschaftlichen **Koordinationsstelle** (nur bei einem internationalen Studiendesign).
- » Die Nominierung von **nationalen Studienpartnern** (nur bei einem internationalen Studiendesign).

1 Einleitung

1.1 Ziele einer neuerlichen Gesundheitskompetenz Erhebung – HLS–Neu

Eine neuerliche Gesundheitskompetenz–Erhebung (HLS–Neu) soll aufbauend auf den Ergebnissen der ersten europäischen Gesundheitskompetenz Studie (HLS–EU) (HLS–EU Consortium 2012):

- » ein Monitoring der Entwicklung von Gesundheitskompetenz auf der Bevölkerungsebene ermöglichen
- » und konkrete Entwicklungsbedarfe in der Bevölkerung identifizieren.

1.2 Ziel des Empfehlungspapiers

Das Bundesjahresarbeitsprogramm 2016 der Zielsteuerung–Gesundheit sieht im operativen Ziel 8.3.2, Maßnahme 3 erste Entscheidungsvorbereitungen für die zukünftige Durchführung eines österreichischen Health Literacy Survey (HLS–Neu) vor. Im Auftrag des FGÖ soll die GÖG ein wissenschaftlich und international anschlussfähiges Erhebungsdesign entwickeln, das als Diskussionspapier und Entscheidungshilfe für weitere Vorbereitungen des HLS–Neu dienen soll.

1.3 Internationaler und nationaler politischer Kontext von Gesundheitskompetenz

Der erste europäische Health Literacy Survey (HLS–EU) wurde im Sommer 2011 in 8 europäischen Ländern durchgeführt.¹ In Österreich, Deutschland, der Schweiz und vielen anderen europäischen (Belgien, Dänemark, Italien, Malta, Portugal, Tschechien, Ungarn) als auch asiatischen Ländern folgten darauf weitere Erhebungen zur Gesundheitskompetenz, die in Anlehnung an den HLS–EU–Survey konzipiert waren. Diese Erhebungen bildeten den Ausgangspunkt für viele nationale Strategien und Entwicklungsinitiativen, u. a. im Rahmen von Health 2020.

In Österreich wurde basierend auf den Ergebnissen der HLS–EU Erhebung das Rahmen–Gesundheitsziel 3 „*Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken*“ zum höchst priorisierten Rahmen–Gesundheitsziel gewählt und als strategisches bzw. operatives Ziel im Bundes–Zielsteuerungsvertrag verankert. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wurde damit zu einem zentralen Eckpunkt der Gesundheitsreform in Österreich und auch in der neuen Vereinbarung gemäß Art

¹ Bulgarien, Deutschland (NRW), Griechenland, Irland, die Niederlande, Spanien, Polen, Österreich

15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens als Entwicklungsschwerpunkt für die Jahre 2017–2021 (Art. 11) verankert.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wurde nicht nur zum priorisierten Rahmen-Gesundheitsziel gewählt, sondern seither sehr erfolgreich umgesetzt:

1. Eine Arbeitsgruppe zur Definition von Wirkungszielen, Herausforderungen, Indikatoren und Maßnahmen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz in Österreich wurde eingerichtet. (BMG 2014)
2. Die Initiative zur Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) wurde 2013 gestartet. Mit der Errichtung der ÖPGK 2015 konnte eine geeignete Koordinationsstruktur geschaffen werden die Gesundheitskompetenz auf nationaler Ebene langfristig weiterentwickelt und fördert.
3. Viele Gesundheitskompetenz-Maßnahmen konnten bereits erfolgreich implementiert werden (siehe: <http://oepgk.at/massnahme/>)
4. Für die Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung wurde die Verbesserung der Gesundheitskompetenz bereits 2014 als zentraler Ansatzpunkt identifiziert. In einer Arbeitsgruppe von Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder und Sozialversicherung wurde eine eigene nationale Umsetzungsstrategie erarbeitet, die im Juli 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen wurde (BMGF 2016).
5. Auf Basis der definierten Versorgungsaufträge sollen die Kompetenzprofile und die Rahmenbedingungen für die relevanten Berufsgruppen weiterentwickelt werden und in weiteren Folge sollen sich Angebote der Aus- und Fortbildung daran orientieren (Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Zielsteuerung Gesundheit, Operatives Ziel 6.3.1.)

Auf Europaebene betont die WHO Europa in ihrem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ die Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz als wesentlichen Ansatzpunkt für die zukünftige Gesundheitspolitik und hat mit der Publikation „Gesundheitskompetenz– Die Fakten“ nicht nur eine vorläufige Wissensbilanz erstellt, sondern auch Empfehlungen für weiteres Vorgehen formuliert (Kickbusch et al. 2013). Die europäische Kommission betrachtet im Zusammenhang mit Patienten-Empowerment und eHealth, Digitale-Gesundheitskompetenz als einen Entwicklungsschwerpunkt in der EU-Gesundheitsstrategie. Zuletzt hat die Weltgesundheitsorganisation weltweit Gesundheitskompetenz als zentrale Gesundheitsdeterminante definiert und deren Verbesserung als einen der vier wichtigsten Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheit der Weltbevölkerung herausgestellt (WHO 2016).

1.4 Internationale Rezeption der HLS–EU–Studie und des europäischen Gesundheitskompetenz Messinstruments (HLS–EU–Q)

Auf Basis eines systematischen Reviews wurde im Rahmen der HLS–EU Studie ein Instrument zur Messung von Gesundheitskompetenz in Europa entwickelt – das HLS–EU–Q47. (Sorensen et al. 2013) Das ausführliche Messinstrument beinhaltet 47 Items, später wurde noch eine Kurzform mit nur 16 Items, die HLS–EU–Q16 Skala, entwickelt (siehe: dazu Kapitel 2.2.).

Die Ergebnisse der HLS–EU–Studie wurden in einem ländervergleichenden Bericht (HLS–EU Consortium 2012), sowie in mehreren landesspezifischen Berichten und Artikeln veröffentlicht. (Doyle et al. 2012; Pelikan et al. 2013; Słońska et al. 2015; Sorensen et al. 2015; van der Heide et al. 2013)

Seit der Veröffentlichung der HLS–EU Studie wurde das europäische Gesundheitskompetenz Instrument, sowohl in seiner Langform als auch in seiner Kurzform, in unterschiedlichen Studien weltweit eingesetzt. Die Kurzform (HLS–EU–Q16) wurde bereits in mehreren u.a. deutschen Studien eingesetzt. (Jordan/Hoebel 2015; Messer et al. 2016; Quenzel/Schaeffer 2016; Tiller et al. 2015; Zok 2014)

Auch in anderen europäischen Ländern² (Toçi et al. 2014; Palumbo et al. 2016; Vandenbosch et al. 2016; Wångdahl et al. 2015), in Israel und in Asien³ (Duong et al. 2015; Nakayama et al. 2015) wurden HLS–EU Instrumente eingesetzt. (vgl. Pelikan /Ganahl 2017, 97–194)

² Albanien, Belgien, Dänemark, Italien, Malta, Portugal, Schweiz, Schweden, Tschechien, Ungarn

³ Indonesien, Kasachstan, Laos, Malaysia, Myanmar, Pakistan, Taiwan, Japan, Vietnam

2 Hintergründe

2.1 Begriffsentwicklung und Arbeitsdefinition von umfassender Gesundheitskompetenz

Das Konzept der Gesundheitskompetenz kommt ursprünglich aus den USA und wurde erstmals in den 70er Jahren erwähnt (Simonds zitiert nach (Ratzan 2001)). Die ersten Arbeiten zur Gesundheitskompetenz entwickelten sich aus der Literacy-Forschung heraus. Das zunächst inhaltlich sehr eng gefasste Konzept beschäftigte sich ausschließlich mit der Messung von funktionalen Kompetenzen also mit Fertigkeiten, die zum Lesen und Verstehen von Dokumenten im Kontext des Krankenbehandlungssystems notwendig sind (American Medical Association 1999). Später wurde das Konzept um die Aspekte der kommunikativen/interaktiven sowie der kritischen Gesundheitskompetenz erweitert (Nutbeam 2000). Aktuelle Ansätze richten den Fokus nicht nur auf das Individuum, sondern insbesondere auch auf Kontextfaktoren (Verhältnisse) (vgl. Abbildung 2.1): Etwa auf die Kommunikationskompetenz der Gesundheitsprofessionen, die Patientenzentrierung der Interaktion oder die „Nutzerfreundlichkeit“ der Organisationen/Strukturen des Gesundheitswesens (Parker 2009). In diesem Sinne können auch Systeme und Organisationen „Gesundheitskompetenz fördernd“, „Gesundheitskompetenz responsiv“ bzw. „gesundheitskompetent“ sein (siehe dazu etwa „Das Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ von (Dietscher/Pelikan 2017)).

Abbildung 2.1:
Gesundheitskompetenz als relationales Konzept.



Quelle: Parker (2009)

Aufgrund der dynamischen Entwicklung des Konzepts (Nutbeam 2008) existiert keine allgemein akzeptierte Definition von Gesundheitskompetenz und die Debatten über Definition und Konzeptualisierung halten bis heute an. (Rudd 2017; Vogt et al. 2015)

Im Rahmen der ersten europäischen Gesundheitskompetenz Studie (HLS-EU) wurde eine systematische Analyse der internationalen Literatur zu bestehenden Gesundheitskompetenzkonzepten und -modellen durchgeführt. Aus den Ergebnissen dieser Analyse wurde ein konzeptuelles Modell und folgende umfassende und relationale Definition abgeleitet:

„Gesundheitskompetenz basiert auf der allgemeinen Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern.“ (Sorensen et al. 2012)

2.2 Umfassende Gesundheitskompetenz messen: Messkonzept und Interpretation des HLS-EU-Q

Wegen der fehlenden allgemeingültigen Definition existieren parallel verschiedene Gesundheitskompetenz-Messkonzepte. Sie weisen dabei unterschiedliche Messebenen (z. B. individuell vs. organisatorisch), Messansätze (z. B. Selbsteinschätzung vs. Performanztestung) und inhaltliche Ausrichtungen (z. B. allgemein vs. krankheitsspezifisch) auf. Bisher kamen die meisten Erkenntnisse der Gesundheitskompetenz-Forschung aus den USA und beziehen sich auf funktionale Gesundheitskompetenz (das heißt die Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen zu lesen und zu verstehen) von meist chronisch kranken PatientInnen (Kickbusch et al. 2013; Van den Broucke 2014). In der europäischen Gesundheitskompetenz Studie (HLS-EU) wurde dagegen umfassende Gesundheitskompetenz in der allgemeinen Bevölkerung gemessen.

Der HLS-EU-Q ist zurzeit das am weitesten verbreitete Instrument zur Messung von umfassender Gesundheitskompetenz in allgemeinen Populationen und bietet einige spezifische Vorteile wie:

- » Den zugrundeliegenden umfassenden (und nicht nur krankheitsbezogenen) Begriff der Gesundheitskompetenz, was vor allem für Populationsstudien bzw. Bevölkerungsstudien ein Alleinstellungsmerkmal darstellt.
- » Die relationale Operationalisierung des Gesundheitskompetenz-Konzepts, d.h. in Messungen mit dem HLS-EU Instrument werden auch die situativen Herausforderungen der jeweiligen gesundheitsrelevanten Aufgaben und Tätigkeiten berücksichtigt.
- » Die bereits vorliegenden Vergleichsdaten für Österreich und viele andere Länder.

2.2.1 Messkonzept des HLS-EU-Q

Mit dem HLS-EU-Q47 wird allgemeine (generische) Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene anhand von Einschätzungen der Befragten gemessen. Die Items des HLS-EU-Q47 basieren auf der Gesundheitskompetenz-Definition nach Sorensen et al. 2012 und spezifizieren als wichtigste Dimensionen der Gesundheitskompetenz zum einen drei Domänen der Gesundheitserhaltung und -förderung, und zum anderen vier Stadien der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen. Zusammen bilden die drei Domänen (Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung) und die vier Stadien (Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen, Informationen anwenden) eine Matrix (vgl. Abbildung 2.2), die als Basis für die Auswahl von Fragen für den HLS-EU-Q47 verwendet wurde. Jede der zwölf Zellen der Matrix in

Abbildung 2 wurde mit 3 bis 5 Fragen operationalisiert, wobei danach gefragt wird wie einfach bzw. schwierig die Durchführung von ausgewählten und gesundheitsrelevanten Tätigkeiten und Aufgaben ist. Zur Beantwortung wird eine vierstufige Skala angeboten (sehr einfach, ziemlich einfach, ziemlich schwierig, sehr schwierig).

Eine genaue Beschreibung des HLS-EU-Q47 Instrumentes findet sich im HLS-EU Bericht (HLS-EU Consortium 2012), im HLS-EU Bundesländer Report (Pelikan et al. 2013) und im dazugehörigen Validierungsartikel. (Pelikan et al. in Vorbereitung)

Tabelle 2.1:
Item-Matrix des HLS-EU Messinstruments

Gesundheits-Kompetenz	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
für Krankheitsbewältigung	1) Informationen über Krankheitsbewältigung finden	2) Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	3) Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	4) Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
für Prävention	5) Informationen über Prävention finden	6) Informationen über Prävention verstehen	7) Informationen über Prävention beurteilen	8) Informationen über Prävention anwenden
für Gesundheitsförderung	9) Informationen über Gesundheitsförderung finden	10) Informationen über Gesundheitsförderung verstehen	11) Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen	12) Informationen über Gesundheitsförderung anwenden

Quelle: (Pelikan et al. 2013)

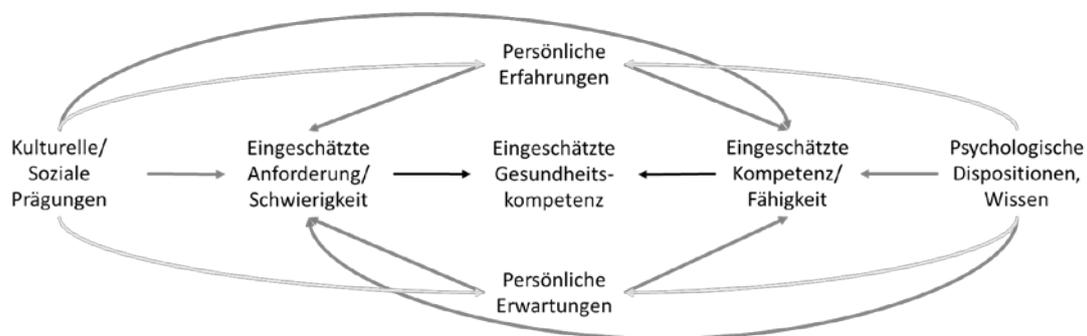
2.2.2 HLS-EU-Q Interpretation, Stärken und Limitationen

Bei der Interpretation von HLS-EU Ergebnissen muss berücksichtigt werden, dass es sich um Einschätzung handelt die nicht nur von individuellen Eigenschaften sondern auch von den jeweiligen systemischen Kontexten beeinflusst werden. Dadurch sind die Ergebnisse besonders in gesundheitspolitischen Kontexten sehr anschlussfähig, denn Messungen mit dem HLS-EU-Q zeigen auf, in welchen Bereichen des Gesundheitssystems besonders häufig Schwierigkeiten erlebt werden und welche Bevölkerungsgruppen insbesondere davon betroffen sind. So werden konkrete Gruppen und Themen ausgewiesen bei denen erhöhter gesundheitspolitischer Handlungsbedarf besteht.

Darüber hinaus verfügt das HLS-EU-Q47-Instrument über Subindices, die neben dem Index für allgemeine Gesundheitskompetenz berechnet werden können und ein differenzierteres Bild wesentlicher Dimensionen der Gesundheitskompetenz zeichnen. Aggregierte Ergebnisse auf Indexebene eignen sich zur Beschreibung der Gesundheitskompetenz in allgemeinen Populationen, für Monitorings auf Populationsebene, zur Identifikation von vulnerablen Gruppen und für Korrelationsstudien (z. B. mit Determinanten und gesundheitspezifischen Konsequenzen der Gesundheitskompetenz). Analysen auf der Ebene der Einzelitems eignen sich zur Erfassung von spezifischen Gesundheitskompetenzbedürfnissen und als Basis zur Planung von zielgerichteten Interventionen (vgl. Pelikan et al. 2014, Folie 5).

Bei der Interpretation von HLS-EU-Q Ergebnissen ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass bei Erhebungen in allgemeinen Populationen nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Befragten bereits Erfahrungen mit sämtlichen abgefragten Tätigkeiten und Aufgaben gemacht haben. Dies führt dazu, dass für die Messung nicht nur persönliche Erfahrungen, sondern auch geteilte Erfahrungen bzw. Erwartungshaltungen eine Rolle spielen. HLS-EU-Q Ergebnisse basieren auf Einschätzungen. Im Unterschied zu Performanz-Tests (z. B. Wissensfragen, Lesekompetenztests usw.) kann damit die zugrundeliegende umfassende Definition von Gesundheitskompetenz operationalisiert werden. Allerdings wird das Antwortverhalten auch von den psychologischen, kulturellen und sozialen Dispositionen und Prägungen der Befragten bzw. den damit einhergehenden Erwartungshaltungen an Situationen und eigene Kompetenzen, beeinflusst. (vgl. Abbildung 2.2) Das zeigt sich auch an den verhältnismäßig geringen Zusammenhängen zwischen HLS-EU-Q Instrumenten und Performanz-Testinstrumenten (die allerdings auch nur funktionale Gesundheitskompetenz messen) wie dem Newest Vital Sign⁴ (NVS) Test (HLS-EU Consortium 2012), oder dem Gesundheitswissen Index nach Gerich (Gerich et al. 2015). So kann bspw. – wie Gerich zeigt – mangelndes Wissen über die Komplexität einer Situation oder subjektive Selbstüberschätzung dazu führen, dass eine Tätigkeit/Aufgabe als einfach eingeschätzt wird. Im Ergebnis kann eine Person über eine niedrige performanz-basierte, aber eine hohe eingeschätzte Gesundheitskompetenz verfügen und umgekehrt (ebd.).

Abbildung 2.2:
Modell von Einflussfaktoren auf eingeschätzte Gesundheitskompetenz



Darstellung: GÖG

⁴ Der NVS-Test ist ein Test zu Messung von funktionaler Gesundheitskompetenz. Dabei wird die Fähigkeit getestet, Informationen eines Nahrungsmittelkettens einer Eiscremepackung zu lesen, zu verstehen und daraus Schlüsse zu ziehen. Dafür sollen einige Lese- und Rechenaufgaben gelöst werden, die sich auf das Nahrungsmittelkettens beziehen.

2.3 Österreichische und internationale Ergebnisse der HLS-EU Studie

Laut HLS-EU Studie betrug der Prozentsatz derjenigen, die gesundheitsrelevante Entscheidungen im täglichen Leben (zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft) zu treffen als schwierig einstufen (also Personen mit mangelnden oder problematischen Gesundheitskompetenz-Niveaus) in Österreich über 50 %. Der Anteil, dieser Personengruppe, unterschied sich beträchtlich zwischen den teilnehmenden Ländern. In den Niederlanden waren es unter 30 %, in Bulgarien dagegen über 60%. Österreich lag deutlich schlechter als der Durchschnitt der HLS-EU Teilnehmerländer. Allerdings belegte die Studie auch für die anderen Teilnehmerländer, dass wesentliche Teile der jeweiligen Bevölkerungen von schlechter Gesundheitskompetenz betroffen waren. (Sorensen et al. 2015) Zudem waren bestimmte vulnerable Gruppen etwa ältere, bildungsbenachteiligte oder chronisch erkrankte Personen, in fast allen Teilnehmerländern, besonders häufig von geringer Gesundheitskompetenz betroffen.

3 Empfehlung: HLS–Neu Erhebung mit dem HLS–EU–Q

Im Hinblick auf den derzeitigen Stand des Gesundheitskompetenz Diskurses und die zur Verfügung stehenden Instrumente empfehlen wir die Verwendung des HLS–EU–Q47. Allerdings muss schon in der Planungsphase der Studie berücksichtigt werden, dass es sich bei der Gesundheitskompetenz um ein Forschungsfeld mit aktuell hoher Dynamik handelt, dessen zukünftigen Entwicklungstendenzen, aus heutiger Sicht, schwer abzuschätzen sind.

Folgende Faktoren sind jedenfalls zu berücksichtigen:

- » Zurzeit gibt es im deutschsprachigen Raum mehrere Arbeitsgruppen, die den HLS–EU–Q, vor allem auch für die Verwendung in spezifischen Populationen (z.B. Jugendliche, ältere Personen oder MigrantInnen) weiterentwickeln und validieren. Durch das in diesen Validierungsstudien erzeugte Wissen über das Instrument und seine Anwendung, entsteht das Potential das HLS–EU–Q Instrument weiter zu verbessern.
- » Wie Gerich et al. (Gerich et al. 2015) gezeigt haben, ergeben sich aus dem Vergleich der selbst eingeschätzten Gesundheitskompetenz, wie sie mit dem HLS–EU–Q gemessen wird, und Performanz- oder wissensbasierten Gesundheitskompetenz-Tests, besonders interessante Lernmöglichkeiten. Gerich et al. etwa erstellen basierend auf den Messergebnissen von HLS–EU–Q und einem selbstentwickelten Gesundheitswissen-Test, eine Typologie (4 Typen, sinngemäß „hohe Selbsteinschätzung–geringes Wissen“, „hohe Selbsteinschätzung–großes Wissen“, „niedrige Selbsteinschätzung–geringes Wissen“, „niedrige Selbsteinschätzung–großes Wissen“). Gerich et al. zeigen, dass diese Typen höchst unterschiedlich funktionieren (bzgl. deren Korrelationen mit gesundheitsrelevanten Variablen). Wir vermuten dass diese Typen auch unterschiedlich auf Interventionen ansprechen bzw. von diesen profitieren. Während Gerich et al. für die Typologisierung einen eigenen Wissenstest erstellt haben, könnten dafür auch bereits etablierte Instrumente wie der Newest Vital Sign (NVS) Test, herangezogen werden.
- » Neben dem HLS–EU–Q beginnen sich auch einige andere Instrumente in internationalen Studien zu etablieren, dazu zählt etwa der in Australien entwickelte stärker krankheitsbezogene HLQ (Osborne et al. 2013).

Um die Dynamik des Feldes, die unterschiedlichen Entwicklungen und die Anforderungen an die Studie berücksichtigen zu können, empfehlen wir für die neuerliche Gesundheitskompetenz–Erhebung (HLS–Neu) die in den folgenden Kapiteln angeführte Vorgangsweise.

3.1 Empfehlung: Einjährige Konsolidierungs- und Validierungsphase

Die Studie ist im Sinne eines Monitorings auf längere Zeiträume ausgelegt. Daher empfehlen wir, vor der ersten Erhebungsphase das aktuellste Wissen zum HLS-EU-Q Instrument und seiner Anwendung (zumindest im deutschsprachigen Raum) sowie die in verschiedenen Forschungsgruppen vorgenommenen Anpassungen des Instruments, in einer aktualisierten Version zu konsolidieren und diese mittels einer kognitiven Validierung zu überprüfen. Anderenfalls würde die Studie Gefahr laufen hinter aktuellen Entwicklungen des Instruments zurückzubleiben, was Anpassungsbedarfe bzw. Vergleichsprobleme in späteren Erhebungswellen zur Folge hätte. Es ist damit zu rechnen, dass eine solche Konsolidierungs- und Validierungsphase etwa 1 Jahr in Anspruch nimmt.

3.2 Empfehlung: Berücksichtigen von anderen Gesundheitskompetenz Messinstrumenten in der Erhebung

Wir empfehlen gemeinsam mit dem HLS-EU Instrument ein performanz-basiertes Instrument einzusetzen. Besonders interessant dafür ist das NVS Instrument (Weiss et al. 2005), das schon in der HLS EU Studie gemeinsam mit dem HLS-EU-Q erhoben wurde. Wir empfehlen seine Verwendung, da so die grundlegende funktionale Literacy der Bevölkerung mitgemessen und in Relation zur Einschätzung der Schwierigkeiten mit den im HLS-EU abgefragten Aufgaben und Tätigkeiten gestellt werden kann. Diese Relation könnte Hinweise auf die Herausforderungen und Komplexität des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems bieten bzw. die Identifikation von Typen im Sinne von Gerich et al. (2016) ermöglichen.

Aufgrund der derzeitigen sehr dynamischen Entwicklungen in der Gesundheitskompetenz Forschung ist anzudenken neben dem HLS-EU-Q, in geringem Ausmaß auch einzelne Items bzw. einzelne Sub-Skalen aus anderen auf Selbsteinschätzungen basierenden Gesundheitskompetenz Instrumenten, die bereits für Populationsstudien eingesetzt wurden, mit zu erheben. Dadurch kann einerseits eine Vergleichsbasis mit Ländern hergestellt werden, in denen andere Instrumente eingesetzt wurden, andererseits können zukünftige Erhebungen flexibler gestaltet werden, ohne die Vergleichbarkeit mit vorangegangenen Erhebungswellen zu gefährden.

3.3 Empfehlung: Erhebungsinstrument im Modulsystem

Um nationale Besonderheiten und Interessen berücksichtigen zu können, sollte das Befragungsinstrument aus einem gemeinsamen Kernmodul und nationalen Wechselmodulen aufgebaut sein, so wie auch im ESS (European Social Survey), SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) oder in der HBSC (Health Behaviour in School-ages Children) Studie.

Kernmodul: Das Kernmodul sollte aus dem adaptierten und validierten Gesundheitskompetenzinstrument (HLS-EU-Q47⁵), den zentralen sozio-demografischen Items des ursprünglichen HLS-EU-Surveys, dem Newest Vital Sign Test, und einzelnen Skalen oder Items aus zumindest einem weiteren Messinstrument zur subjektiven Einschätzung der Gesundheitskompetenz bestehen. So kann gewährleistet werden, dass die Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, im Zeitverlauf und international verglichen werden kann.

Optionale Wechselmodule: Optionale Wechselmodule können sich auf besondere Bedürfnisse von vulnerablen Gruppen wie z. B. Jugendlichen, MigrantInnen⁶ oder SeniorInnen beziehen und ermöglichen aktuelle Themen (z. B. Gesprächsqualität) einzelner Teilnehmerländer in die Befragung auf zu nehmen. Hier können auch weitere Module der ersten HLS-EU Befragung berücksichtigt werden (z. B. zum selbsteingeschätzten Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems). Die Modularisierung des Befragungsinstruments ermöglicht auch flexibel auf Finanzierungsrahmen der beteiligten Länder zu reagieren.

3.4 Empfehlung: Erhebungsintervall zumindest alle 4–5 Jahre

Um ein sinnvolles Monitoring der Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu ermöglichen sollte die Erhebung in regelmäßigen Abständen, alle 4–5 Jahre, wiederholt werden. Mit diesen regelmäßigen Erhebungen wird eine gesundheitspolitische Steuerung im Sinne des Public Health Action Cycle (Rosenbrock/Hartung 2011) möglich.

⁵ In der Konsolidierungs- und Validierungsphase soll das Instrument angepasst und validiert werden, bei den Anpassungen muss die Vergleichbarkeit mit der ersten HLS-EU Studie gewährleistet bleiben.

⁶ Zu beachten ist, dass Befragungsmethode, und etwa im Falle einer Migrantinnen/Migranten-Befragung auch die Befragungssprache, u.U. an die zu befragende Gruppen angepasst werden müssen.

3.5 Empfehlung: Verwendung der CAPI Befragungsmethode

Wir schlagen vor weiterhin persönliche Interviews (CAPI) als Befragungsmethode beizubehalten, weil das Vergleiche mit den Ergebnissen der bereits durchgeführten HLS-EU Befragung ermöglicht und Standard für repräsentative Bevölkerungsbefragungen (vgl. z. B. ESS) ist, die insbesondere auch vulnerable Personengruppen erreichen wollen.

3.6 Empfehlung: Stichprobengröße zumindest N=2000 pro Land; Ziehung mittels Random-Route Verfahren

Pro beteiligtem Land sollten zumindest 2.000 Personen (wie zuletzt in Deutschland⁷) mittels eines Random-Route Verfahrens (Zufallsstichprobe) ausgewählt und befragt werden. Bei dieser Samplegröße beträgt die statistische Schwankungsbreite (95% Konfidenzniveau) um einen geschätzten Anteilswert etwa $\pm 2,2\%$. Wenn die Ergebnisse auch für regionale Bevölkerungen (z. B. Bundesländer, Kantone, Provinzen) auswertbar sein sollen, wird eine Befragung von mind. 1.000 Personen pro Region empfohlen. (Statistische Schwankungsbreite etwa $\pm 3,1\%$) Interessierten Regionen kann die Option für eine regionale Stichprobenaufstockung angeboten werden.

3.7 Empfehlung: Internationales Gesundheitskompetenz-Monitoring

Um die Ergebnisse international vergleichen zu können, sollte die Erhebung in möglichst vielen europäischen Ländern zeitgleich und mit derselben Erhebungsmethodik erfolgen. Für die (internationale) Datenerhebung wird die Beauftragung eines international tätigen Befragungsunternehmens bzw. -unternehmensverbundes (wie auch in der HLS-EU-Befragung) empfohlen. Ausgehend von bestehenden Länderaktivitäten und Interessenslagen, gehen wir davon aus, dass in einer neuerlichen HLS-EU-Befragung die 5 deutschsprachigen Länder (Deutschland, Liechtenstein, Luxemburg, Österreich und Schweiz) und evtl. 5 bis 7 weitere Länder (z. B. unter anderen Belgien, Irland, Israel, Niederlande, Polen, Spanien, Tschechien, Ungarn) teilnehmen würden.

⁷ http://ekv.uni-bielefeld.de/blog/gesnews/entry/studie_zur_gesundheitskompetenz_bundesgesundheitsminister_gr%C3%B6%C3%9Fte

3.8 Empfehlung: Nominierung einer internationalen, wissenschaftlichen Koordinationsstelle

Zur Strukturierung und Abstimmung der Survey Aktivitäten sowie der Konsolidierung/Validierung des HLS–EU Messinstruments ist eine internationale, wissenschaftliche Koordinationsstelle notwendig. Nur durch eine internationale Koordinierung kann gewährleistet werden, dass trotz unterschiedlicher Länderinteressen miteinander vergleichbare Daten erhoben werden. Die internationale Koordination sollte eine anerkannte wissenschaftliche Forschungsinstitution mit hoher Reputation in Gesundheitskompetenzforschung sein⁸. Denkbar wäre auch ein kleines Konsortium von wissenschaftlichen Einrichtungen arbeitsteilig mit der internationalen Koordination zu beauftragen. Die Beauftragung eines Konsortiums ist komplexer, ermöglicht aber Forschungseinrichtungen entsprechend ihrer Qualifikationen zusammenzuschließen⁹.

3.9 Empfehlung: Nominierung von nationalen Studienpartnern

Die spezifischen nationalen Kontexte bedürfen auch der nationalen Analyse und Interpretation der internationalen Vergleichsdaten, um gesundheitspolitisch relevante Aussagen für die beteiligten Länder entwickeln zu können. Um den maximalen Nutzen für die beteiligten Staaten aus den Daten ziehen zu können, sollte die nationale Berichtserstattung und Dissemination der Ergebnisse über einen jeweils national zu nominierende Partnerorganisation erfolgen.

⁸ Nach ersten unverbindlichen Gesprächen bietet sich ein Forschungsverbund unter der Führung der Université catholique de Louvain an. Eine Realisierung über gegebene europäische Forschungsinfrastrukturen (z. B. European Observatory) scheint derzeit nicht möglich.

⁹ Die erste HLS–EU Erhebung wurde in einem solchen Konsortium realisiert.

4 HLS–Neu: Vorschlag Arbeits– und Zeitplanung

4.1 Arbeitsplanung: Workpackages, Tasks

Der Ablauf der HLS–Neu Studie lässt sich in 5 Workpackages (WP) mit jeweils mehreren Tasks einteilen. Wobei es sich bei WP 0 (vgl. Tabelle 4.1) um eine einmalige Vorbereitungsphase handelt die nur vor der ersten Erhebungsperiode, aber nicht bei späteren Erhebungsperioden durchgeführt wird. Die WP's 1 bis 4 wiederum werden bei jeder Erhebungsperiode durchlaufen.

Tabelle 4.1:
Workpackages (WP) und Tasks

WP	Tasks
0. Erstmalige Vorbereitung:	
Konsolidierungs– und Validierungsphase	Treffen aktiver Gesundheitskompetenz–Forscherinnen und Forscher. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe AG GK. Empfehlenswert ist eine europäische Expertengruppe (zumindest aus dem deutschsprachigen Raum) etwa unter der Schirmherrschaft der WHO. Adaptierung/Anpassung des Instruments basierend auf neusten Forschungen Validierung (mittels Kognitiver Interviews) der aktualisierten Fassung des HLS–EU
International:	Einrichtung der internationalen Koordination, Länder Rekrutierung und Aufbau eines Internationalen Konsortiums, Organisation eines ersten Kick–off Meeting, bei dem bis zu 20 Länder eingeladen werden sollten. (Pro Land wird empfohlen, dass jeweils eine Vertretungsperson des nationalen Financiers und der national durchführenden Organisation am internationalen Kickoff–Meeting teilnehmen)
National:	Studien Kick–Off: Einladung Studienbeirat (Beratung und Qualitätssicherung); Rekrutierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit entsprechender Expertise; Nominierung nationaler Studienpartner Organisationen.
1. Planung und Vorbereitung:	
International:	Internationale Vernetzung der nationalen Analyseeinrichtungen (zwei Treffen zur Weiterentwicklung des Erhebungstools und der Analysemethoden, sowie Erarbeitung eines gemeinsamen Studienprotokolls), Vernetzung mit internationalen Akteuren (WHO, EU, OECD, etc.).
National:	Erarbeitung und Bereitstellung des jeweiligen Fragebogens. Erarbeitung eines spezifizierten nationalen Studienprotokolls zur Sicherstellung der Ergebnisqualität und größtmöglicher Vergleichbarkeit von Befragungen über mehrere Erhebungszeitpunkte hinweg (z. B. auch hinsichtlich Item–Übersetzungen etc.).
2. Datenerhebung	
National/International	Datenerhebung und Bereitstellung der Daten durch Befragungsunternehmen.
3. Analyse und Berichtserstattung	
International:	Vergleichende Internationale Auswertung der Daten, Datenspeicherung (einschließlich Datenschutz–Kriterien), Publikation eines internationalen Forschungsberichts, Beratung und Qualitätssicherung der nationalen Analysen, Dissemination: Pressekonferenz, Vorträge, usw.
National:	Datenspeicherung (entsprechend Nationaler Datenschutzgesetze), Publikation eines nationalen Forschungsberichts (u.U. Vergleichende Auswertungen auf Länderebene)/ Dissemination: Pressekonferenz, Vorträge, usw.
4. Internationale Abstimmung:	
International:	Internationale Vernetzung der nationalen Analyseeinrichtungen (zwei jährliche Treffen zur Weiterentwicklung des Erhebungstools und der Analysemethoden, sowie Erarbeitung eines gemeinsamen Study–Protocols), Vernetzung mit internationalen Akteuren (WHO, EU, OECD, etc.).

Darstellung: GÖG

Literatur

American Medical Association (1999): Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. In: JAMA 281 /6:552–557

BMG (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Dietscher, Christina; Pelikan, Jürgen M. (2017): Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations – results from an Austrian Feasibility Study on the Self-assessment of organizational Health Literacy in Hospitals. In: Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven. Hg. v. Schaeffer, Doris; Pelikan, Jürgen M. Hogrefe, Bern: 303–314

Doyle, Gerardine; Cafferkey, Kenneth; Fullam, J (2012): The European health literacy survey: results from Ireland. In: Dublin, Ireland: University College Dublin

Duong, V. T.; Lin, I. F.; Sorensen, K.; Pelikan, J. M.; Van Den Broucke, S.; Lin, Y. C.; Chang, P. W. (2015): Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. In: Asia-Pacific Journal of Public Health 2015/1–10:1–10

Gerich, Joachim; Hemedinger, Fritz; Moosbrugger, Rober (2015): Health Literacy in Oberösterreich. Eine Untersuchung zur Bedeutung des Konzepts der Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung und zur Ableitung möglicher Handlungsempfehlungen. Projektendbericht. Johannes Kepler Universität Linz im Auftrag des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung und der Oberösterreichischen Zukunftsakademie, Linz

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project

Jordan, Susanne; Hoebel, Jens (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58/9:942–950

Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2013): Health literacy: The solid facts. Hg. v. Organization, World Health. World Health Organization, Kopenhagen

Messer, Melanie; Vogt, Dominique; Quenzel, Gudrun; Schaeffer, Doris (2016): Health Literacy bei vulnerablen Zielgruppen. In: Prävention und Gesundheitsförderung 11/2:110–116

Nakayama, Kazuhiro; Osaka, Wakako; Togari, Taisuke; Ishikawa, Hirono; Yonekura, Yuki; Sekido, Ai; Matsumoto, Masayoshi (2015): Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. In: BMC public health 15/505

- Nutbeam, Don (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15/3:259–267
- Nutbeam, Don (2008): The evolving concept of health literacy. In: Social Science & Medicine 67/12:2072–2078
- Osborne, Richard H; Batterham, Roy W; Elsworth, Gerald R; Hawkins, Melanie; Buchbinder, Rachele (2013): The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). In: BMC public health 2013/13:658
- Palumbo, R.; Annarumma, C.; Adinolfi, P.; Musella, M.; Piscopo, G. (2016): The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. In: Health policy 120/9:1087–1094
- Parker, Ruth (2009): Measures of Health Literacy. Workshop Summary: What? So What? Now What? The National Academies Press, Washington
- Pelikan, JM; Röthlin, F; Ganahl, K (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung–nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer–Studie LBIHPR Forschungsbericht, Wien
- Pelikan, Jürgen M.; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin; Peer, Sandra (2014): Measuring comprehensive health literacy in general populations – the HLS–EU instruments. International Conference of Health Literacy and Health Promotion. Taipei/Taiwan, 6.–8. Oktober 2014
- Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz–Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Health Literacy. Hg. v. Doris Schaeffer, Jürgen Pelikan. Hogrefe, Bern: 97–124
- Quenzel, Gudrun; Schaeffer, Doris (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld
- Ratzan, Scott C. (2001): Health literacy: communication for the public good. In: Health Promotion International 16/2:207–214
- Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (2011): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Hg. v. BZgA. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg–480
- Rudd, Rima E. (2017): Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes. In: Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven. Hg. v. Schaeffer, Doris; Pelikan, Jürgen M. hogrefe, Bern: 19–32

- Słońska, Zofia A; Borowiec, Agnieszka A; Aranowska, Anita E (2015): Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. In: *Anthropological review* 78/3:297–307
- Sorensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.; Consortium Health Literacy Project, European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12/80:1–13
- Sorensen, K.; Van den Broucke, S.; Pelikan, J. M.; Fullam, J.; Doyle, G.; Slonska, Z.; Kondilis, B.; Stoffels, V.; Osborne, R. H.; Brand, H.; Consortium, Hls-Eu (2013): Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In: *BMC public health* 13/948
- Sorensen, K.; Pelikan, J. M.; Rothlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agrafiotis, D.; Uiters, E.; Falcon, M.; Mensing, M.; Tchamov, K.; Broucke, S. V.; Brand, H.; Consortium, Hls-Eu (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: *European journal of public health* 2015/05.04.2015:1–6
- Tiller, Daniel; Herzog, Beatrice; Kluttig, Alexander; Haerting, Johannes (2015): Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. In: *BMC public health* 2015/15:883
- Toçi, Ervin; Burazeri, Genc; Sørensen, Kristine; Kamberi, Haxhi; Brand, Helmut (2014): Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. In: *The European Journal of Public Health* 2014/12:cku190
- Van den Broucke, Stephan (2014): Health literacy: a critical concept for public health. In: *Archives of Public Health* 72/10:2
- van der Heide, Iris; Rademakers, Jany; Schipper, Maarten; Droomers, Mariël; Sørensen, Kristine; Uiters, Ellen (2013): Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. In: *BMC public health* 2013/13:179
- Vandenbosch, Jessica; Van den Broucke, Stephan; Vancorenland, Sigrid; Avalosse, Hervé; Verniest, Rebekka; Callens, Michael (2016): Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. In: *Journal of epidemiology and community health* 2016/0:1–7
- Vogt, Dominique; Messer, Melanie; Quenzel, Gudrun; Schaeffer, Doris (2015): „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 11/1:46–52
- Wångdahl, Josefin; Lytsy, Per; Mårtensson, Lena; Westerling, Ragnar (2015): Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. In: *BMC public health* 2015/15:1162

Weiss, Barry D; Mays, Mary Z; Martz, William; Castro, Kelley Merriam; DeWalt, Darren A; Pignone, Michael P; Mockbee, Joy; Hale, Frank A (2005): Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. In: The Annals of Family Medicine 3/6:514–522

WHO (2016): Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Shanghai: WHO,

Zok, Klaus (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. In: WIDOMonitor 11/2:1–12