



Gesundheitskompetenz

Kurzinformation für Pflegefachpersonen

Impressum

Autorinnen und Autoren:

Doris Schaeffer, Michael Ewers, Annett Horn, Christa Büker, Svea Gille, Franz Wagner, Andrea Weskamm

unter Mitarbeit von:

Yvonne Adam, Tina Conrad-Mueller, Axel Doll, Johanna Gossens, Britta March, Susanne Melin

Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

- DBfK Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

Bitte wie folgt zitieren:

Schaeffer D, Ewers M, Horn A, Büker C, Gille S, Wagner F, Weskamm A (2020): Kurzinformation für Pflegefachpersonen. Herausgegeben von Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP): Berlin: DBfK / NAP

Bildnachweis:

iStock (Titel, S. 10, 22, 26)

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (S. 2)

Universität Bielefeld (S. 3)

Diese Kurzinformation wurde von der Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz und Pflege im DBfK und NAP erarbeitet. Da sich das Gesundheitswesen jedoch beständig weiterentwickelt, werden wir die Broschüre in regelmäßigen Abständen prüfen. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen dazu.

Bitte senden Sie Ihre Rückmeldung an: dbfk@dbfk.de

©2020. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Urhebers.

Vorwort



Gesundheitskompetenz – bzw. die Fähigkeit gesundheitsbezogene Information finden, verstehen, beurteilen und nutzen zu können – ist eine wichtige Grundlage für einen besseren Umgang mit der eigenen Gesundheit und Krankheit und ihren Folgen. Die Ermittlung und Förderung von Gesundheitskompetenz muss deshalb für alle Gesundheitsprofessionen selbstverständlicher Bestandteil des eigenen Handelns werden. Bei der Mehrzahl von kranken und pflegebedürftigen Menschen sind es Pflegefachpersonen, die die meiste Kontaktzeit mit ihnen und auch den intensivsten Lebensweltbezug haben. Das sind wichtige Voraussetzungen, um einen realitätsnahen Eindruck von deren Gesundheitskompetenz zu gewinnen. Zugleich ermöglicht dies, Zugang zu finden und Gesundheitskompetenz wirksam zu stärken.

Eine große Herausforderung ist, dass Gesundheitskompetenz und der professionelle Umgang mit dem Thema in der Versorgungs- und Pflegepraxis noch keineswegs selbstverständlich sind. In der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe wird dieses Thema noch nicht regelmäßig bearbeitet. Hier besteht deutlicher Nachholbedarf. Eine weitere Herausforderung stellen die aktuellen Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit

dar. Bei einer Personalausstattung, die oft nicht einmal eine sichere Versorgung garantiert, sind alle „zusätzlichen“ Aufgaben eine Belastung für Pflegefachpersonen – so sinnvoll und nachhaltig sie auch sein mögen. Folglich sind auch Investitionen in die Struktur durch mehr Pflegepersonal notwendig. Ebenso werden geeignete Bedingungen benötigt, um Menschen in die Lage zu versetzen, ihre verbesserte Gesundheitskompetenz auch einzusetzen; das verlangt nach Möglichkeiten des Zugriffs auf Informationen – analog und digital – schon in der Einrichtung.

Mit der vorliegenden Broschüre wollen wir Pflegefachpersonen für das Thema Gesundheitskompetenz sensibilisieren. Wir wollen erreichen, dass sie die Stärkung von Gesundheitskompetenz als ihren ureigenen professionellen Auftrag verstehen. Zugleich möchten wir ihnen einige Instrumente an die Hand geben, um Menschen, denen sie im Pflege- und Versorgungsalldag begegnen, auf dem Weg zu einer besseren Gesundheitskompetenz zu unterstützen.

Franz Wagner,

Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe



Gesundheitskompetenz ist in den letzten Jahren zu einem zunehmend wichtigen Thema geworden, dessen Bedeutung von der WHO mit Nachdruck unterstrichen wird. Auch in Europa findet das Thema mittlerweile große Aufmerksamkeit. In Deutschland zeigt sich dies u.a. daran, dass hier inzwischen ein Nationaler Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz erarbeitet und veröffentlicht wurde (<https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>). Er wurde von einer Gruppe von ca. 20 Expertinnen und Experten (unterstützt durch die Robert Bosch Stiftung und den AOK-Bundesverband und unter der Schirmherrschaft des damaligen Gesundheitsministers) erarbeitet und enthält insgesamt 15 Empfehlungen dazu, was geschehen muss, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu stärken. Ebenso ist – angestoßen durch das Bundesgesundheitsministerium – eine „Allianz Gesundheitskompetenz“ entstanden, in der auch der Deutsche Pflegerat mit den von ihm vertretenen Verbänden Mitglied ist. Das Ziel der Allianz besteht darin, konkrete Projekte zur Gesundheitskompetenz anzustoßen.

Wir hoffen, mit dieser Broschüre einen ersten Beitrag dazu zu leisten, dass das Thema Gesundheitskompetenz in der Pflege in Deutschland intensiver aufgegriffen wird – sowohl auf individueller Ebene, in den Pflegeorganisationen wie auch im Gesundheitssystem als Ganzes. Dazu ist es erforderlich, sich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen und mit bestehenden Strategien und Hinweisen zur Förderung von Gesundheitskompetenz vertraut zu machen. Wir haben dazu Materialien zusammengetragen und legen sie hier vor. Wir hoffen damit auf positive Resonanz bei Pflegefachpersonen und -organisationen und das Interesse an diesem wichtigen Thema zu wecken. Die Förderung von Gesundheitskompetenz wird künftig eine zentrale Aufgabe sein, mit der sich alle Pflegefachpersonen intensiv befassen müssen – dies ist im Interesse der Patientinnen und Patienten und der Ermöglichung einer patientenzentrierten Versorgung und Pflege wie auch der Weiterentwicklung des eigenen Berufs.

Doris Schaeffer,

Sprecherin des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz

Inhalt

Worum geht es?	5
1. Überblick über Definitionen und Befunde	6
1.1. Was ist Gesundheitskompetenz	6
1.2. Warum ist Gesundheitskompetenz wichtig?	7
1.3. Was ist über die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bekannt?	8
1.4. Was fällt im Umgang mit Gesundheitsinformation schwer?	9
1.5. Was sind die Folgen niedriger Gesundheitskompetenz?	10
2. Wie können Pflegefachpersonen Gesundheitskompetenz verbessern?	11
2.1. Aufgabenfeld Krankenhaus	11
2.2. Aufgabenfeld Ambulante Pflege	14
2.3. Aufgabenfeld Alten- und Pflegeheim	16
3. Praktische Tipps zur Förderung von Gesundheitskompetenz	19
3.1. Verständlichkeit von Information verbessern – allgemeine Tipps	19
3.2. Mündliche Kommunikation und Information verbessern	21
3.3. Verbesserung schriftlicher Gesundheitsinformation	23
3.4. Verbesserung der Information im Internet	25
4. Förderung von Gesundheitskompetenz als Leitungsaufgabe	27
Literatur	29

Worum geht es?

Diese Kurzinformation zur Gesundheitskompetenz ist für Pflegefachpersonen, andere Beschäftigte in der Pflege, Leitungskräfte von Pflegeeinrichtungen und im Gesundheitswesen sowie Vertreterinnen und Vertreter von Verbänden aus dem Berufsfeld Pflege gedacht. Sie enthält Definitionen, Fakten und Tipps zum Thema Gesundheitskompetenz.

Die Kurzinformation ist in vier Abschnitte gegliedert:

1. Der erste Abschnitt vermittelt einen kurzen Überblick über wichtige Definitionen und Befunde aus der Forschung zur Gesundheitskompetenz.
2. Im zweiten Abschnitt finden sich Überlegungen dazu, wie Gesundheitskompetenz gefördert werden kann und welche Herausforderungen dabei jeweils anzugehen sind.
3. Im dritten Abschnitt werden praktische Strategien und Tipps vorgestellt, mit denen Gesundheitsinformationen verständlicher gemacht werden können. Daneben finden sich Hinweise dazu, wie Gesundheitskompetenz in der Pflegepraxis gestärkt werden kann.
4. Der vierte Abschnitt thematisiert die Förderung der Gesundheitskompetenz als Leitungsaufgabe und stellt Maßnahmen vor, wie Pflegeeinrichtungen gesundheitskompetenter gestaltet werden können.

Den Abschluss bildet eine Literaturliste mit wichtigen wissenschaftlichen Studien und ergänzenden Veröffentlichungen zum Thema Gesundheitskompetenz.

Für die Erstellung der Kurzinformation wurde zunächst eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt, bei der bereits vorliegende Materialien und Leitfäden zur Förderung der Gesundheitskompetenz recherchiert und auf ihre Übertragbarkeit auf den Pflegekontext geprüft wurden. Anschließend wurde von einer Experten-Gruppe die vorliegende Kurzinformation erarbeitet und konsentiert¹.



¹ Die vorliegende Kurzinformation wurde durch den Quick Guide to Health Literacy inspiriert, der 2011 vom U.S. Department of Health and Human Services veröffentlicht wurde [1].

1. Überblick über Definitionen und Befunde

1.1. Was ist Gesundheitskompetenz?

Gesundheitskompetenz wird international als Health Literacy bezeichnet und ist vor allem in den USA seit langem ein wichtiges Thema in der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskussion. Das Konzept geht ursprünglich auf die dort geführte Alphabetisierungsdebatte zurück.

Unter „Literacy“ (auf Deutsch: Literalität) wird ganz allgemein die Fähigkeit einer Person verstanden, lesen, schreiben und rechnen zu können. Diese Fähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe.

„Health Literacy“ wiederum bedeutet wörtlich übersetzt „gesundheitliche Literalität“; durchgesetzt hat sich im Deutschen dafür aber der Begriff Gesundheitskompetenz. Unter Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz wurden zunächst die erforderlichen Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten verstanden, um gesundheitsrelevante Informationen verstehen zu können. Dazu gehören beispielsweise Behandlungs- oder Pflegehinweise, das Lesen und Verstehen von Packungsbeilagen von Medikamenten oder die Berechnung des Blutzuckerlevels².

Das Verständnis von Gesundheitskompetenz wurde inzwischen mehrfach weiterentwickelt. Heute wird mit dem Begriff generell die *Fähigkeit zum Umgang mit Gesundheitsinformation* bezeichnet. Erforderlich ist diese Fähigkeit, um tragfähige *Entscheidungen* zur Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit oder zur Bewältigung von Krankheit und auch Pflegebedürftigkeit treffen zu können.

Das spiegelt sich auch in der folgenden Definition von Sørensen et al. wider. Sie prägt die europäische und auch die deutsche Diskussion und wurde für die

² „Illiteracy“ (Illiteralität) ist die Bezeichnung dafür, dass jemand nicht lesen oder schreiben kann, also Analphabet ist. Wichtig zu betonen ist, dass eine Person mit begrenzter oder geringer Gesundheitskompetenz/Health Literacy nicht zwangsläufig geringe Schreib-, Lese und Rechenfähigkeiten hat.

europäische Gesundheitskompetenzstudie entwickelt – den „European Health Literacy Survey“ (HLS-EU):

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität 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/-versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.“ [2,3]

Gesundheitskompetenz beruht danach also auf funktionalen Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten. Ebenso wichtig ist dieser Definition nach aber die Fähigkeit, Gesundheitsinformation ausfindig machen, verstehen, bewerten und einschätzen zu können, um auf dieser Basis im Alltag zu Entscheidungen zu gelangen, von denen die eigene Gesundheit profitiert.

Gesundheitskompetenz ist als *relational* zu verstehen [4]. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass sie einerseits auf persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der oder des Einzelnen beruht. Andererseits ist sie aber durch die situativen Anforderungen und die Komplexität der Systeme bestimmt, in denen der oder die Einzelne sich bewegt und handelt [4–5] (vgl. hierzu Abb.1).

Zu diesen situativen Anforderungen gehören beispielsweise:

- ❧ der Grad der Komplexität des jeweiligen Gesundheits- und Pflegesystems
- ❧ die Art der Kommunikation und Informationsvermittlung der beteiligten Gesundheitsprofessionen
- ❧ die Zeit, die sich die Gesundheitsprofessionen für die Vermittlung von Information nehmen (können) und
- ❧ die besonderen Anforderungen und Rahmenbedingungen in der jeweiligen Situation.



Abbildung 1: Zusammenspiel von persönlicher und systemischer Gesundheitskompetenz [4]

1.2. Warum ist Gesundheitskompetenz wichtig?

Gesundheitskompetenz hat in modernen Wissens- und Informationsgesellschaften hohe Bedeutung, denn in ihnen muss jeder und jede Einzelne täglich in allen Lebensbereichen gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen. Dabei ist es egal, ob es um Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung geht, um Anforderungen in der Arbeitswelt, im Konsum- und Freizeitbereich oder um die Nutzung von Medien und die Beteiligung an politischen Prozessen [6,7]. Um zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen, muss jeder und jede Einzelne mit gesundheitsrelevanter Information umgehen können. Im Folgenden werden einige Gründe angeführt, warum Gesundheitskompetenz immer bedeutsamer wird.

Wachsendes, unübersichtliches Informationsangebot

Heute existiert ein wachsendes Informationsangebot, das durch die Digitalisierung (Internet, Apps und Soziale Medien) täglich zunimmt. Der schnelle Zuwachs und die rasche Verbreitung von Informationen und Wissen erleichtern den Zugang zu Information, sie bringen aber auch Probleme mit sich: Mit der Menge an Information hat auch die Unübersichtlichkeit zugenommen.

Außerdem werden vermehrt qualitativ fragwürdige und fehlerhafte Informationen verbreitet, deren wissenschaftliche Evidenz nicht gesichert ist. Das gilt auch für Informationen zu Gesundheits- und Pflegethemen. Hinzu kommt, dass Informationen und Wissen rascher überholt sind als früher: Was vor einigen Jahren über Gesundheit, Krankheit und Pflege als richtig gelehrt und gelernt wurde, ist heute unter Umständen nicht mehr aktuell, unvollständig oder sogar falsch. Daran zeigt sich, dass der rasante Anstieg von Information und Wissen mit einer Reihe an neuen Herausforderungen einhergeht und hohe Anforderungen an die Gesundheitskompetenz mit sich bringt [7].

Steigende Lebenserwartung

Auch der enorme Gewinn an Lebensjahren verlangt nach Gesundheitskompetenz. Seit Anfang des 20. Jahrhunderts ist die Lebenserwartung in Deutschland um 30 Jahre angestiegen. In den kommenden Jahrzehnten wird sie noch weiter zunehmen. Damit diese Lebensjahre auch zu lebenswerten Jahren werden, ist jeder und jede Einzelne gefordert, so viel wie möglich für die eigene Gesundheitserhaltung zu tun und sich für die Ermöglichung einer gesunden Lebensweise zu engagieren. Dies gilt auch für den Fall, dass sich Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit einstellen. Auch dann ist aktives Handeln und Selbstmanagement gefragt, was entsprechende Informiertheit und Gesundheitskompetenz voraussetzt.

Umgang mit chronischen Beeinträchtigungen

Anzuführen ist auch die voranschreitende Zunahme chronischer Krankheiten, dauerhafter Funktionseinschränkungen und in der Folge von Pflegebedürftigkeit. Sie ziehen zahlreiche Anforderungen nach sich und konfrontieren die Betroffenen und ihr soziales Umfeld immer wieder mit neuen Aufgaben. Um damit konstruktiv umgehen zu können, reicht das vorhandene Wissen oft nicht aus. Besonders gilt dies, wenn plötzlich neue Komplikationen auftreten, sei es, weil das Medikamentenregime umgestellt wurde oder eine unerwartete Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. Auch, um diesen Anforderungen nachkommen zu können und mit chronischer Beeinträchtigung und/oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit leben zu lernen, ist Gesundheitskompetenz unverzichtbar.

Veränderte Rollen von Patientinnen, Patienten und Pflegebedürftigen

Verstärkt wird dies durch den Wandel der Rolle von Patientinnen und Patienten und auch von Pflegebedürftigen. Sie werden heute nicht mehr nur als passive Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen betrachtet, sondern als aktiv handelnde, selbstbestimmte Personen, die in die Entscheidungsfindung und Ausgestaltung der Behandlung, Versorgung und Pflege einbezogen werden: „Keine Entscheidung über mich ohne mich“ – so lautet das international verbreitete Motto, das diese Haltung auf den Punkt bringt. Auch für die Pflege wird es als selbstverständlich angesehen, dass die Stimme der Patientinnen und Patienten gehört und bei der Entscheidungsfindung und Aushandlung der Behandlung und Pflege beachtet wird [8].

Um sich nicht allein auf ihr Bauchgefühl oder Hörensagen verlassen zu müssen, sondern fundierte Entscheidungen fällen zu können, benötigen Patientinnen und Patienten wie auch Pflegebedürftige zuverlässige Information und die Fähigkeit, diese zur Entscheidungsfindung nutzen zu können. Dabei ist zu bedenken, dass Pflegebedürftige sich aufgrund

der Einschränkungen ihrer gesundheitlichen Autonomie in einer verletzlichen Situation befinden und die Unterstützung anderer benötigen – auch beim Umgang mit Information. Oft nehmen stellvertretend Angehörige/Zugehörige diese Aufgabe wahr, vielfach auch andere Personen (z.B. rechtlich Betreuende) in ihrem Umfeld. Damit sie diese Aufgabe kompetent ausfüllen können, müssen allerdings auch sie in der Lage sein, mit gesundheits- und pflegerelevanter Information umzugehen; d.h. sie benötigen ebenfalls Gesundheitskompetenz. Für viele ist dies eine Herausforderung. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Angehörigen/Zugehörigen stellt daher ebenfalls eine wichtige Aufgabe von Pflegefachpersonen dar.

Bitte beachten: Das Vorhandensein von Information oder von mehr Information führt nicht automatisch dazu, dass Menschen besser und kenntnisreicher mit gesundheitlichen Herausforderungen umgehen können, aber es ist eine zwingende Voraussetzung dafür.

1.3. Was ist über die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bekannt?

Insgesamt gewinnt Gesundheitskompetenz gesellschaftlich immer höheren Stellenwert. Zugleich wird der Umgang mit Gesundheitsinformation und der Erwerb von Gesundheitskompetenz von vielen Menschen als schwierig angesehen. Dies bestätigen auch inzwischen durchgeführte Studien.

Nach der Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat lediglich 7,3 % der erwachsenen Bevölkerung eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Jeder zweite Befragte verfügt über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Konkret sehen sich 54,3 % der Bevölkerung vor Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogener Information gestellt [9].

Wie eine vergleichende Studie zur Gesundheitskompetenz in Europa gezeigt hat, an der insgesamt acht europäische Länder beteiligt waren, bewegt sich Deutschland im Vergleich mit diesen im unteren Mittelfeld [10].

Eine ganze Reihe an Studien belegt, dass geringe Gesundheitskompetenz in vielen Ländern ein großes Problem darstellt [3,7]. Gesundheitskompetenz ist zudem ungleich in der Bevölkerung verteilt. Besonders Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und Einkommen, ältere Erwachsene, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit chronischen Krankheiten gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Herkunft, sozio-ökonomischer Status, Bildung, Sprache, der Zugang zu Ressourcen und Chancen sowie das Alter sind damit Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheitskompetenz eines Menschen haben.

Wie sich die Situation in Deutschland darstellt, zeigt das folgende Schaubild, das der deutschlandweiten Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung entnommen wurde [9]. Die Abbildung zeigt den Anteil an inadäquater (rot), problematischer (gelb), ausreichender (hellgrün) und exzellenter (dunkelgrün) Gesundheitskompetenz in einzelnen Bevölkerungsgruppen und in der Allgemeinbevölkerung (unterste Reihe).

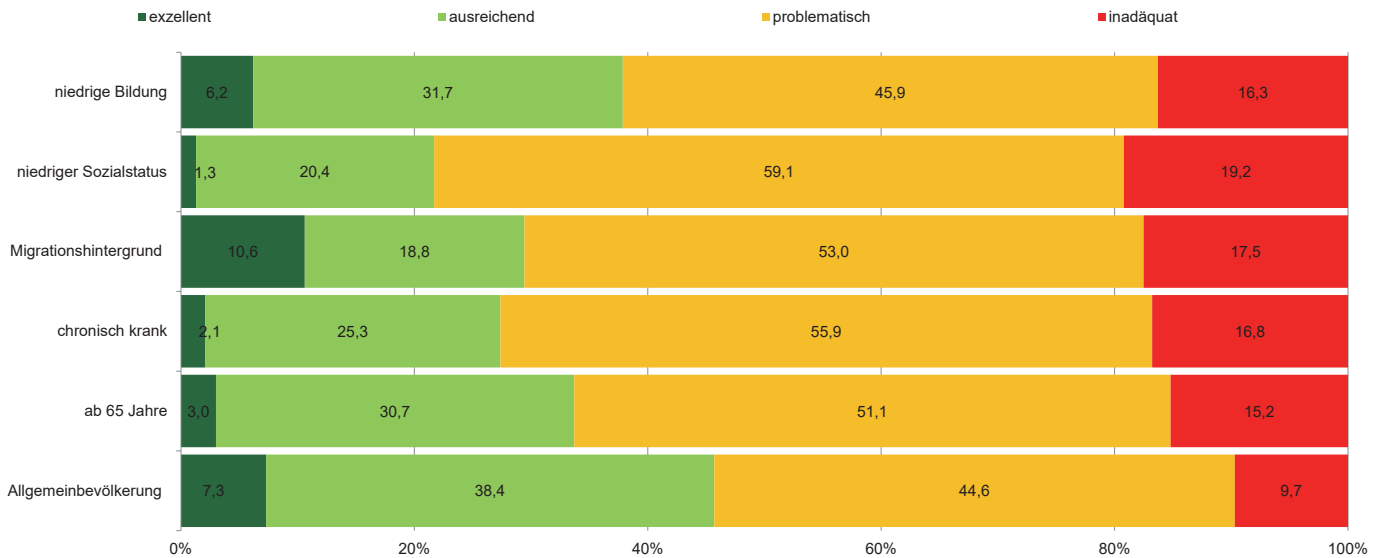


Abbildung 2: Gesundheitskompetenz einzelner Bevölkerungsgruppen in Prozent (HLS-GER)

Über eine gute Gesundheitskompetenz (dunkelgrün und hellgrün addiert) verfügen in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung 45,7 %, über eine geringe oder niedrige Gesundheitskompetenz (gelb und rot addiert) 54,3 %, also mehr als die Hälfte der Befragten. Ein höherer Anteil an geringer Gesundheitskompetenz als in der Allgemeinbevölkerung findet sich in Deutschland

bei Menschen mit niedriger Bildung (oberste Reihe), niedrigem Sozialstatus (zweite Reihe), bei Menschen mit Migrationshintergrund (dritte Reihe), bei Menschen, die älter als 65 Jahre sind (fünfte Reihe) oder die unter chronischer Erkrankung leiden (vierte Reihe). Hier sind es fast 73 %.

1.4. Was fällt im Umgang mit Gesundheitsinformation schwer?

Gesundheitskompetenz wurde in der europäischen und auch der deutschlandweiten Studie in drei Bereichen untersucht:

- (1) Krankheitsbewältigung und Versorgung,
- (2) Prävention und
- (3) Gesundheitsförderung.

Gezeigt hat sich, dass der Umgang mit Information im Bereich Gesundheitsförderung (z.B. zu gesundheitsbewusstem Verhalten oder zu gesunder Ernährung) von den Befragten in Deutschland am schwersten eingeschätzt wird. Über 60 % sehen sich hier vor Schwierigkeiten gestellt. Einfacher ist es für sie, mit Informationen zur Krankheitsbewältigung/Versorgung umzugehen. Dies finden aber trotzdem rund 40 % der Befragten schwierig.

Bedenklich stimmt auch, was der Bevölkerung im Umgang mit Information Schwierigkeiten bereitet. Am schwersten fällt ihr das Finden von Information. Jedem zweiten Befragten bereitet dies Probleme. Das bestätigt, dass die Vielzahl und Vielfalt an Information in der Tat eine große Herausforderung sind. Auch das Beurteilen von Information stellt viele Menschen vor Probleme: 57,4 % der Befragten tun sich damit schwer. Sie wissen also nicht, wie sie gefundene Information einschätzen sollen und welcher Information sie vertrauen können. Folglich können sie diese Information auch nicht für das eigene Handeln verwenden.



1.5. Was sind die Folgen niedriger Gesundheitskompetenz?

Eine geringe Gesundheitskompetenz geht mit zahlreichen Folgen für die Gesundheit einher, wie vorliegende Studien bestätigen. Beispielsweise schätzen Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz ihre Gesundheit öfter als schlecht ein als Personen mit gut ausgeprägter Gesundheitskompetenz. Sie haben zudem meist geringes grundlegendes Gesundheitswissen über den Körper, Krankheitsursachen oder Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitserhaltung, ebenso geringeres Krankheitswissen [11-13].

Aber auch geringere Selbstmanagementfähigkeiten und größere Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Gesundheits- oder Pflegeproblemen sind Folgen einge-

schränkter Gesundheitskompetenz [14]. Sie dürften vermutlich auch mit einem begrenzteren Wissen über pflegerelevante Sachverhalte einhergehen. Genaues ist hierzu nicht bekannt, weil der Umgang mit pflegebezogener Information bislang kaum untersucht wurde.

Studien zufolge neigen Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz außerdem dazu, sich ungesünder zu verhalten und wichtige präventive Maßnahmen nicht wahrzunehmen, was auf lange Sicht auch das Risiko von Pflegebedürftigkeit erhöhen dürfte. Zugleich nutzen sie das Gesundheitssystem intensiver: Den vorliegenden Untersuchungen zufolge ist geringe Gesundheitskompetenz mit einer höheren Zahl an Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen sowie einer häufigeren Inanspruchnahme ärztlicher Notdienste verbunden [15-18].



2. Wie können Pflegefachpersonen Gesundheitskompetenz verbessern?

Pflegefachpersonen sind die Berufsgruppe, die am häufigsten zu kranken und pflegebedürftigen Menschen und deren Bezugspersonen Kontakt haben. Aus diesem Grund können Pflegefachpersonen auch gut Einfluss auf deren Gesundheitskompetenz nehmen. Wie dies aussehen kann, soll im Folgenden anhand von Fallbeispielen aus der Pflege- und Versorgungspraxis erläutert werden.

2.1. Aufgabefeld Krankenhaus



Für die meisten Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige/Zugehörige stellen Krankenhausaufenthalte eine Ausnahmesituation dar, die viele Fragen aufwirft. Der Informationsbedarf unterscheidet sich dabei jeweils, je nachdem, ob der Aufenthalt für einen elektiven Eingriff von langer Hand vorbereitet werden konnte oder ob er eine Folge unerwarteter gesundheitlicher Krisen oder von Unfällen ist. Er ist aber in jedem Fall ausgeprägt, weshalb ein Krankenhausaufenthalt die Gesundheitskompetenz jeder und jedes Einzelnen auf eine harte Probe stellt.

Das beginnt bereits mit der Frage, wann man überhaupt ein Krankenhaus aufsuchen sollte und welche Gesundheitsprobleme besser von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Bereitschaftsdiensten beantwortet werden können. Viele Menschen können das heute nicht gut einschätzen, weshalb sie mit ihrem Gesundheitsproblem direkt in die Notaufnahme des nächstgelegenen Krankenhauses gehen und damit den teuersten Zugang zur Versorgung nutzen. Mehr Informationen darüber, welche Notfallangebote es in einer Region gibt und wie sie abgestuft zu nutzen sind, könnten hier Abhilfe schaffen. Auch Informationsangebote – etwa Patienteninformationszentren – im Eingangsbereich von Krankenhäusern, können Informationen bereitstellen und über Alternativen zu einer Inanspruchnahme der Notaufnahme aufklären.

Bei geplanten Krankenhausaufenthalten – etwa für eine Hüftoperation – werden Informationen über den Eingriff selbst, dessen mögliche Folgen (z.B. Schmerzen) oder Risiken sowie alternative Behandlungskonzepte benötigt, aber auch darüber, wo und von wem der jeweilige Eingriff am ehesten durchgeführt werden kann. Üblicherweise werden solche behandlungsspezifischen Informationen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder in einer Krankenhausambulanz durch die dort Behandelnden vermittelt. Darüber hinaus gibt es heute Informationsportale im Internet mit einschlägigen Qualitätsinformationen. Was bei diesen Informationsangeboten aber selten zur Sprache kommt, sind die mit einem geplanten Krankenhausaufenthalt verbundenen alltagspraktischen Fragen – etwa danach, welche persönlichen Gegenstände (z.B. Kleidung, Schmuck, Elektrogeräte, Bargeld) man mit ins Krankenhaus nehmen kann, wie man sich in einem Krankenhaus angemessen verhält (etwa in einem Mehrbettzimmer) oder wie es um die Besuchsregeln bestellt ist und wie (ältere) Angehörige/Zugehörige die möglicherweise längeren Wege zum Krankenhaus für Besuche bewältigen können. Auch was postoperativ zu beachten ist und was im Fall von postoperativen gesundheitlichen Krisen geschehen soll und welche Vorkehrungen und Absprachen, etwa bei einer unvorhergesehenen Verlängerung des Krankenhausaufenthalts, notwendig sind, ist vielen unklar. Gut wäre es, wenn die Pflegedirektion hier im Vorfeld einer geplanten Aufnahme geeignete Informationen zusammenstellen und vorab an die jeweiligen Patientinnen und Patienten übermitteln könnte.

Kommt es dann zur Aufnahme, stellen sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen/Zugehörigen weitere Fragen. Anders als für die im Krankenhaus arbeitenden Personen ist das für sie eine fremde Umgebung mit auf den ersten Blick schwer verständlichen Abläufen. Einige von ihnen mögen mit dem Krankenhaus schon vertraut sein – etwa von früheren Aufenthalten oder Besuchen. Für andere ist es eine völlig neue Welt, die womöglich Angst auslöst. Die ohnehin durch

die gesundheitliche Krise bestehende Unsicherheit darüber, wie es mit ihnen weitergeht, wird dadurch zusätzlich verstärkt. Patientinnen und Patienten oder Angehörige/Zugehörige in solchen Situationen zu ermutigen, Fragen zu stellen und ihnen jederzeit durch gezielte, gut dosierte Informationen den Aufnahmeprozess ins Krankenhaus und auf der jeweiligen Abteilung oder Station zu erleichtern, ist eine wichtige Aufgabe von Pflegefachpersonen. Schon allein die Unsicherheit darüber, wer die vielen Menschen sind, die im Krankenhaus arbeiten, welche Funktionen sie jeweils haben und was von ihnen konkret an Hilfe zu erwarten ist, kann belasten. Farblich codierte Dienstkleidung für die verschiedenen Berufsgruppen in Kombination mit Informationstafeln auf den Stationen sowie eindeutigen Beschriftungen auf Namensschildern der Mitarbeitenden könnten dem begegnen und Orientierung bieten.

Im weiteren Verlauf werden Pflegefachpersonen dann in Erfahrung bringen müssen, wie es um die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen/Zugehörigen im konkreten Einzelfall bestellt ist. Dabei sollten sie sich keinesfalls auf den Augenschein verlassen, denn über welche Gesundheitskompetenz jemand verfügt, sieht man ihm oder ihr nicht an. Vielmehr sollten im Rahmen des pflegerischen Assessments Red Flags [19] oder auch Testverfahren wie der Newest Vital Sign Test / Eiscremetest eingesetzt werden, um Hinweise zur individuellen Gesundheitskompetenz zu erhalten. Auf dieser Grundlage lassen sich im Team geeignete Maßnahmen planen und umsetzen. Je nach Bedarf können allgemein pflegerische Informationen, etwa zur Körperhygiene und Selbstpflege, zum Umgang mit therapeutisch-technischen Maßnahmen (z.B. liegender Blasenkatheter, Infusionen), zum richtigen Verhalten nach operativen Eingriffen (z.B. Aufstehen, Mobilität, Delir) adressatengerecht aufbereitet, bereitgestellt oder persönlich vermittelt werden. Bei der persönlichen Begegnung können Pflegefachpersonen heute auf unterschiedliche Kommunikationstechniken zurückgreifen, die international seit längerem erprobt und eingesetzt werden (siehe Abschnitt 3). Vorausgesetzt ist allerdings, dass ihnen der Stationsalltag die dafür notwendigen personellen und zeitlichen Freiräume gewährt.

Fallbeispiel Elif und Levent Kaya



Bevor sie auf die kardiologische Station K3 aufgenommen wurde, hat die 76-jährige, leicht adipöse Elif Kaya bereits eine längere Odyssee hinter sich. Sie war nach einem akuten Myokard-Infarkt zunächst über die Notaufnahme aufgenommen und dann mehrere Tage auf der Intensivstation behandelt worden. Inzwischen ist ihr Zustand weitgehend stabil, weshalb sie zur Weiterbehandlung auf die K3 verlegt wurde. Dort wurde sie der Bezugspflegeperson Beate Kaiser zugeordnet, die sich seit zwei Tagen um sie kümmert.

Beate Kaiser ist dabei aufgefallen, dass sowohl Frau als auch Herr Kaya – beide sind türkischer Abstammung – Probleme damit haben, die auf der Station verwendeten Formulare auszufüllen, im Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten nach für sie relevanten Informationen zu fragen oder sich im Krankenhaus zu orientieren. Beide scheinen gut Deutsch zu verstehen, sprechen aber selbst wenig und meist nur kurze, einfache Sätze. Während Elif Kaya insgesamt sehr zurückhaltend, fast verschüchtert wirkt, weist ihr Mann jeden Versuch der Informationssammlung oder Informationsübermittlung fast schon unhöflich zurück. Meist meidet er den Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden – stattdessen unterhält er sich mit den Besucherinnen und Besuchern von Elif Kaya, bei denen es sich offenbar um nahe Verwandte handelt. Eigene Kinder hat das Ehepaar nicht. Die diensthabenden Pflegefachpersonen haben zudem beobachtet, dass der für die Patientin erarbeitete Behandlungs- und Medikationsplan ohne Reaktion wahrgenommen und die übermittelten Selbstpflegehinweise für die immobile Patientin offensichtlich nicht umgesetzt wurden. Dies alles sind – darüber wurde Beate Kaiser bei einer kürzlich besuchten Weiterbildung informiert – Warnsignale für eine niedrige Gesundheitskompetenz.

Sie ruft deshalb das gesamte Team zusammen und sensibilisiert es für das Problem. Es wird beschlossen, einen Test mit dem Ehepaar durchzuführen, um festzustellen, wie es um deren Gesundheitskompetenz bestellt ist. Zudem sollten alle im Team sich so

verhalten, als hätte Elif Kaya (und auch ihr Mann) Probleme damit, die ihr angebotenen Informationen zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer Situation zu verstehen und für sich zu nutzen. Die Pflegefachpersonen sollen sich grundsätzlich um eine einfache Sprache bemühen und gelegentlich darum bitten, dass die übermittelten Informationen wiederholt werden, um zu überprüfen, ob sie auch verstanden wurden (siehe Abschnitt 3). Es wird zudem überlegt, ob eventuell einer der Angehörigen des Ehepaars angesprochen und um Mithilfe beim Übersetzen gebeten werden kann – einige von ihnen sind jünger und sprechen offensichtlich sehr gut deutsch. Sollte das nicht gelingen, könnte eine türkisch sprechende Kollegin von der chirurgischen Station um Unterstützung gebeten werden. Auf diese Weise soll ermittelt werden, welchen konkreten Informationsbedarf Elif und Levent Kaya zum Stationsalltag, zur Erkrankung und deren Behandlung haben und wie sich dieser beantworten lässt. Auch die anstehende Weiterverlegung in eine Rehabilitationsklinik kann so informativ vorbereitet und damit einhergehende Verunsicherungen über den weiteren Verlauf abgemildert werden.

Aus dem Krankenhausalltag ist bekannt, dass Pflegefachpersonen immer wieder auch auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen angesprochen werden, über die regelmäßig die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufklären müssen. Hier wäre eine enge Absprache im interprofessionellen therapeutischen Team gefordert, um eventuell nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch noch aufgekommene Fragen angemessen beantworten, abgestimmte Informationen übermitteln und so individuelle Entscheidungsfindungsprozesse der Patientinnen und Patienten unterstützen zu können.

Während Ärztinnen und Ärzte eher punktuellen und zeitlich eng begrenzten Kontakt zu Patientinnen und Patienten haben, sind Pflegefachpersonen sehr viel unmittelbarer verfügbar. Sie können daher auch unkomplizierter und direkter auf die Informationswünsche der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen/Zugehörigen reagieren und ihnen dabei helfen, die von ärztlicher Seite übermittelten Informationen zu verarbeiten. Dem können unter anderem auch prä- und postoperative Pflegesprechstunden

oder Angebote der Patientenedukation dienen (z.B. durch Pflegeexpertinnen und -experten im Bereich Breast-Care, Hämophilie, Diabetes; Anus-Praeter-Schulung).

Schließlich muss auch der Übergang aus dem Krankenhaus in eine häusliche Versorgung, eine Rehabilitationsmaßnahme oder eine Einrichtung der Langzeitpflege mit Information und Unterstützung bei der Entscheidung begleitet werden. Neben dem Entlassungsmanagement oder Case Management ist hier jede einzelne Pflegefachperson im Krankenhaus gefordert, die mit der Entlassung und Weiterversorgung in Zusammenhang stehenden Fragen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen/Zugehörigen ernst zu nehmen und zu beantworten und sie bei der Informationsverarbeitung zu unterstützen.

Pflegefachpersonen im Krankenhaus oder vergleichbaren stationären Einrichtungen haben somit insgesamt die Aufgabe

- ❧ Informationsangebote über das Krankenhaus im Vorfeld bereits auf Nutzerfreundlichkeit und Vollständigkeit hin zu überprüfen;
- ❧ sich Methoden anzueignen, um die Gesundheitskompetenz bei Patientinnen und Patienten oder Angehörigen/Zugehörigen einzuschätzen;
- ❧ Kommunikationstechniken einzuüben, um mit Personen mit geringer Gesundheitskompetenz zu sprechen und zu informieren;
- ❧ bei Personen mit nicht deutscher Muttersprache für eine geeignete Unterstützung (Dolmetscherdienst, Kultur- und Sprachmittlung) zu sorgen;
- ❧ sich im interprofessionellen Team abzustimmen, wer, wie, wo und wann Information übermittelt und bei der Informationsverarbeitung unterstützt;
- ❧ Information für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt bereit zu halten.



2.2. Aufgabenfeld Ambulante Pflege



Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit vollzieht sich oft schleichend mit allmählich zunehmendem Hilfebedarf, kann aber auch durch plötzliche, krisenhafte Ereignisse – wie beispielsweise einen schweren Schlaganfall – eintreten, so dass sich die Gesundheits- und Lebenssituation der betroffenen Person und ihrer Angehörigen/Zugehörigen von heute auf morgen ändert. In jedem Fall stellt der Beginn von Pflegebedürftigkeit die Gesundheitskompetenz aller Beteiligten auf eine harte Probe.

Meist müssen in dieser von Unsicherheit geprägten Situationen zahlreiche Fragen geklärt werden: Wie wird sich die Krankheit entwickeln? Welche spezifischen Pflege- und Versorgungsanforderungen bestehen bei der Erkrankung? Wie muss der Alltag umgestaltet werden? Sind Hilfsmittel notwendig und wie oder von wem werden sie organisiert? Muss das eigene Zuhause umgebaut werden? Welche Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten gibt es und wie können sie finanziert werden? Um den hohen Informationsbedarf zu bewältigen, können u.a. einschlägige Beratungsstellen mit ihren qualitätsgesicherten Informationsangeboten genutzt werden, z.B. bei Kommunen oder Kranken- und Pflegekassen.

Werden Leistungen der ambulanten Pflege in Anspruch genommen, besteht – besonders zu Beginn – hoher Informationsbedarf. Hier sind insbesondere in ambulanten Diensten tätige verantwortliche Pflegefachpersonen gefordert. Angesichts der Komplexität der bürokratischen Anforderungen ist von Seiten des ambulanten Pflegedienstes eine intensive und abgestimmte Aufklärungsarbeit erforderlich. Dabei ist es hilfreich, die Informationen so aufzubereiten, dass sie leicht verständlich, übersichtlich und jederzeit verfügbar sind. Die Informationen sollten möglichst neutral formuliert sein und der vielfach gebräuchliche Werbejargon sollte vermieden werden.

Die meisten Familien versorgen ihre pflegebedürftigen Angehörigen jedoch allein, ohne die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst. Die Möglichkeiten, sich in der ambulanten Pflege für die Stärkung der Gesundheitskompetenz zu engagieren, sind in diesen Fällen begrenzt. Sie sind aber durchaus vorhanden, z.B. durch das Angebot unverbindlicher Pflegesprechstunden. Ferner bietet sich mit den regelmäßig zu absolvierenden Beratungseinsätzen (gem. § 37,3 SGB XI) eine Chance zur Stärkung der Gesundheits-

kompetenz. Zu Beginn eines solchen Gesprächs ist eine Einschätzung der Gesundheitskompetenz der Beteiligten ratsam, z.B. durch sensible Wahrnehmung von Warnhinweisen oder durch kurze Fragen. Anschließend kann dann eine gezielte Informationsvermittlung oder eine angepasste Beratung mit Blick auf die jeweilige Pflege- und Versorgungssituation folgen [19].

Egal, ob ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen werden oder die Pflege eigenständig organisiert und durchgeführt wird – stets tragen die betroffenen Personen und deren Umfeld die Hauptlast des Lebens mit Pflegebedürftigkeit und/oder Krankheit. Auch im weiteren Verlauf des Pflegegeschehens sind sie daher auf ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz angewiesen. Sie benötigen Informationen über die Erkrankung und potenzielle Risiken sowie über die daraus resultierenden Anforderungen im Alltag (z.B. Umgang mit Medikamenten, Beachtung krankheitsspezifischer Symptome, Prophylaxen, Verhalten in Krisensituationen). Edukative Angebote in Form von individuellen häuslichen Einzelschulungen oder auch Gruppenschulungen (Pflegekurse) können zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Angehörigen/Zugehörigen beitragen, die sich an der Pflege beteiligen. Wichtig ist ferner die Unterstützung bei der Kommunikation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt und ggf. weiteren am Pflegegeschehen Beteiligten.

Fallbeispiel Herbert und Ida Wagner



Der 78-jährige Herbert Wagner hat vor sechs Wochen einen Schlaganfall erlitten. Nach einem Krankenhausaufenthalt und anschließender Reha ist er seit kurzem wieder zu Hause, wo ihn seine ebenfalls bereits 76-jährige Ehefrau Ida Wagner versorgt. Aufgrund einer rechtsseitigen Hemiparese ist Herbert Wagner in seiner Mobilität erheblich eingeschränkt; er kann mithilfe eines Rollators gehen, bewegt sich jedoch sehr unsicher.

Auf Anraten des Hausarztes hat das Paar einen ambulanten Pflegedienst eingeschaltet, dessen Mitarbeiterin – die Altenpflegerin Silke Herber – nun ihre Bezugspflegerperson ist. Sie kommt einmal täglich morgens, hilft Herbert Wagner bei der Körperpflege und lernt das Paar dabei nach und nach kennen. Bei einem der Besuche fällt ihr auf, dass Herr und Frau Wagner nicht wissen, wie sie ein Formular von der Pflegekasse

für die Beantragung von Pflegeleistungen ausfüllen sollen und wo sie entsprechende Hilfe erhalten können. Trotz Zeitdruck erläutert Silke Herber ihnen die verschiedenen Leistungsarten und Kombinationsmöglichkeiten und händigt ihnen eine Broschüre über die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) aus. Allerdings gewinnt sie aus Gesprächen den Eindruck, dass die Informationen entweder nicht gelesen oder nicht verstanden wurden.

Im Laufe der Zeit stellt Silke Herber dann fest, dass auch in anderen Bereichen Informationen benötigt werden: Ida Wagner wirkt durch die Pflege ihres Mannes sichtlich erschöpft, Entlastungsangebote sind ihr nicht bekannt. Herbert Wagner nimmt seine Medikamente unregelmäßig ein und auf Nachfrage weiß er oft nicht, wofür die einzelnen Medikamente sind oder welche Folgen die Nichteinnahme haben kann. Zudem ist das Ehepaar wegen der Gangunsicherheit von Herrn Wagner besorgt, die bereits mehrfach beinahe zu einem Sturz geführt hat. Wie sie ihre Wohnung sicherer gestalten können, ist Herbert und Ida Wagner nicht klar.

Bei einer Fallbesprechung des Pflegeteams berichtet Silke Herber über ihre Beobachtungen. Zwar ist der Pflegedienst nur für die Körperpflege bei Herbert Wagner zuständig. Aufgrund der Warnsignale für eine geringe Gesundheitskompetenz wird jedoch darüber hinaus gehender Handlungsbedarf gesehen, um eine Verschlechterung zu verhindern und die häusliche Pflege aufrecht erhalten zu können. Deshalb wird im Team überlegt, welche Informationen erforderlich sind, um auf die unregelmäßige Medikamenteneinnahme und die Gangunsicherheit von Herbert Wagner wie auch auf die Erschöpfung von Ida Wagner zu reagieren.

Um eine regelmäßige Einnahme der Medikamente zu unterstützen soll ein umfunktioniertes Memoryspiel genutzt werden, auf dem die einzelnen Medikamente und Hinweise zum Einnahmemodus vermerkt sind. Eine Mitarbeiterin eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes wird gebeten, dieses Spiel immer

wieder mal mit Herbert und Ida Wagner zu spielen. Zudem werden in der Wohnung Erinnerungshilfen platziert. Die Wirkungen dieser Maßnahmen sollen zunächst von Silke Herber beobachtet werden. Erst wenn dies keinen Erfolg zeigt, will das Pflegeteam kompensatorische Maßnahmen ergreifen und den Hausarzt um eine Verordnung über die zweimal tägliche Medikamentenvergabe durch den Pflegedienst bitten. Zudem wird eine Kollegin von Silke Herber, die vor einem Jahr eine Ausbildung zur Pflegeberaterin absolviert hat, hinzugezogen. Sie soll das Ehepaar über Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und der Entlastung der pflegenden Ehefrau aufklären, ihre Fragen beantworten und sie motivieren, diese Information zur Verbesserung ihrer häuslichen Pflegesituation zu nutzen.

Neben der gesundheitlichen Situation der pflegebedürftigen Person sollten die Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste stets auch die psychische und körperliche Verfassung der Angehörigen/Zugehörigen und deren Informationsbedarfe im Blick haben. Insbesondere bei langandauernden Pflegesituationen bedarf es der Ermutigung zur regelmäßigen Selbstpflege mit Hinweisen über Möglichkeiten der eigenen Entlastung (z.B. Tagespflege, Kurzzeitpflege, Betreuungsgruppen). Regelmäßige Information über Entlastungsangebote ist deshalb wichtig. Denn oft verlieren Angehörige/Zugehörige im „Dschungel“ des Versorgungssystems den Überblick. Listen mit Adressen von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen einfach weiterzugeben reicht nicht aus; hilfreich wäre es vielmehr, diese immer mal wieder als Anlass für ein Informationsgespräch zu nutzen. Ergänzende Angebote von ambulanten Pflegediensten, Kommunen oder Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, wie Gesprächskreise für pflegende Angehörige/Zugehörige, können ebenfalls zur Förderung der Gesundheitskompetenz beitragen.

Wichtig ist es, sich klar zu machen, dass es mit einer einmaligen Information oft nicht getan ist. Beispielsweise wird eine im weiteren Verlauf der Pflegesituation eintretende Verschlechterung im Krankheitsbild der pflegebedürftigen Person neue und andere Fragen aufwerfen und die Gesundheitskompetenz erneut fordern.

Auch beim Umgang mit dem Lebensende entstehen zahlreiche Fragen – nicht zuletzt, weil nur wenige Menschen mit solchen Situationen Erfahrungen

haben. Es liegt auf der Hand, dass es in dieser Situation nicht allein mit der Übergabe einer Broschüre eines kooperierenden Hospiz- oder Palliativdienstes getan ist, wenngleich auch das bereits hilfreich sein kann. Notwendig sind vor allem sensible und wiederholte Informationsangebote von Seiten der Pflegefachpersonen. Dabei ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen/Zugehörigen überhaupt in der Lage sind, Informationen aufzunehmen. Informationen über die Möglichkeiten der Gestaltung des Lebensendes und der darauf zielenden Unterstützungsangebote sollten deshalb wohldosiert und situationsangepasst übermittelt werden und den Beteiligten hinreichend Zeit zur Verarbeitung lassen – insbesondere, wenn schwierige Entscheidungen anstehen.

Pflegefachpersonen in ambulanten Pflegediensten oder vergleichbaren Einrichtungen können die Gesundheitskompetenz fördern, indem sie

- ❧ qualitätsgesicherte und nutzerfreundliche Information über die häusliche Pflege vorhalten und situationsangemessen übermitteln;
- ❧ sensibel den individuellen Informationsbedarf im Pflegealltag erfassen und im Team nach kreativen, niederschweligen Möglichkeiten zur Beantwortung suchen;
- ❧ über präventive Maßnahmen bei Pflegebedürftigen (z.B. Sturzprävention) und den pflegenden Angehörigen (z.B. Angehörigenkurse/-treffen) informieren;
- ❧ Maßnahmen zur Kompensation inadäquater Gesundheitskompetenz ergreifen und dabei mit allen Beteiligten (z.B. behandelnden Ärztinnen und Ärzten) eng kooperieren;
- ❧ auch Angehörige/Zugehörige immer wieder mit Informationen über die häusliche Pflege versorgen und so deren Selbstmanagement unterstützen;
- ❧ durch Pflegesprechstunden, regelmäßige, gut vorbereitete Beratungsbesuche – und im Bedarfsfall ergänzende Angebote – den Verbleib in der Häuslichkeit ermöglichen und für eine fachlich fundierte Information sorgen.

2.3. Aufgabenfeld Alten- und Pflegeheim



Der Übergang in eine Einrichtung der stationären Langzeitversorgung – ein Alten- oder Pflegeheim oder eine betreute Wohneinrichtung – stellt eine große Herausforderung dar, bei dem die Gesundheitskompetenz von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen/Zugehörigen sehr strapaziert werden kann, zumal zahlreiche wichtige Entscheidungen zu treffen sind. Das beginnt mit der Auswahl der „richtigen“ Einrichtung. Dafür kann mittlerweile auf recht umfangreiche Qualitätsdaten und Internetportale zurückgegriffen werden. Aber meist sind die dort zu findenden Informationen wenig nutzerfreundlich aufbereitet und nur bedingt aussagekräftig. Ähnlich ist es mit vielen im Internet verfügbaren Informationen über Heime. Daher finden es Pflegebedürftige und ihre Angehörigen oft schwierig, diese für die Entscheidungsfindung zu nutzen. Die mündliche Information – häufig eingebettet in eine Vor-Ort-Begehung oder den Besuch einer Pflegeberatungsstelle – ist deshalb nach wie vor unverzichtbar. Das gilt umso mehr, als Vertrauen bei der Auswahl einer Einrichtung eine bedeutende Rolle spielt.

Hinzu kommt, dass ein solcher Übergang immer eine sensible und kritische Phase im Lebenslauf von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen/Zugehörigen darstellt. Oft erfolgt er inzwischen im hohen Alter und in einem recht späten Stadium von Pflegebedürftigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung, was das Anpassungsvermögen an die mit einem Heimeinzug einhergehenden Veränderungen beeinträchtigen kann. Die Übermittlung von Information – eingebettet in ein persönliches Gespräch mit einer Pflegefachperson – hat deshalb auch nach der Auswahl und der Übersiedlung in eine Einrichtung der Langzeitversorgung hohe Bedeutung. Auf diese Weise kann der neuen Bewohnerin oder dem neuen Bewohner die biographische Neuorientierung und emotionale Verarbeitung dieses Schritts erleichtert werden. Information und Kommunikation können zudem bei der Eingewöhnung in das neue Umfeld unterstützen – etwa dabei, sich in der fremden Umgebung zurechtzufinden, sich an die zunächst noch unbekannteren Mitbewohnerinnen und Mitbewohner zu gewöhnen oder sich auf den neuen Tagesablauf einzustellen und eine passende Alltagsgestaltung zu finden.

Auch und besonders bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist es wichtig, dass Pflegefachpersonen die Eingewöhnungsphase kommunikativ begleiten, um drohende Hospitalisierungseffekte und Deprivation möglichst zu vermeiden. Darüber hinaus sollten Angehörige/Zugehörige regelmäßig über die Entwicklung der neu eingezogenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner informiert werden – etwa darüber, wie sich sie oder er entwickelt, wie der Verlust der Häuslichkeit verarbeitet wird und welche Herausforderungen sich im Alltag ergeben. Solche Informationen sind auch wichtig, um Angehörige/Zugehörige in anstehende Entscheidungen einzubeziehen. Zugleich ist erforderlich, Zurückbleibende im Blick zu behalten, wie z.B. hochaltrige Ehepartnerinnen und Ehepartner, die nun allein leben und bei denen die Gefahr einer Vereinsamung besteht.

Fallbeispiel Frieda Meier



Frieda Meier ist 68 Jahre alt, alleinlebend und an einer mittlerweile weit fortgeschrittenen Parkinson-Krankheit erkrankt. Betreut wird sie von ihren zwei Kindern, die aber beruflich stark eingebunden sind und in einer Nachbarstadt wohnen. Aufgrund der zunehmenden Beeinträchtigungen ist ein Verbleib von Frieda Meier in der eigenen Wohnung nicht mehr sicher. Deshalb wird von den Familienangehörigen – innerlich allerdings unsicher – eine Heimunterbringung in Erwägung gezogen. Sie erkundigen sich zunächst bei Verwandten und im Freundeskreis und recherchieren im Internet. Dabei stoßen sie zwar auf viele Webseiten und auch vergleichende Portale, die aber bei genauerer Betrachtung wenig nützliche Information für ihren schwierigen Entscheidungsprozess enthalten. Deshalb suchen sie nach anderen Informationswegen und verabreden mit einigen, ihnen passend erscheinenden Heimen Besichtigungstermine. Die dabei geführten Informationsgespräche verlaufen meist freundlich; im Vordergrund stehen jedoch eher die Aufnahmebedingungen der Einrichtungen oder deren Vorzüge gegenüber anderen Anbietern – die Unsicherheit der Familie über die anstehende Entscheidungssituation kommt kaum zur Sprache. Nach jeder Besichtigung ist die Familie weniger überzeugt, denn Frieda Meier scheint eigentlich nicht in solche Einrichtungen zu passen:

Die Bewohnerinnen und Bewohner sind meist sehr viel älter und leiden – anders als Frau Meier – unter kognitiven Einbußen, meist hervorgerufen durch eine Demenz. Letztlich fällt die Entscheidung, dass Frieda Meier vorerst in ihrem häuslichen Umfeld bleibt.

Als Frieda Meier eines Tages zuhause stürzt, trägt sie zwar keinen körperlichen Schaden davon, aber allen Beteiligten wird klar, dass das bisherige Versorgungsarrangement keinen Bestand mehr hat. Frieda Meier soll deshalb in das nächstgelegene Seniorenzentrum umziehen. Dort wird mit dem Bezugspflegesystem gearbeitet; die Pflegefachperson Tanja Schmidt wird nach einer ersten Fallbesprechung im Team zur Ansprechpartnerin erklärt. Sie verabredet einen Informationsbesuch in der Wohnung von Frieda Meier und bittet die Familie dazu.

Im Gespräch erkennt sie, wie schwer es Frieda Meier und ihren Familienangehörigen noch immer fällt, die getroffene Entscheidung zu akzeptieren und sich nicht allein von den eigenen Gefühlen und Befürchtungen leiten zu lassen, sondern informiert zu handeln und entscheiden. Ihr wird außerdem deutlich, dass die Information der Familie unzureichend ist und sie weder zum Verlauf von Parkinsonerkrankungen über ausreichende Informationen verfügt, noch zu Leistungen und Angeboten des Seniorenzentrums oder dazu, wie es mit Hilfe von pflegerischen Interventionen gelingen kann, Frieda Meier einen guten Übergang in die Einrichtung zu ermöglichen und ihr dort trotz ihrer Erkrankung und Einschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu gewähren. Die Familie kann erhaltene Information außerdem nicht gut bewerten und benötigt dazu Unterstützung.

Tanja Schmidt reagiert darauf, informiert über das Möglichkeitsspektrum und das Angebot in der Einrichtung und unterstützt bei der Einschätzung. Dabei achtet sie sorgfältig darauf, eben kein „Verkaufsgespräch“ zu führen. Vielmehr sollen Frieda Meier und ihre Familie auf Grundlage neutraler und gesicherter Informationen selbst entscheiden, was für sie richtig ist. Zusätzlich bietet sie der Familie an, sich bei einem Besuch in der Einrichtung auch

mit dem umfangreichen Informationsangebot, in Form von Broschüren oder Videos, die die Einrichtungsbibliothek zur Verfügung stellt, auseinanderzusetzen. Möglich sind auch Einzelgespräche und Gruppenabende, die dabei unterstützen, zu einer für alle tragfähigen Entscheidung zu gelangen und den Übergang sorgfältig vorzubereiten.

Das gelingt. Beim Einzug wird Frieda Meier von Tanja Schmidt in Empfang genommen und in den kommenden Tagen und Wochen intensiv beim Einleben begleitet und dabei weiterhin mit ausführlichen Informationen versorgt. Auch die Familie wird einbezogen und bei der Neupositionierung der eigenen Rolle unterstützt. Die gemeinsam gezogene Bilanz zeigt, dass der Prozess summierend betrachtet für alle gut gelingt.

Information ist aber auch an anderen Stellen von hoher Relevanz, z.B. dann, wenn es um den Pflegeprozess geht. Die Pflegeplanung und die nach dem Assessment erfolgende Zielfestlegung und Umsetzungsplanung sowie die spätere Evaluation, sollten – auch bei Menschen mit Demenz – möglichst gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Pflegefachpersonen sollten den Prozess von Beginn an erklären und transparent gestalten und dabei die gesamte Person sowie deren Gesundheitskompetenz im Blick haben, nicht einzig ihre Pflegesituation.

Ebenso ist wichtig, die verbliebenen Ressourcen und gesundheitlichen Potenziale zu beachten und zu überlegen, ob und wie sie erhalten, aktiviert und gestärkt werden können – dies gilt nicht zuletzt, wenn es um die Gesundheitskompetenz der Pflegebedürftigen oder der Angehörigen/Zugehörigen geht. Zu beachten ist auch, dass die Zielfestlegung nicht einzig Bedarfsgesichtspunkten folgt, sondern auch die Bedürfnisse der oder des Pflegebedürftigen in Erfahrung gebracht und einbezogen werden. Dazu ist es nötig, sich darüber zu verständigen, wie sich die Situation aus Sicht der Pflegebedürftigen darstellt und sie zu ermuntern, ihre Sicht und ihre Wünsche zum Ausdruck zu bringen. Entscheidend ist, in diesem Prozess immer wieder über die Arbeitsweise der Pflege und ihre Möglichkeiten zur Unterstützung zu informieren und die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen/Zugehörigen zu ermutigen, Rückfragen zu stellen. Dabei ist wichtig, ihnen Zeit zu geben,

um die Informationen verarbeiten, sich eine Meinung bilden und ihre eigenen Überlegungen in den Prozess einbringen zu können.

Information, Kommunikation und die Stärkung der Gesundheitskompetenz haben – so zeigt dies exemplarisch – auch in der stationären Langzeitversorgung hohe Bedeutung und zählen zu den Kernaufgaben von Pflegefachpersonen. Als Besonderheit ist zu berücksichtigen, dass in der stationären Langzeitversorgung oft auch Pflegehilfs- und Assistenzkräfte wichtige Bezugs- und Vertrauenspersonen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen/Zugehörigen sind. Pflegefachpersonen haben für sie supervidierende Funktion und müssen darauf achten, dass deren Gesundheitskompetenz ebenso gestärkt wird wie die der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen/Zugehörigen. Letztlich muss das gesamte Team sensibel für das Thema Gesundheitskompetenz sein und entsprechend qualifiziert werden. Voraussetzung dafür ist, dass die dafür nötigen Rahmenbedingungen zur Verfügung stehen und auch die Einrichtungsleitungen und -träger sich für die Förderung von Gesundheitskompetenz engagieren.

Pflegefachpersonen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege haben somit insgesamt die Aufgabe

- ❧ umfangreiche, gut verständliche und nutzerfreundliche Informationen über die Möglichkeiten der stationären Langzeitversorgung vorzuhalten und zu verbreiten;
- ❧ für eine gesundheitskompetente Umgebung zu sorgen, die Orientierung fördert und die Informationsbeschaffung erleichtert;
- ❧ die Gesundheitskompetenz von Pflegebedürftigen, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Angehörigen/Zugehörigen fundiert einzuschätzen und durch ineinandergreifende Maßnahmen auf der organisatorischen und individuellen Ebene zu stärken;
- ❧ Bewusstsein für die Folgen unzureichender Gesundheitskompetenz im Pflege- und Betreuungsteam zu schaffen;
- ❧ gezielt Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Einrichtung und darüber hinaus auf den Weg zu bringen.

3. Praktische Tipps zur Förderung von Gesundheitskompetenz

In den vorstehenden Ausführungen waren an der einen oder anderen Stelle bereits Hinweise darauf zu finden, wie Pflegefachpersonen zur Stärkung von Gesundheitskompetenz beitragen können. Nachfolgend werden einige praktische Tipps zusammengetragen, die sich zum einen auf grundlegende Strategien zur Verbesserung der Verständlichkeit von Gesundheitsinformation beziehen, zum anderen auf Möglichkeiten der

Förderung von Gesundheitskompetenz in der direkten Begegnung mit anderen Personen. Schließlich sollen auch organisatorische Möglichkeiten zur Förderung von Gesundheitskompetenz angesprochen werden. Weiterführende Tipps zur Förderung von Gesundheitskompetenz und zur einfachen und verständlichen Information sind in der Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung zu finden [19].

3.1. Verständlichkeit von Information verbessern – allgemeine Tipps



Die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland hat Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Information zu verstehen und einzuschätzen, das gilt für schriftliche wie für mündliche Information. Mündliche Information – so zeigt die Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland – wird aber vielfach bevorzugt [9, 20]. Wichtigste Anlaufstelle dafür sind die Gesundheitsprofessionen, meist die Ärztinnen und Ärzte. Doch werden sie häufig nicht oder falsch verstanden. Darüber, ob dies auch für Pflegefachpersonen zutrifft, ist wenig bekannt. Dennoch macht die Befundlage unmissverständlich deutlich, dass alle Gesundheitsberufe – auch die Pflege – der Verbesserung der Kommunikation und besonders der Verständlichkeit von Information mehr Beachtung schenken müssen. Gefordert wird inzwischen sogar eine Offensive für mehr Verständlichkeit von Information [21].

Als wichtigstes wird gefordert, sich leicht und einfach verständlich auszudrücken. Leicht und einfach zu sprechen (und zu erklären) ist ebenso wichtig wie leicht und einfach verständlich zu schreiben. Sowohl für leichte Sprache wie für einfache Sprache gibt es Techniken und feste Regeln.

Was bedeutet „Leichte Sprache“?

Die „Leichte Sprache“ ist durch ein fest vorgegebenes Regelwerk gekennzeichnet, das zu beachten ist. Die Vereinfachungen gehen sehr viel weiter als bei der „Einfachen Sprache“. Ebenso beinhaltet „Leichte Sprache“ Elemente, die in der normalen Sprache nicht vorkommen, z.B. Trennstriche in zusammengesetzten Wörtern. Seit 2006 setzt sich in Deutschland der Verein „Das Netzwerk Leichte Sprache“ dafür ein, dass alle wichtigen Informationen in „Leichte Sprache“ übersetzt werden. Hier ein paar Beispiele aus dem Regelwerk:

- ❧ Benutzen Sie einfache Wörter (z.B. erlauben statt genehmigen)
- ❧ Trennen Sie lange Wörter (z.B. Kurz-Zeit-Pflege statt Kurzzeitpflege)
- ❧ Benutzen Sie positive Sprache (z.B. Peter ist gesund statt Peter ist nicht krank)
- ❧ Benutzen Sie immer die gleichen Wörter für die gleichen Dinge (Wechseln Sie z.B. nicht zwischen Tablette und Pille)

Das Regelwerk zur „Leichten Sprache“ kann abgerufen werden unter folgendem Link:
<https://tinyurl.com/u96swgt>

Was bedeutet „Einfache Sprache“?

„Einfache Sprache“ ist eine Strategie, um gesprochene oder geschriebene Informationen gut nachvollziehbar auszudrücken, so dass sie direkt beim ersten Hören oder Lesen verstanden werden. „Einfache Sprache“ ist nicht so stark regelgeleitet wie „Leichte Sprache“ und eines der wichtigsten Instrumente zur Verbesserung der Verständlichkeit von Information und auch zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Zentrale Elemente „Einfacher Sprache“ sind:

- ❏ Anordnung der Informationen so, dass die wichtigsten Informationen zuerst aufgeführt werden
- ❏ Komplexe Informationen verständlich herunterbrechen
- ❏ Erklärung von Fachausdrücken
- ❏ Vermeidung von Fachjargon
- ❏ Verwendung kurzer Sätze und einfacher Satzkonstruktionen (eine Aussage pro Satz)
- ❏ Vermeidung von Fremdwörtern, abstrakten Begriffen, Metaphern oder aufwändigen Stilelementen
- ❏ Formulierung in aktiver Form

Sprachschwierigkeiten beachten

Sprachschwierigkeiten stellen eine der größten Hürden bei der Sicherung von Verständlichkeit dar. Das gilt beispielsweise für gehörlose Menschen. Ihre Muttersprache ist die Gebärdensprache. Die deutsche (Laut-)Sprache beherrschen sie häufig nur rudimentär, weil sie keine Lautsprache hören können und das Gesagte beim Gegenüber von den Lippen ablesen müssen. In der Gesprächssituation ist es deshalb wichtig, darauf zu achten, deutlich zu sprechen, die Lippen dem (gehörlosen) Menschen zuzuwenden (nicht mit den Händen abdecken) und in Blickkontakt zu bleiben. Hilfreich ist außerdem, zu klären, ob eine Gebärdensprachdolmetscherin oder ein -dolmetscher eingesetzt werden kann.

Auch für Personen mit wenig oder keinen Deutschkenntnissen stellt die Sprache eine große Barriere dar. Überlegenswert ist auch bei dieser Personengruppe, professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher in die Kommunikation – auch zu Pflegethemen – einzubeziehen. Da dies nicht immer möglich ist, führen viele Kliniken im Intranet eine Liste von Mitarbeitenden, die eine andere Muttersprache als deutsch sprechen und zum Übersetzen dazu gebeten werden können.

Krankenhäuser nutzen oft auch einen Videodolmetscherdienst und können somit rund um die Uhr Sprachmittlung anbieten, vgl. <https://www.videodolmetschen.com/ueber-uns/>

Migrations- und kulturspezifische Besonderheiten sensibel berücksichtigen

Zugewanderte Menschen haben in ihren Herkunftsländern meist ein Gesundheitssystem mit anderen Rahmenbedingungen kennengelernt und benötigen daher zusätzliche Information, welche Angebote in Deutschland bestehen und welche Regeln einzuhalten sind.

Dafür kann beispielsweise folgender „Wegweiser durch das deutsche Gesundheitssystem“ eingesetzt werden, der in kostenlosem Download oder postalisch zu erhalten ist und in 14 Sprachen vorliegt: <https://www.wegweiser-gesundheitswesen-deutschland.de/>

In der Kommunikation mit Personen mit Migrationshintergrund kann es zu interkulturellen Missverständnissen kommen, denn Sprachcodes, Normen und Werte oder konkret die Patientenrolle werden erlernt entsprechend der jeweiligen gesellschaftlichen Erwartungen, in die die Menschen sozialisiert wurden. Im Kapitel „Verbesserung der Vermittlung von Gesundheitsinformation“ wird an einigen Stellen darauf eingegangen, wo eine Sensibilität für kulturelle Besonderheiten notwendig ist.

Um Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen, sich in unserem Gesundheitssystem zurecht zu finden und gegenseitiges Verständnis in der Kommunikation zu fördern, ist es für Pflegefachpersonen und alle weiteren Gesundheitsberufe empfehlenswert, an Kursen zu transkultureller Kompetenz teilzunehmen, um sich auf die Vielfalt der Patientinnen und Patienten einzustellen. Ermutigen Sie auch Kolleginnen und Kollegen dazu, dasselbe zu tun.

Buchtipp: Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber.

3.2. Mündliche Kommunikation und Information verbessern



Im Pflegealltag überwiegt die mündliche Kommunikation und Information. Eine Besonderheit dabei ist, dass sie oft eingebettet in alltägliche Pflegesituationen fast nebenbei und nicht gezielt und systematisch stattfindet. Für die Förderung für Gesundheitskompetenz ist das nicht unbedingt günstig. Deshalb folgen hier einige Hinweise dazu, wie die mündliche Information systematischer gestaltet werden kann und was dabei zu beachten ist.

Berücksichtigen Sie folgende Fragen bei der mündlichen Vermittlung von Gesundheitsinformationen:

- ❗ Eignen sich die Situation und die Umgebung für die Vermittlung von Information?
- ❗ Wie aufnahmefähig ist Ihr Gegenüber?
- ❗ Welche Informationen wollen Sie vermitteln? Eignen sich die Informationen für die Nutzerinnen und Nutzer?
- ❗ Sprechen Sie deutlich und hören Sie aufmerksam zu?
- ❗ Verwenden Sie kurze Sätze und eine alltägliche einfache Ausdrucksweise?
- ❗ Sind die Informationen einfach zu verstehen und einzuordnen?
- ❗ Haben Sie mögliche kulturelle und sprachliche Besonderheiten beachtet?
- ❗ Hat Ihr Gegenüber Sie verstanden? Rückversichern Sie sich systematisch?
- ❗ Ist der Einsatz von ergänzenden visuellen Hilfsmitteln sinnvoll?

Eignen sich die Situation und die Umgebung für die Vermittlung von Information?

Jede Kommunikation mit dem Ziel der Informationsvermittlung sollte damit beginnen, dass man sich vergewissert, ob die Situation und Umgebung überhaupt geeignet sind, um Information weiterzugeben. Achten Sie daher auf eine ruhige Umgebung und berücksichtigen Sie individuelle Schamgrenzen.

Wie aufnahmefähig ist Ihr Gegenüber?

Fragen Sie sich ebenfalls, wie das Alter, der Gesundheitszustand, der Informationsstand, die Aufnahmefähigkeit und die Kommunikationskapazität ihres Gegenübers sind und welche Konsequenzen

daraus erwachsen. Bei Kommunikations- oder Sprachstörungen stellen sich noch einmal besondere Herausforderungen.

Eignen sich die Informationen für die Nutzerinnen und Nutzer?

Nicht jede Information ist für jede Person geeignet. Berücksichtigen Sie das Alter, die Kultur, die Sprache und die Informationsvoraussetzungen der Zielgruppe, die Sie informieren möchten, ebenso die Kommunikationskapazität der Adressaten [1].

Sprechen Sie deutlich und hören Sie aufmerksam zu?

Verwenden Sie eine einfache Sprech- und Ausdrucksweise, die dem Gegenüber vertraut ist und vermeiden Sie Fachjargon oder Fachbegriffe. Falls Sie dennoch einen Fachbegriff benutzt oder eine dem Gegenüber unvertraute Ausdrucksweise gewählt haben, korrigieren und erklären Sie sie sofort. Bei Erklärungen ist es sinnvoll, Beispiele aus dem Alltag zu verwenden. Sprechen Sie im Aktiv, laut genug und nicht zu schnell. Letzteres ist besonders bei der Kommunikation mit alten Menschen bzw. Menschen mit eingeschränktem Hörvermögen wichtig. Vermeiden Sie Bandwurmsätze, aber auch lange und verschachtelte Sätze. Sprechen Sie nicht ohne Punkt und Komma, sondern machen kleine Pausen, um so dem Gegenüber die Gelegenheit zu geben, kurz nachzudenken und auch, um nachzufragen oder eigene Fragen zu stellen. Ermuntern Sie Ihr Gegenüber aktiv zum Fragenstellen.

Stellen Sie offene Fragen und beginnen mit „Was“ oder „Wie“. Vermeiden Sie dagegen Fragen, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. Ein Beispiel: „Erzählen Sie mir von Ihrem Problem. Was könnte es verursacht haben?“ Versuchen Sie zu fragen: „Welche Fragen haben Sie?“ anstelle von „Haben Sie irgendwelche Fragen?“ [1]

Hören Sie Ihrem Gegenüber bei der Antwort aufmerksam und konzentriert zu. Suchen Sie dabei, wenn möglich, Blickkontakt. Überprüfen Sie zwischenzeitlich, ob Sie verstanden wurden.

Sind die Informationen einfach zu verstehen und einzuordnen?

Halten Sie es einfach: Beschränken Sie die Menge der Information und konzentrieren Sie sich auf die Empfehlungen und Maßnahmen.

Generell sollte sich der Informationsumfang (und der Zuschnitt des Inhalts) nach der Situation der Nutzerin oder des Nutzers richten. Zu empfehlen ist, nicht mehr als vier Hauptinformationen zu vermitteln. Führen Sie auf die Nutzerin oder den Nutzer zugeschnittene Empfehlungen oder Maßnahmen an. Erklären Sie die Maßnahmen, die Ihr Gegenüber beachten soll, ganz genau. Legen Sie den Fokus mehr auf das Verhalten als auf die zugrundeliegenden Überlegungen [1].

Unterteilen Sie Informationen in Abschnitte und vermitteln Sie sie entsprechend.

Haben Sie mögliche kulturelle und sprachliche Besonderheiten beachtet?

Überlegen Sie, ob kulturelle Vorgaben hinsichtlich Nähe und Distanz, der Anwesenheit wichtiger Personen oder schambesetzter Themen im Gespräch zu beachten sind. Überprüfen Sie auch, ob Sie ggf. einen Dolmetscherdienst hinzuziehen oder das Sprachtempo verlangsamen sollten.

Hat Ihr Gegenüber Sie verstanden?

Vergewissern Sie sich, ob Sie bzw. die vermittelten Informationen verstanden wurden. Gehen Sie dabei möglichst methodisch geleitet vor. Sie können dazu beispielsweise die sogenannte Teach-Back-Methode verwenden. Sie dient dazu, sich rückzuversichern, ob man auch wirklich verstanden wurde und die vermittelten Informationen erfasst wurden. Sie funktioniert folgendermaßen:

Die Person, der die Gesundheitsinformation vermittelt wurde, wird gebeten, diese noch einmal in eigenen Worten wiederzugeben. Dabei soll nicht einfach wiederholt werden, sondern sichergestellt werden, dass die Information auch wirklich verstanden wurde, man sich an sie erinnern kann und sie behalten wurde. Wenn nicht alles richtig und vollständig verstanden und behalten wurde, wiederholt die beratende Person diesen Prozess so lange, bis die Nutzerin oder der Nutzer dazu in der Lage ist, die Informationen selbst formuliert wiederzugeben.



Tipp: Die Teach-Back-Methode – überprüfen, ob die Information verstanden wurde [1,19]

Fassen Sie zusammen, was Ihr Gegenüber tun muss. Verwenden Sie ergänzend schriftliches Informationsmaterial in leichter Sprache.

Erklären Sie beispielsweise, wofür jedes Medikament da ist, welche Dosis einzunehmen ist und was mögliche Nebenwirkungen sein können. Stellen Sie sicher, dass Ihr Gegenüber weiß, wo diese Informationen nachgeschlagen werden können.

Überprüfen Sie dann das Verstandene: „Wir haben heute über Ihre Medikamente gesprochen. Um sicherzugehen, dass ich auch alles gut erklärt habe, würde ich gerne noch einmal die wichtigsten Punkte mit Ihnen durchgehen. Können Sie mir noch einmal sagen, was Sie tun sollen?“

Ist der Einsatz ergänzender visueller Hilfsmittel sinnvoll und möglich?

Mündliche Information kann besser verstanden und behalten werden, wenn sie durch visuelle Hilfsmittel unterstützt wird. Das gilt vor allem für technische Informationen und Anleitungen. Beispielsweise können schon simple Strichzeichnungen dabei helfen, komplizierte oder abstrakte medizinische Zusammenhänge zu verstehen.

Visuelle Hilfsmittel sind außerdem hilfreich, um die eigene Botschaft zu vermitteln. Verwenden Sie nur sinnvolle Abbildungen, unnötige „Dekoration“ verwirrt lediglich. Gestalten Sie das Anschauungsmaterial kulturell sensibel und verwenden Sie Abbildungen, die ihrem Publikum vertraut sind [1].

Tipp: Anregungen für stilisierte Darstellungen können Sie unter dem Stichwort „Piktogramme“ auch im Internet finden.

Einige Materialien stehen kostenlos zum Download bereit, z.B. von der Serie „tip doc“: <https://tinyurl.com/v6up7kv>

Mitunter kann auch der Einsatz von Filmen die Verständigung unterstützen. Beispielsweise bietet das Deutsche Rote Kreuz Soziale Dienste OWL gGmbH im Internet frei zugängliche Beiträge an zu den Themen „Unser Gesundheitssystem“, „Schwangerschaft und Geburt“, „Psychische Gesundheit“, „Krebsvorsorge“ und andere mehr. Die Filme sind zudem in den Sprachen Englisch, Arabisch, Sorani, Französisch und Patschu abspielbar.

3.3. Verbesserung schriftlicher Gesundheitsinformation



Für die Förderung der Gesundheitskompetenz hat schriftliche Information ebenfalls hohen Stellenwert. Durch die voranschreitende Digitalisierung und besonders das Internet gewinnt sie sogar zunehmend an Bedeutung. Bevor Sie schriftliche Information verwenden oder selbst entwickeln, sollten Sie sich folgende Fragen stellen:

- ❗ Sind Ihnen der Informationsbedarf und die Informationswünsche Ihrer Zielgruppe bekannt?
- ❗ Haben Sie die Informationen leicht lesbar gestaltet?
- ❗ Ist die Information logisch sinnvoll gruppiert und in gut lesbarer Schrift verfasst?
- ❗ Eignen sich die Informationen für die Patientin oder den Patienten, die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen?
- ❗ Sind die wichtigsten Punkte enthalten und grafisch hervorgehoben?
- ❗ Haben Sie unterstützendes visuelles Material verwendet?
- ❗ Haben Sie Informationen im Internet nutzerfreundlich gestaltet?

Ermitteln Sie den Informationsbedarf und die Informationswünsche Ihrer Zielgruppe

Bevor Sie schriftliches Informationsmaterial konzipieren und entwickeln, ist erforderlich, zunächst den Informationsbedarf und die Informationswünsche sowie die lebensweltlichen Bedingungen der anvisierten Adressatengruppe zu ermitteln. Das kann u.a. durch Literaturstudium erfolgen. Doch in jedem Fall ist es sinnvoll, Gespräche mit Personen zu führen, um herauszufinden, wo Informationsdefizite gegeben sind, welcher Informationsbedarf, aber auch welche Informationswünsche und -bedürfnisse und welche

Probleme bestehen, für deren Lösung gesundheits- und pflegerelevante Information benötigt wird und genutzt werden muss. Werten Sie die Gespräche aus und legen auf Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse die Informationsinhalte und die Strategie der Informationsvermittlung fest. Überprüfen Sie Ihre Strategie und Ihr Informationsmaterial anschließend und testen mit Personen aus der anvisierten Adressatengruppe, ob die Information verstanden wird und die gewünschte Wirkung hat und ob die gewählte Vorgehensweise geeignet und wirksam ist (Nutzertesting). Holen Sie dazu Rückmeldungen aus der anvisierten Adressatengruppe ein und überarbeiten Ihr Material, falls es notwendig ist.

Schriftliche Informationen leicht lesbar gestalten

Verwenden Sie eine hinreichend große Schrift (mindestens Schriftgröße 12) und vermeiden eine durchgehende Verwendung von Großbuchstaben oder kursive und verschnörkelte Schrift. Halten Sie eine Zeilenlänge zwischen 40 und 50 Zeichen ein. Achten Sie auf eine ausreichende optische Gliederung des Textes und verwenden dazu Überschriften und Absätze. Wichtig ist auch, die Seiten nicht zu voll zu schreiben, an den Rändern und zwischen den einzelnen Kapiteln ausreichend Platz zu lassen. Verwenden Sie kurze, einfache Sätze und alltagsnahe Sprache und meiden Fachbegriffe oder Fremdwörter [1].

Tipp: Lange Sätze und Wörter mithilfe der Flesh-Formel identifizieren [19]

Überprüfen Sie das Schwierigkeitsniveau und die Lesbarkeit Ihrer Texte und passen Sie sie ggf. an. Sie können hierfür kostenlose Hilfsmittel, wie die Flesh-Formel, verwenden. Auf leichtlesbar.ch können Sie z.B. einen beliebigen Text einfügen, der anschließend auf Basis der Länge Ihrer verwendeten Wörter und Sätze analysiert wird. Der ausgegebene Flesh-Wert gibt Ihnen an, wie leicht lesbar der von Ihnen verfasste Text ist und welches Bildungsniveau für ein gutes Leseverständnis erforderlich ist.

Das kostenlose Analysetool finden Sie auf: <http://www.leichtlesbar.ch/html/index.html>

Schriftliche Information durch visuelles Material ergänzen

Um schriftliches Informationsmaterial leichter verstehen und verarbeiten zu können, ist sinnvoll, es durch erklärendes visuelles Material (Fotos, Symbole, Illustrationen) zu ergänzen. Dabei ist wichtig zu beachten, dass das verwendete visuelle Material durch Respekt vor Diversität, Würde und Beachtung unterschiedlicher Lebenswelten gekennzeichnet ist.

Zusammenfassend sind folgende Hinweise bei der Erstellung von schriftlichem Informationsmaterial zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu beachten:

- ❖ Legen Sie die Adressaten(gruppe) fest und überprüfen Sie den Bedarf an Information, die Informationswünsche, -voraussetzungen und -bedingungen durch vorab geführte Gespräche.
- ❖ Stellen Sie sicher, dass das Alter, die soziale und kulturelle Vielfalt und die Sprache der Patientinnen, Patienten und Pflegebedürftigen in den erarbeiteten (oder verwendeten) Informationsmaterialien beachtet werden und das Informationsmaterial auf den Bedarf, die Bedürfnisse und Wertvorstellungen sowie die lebensweltlichen Bedingungen der anvisierten Rezipienten zugeschnitten ist.
- ❖ Berücksichtigen Sie die literalen Fähigkeiten, die Rezeptions- und Informationsvoraussetzungen sowie die Informationskapazität und -gewohnheiten der anvisierten Adressatengruppe.
- ❖ Verwenden Sie einfache und verständliche Sprache sowie kurze Sätze und achten Sie darauf, dass die Informationen leicht lesbar gestaltet sind.
- ❖ Begrenzen Sie die Anzahl an Informationen und achten Sie darauf, dass Schlüsselinformationen grafisch hervorgehoben sind und ergänzend erklärendes visuelles Material verwendet wird.

Diese Grundsätze gelten auch, wenn Hilfsmaterial verwendet wird. Achten Sie darauf, Hilfsmaterial auszuwählen oder zu erstellen, das auf die anvisierte Zielgruppe zugeschnitten ist.

3.4. Verbesserung der Informationen im Internet



Studien zufolge fällt es 65 % der Nutzerinnen und Nutzer des Internets schwer, vertrauenswürdige Informationen zu erkennen [22]. Dieser Anteil dürfte bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz noch deutlich höher sein. Damit steigt das Risiko für die Internetnutzenden, falschen oder gefährlichen Informationen aufzuliegen. Diese können jedoch weit reichenden Schaden verursachen. Das Schadenspotenzial reicht von „enttäuschten Hoffnungen“ bis zu „höchst problematischen Informationen, denen zu folgen für Patientinnen und Patienten lebensgefährlich sein kann“ [22].

Wie aber lassen sich gute und sichere Informationen im Internet von schlechten und gefährlichen Ratschlägen unterscheiden? Qualitätssiegel oder Zertifizierungen können hier Sicherheit bringen. Solche Siegel und Zertifizierungen dürfen nur diejenigen Autoren verwenden, die ihre bereitgestellten Informationen nach einheitlichen Richtlinien prüfen lassen. Beispiele hierfür sind das AFGIS-Logo oder das HON-Logo.

Das AFGIS-Logo bürgt für Qualität und Transparenz der Internetangebote. Diese werden anhand von 10 Kriterien überprüft. Träger des Logos stellen Zusatzinformationen zum Anbieter, dahinterstehendem Interesse oder der Art der Information bereit (www.afgis.de).



Onlineinformationen, die das HON-Logo tragen, wurden nach den acht Prinzipien der Health on the Net Foundation für gute Webseiten überprüft. Dazu zählen beispielsweise Informationen über die Qualifizierung der Autorinnen und Autoren, die Finanzierung der Seite oder die Angabe von Quellen der veröffentlichten Informationen. Mithilfe des HON-Logos soll die Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit von Informationen verbessert werden (www.hon.ch).

Darüber hinaus hat die Bertelsmann-Stiftung zusammen mit MedWatch, einem Online-Magazin für evidenzbasierten Medizinjournalismus, Kriterien zur Bewertung von Websites erarbeitet. Um gefährliche Gesundheitsinformationen zu identifizieren sind folgende Kriterien hilfreich: die (vermutliche) Korrektheit des Inhalts, Risiken und Nebenwirkungen, Korrelationen und Kausalitäten, aber auch Transparenz und Wirkungskraft der Information. Folgende Aspekte sind hierbei wichtig [22]:

- ❖ Der Nutzen der Gesundheitsinformation ist angemessen dargestellt.
- ❖ Es gibt Hinweise auf Risiken und Nebenwirkungen. Behandlungsoptionen werden dargestellt.
- ❖ Die Empfehlungen, bei konkreten Beschwerden medizinischen Rat einzuholen, sind vorhanden.
- ❖ Quellenangaben sind eindeutig und beziehen sich auf das Thema. Evtl. Verlinkungen führen auf andere, als seriös einzustufende Seiten.
- ❖ Es werden keine überzogenen Hoffnungen geweckt oder Ängste geschürt.
- ❖ Das Informationsangebot verfolgt offenbar keine unlauteren Zwecke.
- ❖ Es gibt keine unangemessenen Aufforderungen, etwas zu tun oder zu unterlassen.
- ❖ Das Datum der Texterstellung ist genannt. Im Impressum werden natürliche Personen mit Kontaktdaten benannt.

Diese und weitere Aspekte sind Anzeichen für gute Gesundheitsinformationen [22]. Auch das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin setzt sich mit der Guten Praxis Gesundheitsinformation [23] oder der Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation [24] für die Bereitstellung von unabhängigen, objektiven, wissenschaftsfundierten, entscheidungsrelevanten, umfassenden und aktuellen Gesundheitsinformationen ein. Diese Handreichungen können Ihnen bei der Einordnung und Bewertung von Informationen, ebenso bei der Erstellung eigener Informationen im Internet behilflich sein.

Bei der Erstellung ist neben der inhaltlichen Qualität auch eine einfache und verständliche Aufbereitung ein wichtiges Kriterium für gute Information und Kommunikation im Internet. Um Informationen im Internet auch für Menschen mit geringen Lese- und Schreibfähigkeiten und geringer Gesundheitskompetenz nutzerfreundlich zu gestalten, sollten bewährte Gestaltungsprinzipien beachtet werden, wie z.B. eine größere Schrift oder

eine Vorlesefunktion. Viele der zuvor bereits dargestellten Hinweise zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit schriftlicher Information (siehe die oben dargestellte Zusammenfassung) haben auch für die Erstellung und Beurteilung der Nutzerfreundlichkeit von Onlineinformationen Gültigkeit. Ergänzend kann der Einbau von Videos oder Audio-Dateien, eine gute

Strukturierung der Webseite, die das Suchen und Scrollen minimiert oder die Verankerung interaktiver Funktionen die Verständlichkeit von Online-Informationen erhöhen. Eine inhaltliche Strukturierung des Textes von „einfach“ zu „schwierig/komplex“ kann ebenfalls zu einer erhöhten Nutzerfreundlichkeit beitragen.



4. Förderung der Gesundheitskompetenz als **Leitungsaufgabe**

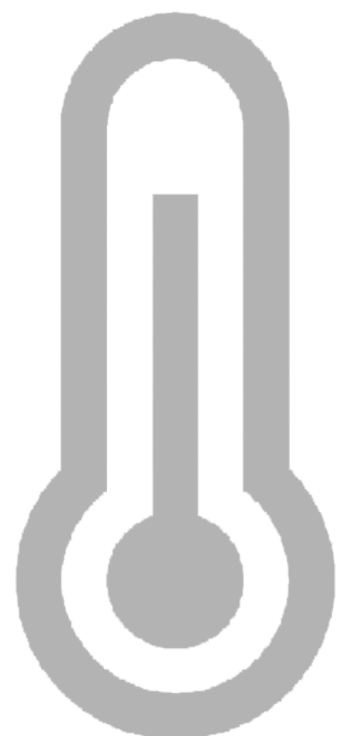
Wie gezeigt wurde sind ganz unterschiedliche Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz notwendig. Verständliche Kommunikation und Information durch das Personal stehen dabei sicher an erster Stelle, reichen jedoch allein nicht aus. Um die Gesundheitskompetenz wirksam stärken zu können, bedarf es außerdem geeigneter Rahmenbedingungen und einer entsprechenden Anpassung der Organisation und der Organisationskultur. Auch dazu, wie das geschehen kann und was dazu alles auf organisatorischer Ebene geschehen muss, liegen inzwischen Konzepte und Instrumente vor. Sie zielen darauf, zu gesundheitskompetenten Organisationen zu gelangen, in denen die Förderung von Gesundheitskompetenz als essenziell angesehen wird und organisatorisch fest verankert ist [25-27].

Eine Übertragung dieser Konzepte auf die Besonderheiten von Pflegeeinrichtungen – sei es im ambulanten, teilstationären oder stationären Sektor – und eine Anpassung an die Bedingungen des hiesigen Gesundheits- und Pflegesystems stehen noch weitgehend aus. Gleichwohl sind den vorhandenen Instrumenten schon jetzt wichtige Anregungen zu entnehmen.

Tipp: Maßnahmen zur gesundheitskompetenten Organisationsentwicklung

Wichtige Hinweise, wie Pflegeeinrichtungen gesundheitskompetenter gestaltet werden können, liefert die Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung [19]. Hier werden u.a. auch Selbstbewertungsinstrumente bestehender Organisationsstrukturen und Leitfäden zur Gestaltung gesundheitskompetenter Versorgungseinrichtungen vorgestellt sowie Methoden präsentiert, wie sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden können.

Unverzichtbar ist in jedem Fall, dass die Stärkung von Gesundheitskompetenz auch auf der Leitungsebene aufgegriffen und sie zum Gegenstand der Leitungspolitik erhoben wird. Notwendig ist außerdem, dass die Leitung geeignete Rahmenbedingungen (z.B. zeitliche Freiräume) und Strukturen (z.B. ausreichend Personal) schafft und aktiv dazu beiträgt, dass entsprechende Ressourcen vorhanden sind und ggf. ausgebaut werden. Hinweise, was dabei zu beachten ist, gibt die nachfolgende Checkliste:



Checkliste für die Leitung zur Überprüfung der Gesundheitskompetenzpolitik [26]

- ❏ Gibt es in der Einrichtung ein Leitbild, in das auch das Thema Gesundheitskompetenz integriert ist?
- ❏ Werden Fortbildungen zur Gesundheitskompetenz, zum Umgang mit niedriger Gesundheitskompetenz sowie zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz für Pflegefachpersonen angeboten oder ermöglicht?
- ❏ Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinreichend zur Förderung von Gesundheitskompetenz motiviert, d.h. ausreichend informations- und kommunikationsbereit?
- ❏ Sind sie in der Lage, qualifiziert und alltagsnah wichtige Informationen zu vermitteln, Fragen zu beantworten und zum Verständnis von Information beizutragen?
- ❏ Wird ausreichendes schriftliches und bebildertes Informationsmaterial in der Einrichtung vorgehalten (ggf. auch in unterschiedlichen Sprachen)?
- ❏ Gibt es Informationsmaterial, das speziell auf die Aufgaben und Anforderungen in der jeweiligen Einrichtung ausgerichtet ist?
- ❏ Entspricht das vorgehaltene Informationsmaterial den Qualitätsanforderungen, die im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheitskompetenz aufgestellt wurden?
- ❏ Gibt es in der Einrichtung ausreichende Hinweisschilder mit Piktogrammen, um sich räumlich zu orientieren und in der Einrichtung zurecht zu finden?
- ❏ Sind alle in der Einrichtung verwendeten Formulare leicht verstehbar und handhabbar?
- ❏ Werden ausreichende Medien und die dafür benötigte Informationstechnologie vorgehalten (Tablets, Filme etc.)?



Literatur

- [1] U.S. Department of Health and Human Services (2011): Quick Guide to Health Literacy. Online verfügbar unter: <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/Quickguide.pdf> (abgerufen am: 23.09.2019).
- [2] Sørensen K., Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(1), 80.
- [3] Pelikan J, Ganahl K (2017): Die europäische Gesundheitskompetenzstudie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 93–125.
- [4] Parker R, Ratzan SC (2010): Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication* 15(2), 20–33.
- [5] Rudd RE, Moeykens B, Colton TC (1999): *Health and Literacy. A Review of Medical and Public Health Literature*. Annual Review of Adult Learning and Literacy. New York.
- [6] Kickbusch I, Hartung S (2014): *Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. Bern: Huber.
- [7] Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik, K. (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: Kompart.
- [8] Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2010): *ICN-Ethikkodex für Pflegenden*. Verfügbar unter: <https://deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf> [abgerufen am: 23.09.2019]
- [9] Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- [10] HLS-EU Consortium (2012): *Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States*. The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht.
- [11] Sayah FA, Majumdar SR, Egede LE, Johnson JA (2013): Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J Gen Intern Med* 28(3), 444–452.
- [12] Chen AMH, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, Plake KS (2014): Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in social & administrative pharmacy* 10(2), 378–386.
- [13] Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B (2016): *Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? Medical Decision Making*
- [14] Geboers B, Winter AF de, Spoorenberg SLW, Wynia K, Reijneveld SA (2016): The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research* 25(11), 2869–2877.
- [15] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M (2011) *Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review*. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* (199), 1–941.
- [16] Berens E-M, Vogt D, Ganahl K, Weishaar H, Pelikan J, Schaeffer D. (2018): *Health Literacy and Health Service Use in Germany*. *Health Literacy Research and Practice*. 2(2), e115-e122.
- [17] Cartwright LA, Dumenci L, Cassel JB, Thomson MD, Matsuyama RK (2017): *Health Literacy Is an Independent Predictor of Cancer Patients' Hospitalizations*. *Health literacy research and practice* 1(4), e153-e162.
- [18] Griffey RT, Kennedy SK, D'Agostino McGowan L, Goodman M, Kaphingst KA. (2014): *Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? Academic emergency medicine official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 21(10), 1109–1115.
- [20] [20] Schmidt-Kaehler S, Vogt, D, Berens E-M, Horn A., Schaeffer D (2017): *Gesundheitskompetenz verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung für die Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- [20] Schaeffer D, Vogt D, Gille S. (2019): *Gesundheitskompetenz. Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- [21] Schmidt-Kaehler S, Schaeffer D, Hurrelmann K, Pelikan J (2019): *Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz.
- [22] Bertelsmann Stiftung (2019): *Gefährliche Gesundheitsinfos. Wie sie erkannt und eingedämmt werden können*. *Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven* Nr. 3
- [23] *Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015): Gute Praxis Gesundheitsinformation*. Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.ebm-netzwerk.de/gpg> (abgerufen am: 11.10.2019)
- [24] Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. (2017): *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Hamburg. Online verfügbar unter: <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>. (abgerufen am: 11.10.2019)
- [25] Dietscher C., Lorenc J., Pelikan JM (2014): *Selbstbewertungs-Instrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research / Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen.
- [26] Rudd RE, Anderson JE (2006): *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers*. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and the Health and Adult Literacy and Learning Initiative. Boston: Harvard University, School of Public Health.
- [27] Brach C, Dreyer B, Schyve P, Hernandez LM, Baur C, Lemerise (2010): *Attributes of a health literate organization*, Discussion Paper. Institute of Medicine. Verfügbar unter: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf (abgerufen am 23.09.2019).

