

FRIEDERIKE J.S. THILO, SABINE HAHN, KATHRIN SOMMERHALDER

## Eine qualitative Pilotstudie zur Konzeptualisierung von Gesundheitskompetenz aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ II

### ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheitskompetenz rückt immer mehr in den Fokus gesundheitspolitischer Strategien, da gesundheitskompetente Menschen einen besseren Gesundheitszustand haben. Bislang wurde Gesundheitskompetenz fast ausschließlich aus Expertensicht definiert. Deshalb war es Ziel der qualitativen Studie Gesundheitskompetenz erstmals im deutschsprachigen Raum aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten zu konzeptualisieren. Dafür wurden zehn Einzelinterviews mit an Diabetes mellitus Typ II erkrankten Personen geführt. Die Datenanalyse folgte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Interviewten konzeptualisierten Gesundheitskompetenz über die Kategorien sich informieren, im Kontakt mit Fachpersonen sein, Entscheiden und Selbstbestimmen sowie Behandlungsempfehlungen in den Alltag integrieren. Gesundheitskompetenz wird dabei nicht als isolierte Fähigkeit des Individuums beschrieben, sondern zentral scheint der Kontakt zur Fachperson zu sein, durch welchen die Befragten im Gesundheits- und Krankheitsmanagement befähigt werden.

**KEYWORDS:** Gesundheitskompetenz, qualitative Inhaltsanalyse, qualitative Forschung, Diabetes mellitus

## A Qualitative Pilot Study on the Conceptualisation of Health Literacy from the Perspective of Patients with Diabetes Mellitus Type 2

### ABSTRACT

The field of health policy has been focusing more attention on the topic of health literacy, as individuals with adequate health literacy are in better health than those with low health literacy. To date, health literacy has been defined almost solely by experts, with the exception of some research stemming from the perspective of English speaking patients. Therefore, the aim of this qualitative study was to conceptualize health literacy from the perspective of patients and for the first time among German speaking patients. Ten individual interviews were conducted with diabetes mellitus type 2 patients. The data was analysed according to the content analysis framework of Mayring. The interviewees conceptualized health literacy into the following categories: being informed, being in contact with a health professional, making decisions and being self-determined, as well as integrating therapy recommendations into everyday life. Health literacy was not described by these patients as something that they developed independently in isolation, but rather as an ability that evolved mainly due to the empowering contact they had experienced with their health care professionals.

**KEYWORDS:** health literacy, qualitative content analysis, qualitative research, diabetes mellitus

## Einleitung

Gesundheitskompetenz ermöglicht dem Individuum gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um gesundheitsrelevante Entscheide zu treffen, die dazu befähigen gesundheitserhaltend und -fördernd zu handeln (Nutbeam, 1998; Sorensen et al., 2012). Folglich ist Gesundheitskompetenz eine wichtige Gesundheitsdeterminante der Bevölkerung (World Health Organization, 2011). Gemäß dem European Health Literacy Survey haben 47% der Menschen in Europa eine geringe Gesundheitskompetenz (The HLS-EU Consortium, 2012). Geringe Gesundheitskompetenz kann den Gesundheitszustand nachteilig beeinflussen (Berkman et al., 2011): Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz haben eine schlechtere psychische und physische Gesundheit, leiden häufiger an chronischen Erkrankungen, haben eine höhere Mortalitätsrate, nutzen seltener präventive Maßnahmen und sind häufiger hospitalisiert (Berkman et al., 2011; Bostock & Steptoe, 2012). Geringe Gesundheitskompetenz ist folglich auch gesundheitsökonomisch von Bedeutung. Beispielsweise sind in der Schweiz gemäß Schätzungen 3-5% der gesamten jährlichen Gesundheitskosten auf geringe Gesundheitskompetenz zurückzuführen (Eichler, Wieser, & Brügger, 2009).

Trotz dieser Bedeutung von Gesundheitskompetenz steckt der akademische und gesundheitspolitische Diskurs zu Gesundheitskompetenz in Europa in den Kinderschuhen. Dies kann daran liegen, dass eine systematische Auseinandersetzung mit dem Begriff Gesundheitskompetenz und seiner Übersetzung vom englischen Begriff *health literacy* bisher fehlt (Kondilis, Kiriaze, Athanasoulia, & Falagas, 2008; Sorensen & Brand, 2013). Im deutschsprachigen Raum wurde Gesundheitskompetenz zwar mehrfach definiert (Abel, Sommerhalder, & Bruhin, 2010; Brieskorn-Zinke, 2011; Lenartz, 2012; Sommerhalder & Abel, 2007; Thilo & Hahn, 2011; Thilo, Sommerhalder, & Hahn, 2012), jedoch unterscheiden sich die Definitionen hinsichtlich ihres Inhaltes, Reichweite und theoretischer Fundierung. Zudem wurde Gesundheitskompetenz im deutschsprachigen Raum ausschließlich aus der Perspektive

von Expertinnen und Experten definiert, die Sicht von Patientinnen und Patienten wurde bisher nicht in die Definition von Gesundheitskompetenz einbezogen. Im englischen Sprachraum hingegen konnte in wenigen qualitativen Studien die Patientenperspektive erfasst und somit das Verständnis von Gesundheitskompetenz um wichtige Aspekte ergänzt werden (Edwards, Wood, Davies, & Edwards, 2012; Jordan, Buchbinder, & Osborne, 2010; Salter, Brainard, McDaid, & Loke, 2014).

Die Sichtweise von Patientinnen und Patienten ist sowohl aus theoretischer als auch aus anwendungsorientierter Sicht von hoher Relevanz. In der Pflegewissenschaft gilt der Einbezug der Erfahrungen, die Menschen mit Krankheit und Gesundheit machen, als ein wichtiger Bestandteil der Theoriebildung (Meleis & Topas, 2011; Moers, Schaeffer, & Schnepp, 2011). Der Einbezug der Patientinnen und Patienten erlaubt Begrifflichkeiten aus ihrer Perspektive besser zu verstehen und in der Praxis zu berücksichtigen (McCull, 2005). Darüber hinaus ermöglicht das Wissen um Patientenbedürfnisse eine patientenzentrierte Versorgung (Holmstrom & Roing, 2010). Letztere ist besonders wichtig, wenn es darum geht, Patientinnen und Patienten in ihrer Entscheidungsfähigkeit zu ermächtigen und in ihrem Gesundheits- und Krankheitsmanagement zu befähigen (Edwards, Davies, & Edwards, 2009; Smith, Nutbeam, & McCaffery, 2013). Ein Einblick in die Patientenperspektive erlaubt zudem das bisherige mehrheitlich auf Expertenmeinung basierte Verständnis von Gesundheitskompetenz zu ergänzen beziehungsweise Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten.

Daher war es das Ziel der vorliegenden Studie, die Sicht von Patientinnen und Patienten auf Gesundheitskompetenz zu erfassen und somit eine erste Konzeptualisierung im deutschsprachigen Raum von Gesundheitskompetenz aus Patientenperspektive zu erarbeiten.

Um Gesundheitskompetenz auf bestimmte Alters- und Krankheitsgruppen zu spezifizieren, so wie dies einige Autorinnen und Autoren empfehlen (Mancuso, 2008; Massey, Prelip, Calimlim, Quiter, & Glik, 2012; Nutbeam, 2008),

wurde der Fokus in dieser Studie auf Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ II gelegt. Zudem wenden Menschen mit Diabetes mellitus im Alltag zahlreiche Selbstmanagementaktivitäten an und sind täglich mit Fragen rund um Gesundheit und Krankheit konfrontiert. Gesundheitskompetenz spielt damit eine zentrale Rolle für diese Patientengruppe. Darüber hinaus nutzen Menschen mit Diabetes mellitus Typ II aufgrund ihrer chronischen Krankheit die Leistungen des Gesundheitssystems regelmäßig. Ferner zählt der Diabetes mellitus Typ II zu den häufigsten chronischen Erkrankungen mit anhaltend steigender Prävalenz (Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud, Büla, Pellegrini, & Jaccard Ruedin, 2007) und wird daher auch in Zukunft eine Herausforderung bleiben. Bislang wurde diese Patientenpopulation vorwiegend in quantitativen Forschungsprojekten zu Gesundheitskompetenz einbezogen, zum Beispiel Jeppesen, Hull, Raines und Miser (2012) oder Miser, Jeppesen und Wallace, (2013), jedoch kaum in qualitativen Forschungsprojekten.

Die vorliegende Studie ging daher folgender Fragestellung nach: Wie konzeptualisieren Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ II Gesundheitskompetenz?

## Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt (Burns & Grove, 2005; Munhall, 2012). Dieser Zugang erlaubt, die Vielfältigkeit eines Forschungsgegenstands in seiner Bedeutung aus der Lebenswelt der Betroffenen nachzuvollziehen (Munhall, 2012) und orientiert sich am Alltagsgeschehen der Beteiligten (Flick, von Kardoff, & et al., 2009). Anhand von offen formulierten Fragen erhalten die Befragten Raum für die Beschreibung eigener Sichtweisen (Flick et al., 2009). Somit ermöglichte das qualitative Forschungsdesign Gesundheitskompetenz aus der Sicht der Patientinnen und Patienten zu konzeptualisieren. Dabei wurde Konzeptualisierung als ein erster Einblick und eine erste Beschreibung von Gesundheitskompetenz aus der Sicht einer deutschsprachigen Patientenpopulation verstanden, weshalb die Stu-

die als Pilotstudie durchgeführt wurde.

#### STICHPROBE UND REKRUTIERUNG

Es wurde eine gezielte Stichprobe mit zehn Diabetikerinnen und Diabetikern gebildet. Für die Studie rekrutiert wurden deutschsprachige Personen mit diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ II unter Antidiabetika- oder Insulintherapie. Die Personen sollten zudem zuhause leben und weitgehend eigenständig im Alltag zurechtkommen.

Rekrutiert wurde via Fachpersonen aus der Diabetes-/ Ernährungsberatung, Endokrinologie und Podologie, die sowohl im klinisch ambulanten Setting wie auch in eigener ambulanter Praxis im Kanton Bern (Schweiz) tätig waren. Sie informierten die Betroffenen mittels Flyer über die Studie. Bei Interesse nahmen die Studienteilnehmenden direkt Kontakt mit der Studienverantwortlichen auf beziehungsweise füllten sie eine Antwortkarte aus (Name, Telefonnummer, bevorzugte Anrufzeit). Die jeweilige Gesundheitsfachperson leitete diese an die Studienverantwortliche zur Kontaktaufnahme weiter.

#### DATENSAMMLUNG

Die Daten wurden in qualitativen leitfadenbasierten Einzelinterviews erhoben. Dies ermöglichte, die Studienteilnehmenden in ihrer alltäglichen Umgebung zu befragen. Im Einzelinterview können sehr persönliche Themen ausgetauscht werden (Lamnek, 2010), was für das Thema Gesundheitskompetenz relevant sein kann, wenn es beispielsweise darum geht, über Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit oder im Kontakt mit Fachpersonen zu sprechen. Gesundheitskompetenz kann daher auch mit Scham verbunden sein (Parikh, Parker, Nurss, Baker, & Williams, 1996), weshalb Einzelinterviews ebenfalls als geeignet betrachtet wurden.

Die Einzelinterviews wurden als problemzentrierte Interviews durchgeführt. Das problemzentrierte Interview eignet sich besonders für Fragestellungen, die durch ein theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis geprägt werden (Lamnek, 2010), wie es in der vorliegenden Pilotstudie der Fall war. Dieses Vorverständnis von Gesundheitskompetenz wurde mittels Interviewleitfaden in das Einzelinterview eingebracht, wobei die Formulierung von ausschließlich offenen Fragen das Erzählprinzip gewähr-

leistete. Ein Interviewleitfaden grenzt dabei das zu untersuchende Thema ein, wobei gleichzeitig die Erzählung stimuliert wird und die Bedeutungsstrukturierung bei der teilnehmenden Person bleibt (Lamnek, 2010). Somit konnten die Befragten Gesundheitskompetenz, ausgehend von eigenen Erfahrungen und vom eigenen Verständnis, reflektieren.

Der Interviewleitfaden wurde in die Abschnitte *Einleitung*, *allgemeine Sondierung*, *spezifische Sondierung* sowie *Abschluss* gegliedert und es wurden für jeden Abschnitt sogenannte Leitfragen zur Erzählaufforderung formuliert und sogenannte Aufrechterhaltungsfragen, die bei Bedarf zur Fortsetzung des Erzählflusses gestellt werden konnten (Lamnek, 2010). Im Abschnitt *Einleitung* wurde zur Diagnose Diabetes mellitus Bezug genommen und gefragt „*Wie beeinflusst die Diagnose Ihren Alltag heute?*“. Im Interviewabschnitt der *allgemeinen Sondierung* wurde nach dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden bezogen auf den Diabetes zum Interviewzeitpunkt gefragt. In der *spezifischen Sondierung* wurde Gesundheitskompetenz, aufbauend auf der Literatur, über ihre thematischen Dimensionen operationalisiert: Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, Zurechtkommen im Gesundheitssystem, Entscheidungen treffen, Umsetzung von gesundheitsrelevanten Empfehlungen und Einbezug des sozialen Netzes (Jordan et al., 2010; Selden, Zorn, Ratzan, & Parker, 2000; Speros, 2005; Thilo et al., 2012). Gefragt wurde beispielsweise: „*Woher bekommen Sie Ihre Informationen?*“, „*Wie gehen Sie vor, um Empfehlungen / Handlungsanweisungen umzusetzen?*“ oder „*Welche Rolle spielt Ihre Familie im Umgang mit dem Diabetes?*“.

Im ersten Einzelinterview wurde der Interviewleitfaden überprüft. Da die Leitfragen gut verstanden wurden und den Erzählfluss förderten, wurden keine inhaltlichen Anpassungen am Interviewleitfaden vorgenommen. Folglich wurde das erste Interview ebenfalls in die Gesamtdatenanalyse integriert.

Die Datensammlung fand zwischen September und November 2011 statt. Die Örtlichkeit des Interviews bestimmten die Studienteilnehmenden. Meist fanden die Interviews bei den Teilnehmenden

zuhause statt. Ein Interview erfolgte in den Räumlichkeiten der Forschungsinstitution. Während des Interviews waren keine weiteren Personen anwesend. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Sie wurden digital aufgezeichnet. Alle Studienteilnehmenden wurden von der Erstautorin interviewt.

#### DATENANALYSE

Die Interviews wurden transkribiert und anonymisiert. Die Datenauswertung folgte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), welche erlaubt Kommunikationsmaterial schrittweise systematisch zu analysieren und zu reduzieren (Mayring, 2010). Die Interpretationstechnik der Strukturierung und der Zusammenfassung wurden angewandt. Das heißt, die Interviews wurden sowohl deduktiv (strukturierendes und zusammenfassendes Verfahren) als auch induktiv (zusammenfassend) analysiert. Die deduktiv erarbeiteten Kategorien ermöglichten die Themen des Interviewleitfadens aufzunehmen, während zusätzliche Aspekte und weiterführende Bedeutungen aus der Patientensicht mittels induktiv gebildeter Kategorien ergänzt wurden.

Das deduktiv entwickelte Kategoriensystem wurde an den ersten vier Interviews überprüft. Dort, wo Textstellen dem deduktiv entwickelten Kategoriensystem nicht zuzuordnen waren, wurden neue Kategorien induktiv nach dem Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gebildet. Das induktiv ergänzte Kategoriensystem wurde nach der Analyse der ersten vier Interviews in der Forschungsgruppe bis zur Konsensfindung diskutiert. Diese Version des Kategoriensystems wurde anschließend zur Analyse aller zehn Interviews verwendet. Dabei wurde der Text dem Kategoriensystem zugeordnet. Für Textstellen, die diesem Kategoriensystem nicht zuordenbar waren, wurden wiederum induktiv Kategorien gebildet und dem Kategoriensystem hinzugefügt. Abschließend wurde das gesamte Datenmaterial mit dem endgültigen Kategoriensystem nochmals überprüft. Die Interviewanalyse erfolgte mit der Software ATLAS.ti 6.2<sup>®</sup>.

## Ethik

Die Studie wurde der Ethikkommission des Kantons Bern vorgelegt und als ethisch unbedenklich und nicht bewilligungspflichtig beurteilt (29.8.2011). Die Studienteilnahme war freiwillig und konnte zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Alle Teilnehmenden wurden vor der Interviewdurchführung nochmals mündlich und schriftlich über die Studienzielsetzung und ihre Rechte informiert und unterzeichneten eine schriftliche Einwilligungserklärung.

## Ergebnisse

Die Stichprobe bestand aus zehn an Diabetes mellitus Typ II erkrankten Personen (fünf Frauen und fünf Männern). Das mittlere Alter der Interviewten lag bei 63,5 Jahren (Spannbreite 51-76 Jahre). Die Dauer der Erkrankung variierte zwischen zwei und 20 Jahren (Median 8,5 Jahre). Zur Antidiabetikatherapie kamen Tabletten und / oder Insulin zum Einsatz. Neun der Diabetikerinnen und Diabetiker lebten mit Partnerin bzw. Partner und / oder Familie. Zwei Personen nahmen Dienste der ambulanten Pflege und Hauswirtschaft in Anspruch.

Vier Kategorien mit entsprechenden Subkategorien ergaben sich aus der Analyse. Die Befragten konzeptualisierten Gesundheitskompetenz über die folgenden Kategorien: 1) *sich informieren*, 2) *im Kontakt mit Fachpersonen sein*, 3) *Entscheiden und Selbstbestimmen* sowie 4) *Behand-*

*lungsempfehlungen in den Alltag integrieren.*

### SICH INFORMIEREN

Die Interviewten waren sich einig, dass Informationen für den täglichen Umgang mit Krankheit und für die Erhaltung der Gesundheit zentral sind. Sie betonten, dass es nicht reicht Informationen zu erhalten und zu besitzen. Vielmehr beschrieben sie, wie, wo und wann sie Informationen suchen sowie was dazu beiträgt, dass sie Informationen verstehen und beurteilen können (siehe Tabelle 1).

Um an Informationen zu kommen, wandten sich die Befragten entweder an Fachpersonen, an andere Betroffene, tauschten sich mit Bekannten oder Familienmitgliedern aus oder recherchierten selbst in diversen Medien wie Internet, Fachzeitschriften, Zeitschriften, Büchern oder ließen recherchieren. Auch Radio- und Fernsehprogramme wurden als Informationsquellen genutzt. Bei der Informationssuche wurden ausführliche Informationen zu diagnostischen und / oder therapeutischen Maßnahmen eingeholt, um bei Bedarf auch mögliche alternative Behandlungen oder Widersprüche ausfindig machen zu können. Der Zeitpunkt, an welchem aus eigener Initiative nach Informationen gesucht wurde, war vom Krankheitsverlauf beeinflusst. Die Dauer des Krankheitsverlaufs und Ereignisse im Krankheitsverlauf, beispielsweise eine Unsicherheit in der Ernährung, prägten die Motivation zusätzliche Informationen zu suchen. „Ich habe einfach nach einem Jahr gesagt

*[...] jetzt glaube ich einfach auch, jetzt wäre ich so weit, dass ich die Ernährungsberatung machen will, in die Diabetesberatung gehe, ich wäre so weit.“ (TN5)*

Um Informationen zu verarbeiten, suchten die Interviewten den Austausch mit anderen Betroffenen, sei es in der realen oder in der virtuellen Welt des Internets. Hier diskutierten die Diabetikerinnen und Diabetiker individuelle Erfahrungen kritisch, tauschten dabei auch widersprüchliche Informationen aus und gaben erfahrungsbasierte Empfehlungen an andere Betroffene weiter.

*„Wissen Sie, Diabetiker haben viele Freunde mit Diabetes, man lernt sich ja so kennen und dann, wenn man zusammenkommt, ist das ein Thema, wie geht's deinem Zucker und so (lacht), und dann, hast du gelesen, sagt jaja, das ist schon nicht genauso, das ist etwas anders, der eine erlebt seinen Diabetes so, der andere so [...]“ (TN7)*

Um gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen auf ihren Nutzen und ihre Glaubhaftigkeit hin zu beurteilen, holten die Befragten die Meinung von Fachpersonen ein. Ergaben eigene Recherchen widersprüchliche Informationen zu denen der Fachpersonen, wurden die Fachpersonen damit konfrontiert. Einzelne Befragte, vor allem ältere, sahen die Nutzung des Internets kritisch, da sie sich mit der Menge und Nachvollziehbarkeit der Informationen überfordert fühlten:

*„Das Internet ist gut, es gibt so viele Erkrankungen und so viele Details, das ist für den Laien fast nicht möglich da durchzukommen. Ohne, ja wie soll ich sagen, ohne eventuell falsche Schlüsse zu ziehen.“ (TN10)*

Für die meisten stellte das Internet jedoch eine wichtige, weiterführende Informationsquelle dar.

Die Kategorie *sich informieren* zeigt, dass der Umgang mit Informationen komplexe Fähigkeiten verlangt, die dazu befähigen, den Zeitpunkt des eigenen Informationsbedarfs zu kennen und zu wissen, wie und wo diese Informationen passend zur persönlichen Krankheitssituation gefunden werden können. Dabei nimmt der Austausch mit anderen eine zentrale Rolle ein.

Tabelle 1: Sich informieren

Kategorie 1	Subkategorien
<i>Sich informieren</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wissen wie Informationen suchen</li> <li>▪ wissen wo Informationen suchen</li> <li>▪ wissen wann Informationen suchen</li> <li>▪ Informationen verstehen und beurteilen</li> </ul>

Tabelle 2: Im Kontakt mit Fachpersonen sein

Kategorie 2	Subkategorien
<i>Im Kontakt mit Fachpersonen sein</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ eine Fachperson als Ansprechperson auswählen</li> <li>▪ Erwartungen an die Fachperson stellen</li> <li>▪ sich im Gesundheitssystem zurechtfinden</li> </ul>

**IM KONTAKT MIT FACHPERSONEN SEIN**

Die Befragten beschrieben die Kategorie *im Kontakt mit Fachpersonen sein* über drei Subkategorien, die Tabelle 2 zu entnehmen sind.

Alle Interviewten standen im Kontakt mit einer Fachperson, häufig mit einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Diabetesfachperson: „Also sicher, an erster Stelle steht der Hausarzt.“ (TN4)

Ob eine Fachperson Ansprechperson für das Diabetesmanagement wurde, hing davon ab, ob die Fachperson die Erwartungen der Diabetikerin bzw. des Diabetikers erfüllte.

Besonders wichtig in der Beziehung zur Fachperson waren das Vertrauen, eine partnerschaftliche Kommunikation, die Wahrnehmung individueller Bedürfnisse und der Krankheitssituation sowie eine verständliche Aufklärung über diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Die Befragten unterstrichen, dass Handlungsempfehlungen von Fachpersonen ohne Bezug zu ihrer persönlichen Krankheitssituation und ihrem persönlichen Alltag nutzlos waren.

„Ja, also die (Ernährungsempfehlungen) mögen im Großen und Ganzen für die breite Masse stimmen, aber konkret für mich, ich würde verhungern, wenn ich mich an diese Tipps halten würde.“ (TN6)

Um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, zum Beispiel das Aufsuchen von Spezialistinnen und Spezialisten, wandten sich die Diabetikerinnen und Diabetiker meistens an ihre Ansprechperson „[...] ja schon an den Arzt, natürlich, ja, ja, das geht über den Arzt“ (TN9) oder „[...] (einen Fachspezialisten), den finde ich über meinen Hausarzt.“ (TN7)

Diese stellte den Kontakt her beziehungsweise unterstützte darin, die passende Dienstleistung zu finden. Auch aus Eigeninitiative suchten die Interviewten passende Angebote, besonders dann, wenn es um komplementärmedizinische Dienstleistungen ging.

Die Kategorie *im Kontakt mit Fachpersonen sein* ist die Fähigkeit der Diabetikerin und des Diabetikers, anhand welcher sie bzw. er entscheidet, über welchen

**Tabelle 3:** Entscheiden und Selbstbestimmen

Kategorie 3	Subkategorie
<b>Entscheiden und Selbstbestimmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Form der Entscheidung</li> <li>▪ Kontinuum zwischen individuellen Präferenzen und krankheitsspezifischen Empfehlungen</li> </ul>

Zeitraum, bei welcher Fachperson sie respektive er welche Dienstleistungen in Anspruch nimmt. Aus der Perspektive der Befragten war der Kontakt mit der Fachperson dann nutzbringend, wenn partnerschaftlich kommuniziert wurde und wenn allgemeine Handlungsempfehlungen auf die individuelle Situation übertragen wurden.

**Entscheiden und Selbstbestimmen**

Die Studienteilnehmenden beschrieben die Kategorie *Entscheiden und Selbstbestimmen* über zwei Subkategorien, die in Tabelle 3 aufgeführt sind.

Die Befragten beschrieben die Entscheidungsformen der eigenen Entscheidung, der gemeinsamen Entscheidung mit der Fachperson und der Fremdent-scheidung, also die Entscheidung durch die Fachperson. So war es für manche hilfreich von der Fachperson gesagt zu bekommen, welche Handlungsempfehlungen umzusetzen seien: „Ich bräuchte jemanden der mir gewisse Leitplanken geben würde [...]“ (TN2). Andere betonten, dass sie nach erfolgter Information entschieden, was gemacht werden sollte:

„Heute sagt er doch, tack, tack, tack. Dann weiß man es und dementsprechend kann man doch seinen Entscheid fällen und sagen, ich lasse das machen, ich lasse das nicht machen.“ (TN7)

Und für wieder andere war die gemein-

same Entscheidung mit der Fachperson wichtig.

Unabhängig der Entscheidungspräferenzen hatte die Selbstbestimmung im Krankheitsmanagement für die Befragten einen hohen Stellenwert: „Ja gut [...] im Prinzip hat er (Hausarzt) natürlich schon recht (Grippeimpfung), ich bin mehrfach lungenoperiert, Risikopatient, aber ich kann ja tun und lassen was ich will.“ (TN6)

Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung wurde als Strategie der Betroffenen beschrieben, den Alltag trotz Krankheit selbst zu gestalten:

„Ich will noch Lebensqualität haben, ich will nicht auf das verzichten und auf jenes verzichten [...] ich muss nicht 100 Jahre alt werden.“ (TN5)

*Entscheiden und Selbstbestimmen* spielte sich auf einem Kontinuum zwischen individuellen Präferenzen und krankheitsspezifischen Empfehlungen ab, wobei das Gefühl selbstbestimmt handeln zu können eine hohe Priorität für die Befragten hatte. Diese Fähigkeit ermöglichte den Befragten, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen und wurde von allen erwünscht respektive als selbstverständlich erachtet. Dabei wurde diese Fähigkeit unterschiedlich gelebt und war auch abhängig vom Verhalten der Fachperson.

**Tabelle 4:** Behandlungsempfehlungen in den Alltag integrieren

Kategorie 4	Subkategorien
<b>Behandlungsempfehlungen in den Alltag integrieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ eigene Bedürfnisse erkennen</li> <li>▪ Krankheitsmanagement und Alltag vereinen</li> <li>▪ soziales Netz einbeziehen</li> </ul>

### BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IN DEN ALLTAG INTEGRIEREN

Die Studienteilnehmenden beschrieben die Kategorie *Behandlungsempfehlungen in den Alltag integrieren* über drei Subkategorien, die in Tabelle 4 beschrieben sind.

Für die Befragten war das Erkennen eigener Bedürfnisse eine zentrale Fähigkeit im Prozess, die Behandlungsempfehlungen in den Alltag zu integrieren. *Eigene Bedürfnisse erkennen* ermöglichte eigene psychische Grenzen wahrnehmen und formulieren zu können, um das psychische Wohlbefinden aufrechtzuerhalten:

*„Bis ich verstanden habe, dass das so ist, bin ich halb kaputt gegangen. Und irgendwann musste ich sagen [...] jetzt ist fertig – jetzt geht es mir viel besser.“* (TN2)

Einige betonten, dass die Blutzuckereinstellung direkt vom Wohlbefinden beeinflusst wird:

*„Wenn ich psychisch, ich sage jetzt top „zwäg“ (fit) bin, dann kann ich praktisch essen was ich will, dann ist mein Zucker unten [...]“* oder *„[...] wenn ich ein Problem hier im Betrieb habe oder ich habe irgendeinen Hotelgast, der mich nervt, dann merke ich auch, dass mein Zucker nicht stimmt [...]“* (TN3)

Als herausfordernd bezeichneten die Interviewten die Integration von Symptom- und Medikamentenmanagement in den Alltag. Sie hatten Mühe Behandlungsempfehlungen in ihren Tagesablauf zu integrieren:

*„Ich bin vor kurzem auf Insulin eingestellt (worden) also das schränkt schon ein. Oder, man muss Zeiten einhalten, man kann nicht einfach spontan unterwegs sagen, ja, ich bleibe gerade da und esse mit.“* (TN8) oder: *„Ich esse sehr unregelmäßig, also einfach weil der Betrieb lässt es teilweise nicht zu [...]“* (TN3)

Das Krankheitsmanagement als festen Bestandteil des Alltages zu betrachten, half den Befragten die Behandlungsempfehlungen in den Tagesablauf zu integrieren:

*„Ich habe mich wirklich bemüht das so zu machen, mindestens eine halbe Stunde am Abend im Quartier eine Runde zu drehen, oder in den Wald [...]“* (TN1) oder *„also*

*ich habe einen Hund, mit dem gehe ich jeden Morgen rund eine halbe Stunde spazieren [...]“* (TN7)

Die Fähigkeit das *soziale Netz einzubeziehen* stellte für einige Befragten eine wichtige Ressource für die Umsetzung des Krankheitsmanagements dar. So wurden zum besseren Verständnis von Informationen Bekannte oder Angehörige beigezogen:

*„[...] meine Kinder [...] also die Eine hat jetzt den Master gemacht, also da kann ich auch nachfragen [...]. Ich habe viele Kolleginnen, die Pflegefachpersonen sind.“* (TN5)

Angehörige unterstützten auch in der Umsetzung von Handlungsempfehlungen:

*„Meine Frau macht auch mit und das ist eine große Hilfe [...] wenn sie (weiß) ich darf keine Kartoffeln, Reis, dann kocht sie eben keine Kartoffeln oder Reis.“* (TN4)

Manche Befragten betonten hingegen, dass das Diabetesmanagement bei ihnen und der Fachperson liegt und Familienangehörige oder Bekannte keine Rolle spielen.

Die Kategorie *Behandlungsempfehlungen in den Alltag integrieren* zeigt auf, dass die Fähigkeiten zur *Erkennung der eigenen Bedürfnisse*, zur *Vereinigung von Krankheitsmanagement und Alltag* sowie zum *Einbezug des sozialen Netzes* zentral sind, um Handlungs- und Therapieempfehlungen im Alltag umzusetzen.

### Diskussion

Aus der vorliegenden Pilotstudie resultieren vier Kategorien, über die die befragten Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ II Gesundheitskompetenz konzeptualisierten: *sich informieren, im Kontakt mit Fachpersonen sein, Entscheiden und Selbstbestimmen* sowie *Behandlungsempfehlungen in den Alltag integrieren*. Die Befragten unterstreichen einerseits mit ihren Aussagen bisherige thematische Dimensionen von Gesundheitskompetenz und differenzieren andererseits diese weiter aus. Die Konzeptualisierung aus Patientenperspektive bringt Gesundheitskompetenz in einen Zusammenhang mit der Lebens- und

Krankheitssituation, dem Gesundheitssystem und dem sozialen Umfeld.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie zeigen, dass auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten das Finden, Verstehen, Beurteilen und Nutzen von gesundheitsrelevanten Informationen wichtig für die Gesundheitskompetenz sind. Fähigkeiten zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen sind sowohl in den Definitionen aus Expertenperspektive aus dem englischen wie aus dem deutschen Sprachraum zentrale Dimensionen von Gesundheitskompetenz (Abel et al., 2010; Brieskorn-Zinke, 2011; Sommerhalder & Abel, 2007; Sorensen et al., 2012; Thilo & Hahn, 2011; Thilo et al., 2012). Gemäß den Befragten steht die Fähigkeit des Informierens jedoch in Abhängigkeit zum Krankheitsverlauf und scheint sich über krankheitsspezifische Erfahrungen und Bedürfnisse prozesshaft zu verändern und situationsspezifisch zu entwickeln. Diese Sicht auf Gesundheitskompetenz deckt sich mit den Studien von Edwards et al. (2012) und Salter et al. (2014), die Gesundheitskompetenz ebenfalls aus der Sicht von Betroffenen erfassten und die Gesundheitskompetenz mit krankheitsspezifischen Verläufen und Bedürfnissen verknüpften. Gesundheitskompetenz lässt sich damit als dynamisches Konstrukt verstehen, das sich im Wechselspiel mit situations- und krankheitsspezifischen Bedürfnissen und Erfahrungen stetig verändert und entwickelt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie unterstreichen die Bedeutung des Austausches zwischen Patientinnen / Patienten und Fachpersonen sowie nahestehenden Personen für die Gesundheitskompetenz. Der Austausch scheint nicht Hauptbestandteil einer Form von Gesundheitskompetenz zu sein, wie die weitverbreitete dreistufige Unterteilung (Nutbeam, 2000) suggeriert, sondern es scheint vielmehr, dass der Austausch ein zentrales Element von Gesundheitskompetenz ist und sowohl für das Informieren, Entscheiden und Handeln benötigt wird. Damit untermauert diese Pilotstudie Ergebnisse von Vorläuferstudien aus dem englischen Sprachraum, die Gesundheitskompetenz als beeinflusst von (Edwards et al., 2012; Jordan et al., 2010) respektive als Ergebnis (Salter et al., 2014) einer Interaktion

mit dem sozialen Umfeld und dem Gesundheitssystem sehen. Dies stützt ein breites Verständnis, das davon ausgeht, dass es sich bei Gesundheitskompetenz nicht um eine isolierte, individuelle Kompetenz handelt, sondern dass Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit steht zu sozialen und systemspezifischen Bedingungen (Greenhalgh, 2015; World Health Organization, 2013).

Die vorliegende Pilotstudie zeigt weiter, dass Entscheiden auch aus der Patientensicht eine wichtige Dimension von Gesundheitskompetenz darstellt. Dies geht einher mit bestehenden Definitionen von Gesundheitskompetenz, die Gesundheitskompetenz als Fähigkeit, gesundheitsrelevante Entscheide zu treffen, beschreiben (Kickbusch, Maag, & Saan, 2005; Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005). Aus Patientensicht wurde Entscheiden jedoch vielmehr als ein differenzierter Vorgang beschrieben, der von individuellen Präferenzen beeinflusst wird und in Verbindung zum Bedürfnis nach Selbstbestimmung steht. Es scheint also, dass für die Befragten Entscheiden weniger über den Akt der Entscheidung selbst charakterisiert wird, sondern dass vielmehr das Abwägen zwischen individuellen Präferenzen und krankheitsspezifischen Empfehlungen das Entscheiden ausmachen. Diese Überlegungen deuten auf ein differenzierteres Verständnis der Fähigkeit des Entscheidens hin, als bislang in Definitionen aus Expertensicht beschrieben. Es geht also beim Entscheiden vielmehr um den Prozess des Abwägens und des Wissensaustausches innerhalb einer patientenorientierten Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen, als um das Auswählen aus mehreren Optionen (Salter et al., 2014).

Die Kategorie *Behandlungsempfehlungen in den Alltag integrieren* zeigt auf, was es heißen kann, Gesundheitskompetenz zu leben und zu entwickeln. Bereits im Informationsprozess sind das soziale Umfeld und / oder die Fachpersonen eine zentrale Größe. Die Studienteilnehmenden beschreiben, dass nutzenbringende Informationen auf die persönliche Krankheitssituation abgestimmt sind und sich folglich im Alltag umsetzen lassen. Dieser Transfer von theoretischem Wissen zu alltagsbezogenem Wissen im individuellen Kontext wird als zentral

beschrieben und befähigt die Befragten handlungsfähig zu werden (Salter et al., 2014). Folglich kann Gesundheitskompetenz mit der Patientenorientierung in Verbindung gebracht werden, was besonders relevant ist, wenn es um die Förderung der Gesundheitskompetenz geht (Sommerhalder, Frey, Leuenberger, & Hahn, 2012).

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass es sich bei Gesundheitskompetenz um eine prozessuale und kontextabhängige Kompetenz handelt, die sich in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem und dem sozialen Umfeld sowie im Krankheits- und Lebensverlauf entwickelt und verändert.

### Limitationen

Aufgrund des Studiendesigns und der kleinen und gezielten Stichprobe von zehn Diabetikerinnen und Diabetikern lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern. So kann zum Beispiel die Spannweite der Altersgruppe von 51 bis 76 Jahren Einfluss auf die Kategorie *sich informieren* gehabt haben. Es ist zu vermuten, dass 50-Jährige einen anderen Umgang mit Medien, wie dem Internet, haben als beispielsweise über 70-Jährige. Das könnte bedeuten, dass Personen mit einem sicheren und kritischen Umgang von Inhalten aus dem Internet möglicherweise die Komplexität der Fähigkeit *wo Informationen suchen* als geringer einstufen. Darüber hinaus könnte auch der Zeitpunkt der Informationssuche beeinflusst werden, da das Internet den Austausch mit einer großen Anzahl an Betroffenen ermöglicht und dadurch die Sensibilität für bestimmte Themen frühzeitig erhöht werden könnte.

Weitere Limitationen betreffen die Datenanalyse. Die Interviews wurden nicht von zwei Personen unabhängig voneinander analysiert. Jedoch erfolgte eine regelmäßige Reflexion der verschiedenen Analyseschritte im Forschungsteam. Darüber hinaus wurde die konstruierte Bedeutung der Kategorien am Ausgangsmaterial überprüft sowie das nach zehn Interviews erstellte Kategoriensystem am Ausgangsmaterial verifiziert.

Zusätzlich limitierten die deduktiven

Analyseschritte die offene Herangehensweise an den Forschungsgegenstand. Die offene Interviewführung und die ergänzende induktive Analyse ermöglichte jedoch, bedeutsame Aspekte aus Patientensicht zu identifizieren. Die Autorinnen sahen zudem den Vorteil der Kombination aus Deduktion und Induktion darin, dass explizit zu den Dimensionen von Gesundheitskompetenz aus Expertenperspektive Bezug genommen werden konnte, ohne auf neue und weiterführende Sichtweisen der Patientinnen und Patienten zu verzichten.

Die Überprüfung der Ergebnisse im Untersuchungsfeld konnte nur mit einem Teil der Teilnehmenden durchgeführt werden. Aus organisatorischen Gründen wurden lediglich die sechs Teilnehmenden angeschrieben, die eine Mailadresse hatten. Drei von ihnen antworteten und bestätigten, ihre Aussagen in den Ergebnissen wiedergefunden zu haben.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse liefern erste Hinweise zur Konzeptualisierung von Gesundheitskompetenz aus der Perspektive von zehn Personen mit Diabetes mellitus Typ II. Gesundheitskompetenz wird dabei nicht als isolierte Fähigkeit des Individuums verstanden, sondern wird als Fähigkeit konzeptualisiert, die prozesshaft im Austausch und im Kontakt mit Fachpersonen und dem sozialen Umfeld entsteht und sich entwickelt. Eine zentrale Rolle spielen dabei ebenfalls die individuellen Bedürfnisse der Person betreffend Krankheitssituation und persönlicher Alltag.

Für die Praxis geben die Ergebnisse Hinweise, dass Gesundheitskompetenz möglicherweise mehr als bisher angenommen durch die Interaktion der Fachperson mit der Patientin bzw. dem Patienten geprägt wird und dass das soziale Umfeld eine wichtige Ressource im Informationsmanagement sowie in der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen sein kann. In der praktischen Arbeit mit der Patientin und dem Patienten sollte der produktiven Interaktion mit der Patientin und dem Patienten folglich große Aufmerksamkeit geschenkt, sowie das soziale Umfeld aktiv in die Interaktion eingebunden werden. Eine patienten-

zentrierte Haltung ist dabei eine wichtige Voraussetzung.

Damit die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten durch Gesundheitsfachpersonen gezielt gefördert werden kann, braucht es weitere Forschung, die untersucht, wie diese Interaktion und der Einbezug des sozialen Umfelds gestaltet werden sollte, beispielsweise im Kontext von Beratung und Coaching. Des Weiteren braucht es Forschung zur Konzeptualisierung von Gesundheitskompetenz aus der Patientenperspektive. Eine größere Stichprobe sowie der Einbezug von Personen mit weiteren Krankheitsbildern würde erlauben zu untersuchen, inwieweit diese Ergebnisse bestätigt oder erweitert werden. So könnte eventuell geklärt werden, inwiefern die Ergebnisse populations-spezifisch sind und inwiefern es Gemeinsamkeiten und / oder Unterschiede zu anderen chronischen und akuten Erkrankungen gibt. Die Ergebnisse dieser Pilotstudie weisen zudem darauf hin, dass der Einfluss der Fachperson und des Krankheitsverlaufs auf die Gesundheitskompetenz wichtig sind und vertieft untersucht werden sollten. Durch diese weiteren Forschungen könnte das Verständnis von Gesundheitskompetenz verbessert und die Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz optimiert werden.

## Literatur

- Abel, T., Sommerhalder, K., & Bruhin, E. (2010). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung - Health Literacy / Gesundheitskompetenz*. Abgerufen von <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=105>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., . . . & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(199), 1-941.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*, *344*, e1602. doi: 10.1136/bmj.e1602
- Brieskorn-Zinke, M. (2011). Mindfulness and the development of professional health competence in nursing. *Pflege*, *24*(4), 251-257. doi: 10.1024/1012-5302/a000132
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. St. Louis, MO: Elsevier/Saunders.
- Edwards, M., Davies, M., & Edwards, A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. *Patient Educ Couns*, *75*(1), 37-52. doi: DOI 10.1016/j.pec.2008.09.025
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, *12*, 130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*, *54*, 313-324.
- Flick, U., von Kardoff, E., & et al. (2009). *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt.
- Greenhalgh, T. (2015). Health literacy: towards system level solutions. *BMJ*, *350*, h1026. doi: 10.1136/bmj.h1026
- Holmstrom, I., & Roing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Educ Couns*, *79*(2), 167-172. doi: 10.1016/j.pec.2009.08.008
- Jeppesen, K. M., Hull, B. P., Raines, M., & Miser, W. F. (2012). A validation study of the spoken knowledge in low literacy in diabetes scale (SKILLD). *J Gen Intern Med*, *27*(2), 207-212. doi: 10.1007/s11606-011-1900-9
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Educ Couns*, *79*(1), 36-42. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.001
- Kickbusch, I., Maag, D., & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. Paper presented at the European Health Forum Badgastein.
- Kondilis, B. K., Kiriaze, I. J., Athanasoulia, A. P., & Falagas, M. E. (2008). Mapping health literacy research in the European Union: a bibliometric analysis. *PLoS One*, *3*(6), e2519. doi: 10.1371/journal.pone.0002519
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Göttingen: V&R unipress.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, *10*(3), 248-255. doi: DOI 10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Massey, P. M., Prelep, M., Calimlim, B. M., Quiter, E. S., & Glik, D. C. (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Educ Res*, *27*(6), 961-974. doi: 10.1093/her/cys054
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- McColl, E. (2005). Developing questionnaires. In P. Fayers & R. Hays (Eds.). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials* (S. 9-24). New York: Oxford.
- Meleis, A. I., & Topas, M. (2011). Nursing theory of the Future: Situation-Specific Theories. *Pflege*, *24*(6), 345-347.
- Miser, W. F., Jeppesen, K. M., & Wallace, L. S. (2013). Clinical utility of a brief screen for health literacy and numeracy among adults with diabetes mellitus. *Fam Med*, *45*(6), 417-423.
- Moers, M., Schaeffer, D., & Schnepf, W. (2011). Too busy to think?. *Pflege*, *24*(6), 349-360. doi: 10.1024/1012-5302/a000151
- Monod-Zorzi, S., Seematter-Bagnoud, L., Büla, C., Pellegrini, S., & Jaccard Ruedin, H. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*. 1-209. Abgerufen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/lex/0.topic.1.html>
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing Research A Qualitative Perspective*. Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promot Int*, *13*(4), 349-364. doi: DOI 10.1093/heapro/13.4.349
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, *15*(3), 259-267. doi: DOI 10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, *67*(12), 2072-2078. doi: DOI 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D. W., & Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ Couns*, *27*(1), 33-39.
- Salter, C., Brainard, J., McDaid, L., & Loke, Y. (2014). Challenges and opportunities: what can we learn from patients living with chronic musculoskeletal conditions, health professionals and carers about the concept of health literacy using qualitative methods of inquiry? *PLoS One*, *9*(11), e112041. doi: 10.1371/journal.pone.0112041
- Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S. C., & Parker, R. (2000). Health Literacy. *Current Bibliographies in Medicine 2000-1*. Rockville Pike.
- Smith, S. K., Nutbeam, D., & McCaffery, K. J. (2013). Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population. *J Health Psychol*, *18*(8), 1011-1022. doi: 10.1177/1359105312468192
- Sommerhalder, K., & Abel, T. (2007). *Gesundheitskompetenz: eine konzeptuelle Einordnung*. Bern: Universität Bern.
- Sommerhalder, K., Frey, S., Leuenberger, D., & Hahn, S. (2012). *Förderung der Gesundheitskompetenz im Akutspital: Ein Handlungsleitfaden*. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit.
- Sorensen, K., & Brand, H. (2013). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promot Int*. doi: 10.1093/heapro/dat013
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . .



& Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*, 50(6), 633-640. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x

The HLS-EU Consortium. (2012). Final report Executive summary (D17) The European Health Literacy Project (HLS-EU).

Thilo, F., & Hahn, S. (2011). Gesundheitskompetenz - Definition und Bedeutung für die professionelle Pflege. *pflgenetz*, 2, 21-24.

Thilo, F., Sommerhalder, K., & Hahn, S. (2012). [Health literacy - a concept for professional nursing?]. *Pflege*, 25(6), 427-438. doi: 10.1024/1012-5302/a000245

World Health Organization. (2011). Health literacy and health behaviour. Abgerufen von <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. In: I. Kickbusch, J. M. Pelikan, F. Apfel & A. D. Tsouros (Hrsg.). Copenhagen: World Health Organization,.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*, 20(2), 195-203. doi: 10.1093/heapro/dah609

## Autoren

**Friederike J.S. Thilo, MScN<sup>1</sup>**

**Prof. Dr. Sabine Hahn<sup>1</sup>**

**Kathrin Sommerhalder, M.A.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Berner Fachhochschule, Angewandte Forschung & Entwicklung, Dienstleistung Pflege, Bern, Schweiz

### Korrespondenz:

Friederike J.S. Thilo, [friederike.thilo@bfh.ch](mailto:friederike.thilo@bfh.ch)

Eingereicht am: 09.03.2015

Akzeptiert am: 05.05.2015