



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

## ZUSAMMENFASSENDER BERICHT 57 DES HEALTH EVIDENCE NETWORK

**Welche Erkenntnisse gibt es zu bestehenden Handlungskonzepten und verbundenen Maßnahmen sowie deren Wirksamkeit zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf Landes-, Regions- und Organisationsebene in der Europäischen Region der WHO?**

Gillian Rowlands | Siân Russell | Amy O'Donnell | Eileen Kaner | Anita Trezona  
Jany Rademakers | Don Nutbeam



## Health Evidence Network (HEN)

Das HEN – das Health Evidence Network – ist ein Informationsdienst für gesundheitspolitische Entscheidungsträger in der Europäischen Region der WHO, der seit 2003 besteht, vom WHO-Regionalbüro für Europa ins Leben gerufen wurde und im Rahmen der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative (ein aus einer Vielzahl von Partnerorganisationen bestehendes Netzwerk zur Koordinierung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsinformationen in der Europäischen Region) von diesem koordiniert wird.

Das HEN unterstützt gesundheitspolitische Entscheidungsträger bei der Verwendung der besten verfügbaren Evidenz in deren eigenem Entscheidungsprozess; sein Ziel ist es, die erforderlichen Zusammenhänge zwischen Evidenz, Gesundheitspolitik und Verbesserungen in der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen. Die zusammenfassenden Berichte des HEN geben einen Überblick über den jeweiligen Kenntnisstand zu einer bestimmten Thematik, den Lücken in der Evidenz und den zur Debatte stehenden Bereichen. Anhand dieser aufbereiteten Evidenz schlägt das HEN Konzeptoptionen, und nicht Empfehlungen, vor, die die Politiker bei der Formulierung ihrer eigenen Empfehlungen und Handlungskonzepte in ihrem nationalen Kontext prüfen können.

---

## Zusammenfassender Bericht 57 des Health Evidence Network

Welche Erkenntnisse gibt es zu bestehenden Handlungskonzepten und verbundenen Maßnahmen sowie deren Wirksamkeit zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf Landes-, Regions- und Organisationsebene in der Europäischen Region der WHO?

---

Gillian Rowlands | Siân Russell | Amy O'Donnell | Eileen Kaner | Anita Trezona  
Jany Rademakers | Don Nutbeam

## Abstract

Gesundheitskompetenz findet als Mittel der Gesundheitsförderung zunehmend Beachtung. Die vorliegende Evidenzaufbereitung beschreibt Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Europäischen Region der WHO: ihre Verteilung, Organisationsebenen, Bezugsэлеmente, Akteure, Maßnahmen und Ergebnisse, sowie die Faktoren, die Einfluss auf ihre Wirksamkeit haben. Die Erkenntnisse wurden mittels einer Sondierung wissenschaftlicher Literatur auf Deutsch, Englisch und Niederländisch und grauer Literatur auf Deutsch, Englisch, Italienisch und Niederländisch und einer Expertenerhebung in der gesamten Europäischen Region gewonnen. Die Ergebnisse wurden Vertretern von 19 Mitgliedstaaten der Europäischen Region zur Prüfung auf Genauigkeit und Auslassungen vorgelegt. Der Bericht hebt viele gute Maßnahmen in Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz hervor, größtenteils in der Gesundheits- und Bildungspolitik, und schlägt Bereiche für eine künftige Entwicklung vor. Es werden Grundsatzüberlegungen zur Förderung der gemeinsamen Nutzung guter konzeptioneller Praktiken im Bereich der Gesundheitskompetenz, der Entwicklung konzeptioneller Ziele und Maßnahmen über alle sozialen Bereiche hinweg sowie der Entwicklung belastbarer Kennwerte für Gesundheitskompetenz zur Identifizierung des Bedarfs und Überwachung der Wirksamkeit vorgestellt.

### Schlüsselwörter

HEALTH LITERACY; PATIENT EDUCATION AS TOPIC; CONSUMER HEALTH INFORMATION; HEALTH EDUCATION; HEALTH PROMOTION; EUROPE

### Vorgeschlagene Zitierung

Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. Welche Erkenntnisse gibt es zu bestehenden Handlungskonzepten und damit verbundenen Maßnahmen sowie deren Wirksamkeit zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf Landes-, Regions- und Organisationsebene in der Europäischen Region der WHO? Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2018 (Zusammenfassender Bericht 57 des Health Evidence Network (HEN))

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

ISSN 2227-4316

ISBN 978 92 890 5322 8

## © Weltgesundheitsorganisation 2018

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

# INHALT

▶ Abkürzungen.....	iv
▶ Mitwirkende an dieser Publikation.....	v
▶ Zusammenfassung.....	viii
▶ 1. Einführung .....	1
▶ 1.1 Hintergrund .....	1
▶ 1.2 Methodik.....	4
▶ 2. Ergebnisse .....	7
▶ 2.1 Überblick über die Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Europäischen Region der WHO.....	7
▶ 2.2 Analyse der Handlungskonzepte.....	8
▶ 3. Diskussion .....	22
▶ 3.1 Stärken und Grenzen .....	22
▶ 3.2 Grundsatzüberlegungen .....	23
▶ 4. Schlussfolgerungen.....	25
▶ Quellenangaben.....	26
▶ Anhang 1: Such- und Analysestrategie .....	36

## ABKÜRZUNGEN

EU	Europäische Union
MiMi	Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland (Programm)

## MITWIRKENDE AN DIESER PUBLIKATION

Dieser Bericht wurde mit der finanziellen Unterstützung des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit erstellt. Die hier vertretenen Ansichten sind jedoch in keiner Weise als offizielle Haltung des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit zu verstehen.

### Autoren

Gillian Rowlands

Professorin für Primäre Gesundheitsversorgung, Institute of Health and Society, Newcastle University, Vereinigtes Königreich

Siân Russell

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institute of Health and Society, Newcastle University, Vereinigtes Königreich

Amy O'Donnell

Promovierte wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen der Partnerschaft NIHR School for Primary Care Research, Institute of Health and Society, Newcastle University, Vereinigtes Königreich

Eileen Kaner

Professorin für Öffentliche Gesundheit, Institute of Health and Society, Newcastle University, Vereinigtes Königreich

Anita Trezona

Forscherin auf dem Gebiet der Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Melbourne, Australien

Jany Rademakers

Leiterin der Forschungsabteilung, NIVEL, niederländisches Institut für Gesundheitsdienstleistungen in Utrecht, und Professorin für Gesundheitskompetenz und Patientenrechte, CAPHRI, Abteilung für Allgemeinmedizin, Universität Maastricht, Niederlande

Don Nutbeam

Professor für Öffentliche Gesundheit, School of Public Health, Universität Sydney, Australien

## Externe fachliche Gutachter

Jürgen M. Pelikan

Emeritierter Professor für Soziologie, Universität Wien, und Leiter des WHO-Kooperationszentrums für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und Gesundheitswesen, Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

Stephan Van den Broucke

Professor für Gesundheitspsychologie, Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Faculté de Psychologie et des Sciences de L'Education, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgien

## Kooperationspartner

Paloma Amil-Bujan (Gesundheitsministerium, Barcelona), Fleur Braddick (Gesundheitsministerium, Barcelona), Janine Bröder (Universität Bielefeld), Xavier Debussche (Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion, Saint-Denis, Réunion, Frankreich), Oriol Garcia-Codina (Gesundheitsministerium, Barcelona), Karin Gasser (Bundesamt für Gesundheit, Schweiz), Concepció González-Mestre (Gesundheitsministerium, Barcelona), Sandra Husbands (Abertawe Bro Morgannwg University Health Board, Port Talbot, Wales), Diane Levin-Zamir (Clalit Health Services & School of Public Health, Universität Haifa, Israel), Christos Lionis (Universität Kreta, Griechenland), Maria Lopatina (Gesundheitsministerium, Russische Föderation), Alba Martínez García (Universität Alicante, Spanien), Anne McCusker (Belfast Healthy Cities, Belfast, Vereinigtes Königreich), Orkan Okan (Universität Bielefeld), Mike Oliver (Stadtrat Stoke-on-Trent, Vereinigtes Königreich), Leena Paakkari (Universität Jyväskylä, Finnland), Nicola Pavese (Newcastle University, Newcastle upon Tyne, Vereinigtes Königreich), Elena Petelos (Universität Kreta, Griechenland), Sebastian Potthoff (Newcastle University, Newcastle upon Tyne, Vereinigtes Königreich), Luis A. Saboga-Nunes (Universidade NOVA de Lisboa, Portugal), Doris Schaeffer (Universität Bielefeld), Falko Sniehotta (Newcastle University, Newcastle upon Tyne, Vereinigtes Königreich), Athanassios Vozikis (Universität Piräus, Griechenland), Heide Weishaar (Hertie School of Governance, Berlin).

## Redaktionsteam des WHO-Regionalbüros für Europa

### Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf

Martin Weber

Leiter des Programms für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

### Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation

Ryoko Takahashi

Fachreferentin, Wissensmanagement, Evidenz und Forschung für die Politikgestaltung

### Redaktionsteam des Health Evidence Network (HEN)

Claudia Stein, Direktorin

Tanja Kuchenmüller, komm. Chefredakteurin

Ryoko Takahashi, Redakteurin

Krista Kruja, Beraterin

Andrew Booth, Unterstützung des HEN-Sekretariats

Ashley Craig, Technischer Redakteur

Das HEN-Sekretariat ist Teil der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation des WHO-Regionalbüros für Europa. Bei den zusammenfassenden Berichten des HEN handelt es sich um Auftragsarbeiten, die der Überprüfung durch internationale Fachkollegen unterliegen, und die Inhalte liegen in der Verantwortung der Autoren. Sie spiegeln nicht unbedingt die offizielle Haltung des WHO-Regionalbüros für Europa wider.

# ZUSAMMENFASSUNG

## Problemstellung

Gesundheitskompetenz ist die Kapazität von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften, unter Alltagsgegebenheiten sinnvolle gesundheitliche Entscheidungen zu treffen: zu Hause und am Arbeitsplatz ebenso wie in der Gemeinschaft, auf Märkten, im Gesundheitssystem und im politischen Feld. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist eine entscheidende Strategie zur Befähigung von Menschen zu einer verstärkten Kontrolle über ihre Gesundheit, die ihre Fähigkeit verbessert, Gesundheitsinformationen auszuwählen, sich zu Gesundheitsthemen zu äußern und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Eine geringe Gesundheitskompetenz geht mit einer schlechteren Gesundheit, häufigeren Erkrankungen und gesundheitlichen Ungleichheiten und vermutlich auch mit weniger kosteneffektiven Gesundheitssystemen einher. Die Auseinandersetzung mit dem Thema einer geringen Gesundheitskompetenz birgt insofern das Potenzial für die Verbesserung der Gesundheit, der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Wirksamkeit des Gesundheitssystems durch den Aufbau von Gesundheitskapazitäten bei Bürgern.

## Thema dieses zusammenfassenden Berichts

Zielsetzung dieses Berichts ist die Beantwortung der Frage „Welche Erkenntnisse gibt es zu bestehenden Handlungskonzepten und verbundenen Maßnahmen sowie deren Wirksamkeit zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf Landes-, Regions- und Organisationsebene in der Europäischen Region der WHO?“

## Arten von Evidenz

Der Bericht identifizierte Handlungskonzepte und andere relevante Dokumente durch die Durchsicht der Erkenntnisse aus fachlich begutachteter und grauer Literatur, ergänzt durch eine Erhebung bei Experten im Bereich Gesundheit, Gesundheitskompetenz und Politik in der Europäischen Region und durch Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, die in dem zuletzt in der Europäischen Union veröffentlichten fachlich begutachteten Dokument über Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz enthalten sind (nur Länder der Europäischen Union (EU)): HEALIT4EU. Weitere Anstrengungen zur Identifizierung von Handlungskonzepten aus den Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten waren ergebnislos.

## Ergebnisse

Dieser Bericht identifizierte 46 bestehende und/oder in Entwicklung befindliche Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf internationaler (für drei Mitgliedstaaten), nationaler<sup>1</sup> und lokaler Ebene in 19 der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region (36%). Fünf Handlungskonzepte befanden sich in Entwicklung, 30 waren aktuell aktiv und 11 waren zeitlich begrenzt, ohne Evidenz eines Folgekonzepts.

Konzepte wurden (i) zur Beschreibung der Stadien der Konzepte und (ii) zur Analyse der Komponenten (Bezugselemente, Akteure, Maßnahmen und Empfänger) und Maßnahmen unter Verwendung eines neuen Rahmenwerks, des Health Literacy Policy Model [Modell der Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz], untersucht. Eine Vielzahl von Maßnahmen wurde auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene identifiziert. Ausgangsdaten zur Gesundheitskompetenz stehen nicht in allen Mitgliedstaaten zur Verfügung. Erkenntnisse stammen aus erfolgreichen Maßnahmen zum Aufbau von Gesundheitskompetenz bei Einzelpersonen und in der Gemeinschaft, insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Bildung, mit einigen Maßnahmen am Arbeitsplatz. Mehr Maßnahmen sind auf den Aufbau von Kompetenzen bei Einzelpersonen als in Gemeinschaften ausgerichtet. Viele Konzepte haben zusätzliche Schwerpunktbereiche, bei denen der Austausch von Wissen und Ressourcen vorteilhaft sein könnte. Es gibt aktuell wenige Erkenntnisse zu Maßnahmen und zur Wirksamkeit in den Bereichen Lebensumfeld, Medien und digitale/e-Gesundheitskompetenz, auch wenn einige dieser Informationen möglicherweise zur Verfügung stehen, sobald Bewertungen aktueller Projekte veröffentlicht werden. Die Tatsache, dass bei der Suche in der fachlich begutachteten Literatur nur wenige Handlungskonzepte identifiziert wurden, spiegelt möglicherweise eine mangelnde Beschäftigung der wissenschaftlichen Welt mit der Evaluation von Konzepten wider. Schließlich sollten Politiker auf die begünstigenden Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Handlungskonzepten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, wie ressortübergreifende Zusammenarbeit, politische Führung und die Überwindung kultureller Barrieren, aufmerksam gemacht werden, und sie sollten sicherstellen, dass mögliche Hindernisse für den Erfolg, wie fehlende Erkenntnisse zum gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Nutzen der Konzepte, durch konsequente Evaluation abgebaut werden. Die wirtschaftliche Auswirkung von Handlungskonzepten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz

---

1. Die nationale Ebene umfasst Konzepte, für die sowohl die Strategie als auch die Finanzierung vom Mitgliedstaat für das einzelne Land oder eine halbautonome Region entwickelt werden.

ist ein wichtiger Entwicklungsbereich, da die vorliegende Evidenzaufbereitung keine Evaluation wirtschaftlicher Auswirkungen identifizierte, die sich aus den Handlungskonzepten ergeben.

## Grundsatzüberlegungen

Basierend auf der vorliegenden Evidenzaufbereitung werden folgende Grundsatzüberlegungen vorgeschlagen:

- Prüfung der in diesem Bericht erfassten bestehenden Handlungskonzepte und verbundenen Maßnahmen auf ihre Eignung zur Entwicklung oder Verbesserung von Handlungskonzepten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und verbundener Maßnahmen zum Vorteil von Bürgern, Patienten und Gemeinschaften;
- Erweiterung der für ganzheitliche Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz erforderlichen Bereiche um Lebensumfeld, Arbeitsplatz, Medien und digitale/e-Gesundheit auf allen gesellschaftlichen Ebenen – Einzelpersonen, Gemeinschaften, Organisation und System (Legislative);
- Stärkung der Evidenzbasis für Gesundheitskompetenz auf allen gesellschaftlichen Ebenen, um sicherzustellen, dass die Handlungskonzepte die spezifischen Bedürfnisse im nationalen oder lokalen Kontext berücksichtigen;
- Aufnahme belastbarer qualitativer und quantitativer Evaluationen in die Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und die entsprechenden Interventionen – quantitative Verfahren könnten kompetenzbezogene Evaluationen der Evidenz zu gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen auf allen Ebenen vor und nach der Durchführung von Maßnahmen umfassen; und
- Aufnahme von begünstigenden Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung in das Konzept zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, darunter ressortübergreifende Zusammenarbeit, politische Führerschaft und Strategien zur Überwindung kultureller Barrieren.

Für die Erstellung wirksamer Handlungskonzepte, die so wichtig für die Entwicklung eines gesundheitskompetenten Europas sind, würden Mitgliedstaaten von der Annahme solch umfassender Rahmenwerke und der Verwendung von Kennwerten profitieren.



# 1. EINFÜHRUNG

## 1.1 Hintergrund

Die Europäische Region der WHO umfasst 53 Mitgliedstaaten mit einer Gesamtbevölkerung von 894 Mio. Menschen (1). Die Mitgliedstaaten verfügen über eine Vielfalt an Kulturen und Volkswirtschaften: vier gehören zu den Ländern mit mittlerem Einkommen im unteren Bereich, fünf zu den Ländern mit mittlerem Einkommen im oberen Bereich und 44 zu Ländern mit hohem Einkommen (2). Für die Europäische Region ist das WHO-Regionalbüro für Europa zuständig, eines der sechs Regionalbüros der WHO weltweit.

Gemäß Sørensen et al. ist die Gesundheitskompetenz mit Bildung verknüpft und erfordert Wissen, Motivation und Kompetenzen von Menschen für den Zugang, das Verständnis, die Beurteilung und die Anwendung von Gesundheitsinformationen, um unter Alltagsgegebenheiten in Bezug auf Gesundheitswesen, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Einschätzungen vornehmen und Entscheidungen treffen und so die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf aufrechterhalten zu können (3). Eine suboptimale Gesundheitskompetenz in der gesamten Europäischen Region geht einher mit Erkrankungen und den damit verbundenen wirtschaftlichen Kosten. Die Prävalenz einer geringen (d. h. einer problematischen und unzureichenden) Gesundheitskompetenz wurde in der 2011 in der Europäischen Region durchgeführten Befragung zur Gesundheitskompetenz von acht europäischen Mitgliedstaaten hervorgehoben: Bulgarien, Deutschland (Nordrhein-Westfalen), Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen und Spanien (4). Auch wenn die Prävalenz einer niedrigen Gesundheitskompetenz in den Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich war, lag die Gesundheitskompetenz mit insgesamt 47,6% der erwachsenen Bevölkerung unter dem empfohlenen Niveau. Insgesamt hatten 12,4% der erwachsenen Bevölkerung das niedrigste Niveau an Gesundheitskompetenz, weshalb mit ernsthaften Schwierigkeiten dieser Bevölkerungsgruppe zu rechnen ist. Die den Unterschieden zwischen den Ländern zugrunde liegenden Gründe sind komplex, umfassen aber wahrscheinlich Faktoren wie das unterschiedliche allgemeine Niveau der sprachlichen und rechnerischen Fähigkeiten, kulturelle Unterschiede und Unterschiede in der Komplexität der Gesundheitssysteme (5). Die Befragung zur Gesundheitskompetenz in der Europäischen Region aus dem Jahr 2011 bestätigte die bis dato vorliegenden Forschungsergebnisse aus Ländern außerhalb der Europäischen Region und zeigte, dass eine geringe Gesundheitskompetenz mit einer geringeren Selbsteinschätzung der Gesundheit und höheren Raten chronischer (d. h. langfristiger) Gesundheitsbedingungen einhergeht (4,6). Sie bestätigte

außerdem, dass ein soziales Gefälle in der Gesundheitskompetenz besteht: Diejenigen, die aufgrund ihres Alters, ihrer sozioökonomischen Benachteiligung oder ihrer Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten bereits ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufweisen, haben auch eher eine geringe Gesundheitskompetenz (4).

Die Gesundheitssysteme sehen sich mit dem Problem konfrontiert, sowohl Patienten als auch Steuerzahlern gerecht werden zu müssen: Patienten haben mehr Gesundheitsprobleme und erkranken häufiger, als dies ansonsten möglicherweise der Fall wäre, und die Gesundheitsdienste haben angesichts des durch eine alternde Bevölkerung mit einem steigenden Niveau an chronischen Krankheiten bedingten wachsenden Bedarfs damit zu kämpfen, kosteneffektiv zu sein (7). Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz, mit einem Schwerpunkt auf dem Aufbau der Gesundheitskapazitäten von Bürgern und der Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit und Kompetenzen des Gesundheitssystems und von Fachkräften, gewinnt als Strategie zur Bewältigung dieser Probleme verstärkt an Bedeutung. Dies ist ein wesentliches Element von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region, das gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen unterstützt, um Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung zu verbessern, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen, die öffentliche Gesundheit zu stärken und nachhaltige bürgernahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten, die allgemein zugänglich sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten (8). Evidenz zu den finanziellen Auswirkungen der Gesundheitskompetenz auf die Kosten der Gesundheitsversorgung ist jedoch begrenzt. In den Vereinigten Staaten von Amerika und in Europa ist eine geringe Gesundheitskompetenz mit höheren Kosten der Gesundheitsversorgung verbunden (9,10). Außerdem zeigte eine belgische Studie, dass eine geringe Gesundheitskompetenz mit einer höheren Nutzung von Gesundheitsdiensten, insbesondere von stärker spezialisierten Diensten, einhergeht (10).

Die steigende Anerkennung der Bedeutung von Gesundheitskompetenz hat zu verschiedenen grundlegenden politischen Erklärungen geführt. Auf globaler Ebene konstatiert die Erklärung der WHO von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung aus dem Jahr 2017 (11) Folgendes:

*Gesundheitskompetenz befähigt die Bürger und ermöglicht ihnen die Beteiligung an kollektiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Entscheidungsträger und Investoren mit einer gut entwickelten Gesundheitskompetenz sind eher bereit, sich für positive Gesundheitseffekte, für positive Wechselwirkungen und für effektive Maßnahmen zur Verbesserung der Determinanten von*



*Gesundheit einzusetzen. Gesundheitskompetenz basiert auf einem inklusiven und gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger Bildung und lebenslangem Lernen. Sie muss integraler Bestandteil der Fähigkeiten und Kompetenzen werden, die im Laufe des gesamten Lebens erworben werden, insbesondere durch die Schulbildung.*

In der Erklärung von Shanghai verpflichtete sich die WHO dazu, in die Gesundheitskompetenz als eine entscheidende Determinante der Gesundheit zu investieren, bereichsübergreifende nationale und lokale Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei allen Bevölkerungen und Bildungseinrichtungen zu entwickeln, umzusetzen und zu überwachen, die Kontrolle der Bürger über ihre eigene Gesundheit und deren Determinanten durch Nutzung der Potenziale digitaler Technologien zu stärken und durch Preispolitik, transparente Informationen und Produktkennzeichnungen gesundheitsförderliche Entscheidungen der Konsumenten zu gewährleisten. Innerhalb der Europäischen Region hat das Europäische Parlament dem Bericht „Accelerating the health literacy agenda in Europe“ [Beschleunigung der Agenda zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Europa] (12) zugestimmt und ein Grundsatzpapier veröffentlicht, in dem die Bedeutung der Gesundheitskompetenz über den gesamten Lebensverlauf und die Vorteile der Schwerpunktlegung bei Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf Kinder und junge Menschen (13) hervorgehoben wird. Die Gesundheitskompetenz ist ein wesentliches Element der Erklärung von Vilnius aus dem Jahr 2013 zu nachhaltigen Gesundheitssystemen für inklusives Wachstum (14) und des Fahrplans von Riga aus dem Jahr 2015 (15). Die Erklärung von Minsk aus dem Jahr 2015 betont die Bedeutung des Aufbaus von Kompetenzen über den gesamten Lebensverlauf (von frühen Lebensphasen über die Schulzeit bis ins Erwachsenenalter) (16), während die Erklärung von Paris aus dem Jahr 2016 die Bedeutung bereichsübergreifender und ressortübergreifender Konzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz und somit von Gesundheit und Wohlergehen bei schulpflichtigen und noch nicht schulpflichtigen Kindern hervorhebt (17). Und schließlich verdeutlicht die Erklärung von Pécs über gesunde Städte aus dem Jahr 2017 die Rolle von Städten und Gemeinden als befähigende Faktoren für Gesundheit und Wohlbefinden aller Menschen (18). Leitlinien für Maßnahmen wurden vom WHO-Regionalbüro für Europa (19) und Mitgliedstaaten (20,21) veröffentlicht. Die Leitlinien des WHO-Regionalbüros für Europa, „Health literacy: the solid facts“ [Gesundheitskompetenz – die Fakten], verdeutlichen, dass es bei Gesundheitskompetenz um mehr als nur um Gesundheitssysteme und Bildungssysteme geht: Sie besteht „in the context of everyday life: at home, in the community, at the workplace, in the health care system, the marketplace and the political arena“ [im Kontext von Alltagsgegebenheiten:

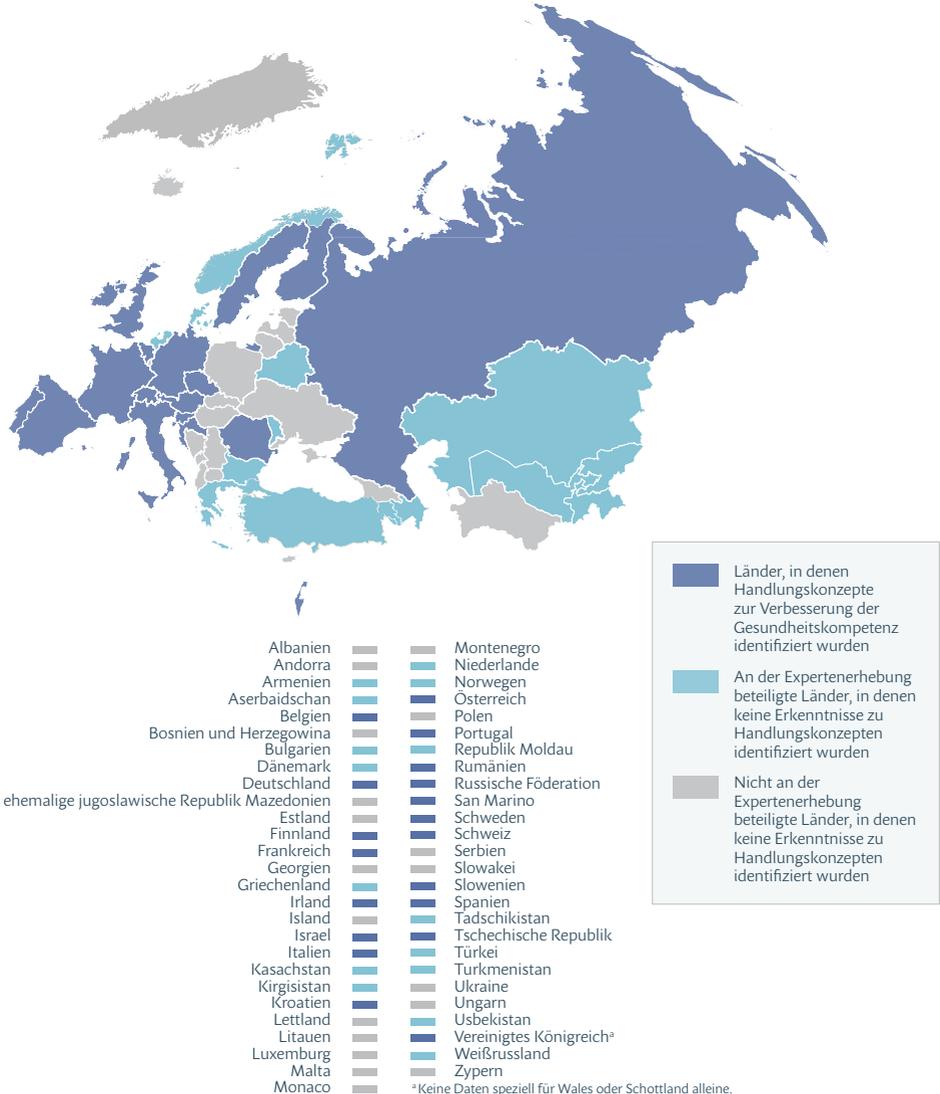
zu Hause, in der Gemeinschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, auf dem Markt und im politischen Feld] (19,22) genauso wie zunehmend in den Medien, sozialen Medien und im Bereich der digitalen Gesundheit (19).

Gesundheitskompetenz ist ein rapide wachsendes Feld. Zu den früheren Überprüfungen von Handlungskonzepten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz gehören eine vom United States Institute of Medicine durchgeführte Untersuchung (23) und eine Untersuchung der EU mit dem Titel „Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union“ [Studie solider Evidenz für ein besseres Verständnis von Gesundheitskompetenz in der Europäischen Union] (HEALIT4EU-Projekt) (5). Die vorliegende Evidenzaufbereitung unterscheidet sich von den genannten in ihrer Perspektive (Europa im Vergleich zu Amerika), dem geographischen Geltungsbereich (die gesamte Europäische Region der WHO im Vergleich zur EU) und der Schwerpunktlegung auf die Zusammenfassung der Ergebnisse. Ziel war es, Ergebnisse aus Handlungskonzepten und verbundenen Maßnahmen in der Europäischen Region zu identifizieren und zu sammeln, ihre Wirksamkeit für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf Ebene der Europäischen Region, der Mitgliedstaaten und auf Organisationsebene zu beschreiben und Grundsatzüberlegungen zur Befähigung aller europäischen Bürger zur Nutzung der Vorteile einer verbesserten Gesundheitskompetenz vorzuschlagen.

## 1.2 Methodik

Da die Definitionen und Konzepte für Gesundheitskompetenz weit gefasst sind (3) und mit denen von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung (24) überlappen, berücksichtigt diese Bestandsaufnahme (Scoping Review) lediglich Erkenntnisse in Handlungskonzepten, die (i) einer angepassten WHO-Definition (25), d. h. „decisions, plans, and actions that are undertaken to achieve specific health *literacy* goals within a society“ [Entscheidungen, Pläne und Maßnahmen, die zum Erreichen spezifischer Ziele im Bereich der *Gesundheitskompetenz* innerhalb einer Gesellschaft unternommen werden], entsprechen und (ii) den Begriff **health literacy** (oder die Entsprechung in der jeweiligen Landessprache) enthalten. Eine Suche nach fachlich begutachteter Literatur über Handlungskonzepte und Hindernisse, ermächtigende Faktoren und Wirksamkeit dieser Konzepte auf Deutsch, Englisch und Niederländisch und nach Handlungskonzepten in der grauen Literatur auf Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Katalanisch, Niederländisch, Russisch und Spanisch sowie eine Identifizierung von Handlungskonzepten durch eine Expertenerhebung und im aktuellsten fachlich begutachteten Bericht, der HEALIT4EU-Studie von 2013 (5), wurden zwischen dem 9. Oktober 2017 und dem 20. Januar 2018 durchgeführt.

Abb. 1: Geographische Verteilung von Mitgliedstaaten, in denen Handlungskonzepte identifiziert wurden



Es wurden außerdem Anstrengungen zur Identifizierung von Handlungskonzepten aus Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten durchgeführt.

Insgesamt wurden nach Entfernung von Duplikaten und Sichtung 15 300 fachlich begutachtete Artikel gefunden und 12 Volltextartikel auf ihre Eignung bewertet, was in der Identifizierung von vier konzeptbezogenen Maßnahmen (26–29) in Verbindung mit vier Handlungskonzepten (30–33) und drei Dokumenten, die Hindernisse und begünstigende Faktoren zur erfolgreichen Umsetzung von Handlungskonzepten untersuchen (34–36), resultierte. Zusätzlich wurden 15 Handlungskonzepte in der „grauen“ Literatur, 26 aus der Expertenerhebung und sieben aus der HEALIT<sub>4</sub>EU-Studie identifiziert. Nach Entfernung von Duplikaten wurden insgesamt 46 Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz (30–33, 37–78) und drei Artikel zu Hindernissen/begünstigenden Faktoren/Wirksamkeit von Konzepten (34–36) identifiziert.

Vorläufige Ergebnisse wurden dem WHO-Netzwerk der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative zur Messung der Gesundheitskompetenz, in dem 19 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region aktiv sind, zur Qualitätsprüfung und Identifizierung fehlender Handlungskonzepte vorgelegt.

Abb. 1 zeigt die geographische Verteilung der in diesem Bericht verwendeten Dokumente aus den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region.

In Anhang 1 finden sich weitere Informationen zur Methodik.



## 2. ERGEBNISSE

### 2.1 Überblick über die Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Europäischen Region der WHO

Insgesamt hatten 19 Mitgliedstaaten eine geringe Gesundheitskompetenz als Problem anerkannt und waren entweder im Prozess der Entwicklung von Handlungskonzepten zur Bekämpfung dieses Problems oder hatten solche bereits entwickelt: Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Irland, Israel, Italien, Kroatien, Österreich, Portugal, Rumänien, Russische Föderation, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik und Vereinigtes Königreich.

Die Steuerungsebene, auf der das Handlungskonzept entwickelt worden war, wurde in vier Ebenen unterteilt: regionsweit (d. h. auf Ebene der Europäischen Region der WHO), national (d. h. auf Ebene des Mitgliedstaats oder des Landes oder der Verwaltungsregion in Mitgliedstaaten, in denen Gesundheitskonzepte und Finanzierung entwickelt werden, z. B. Italien, Spanien und Vereinigtes Königreich) und lokal (Verwaltungsregionen, Stadt oder nichtstaatliche Organisation). Handlungskonzepte, an denen mehr als ein Mitgliedstaat beteiligt war, die jedoch nicht regionsweit waren, wurden als international klassifiziert. Es wurden keine regionsweiten Konzepte identifiziert, auch wenn eines international war (das MiMi-Programm (50)), das in Deutschland seinen Anfang nahm und sich auf Österreich und die Schweiz ausdehnte. Von den verbleibenden 45 Handlungskonzepten waren 37 national und acht lokal.

Als Nächstes wurden Konzeptstadien nach Steuerungsebene gemäß einer geänderten Version des Stages-Modells (79) wie folgt unterteilt: in Entwicklung (Problemdefinition und Festlegung der Agenda), aktiv (Umsetzung und Evaluation) oder zeitlich begrenzt ohne Evidenz eines Ersatzkonzepts. Fünf Konzepte befanden sich in Entwicklung: Diese waren alle national (38,46,60,63,65). Insgesamt 30 Konzepte waren aktiv: eines war international (50), 23 waren national (32,33,37,41–43,47–49,51,54–57,59,62,66–68,70,73,76,77) und sechs waren lokal (31,40,53,71,74,78). Elf Konzepte waren zeitlich begrenzt und beendet: Diese waren alle national (30,39,44,45,52,58,61,64,69,72,75).

## 2.2 Analyse der Handlungskonzepte

Informationen standen für 43 der 46 identifizierten Konzepte zur Verfügung: Die restlichen drei Konzepte (aus Belgien (38), Russland (63) und Slowenien (65)) waren in Entwicklung, und es standen keine weiteren Informationen zur Verfügung.

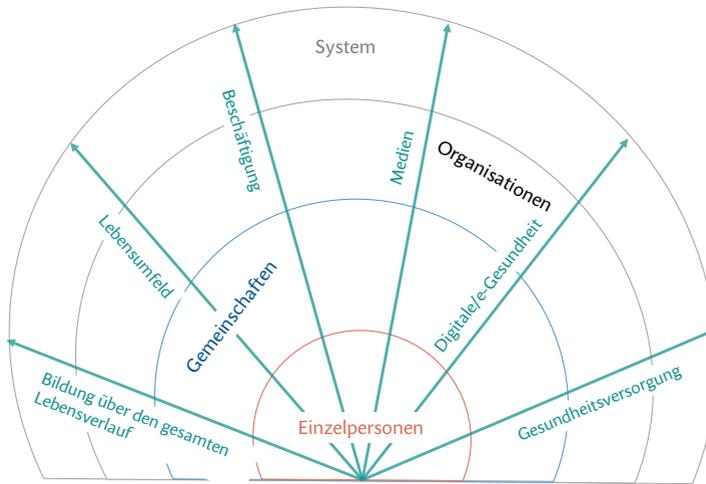
Konzepte und ihre Komponenten wurden mittels Kriterien nach Cheung et al. (80) wie folgt beurteilt: als Bezugselemente (die dem Konzept zugrunde liegenden Gründe), Akteure (in den Bereichen, Organisationen, Berufen und gesellschaftlichen Gruppen lebende oder arbeitende Menschen, die für ein wirksames Konzept eingebunden werden müssen), Maßnahmen (Maßnahmen, die zum Erreichen der konzeptionellen Ziele ergriffen werden müssen, unter anderem die Entwicklung öffentlich zugänglicher Gesundheitsportale), ob eine Evaluation geplant war oder nicht und, sofern eine geplant war, ob sie stattgefunden hat, sowie Erkenntnisse zur Wirksamkeit. Akteure wurden wiederum in Empfänger oder Umsetzer unterteilt. Die Entsprechung von genannten Bezugselementen und verfügbaren Daten zur Gesundheitskompetenz wurde untersucht.

Die Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz legten den Schwerpunkt auf eine Reihe miteinander verknüpfter Bereiche und gesellschaftlicher Ebenen (19) und umfassten eine Vielzahl an Maßnahmen. Zur Analyse der Maßnahmen, die direkt mit den identifizierten Handlungskonzepten verbunden sind, wurde das Health Literacy Policy Model (mit vier gesellschaftlichen Ebenen und sechs Vektoren) iterativ während der Sammlung und Aufbereitung der Erkenntnisse entwickelt (Abb. 2). Der Begriff **Vektor** wurde zur Beschreibung der verschiedenen Mittel verwendet, die für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz herangezogen werden können: Gesundheit, Bildung über den gesamten Lebensverlauf, Lebensumfeld, Beschäftigung, Medien und digitale/e-Gesundheitskompetenz (d. h. die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen in elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu beurteilen, und das erhaltene Wissen anzuwenden, um ein Gesundheitsproblem anzugehen oder zu lösen (81)).

Die aus allen Handlungskonzepten zusammengefassten Erkenntnisse stehen auf Anfrage zur Verfügung.<sup>2</sup>

2. Detaillierte Informationen zu allen Handlungskonzepten stehen auf Anfrage von euhen@who.int zur Verfügung (Tabelle 1: Informationen zu Handlungskonzepten).

Abb. 2: Das Health Literacy Policy Model



### 2.2.1 Bezugselemente der Handlungskonzepte

Die 43 in der Analyse berücksichtigten Handlungskonzepte umfassten 102 Bezugselemente. Diese wurden den gesellschaftlichen Ebenen im Health Literacy Policy Model zugeordnet.

**Individuelle Ebene (Einzelpersonen).** Dieser Ebene wurden insgesamt 47 Bezugselemente zugeordnet, die meisten in Zusammenhang mit Gesundheit: geringe Gesundheitskompetenz von Einzelpersonen (z. B. Patienten, Bürger, Beschäftigte;  $n = 23$ ) (37,41,44,46–48,50,51,54,55,57,58,62,64,66,67,69–71,73–75,78), hohe Zahl an Menschen mit vermeidbaren Krankheiten ( $n = 9$ ) (32,41,43,46,56,57,66, 68,77), hohe Zahl an Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz ( $n = 7$ ) (30,41,51,56,59,67,77), geringe e-Gesundheitskompetenz ( $n = 3$ ) (41,53,57) und hohe Zahl an Einzelpersonen mit gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen ( $n = 4$ ) (59,62,68,78). Ein Bezugselement war das Fehlen umfassender Lebensfertigkeiten (Beschäftigungsfähigkeit) bei Einzelpersonen (30).

**Gemeinschaftsebene.** Dieser Ebene wurden acht Bezugselemente zugeordnet. Alle bis auf eines bezogen sich dabei auf gefährdete Bevölkerungsgruppen,

wie Migranten und Flüchtlinge (33,50,54,69) (ein Konzept hatte zwei Bezugselemente (50)) und sozioökonomisch ausgeschlossene und gefährdete Gruppen (30,73). Die restlichen Handlungskonzepte bezogen sich auf Gemeinschaften in einem allgemeineren Sinn (78).

**Organisationsebene.** Dieser Ebene wurden vierzig Bezugselemente von 36 Handlungskonzepten zugeordnet, die meisten davon in Zusammenhang mit Gesundheitsorganisationen. Fünfzehn Handlungskonzepte hatten ein oder mehrere Bezugselemente in Zusammenhang mit einem zu geringen Niveau an Bewusstsein und Bedarfsgerechtigkeit bezüglich Gesundheitskompetenz auf Organisationsebene (37,40,41,46,49,50,52,53,55, 56,66,69,71,76,78), zehn Handlungskonzepte nannten geringe Niveaus an mit Gesundheitskompetenz verbundenen Fähigkeiten beim Gesundheitspersonal (37,40,41,45,46,54,55,70,75,78) und acht nannten die Komplexität der aktuellen Gesundheitsinformationen (40,45,47,55,56,58,68,76). Ein Handlungskonzept nannte das Fehlen einer nationalen Ressource für Gesundheitskompetenz (75), eines nannte die geringe Gesundheitskompetenz in den Medien (56) und ein anderes die geringe Gesundheitskompetenz in (gesundheitsfernen) Organisationen des öffentlichen Sektors (71).

**Systemebene.** Dieser Ebene wurden sieben Bezugselemente zugeordnet: Zwei davon standen in Verbindung mit Umweltsicherheit (43,51), vier mit gesellschaftlichen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich (37,43,68,77) und eines mit einem Fehlen des Bewusstseins für Gesundheitskompetenz auf der politischen Ebene (76).

Ein Vergleich ergab ein Missverhältnis zwischen Bezugselementen und der Verfügbarkeit relevanter Daten. Obwohl eine geringe Gesundheitskompetenz von Einzelpersonen 23 Mal angeführt wurde, war das nationale Kompetenzniveau nur in 15 Fällen bekannt. Zudem verbanden neun Konzepte Gesundheitskompetenz mit Ungleichheiten im Gesundheitssystem zwischen Einzelpersonen oder Gemeinschaften oder auf einer gesellschaftlichen Ebene (obwohl Gesundheitskompetenzniveaus nur in fünf der Länder bekannt waren) und neun weitere mit chronischen Krankheiten (während Gesundheitskompetenzniveaus in vier der Länder bekannt waren). Weitere, durch wenige quantitative Daten unterstützte Bezugselemente waren geringe Fähigkeiten im Bereich der Gesundheitskompetenz bei Gesundheitsfachkräften und zu komplexes Gesundheitsmaterial. Keine verfügbaren quantitativen Ausgangsdaten wurden für zwei Bezugselemente gefunden: geringes Niveau der Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitskompetenz in Gesundheitsorganisationen (in 15 Konzepten genannt) und geringe e-Gesundheitskompetenz (in 3 Konzepten genannt).



## 2.2.2 Akteure in den Handlungskonzepten

Akteure sind definiert als die Menschen, die in den Bereichen, Organisationen, Berufen und gesellschaftlichen Gruppen arbeiten oder leben, die von einem spezifischen Handlungskonzept betroffen sind. Sie können entweder Empfänger oder Umsetzer von Konzeptmaßnahmen sein.

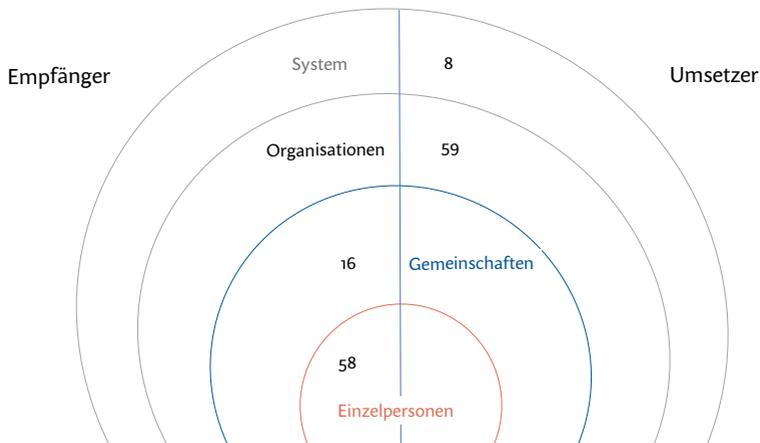
**Empfänger.** Die analysierten Konzepte umfassten Empfänger sowohl auf der individuellen als auch auf der Gemeinschaftsebene. Zu den Empfängern auf der individuellen Ebene gehörten Patienten (31,32,37,40,43,45–47,51–53,55–58,66–68,70,75,76,78), Bürger (37,43,45,47–49,51–57,62,64,66–68,70,72–74,78), Lernende (Vorschulalter (71), Schüler (42,51,59) und Erwachsene (44,45,70,71,74)), Beschäftigte (40,44,72) und Häftlinge (72). Auf der Gemeinschaftsebene waren die meisten Empfänger Menschen in gefährdeten Gruppen, wie Kinder in sozioökonomisch benachteiligten Familien (42,51,59), ältere Menschen (57), Migrantengruppen (33,54,69), Schwangere (62) und sozioökonomisch ausgegrenzte und gefährdete Gruppen (30,73). Weiter gefasste Gemeinschaften wurden in einem Konzept genannt (78). Familien wurden als Empfänger in fünf Konzepten angeführt (37,59,62,71,73).

**Umsetzer.** Da Umsetzer im Allgemeinen für Organisationen und öffentliche Körperschaften arbeiten, wurden die meisten der Organisationsebene des Health Literacy Policy Model zugeordnet. Die meisten Umsetzer arbeiten in Organisationen innerhalb des öffentlichen Sektors, wie diejenigen im Gesundheitswesen (31,32,37,40,41,43,45–47,51–53,55–57,66–68,70,75,76,78) und im Bildungswesen (30,42,44,45,48–51,59,64,70–74), sowie in den sozialen Diensten, dem Feuerwehrdienst, dem Polizei- oder Strafvollzugsdienst (30,70–72). Einige Umsetzer arbeiten für Gesundheits- und/oder Sozialversicherungsorganisationen (37,47,49), nichtstaatliche Organisationen (wie Verbindungsgruppen, Wohltätigkeitsorganisationen und einige Gesundheitsanbieter (31,33,47,49,52,54,57,62,73)) und Gewerkschaften (48). Schließlich nannten drei Handlungskonzepte Menschen, die für kommerzielle Organisationen (48,49,56) arbeiten, und zwei nannten Menschen, die für Forschungsorganisationen arbeiten (43,77). Menschen, die auf der Systemebene arbeiten (z. B. in nationalen Regierungen oder in der Kommunalpolitik) wurden in acht Konzepten (30,46,49,51,68,73,77) angeführt; keine Konzepte führten Menschen an, die auf internationaler oder regionsweiter Ebene arbeiten.

Empfänger und Umsetzer wurden dem Health Literacy Policy Model zugeordnet (Abb. 3). Empfänger wurden der individuellen und der Gemeinschaftsebene

zugeordnet, wobei die meisten Empfänger auf der individuellen Ebene gesehen wurden (58 von 74 Nennungen; 78%). Umsetzer wurden der Organisations- und Systemebene zugeordnet, wobei 59 von 67 Nennungen (88%) der Organisationsebene zugeordnet wurden.

**Abb. 3: Zahlenmäßige Aufteilung der den vier Ebenen im Health Literacy Policy Model zugeordneten Empfänger und Umsetzer**



### 2.2.3 Evaluation konzeptbezogener Maßnahmen

Von den 46 identifizierten Handlungskonzepten nannten 28 Konzepte (61%) Pläne für die Evaluation einiger oder aller Aspekte des Konzepts, 15 (33%) beschrieben keine Pläne für eine Evaluation und drei befanden sich in Entwicklung, sodass keine weiteren Informationen verfügbar waren. Von den 28 Handlungskonzepten, die Pläne für die Evaluation nannten, hatten 17 Konzepte aus 10 Mitgliedstaaten einige oder alle der geplanten Evaluationen abgeschlossen, und die Ergebnisse waren öffentlich zugänglich.<sup>3</sup>

Maßnahmen wurden mithilfe einer Reihe von Methoden evaluiert, und verschiedene mit mehr als einer Methode (29,82–87). Die häufigste Art der Evaluation war die Ergebnisbewertung, das heißt die Bestätigung, dass die Zielergebnisse erreicht wurden.

3. Detaillierte Informationen zu den konzeptbezogenen Maßnahmen stehen auf Anfrage von euhen@who.int zur Verfügung (Tabelle 2: Konzeptbezogene Maßnahmen).



## Konzeptbezogene Maßnahmen mit Empfängern auf individueller Ebene

**Maßnahmen mit bewerteten Ergebnissen.** Die meisten bewerteten Maßnahmen auf dieser Ebene zielten auf den Aufbau von Gesundheitskompetenz bei Patienten mit chronischen Krankheiten ab. Alle zeigten greifbaren Nutzen für Patienten, ohne berichtete negative Ergebnisse. Das Projekt Herzensbildung (89) (in Verbindung mit dem nationalen Handlungskonzept in Österreich (37)) informierte Patienten mit Herzkrankheiten zu Prävention und Umgang mit der Krankheit und unterstützte die Entwicklung der Gesundheitskompetenz hinsichtlich Herzkrankheiten, was zu einem besseren Wissen, besserem Vertrauen und einem geringeren Anteil von Rauchern bei Patienten führte. In einer anderen Maßnahme mit Schwerpunkt auf einer spezifischen Gesundheitsbedingung wurde bei Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes bei einem lokalen Demonstrationsprojekt in England (90) (in Verbindung mit dem englischen nationalen Handlungskonzept) die Gesundheitskompetenz mithilfe eines validierten Schulungsprogramms, das in einem früheren Handlungskonzept, „Skilled for Health“ (72) entwickelt worden war, gestärkt. Dies führte zu einem höheren Patientenwissen, einem besseren Medikamentenmanagement und einer besseren Nutzung der Gesundheitsleistungen. Einige Maßnahmen waren nicht spezifisch auf eine einzelne Gesundheitsbedingung ausgerichtet, sondern legten den Schwerpunkt stattdessen auf Patienten mit chronischen Krankheiten. In Israel führte ein Angebot der Erstellung von Informationsdokumenten mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei Patienten zu einer hohen Patientenzufriedenheit und besserer Befolgung von Medikamentenverordnungen (D Levni-Zamir, Clalit Services, Israel, persönliche Kommunikation, 13. März 2018; Projekt hervorgegangen aus Handlungskonzept (53)). In Katalonien (Spanien) entwickelte das Programm für Prävention und chronische Krankheiten (32) Patientenunterstützungsgruppen mithilfe des Programms zur Aufklärung von Patienten (91), was zu einer besseren Lebensqualität, einer besseren Nutzung von Angeboten und zu besseren Selbstversorgungsfähigkeiten bei Patienten mit chronischen Krankheiten (28) führte. Eine bewertete Konzeptmaßnahme für Einzelpersonen außerhalb des Gesundheitsvektors ist der finnische Schullehrplan (42,92), der auf den Aufbau von Gesundheitskompetenz bei Schülern in Finnland über ihre gesamte Schulzeit abzielt. Diese hochwertige nationale Beurteilung (beschrieben in Fallstudie 1) ermöglicht es Bildungsbehörden, die Auswirkung des Unterrichts auf die Schülerfähigkeiten zu beurteilen.



**Maßnahmen ohne bereits verfügbare bewertete Ergebnisse.** Zu den Empfängern dieser Maßnahmen auf individueller Ebene gehören Patienten, Bürger und Lernende. Einige Maßnahmen haben die Steigerung der Gesundheitskompetenz bei Patienten und der Bevölkerung im Allgemeinen zum Ziel (Deutschland (46), Italien (Umbrien) (57) und Schweiz (68)), andere die Verbesserung der digitalen/e-Gesundheitskompetenz (Israel (53)). Einige Maßnahmen setzen den Schwerpunkt auf Bildung über den gesamten Lebensverlauf; so wird in Puglia (Italien) Gesundheitskompetenz in Schulen gelehrt, um gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu reduzieren (59). Das deutsche Projekt „Nationale Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung“ hat den Aufbau von Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen in der gesamten Gesellschaft zum Ziel (48), und das Konzept von Trentino (Italien) setzt den Schwerpunkt auf die Prävention von Krankheiten durch die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bürger in Zusammenhang mit der Lebensweise, insbesondere bei älteren Menschen (56).

#### **Fallstudie 1. Quantitative Evaluation eines nationalen Handlungskonzepts in Finnland**

Eine nationale Evaluation von Auswirkungen des finnischen Handlungskonzepts „Lernergebnisse bei der Gesundheitserziehung in der Grundbildung“ (92) auf Schüler, die dem nationalen Lehrplan unterliegen (42), beurteilte das Lernen von Gesundheitskompetenz von Jahr 1 (Alter: 7 Jahre) bis Jahr 9 (Alter: 16 Jahre), einschließlich Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz, Krankheitsprävention und „Gesundheit, Gemeinschaften und Kultur“ (42). In Finnland werden alle Schüler in Jahr 9 (im Alter von 16 Jahren) beurteilt, und eine nationale quantitative Beurteilung erfolgt alle 10 Jahre (92). Diese Evaluation zeigt ein zufriedenstellendes Niveau der Entwicklung von Gesundheitskompetenz durch die Schüler über den gesamten Lehrplan hinweg.

#### **Konzeptbezogene Maßnahmen mit Empfängern auf Gemeinschaftsebene**

**Maßnahmen mit bewerteten Ergebnissen.** Viele dieser Maßnahmen setzten den Schwerpunkt auf den Aufbau von Gesundheitskompetenz bei gefährdeten Gruppen. Beispiele sind das MiMi-Projekt für Migranten (Deutschland, Österreich und Schweiz (37,50,69)), näher beschrieben in Fallstudie 2) und das schwedische Programm zum Aufbau von Gesundheitskompetenz bei Migranten (33), bei dem ein Unterprojekt den Schwerpunkt auf den Aufbau von Gesundheitskompetenz im sexuellen Bereich bei weiblichen Migranten legte (Fallstudie 3) (27). In Israel hatte ein lokales Projekt innerhalb des nationalen Handlungskonzepts mit dem Titel „Kulturelle Angemessenheit

und Zugänglichkeit“ (52) die Verbesserung der Zusammenarbeit mit und des Zugangs zu Gesundheitsdiensten für Migranten zum Ziel. Dieses Projekt führte zu einer höheren Teilnahme von Migranten an Vorsorgeuntersuchungen, einer besseren Befolgung der Patienten von Selbst-Management-Programmen und einer besseren Orientierung der Patienten im Gesundheitssystem (D Levin-Zamir, Clalit Services, Israel, persönliche Kommunikation, 13. März 2018). Eine Maßnahme mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei einer sozial ausgegrenzten Gruppe in Irland mit dem Titel „Atelier Men’s Roma Project“ (26), die aus der irischen nationalen interkulturellen Gesundheitsstrategie (30) hervorgegangen ist, führte zu erhöhter Gesundheitskompetenz, Umweltsicherheit (Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit; Brandsicherheit zu Hause) und zu höheren Beschäftigungsfähigkeiten. Eine andere Maßnahme mit dem Schwerpunkt auf dem Aufbau von Gesundheitskompetenz in einer benachteiligten Gemeinschaft war das Projekt „Stoke Speaks Out“ (94), Teil des englischen Konzepts auf Stadtebene „Health Literacy Friendly Stoke“ (71). In diesem Projekt führten Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei frühkindlichen Gruppen (Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren und ihre Eltern) in einer sozioökonomisch benachteiligten Gegend zu höherem Wissen, besserem Sprachvermögen, besseren Fähigkeiten und höherem Vertrauen (sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern) in gesundheitsbezogenen Bereichen, beispielsweise bei Zahnarzt- oder Arztbesuchen. Bei einer österreichischen Maßnahme mit dem Ziel des Aufbaus von Gesundheitskompetenz und Gesundheitswissen bei übergewichtigen Jugendlichen und ihren Familien, dem Projekt „Fit und Gsund“ (95) (Teil des nationalen Programms zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz (37)), wurden Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Familien Fähigkeiten im Hinblick auf eine gesunde Lebensweise antrainiert, was zu einem besseren Wissen und zu einem Umdenken im Bereich Sport und Ernährung führte. Ein englisches Handlungskonzept, das Programm „Skilled for Health“, hatte den Aufbau von Gesundheitskompetenz bei benachteiligten Gemeinschaften zum Ziel und bot Schulungen in verschiedenen Umfeldern an: sozioökonomisch benachteiligte Gruppen, Arbeitsplätze mit einem hohen Anteil von Arbeitern mit geringen Fähigkeiten, Armee und Gefängnisse (72). Die nationale Evaluation zeigte positive Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz durch höheres Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, Krankheitsvorsorge und eine bessere Orientierung in den Gesundheitsdiensten. Sie zeigte außerdem eine Verbesserung der allgemeinen sprachlichen und rechnerischen Fähigkeiten und höhere Qualifikationen und infolgedessen eine höhere Beschäftigungsfähigkeit.



**Maßnahmen ohne bereits verfügbare bewertete Ergebnisse.** Es gibt eine Maßnahme in Nordirland für sozioökonomisch benachteiligte Familien mit Kindern im Vorschulalter mit dem Ziel der Verbesserung der Elternkompetenz, darunter der Gesundheitskompetenz, und weitreichenderen Beschäftigungsfähigkeiten von Eltern (73). Eine andere konzeptbezogene Maßnahme in Italien (Umbrien) hat die Verbesserung der Gesundheit durch die Förderung kultureller Gruppenmaßnahmen zum Ziel.

### Fallstudie 2. Das MiMi-Projekt – mit Migranten für Migranten

Das MiMi-Projekt wurde 2003 mit der finanziellen Unterstützung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen als Pilotintervention in Deutschland (50) gestartet. Die Intervention hat die Bekämpfung der Ungleichheit im Hinblick auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsinformationen unter Migranten durch Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei der Migrantenbevölkerung zum Ziel.

MiMi wendet den Ansatz an, Migranten als Mediatoren einzusetzen, um sicherzustellen, dass Gesundheitsinformationen zugänglich und kulturell angemessen sind. Migranten, die als sozial integriert gelten, ein hohes Bildungsniveau aufweisen und innerhalb ihrer Gemeinschaft respektiert werden, werden in ihrer Freizeit (abends und am Wochenende) zu Mediatoren ausgebildet. Die Ausbildung dauert ungefähr 50 Stunden und erstreckt sich unter anderem auf Themen wie das Gesundheitssystem und wesentliche Fragen der Gesundheitsvorsorge (z. B. sexuelle Gesundheit, mentale Gesundheit, Nahrung und Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum). Die Mediatoren fördern die Gesundheit, indem sie Veranstaltungen zum Informationsaustausch an Orten durchführen, die von ihren Landsleuten besucht werden, und Unterstützung und Orientierungshilfen für Mit-Migranten zur Verbesserung ihres persönlichen Gesundheitsverständnisses und ihrer persönlichen Gesundheitsverantwortung anbieten. So „fungieren“ Mediatoren „als Brückenbauer zwischen weniger gut integrierten Migrantinnen und Migranten und dem deutschen Gesundheitssystem“ (50).

Die Evaluation des Projekts ist fortlaufend; sie umfasst Fragebögen für Mediatoren im Anschluss an Schulungen, qualitative Interviews und eine Kosten-Nutzen-Analyse. MiMi wurde von der WHO anerkannt und dient als Fallstudie zur Bewältigung von Armut und sozialer Abgrenzung; im Jahr 2015 hat das Programm den European Health Award gewonnen (93). Es erstreckt sich inzwischen auf 64 Städte und Gemeinden in Deutschland und Österreich (37) und wird innerhalb des Schweizer nationalen Programms Migration

### Fallstudie 2 (Forts.)

und Gesundheit (69) eingesetzt. MiMi ist ein wichtiges Beispiel dafür, wie Mitgliedstaaten innerhalb der Europäischen Region gegenseitig aus ihren Initiativen lernen und im Hinblick auf die Verbesserung von sowohl Gesundheit als auch des Zugangs zur Gesundheitsvorsorge für wichtige Bevölkerungsgruppen zusammenarbeiten können.

### Fallstudie 3. Qualitative Studie zur Gesundheitskompetenz bei neu eingetroffenen weiblichen Flüchtlingen in Schweden

In Schweden erhalten neu eingetroffene Immigranten eine kulturell sensible Gesundheitserziehung (einschließlich sexueller Gesundheit) im Gruppenumfeld (33). Eine qualitative Studie untersuchte die Einschätzung von Immigrantinnen zum Ausmaß der durch die Gesundheitserziehung bewirkten Verbesserung ihrer Gesundheitskompetenz im sexuellen Bereich. Die befragten Frauen berichteten von besserem Wissen über sexuelle Gesundheit (einschließlich medizinischer Terminologie), einem höheren Selbstbewusstsein bei der Besprechung sexueller Gesundheitsthemen mit Freunden und der Familie, einem besseren Bewusstsein für ihre Rechte und einer höheren Befähigung in Verbindung mit sexueller Gesundheit. Insofern hat die Gesundheitserziehung zu einer funktionellen, interaktiven und wesentlichen Verbesserung der Gesundheitskompetenz geführt (27).

## Konzeptbezogene Maßnahmen mit Empfängern auf Organisationsebene

**Maßnahmen mit bewerteten Ergebnissen.** Es wurden zwei konzeptbezogene Maßnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der Fähigkeiten im Bereich der Gesundheitskompetenz von Personen, die Dienste für Menschen mit geringerer Gesundheitskompetenz anbieten, identifiziert. In einem nationalen Demonstrationsprojekt in Verbindung mit dem aktuellen englischen Handlungskonzept zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz (70) führte ein Programm zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz für Beschäftigte in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Feuerwehr- und Rettungsdienste und Gemeinwesen zu einem höheren Kenntnisstand der Beschäftigten und einer höheren Selbstsicherheit bei der Unterstützung von Patienten und Kunden (90). In einem nationalen Demonstrationsprojekt in Schottland führten Maßnahmen zur Personalschulung, wie die Verwendung der Teach-Back-Methode (96,97),



zu einem höheren Zutrauen der Fachkräfte in ihre Fähigkeit zur Erfüllung der Bedürfnisse von Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz (98).

**Maßnahmen ohne bereits verfügbare bewertete Ergebnisse.** Verschiedene Maßnahmen haben die Verbesserung der Leistung von Organisationen, die Dienste für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz anbieten, zum Ziel. In Valle D'Aosta (Italien) liegt ein Schwerpunkt auf interkulturellen Mediationsdiensten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen aus verschiedenen kulturellen und ethnischen Gruppen (54). Einige Konzepte enthalten Maßnahmen zur Verbesserung der Klarheit von Gesundheitsinformationen und/oder der Beschilderung in Krankenhäusern (54,55,75) und der Qualifikation von Gesundheitsfachkräften (46,54,55,58). Das deutsche Handlungskonzept, die „Nationale Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung“ (48), hat sich das Ziel gesetzt, bei Lehrern Qualifikationen zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz aufzubauen. Maßnahmen im Handlungskonzept im Trentino (Italien) beziehen die Medien und Journalisten mit ein (56).

### **Konzeptbezogene Maßnahmen mit Empfängern auf Systemebene**

**Maßnahmen mit bewerteten Ergebnissen.** Keine der berichteten bewerteten konzeptbezogenen Maßnahmen, die im Rahmen dieser Evidenzaufbereitung identifiziert wurden, untersuchten Maßnahmen auf Systemebene.

**Maßnahmen ohne bereits verfügbare bewertete Ergebnisse.** Das deutsche Handlungskonzept, die „Nationale Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung“, beschreibt den Aufbau, die Weiterentwicklung und die Verbreitung von Strukturen (48), während das irische Rahmenwerk für verbesserte Gesundheit und verbessertes Wohlbefinden die Aufnahme von Gesundheitskompetenz in die Entwicklung eines Gesundheits- und Bildungskonzepts (51) beschreibt. Von der Evaluation dieser Maßnahmen werden wertvolle Informationen zur Wirksamkeit dieser Maßnahmen auf Systemebene erwartet.

### **Gesundheitskompetenzportale**

Maßnahmen, die zu öffentlich zugänglichen Portalen mit Informationen und Werkzeugen zur Gesundheitskompetenz führten, ergaben sich auf Grundlage von Handlungskonzepten in Deutschland (31,48), Österreich (37), der Russischen Föderation (63) und dem Vereinigten Königreich (70,72,75).

## 2.2.4 Faktoren mit Einfluss auf die Wirksamkeit von Handlungskonzepten

Informationen zu den Faktoren (d. h. begünstigende Faktoren und Hindernisse), die Einfluss auf die erfolgreiche Umsetzung eines Handlungskonzepts zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz haben, stammen aus der fachlich begutachteten Literatur (34–36), die die Ansichten von Politikern untersuchte, die, als Teil des Gesunde-Städte-Netzwerks der WHO, Konzepte, darunter auch Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, entwickelten und umsetzten (99).

**Begünstigende Faktoren.** In einer Analyse von 112 Fallstudien zeigten Green et al., dass mehr als 90% auf fünf Voraussetzungen (basierend auf Tsouros (100)) verwiesen: ressortübergreifende Zusammenarbeit, unterstützende institutionelle Strukturen und Prozesse, politische Führerschaft, Bürgerbeteiligung und Vernetzung (35). Die Bedeutung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit wurde in Stavropol (Russische Föderation) gezeigt, wo das Programm für die Vorbeugung gegen nichtübertragbare Krankheiten auf dem Sachverstand der Staatlichen Medizinischen Universität aufbaute und die kommunalen Abteilungen für Gesundheitsversorgung, Bildung und soziale Absicherung (35) mit einbezog. Die Bedeutung der politischen Führerschaft wurde von Morrison et al. hervorgehoben: Ein Teilnehmer aus Lissabon kommentierte, dass „tackling inequalities in health should be a priority in the Lisbon Metropolitan Area and is not, directly, (this is) a hotly debated topic“ [die Bekämpfung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich eine Priorität im Großraum Lissabon sein sollte, dies aber keine direkte Priorität ist; (dies ist) ein heiß debattiertes Thema] (34). Verschiedene Autoren äußerten sich zu den Vorteilen des Dialogs und der Zusammenarbeit mit der Bevölkerung. Beispielsweise beschreiben Green et al. ein Handlungskonzept von Preston (Vereinigtes Königreich), in dem die Kontrolle über bestimmte Straßen durch die Bewohner diesen die Vorteile des Zufußgehens und des Zusammenseins mit anderen für die Gesundheit bewusster machte (35).

**Hindernisse.** Zu den Hindernissen für eine erfolgreiche Umsetzung von Handlungskonzepten gehörten kulturelle Barrieren. Beispielsweise berichteten Morrison et al., dass Informanten aus Stockholm und Lissabon die Hindernisse für die Bekämpfung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich als im Wesentlichen mit verankerten kulturellen Vorstellungen zusammenhängend beurteilten, was die Annahme gesünderer Lebensweisen schwierig machte (34). Haushaltsbeschränkungen waren ebenfalls von Bedeutung: Dieselbe Studie berichtete, dass die Finanzierungsfrage eine sehr große Rolle spiele. Jedes Jahr stünde weniger Geld zur Verfügung und die Krise mache es noch



schlimmer (34). Ein anderes berichtetes Hindernis war die Schwierigkeit, an hochwertige Erkenntnisse zu gelangen: Bull et al. kamen zu dem Ergebnis, dass das Vorhandensein und die Nutzung solcher Erkenntnisse sehr unterschiedlich ausfielen (36).

## 3. DISKUSSION

### 3.1 Stärken und Grenzen

Dieser Bericht analysierte die identifizierten Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz unter Verwendung eines klaren Rahmenwerks. Auch wenn die Sprachen im Kernteam auf Deutsch, Englisch und Niederländisch beschränkt waren, arbeitete das Prüftteam über ausgedehnte Netzwerke mit Sprechern verschiedener zusätzlicher Sprachen der Europäischen Region (Finnisch, Französisch, Griechisch, Hebräisch, Italienisch, Katalanisch, Portugiesisch, Russisch und Spanisch) zusammen. Vorläufige Ergebnisse wurden der Gründungstagung des WHO-Netzwerks der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative zur Messung der Gesundheitskompetenz (22.–23. Februar 2018) präsentiert (101), an der Vertreter von 19 Mitgliedstaaten teilnahmen, die die Gelegenheit hatten, den führenden Autor auf Lücken und Fehler im Bericht aufmerksam zu machen und über den Nutzen für künftige Entscheidungen und Maßnahmen zu beraten. Zusätzlich fanden Expertenerhebungen bei verschiedenen maßgeblichen Akteuren statt, darunter auch Erhebungen auf Russisch in den Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan und Usbekistan); es ging jedoch keine Antwort von diesen Ländern ein.

Einige der regionsweiten und nationalen Konzeptpapiere, Erklärungen und Leitlinien, die nicht die genaue Definition für Gesundheitskonzepte erfüllten, fanden keine Aufnahme in die Evidenzaufbereitung; diese werden jedoch als Hintergrundmaterial genannt, da sie zur aktuellen politischen und organisatorischen Umgebung beitragen, innerhalb derer Konzepte entwickelt und umgesetzt werden können.

Viele wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, die nicht in Verbindung mit einem Handlungskonzept stehen, wie Primärforschung und gemeindenahе Maßnahmen, fanden keine Aufnahme in diese Evidenzaufbereitung. Von den 15 300 fachlich begutachteten Publikationen, die während der Fachliteratursuche identifiziert wurden, konnten nur vier direkt mit einem oder mehreren Handlungskonzepten in Verbindung gebracht werden, drei weitere untersuchten konzeptbezogene Hindernisse und begünstigende Faktoren; im Vergleich hierzu wurde in 2447 Publikationen auf PubMed in den Jahren 2008 bis 2017 der Begriff **health literacy** im Titel genannt; es kann davon ausgegangen werden, dass bei einem erheblichen Anteil dieser verbleibenden Publikationen Gesundheitskompetenzmaßnahmen in der Europäischen Region der WHO



beschrieben werden. Eine Evidenzaufbereitung dieser nicht-kompetenzbezogenen Maßnahmen wäre Basis für einen nützlichen neuen zusammenfassenden Bericht des Health Evidence Network.

## 3.2 Grundsatzüberlegungen

Sollen die Bedeutung von Gesundheitskompetenz bei der Schaffung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit (11) und ihre Bedeutung für die Aufstellung der Gesundheitsstrategie der Europäischen Region der WHO, Gesundheit 2020 (8), eine stärkere Anerkennung erfahren, ist ein systematischerer Ansatz für die Entwicklung von Handlungskonzepten und für die Evaluation ihrer Wirksamkeit in Mitgliedstaaten erforderlich. Dieser Bericht beleuchtet bewährte Praktiken und neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Handlungskonzepten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei Patienten, Bürgern und Gemeinschaften, zeigt aber auch, dass Handlungskonzepte von einem ganzheitlicheren Ansatz profitieren könnten.

Die folgenden Grundsatzüberlegungen werden den Mitgliedstaaten vorgeschlagen:

- Prüfung der in diesem Bericht erfassten bestehenden Handlungskonzepte und verbundenen Maßnahmen auf ihre Eignung zur Entwicklung oder Verbesserung von Handlungskonzepten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und verbundener Maßnahmen zum Vorteil von Bürgern, Patienten und Gemeinschaften;
- Erweiterung der für ganzheitliche Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz erforderlichen Bereiche um Lebensumfeld, Arbeitsplatz, Medien und digitale/e-Gesundheit auf allen gesellschaftlichen Ebenen – Einzelpersonen, Gemeinschaft, Organisation und System (Legislative);
- Stärkung der Evidenzbasis für Gesundheitskompetenz auf allen gesellschaftlichen Ebenen, um sicherzustellen, dass die Handlungskonzepte die spezifischen Bedürfnisse im nationalen oder lokalen Kontext berücksichtigen;
- Aufnahme belastbarer qualitativer und quantitativer Evaluationen in die Handlungskonzepte und die entsprechenden Interventionen – quantitative Verfahren könnten kompetenzbezogene Evaluationen der Evidenz zu gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen auf allen Ebenen vor und nach der Durchführung von Maßnahmen umfassen; und
- Aufnahme von begünstigenden Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung in das Konzept zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, darunter ressortübergreifende Zusammenarbeit, politische Führerschaft und Strategien zur Überwindung kultureller Barrieren.

Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Politikern und der wissenschaftlichen Welt wäre hilfreich bei der Erfassung belastbarer Daten zur Bereitstellung von Informationen über Handlungskonzepte und zur Evaluation der Wirksamkeit von konzeptbezogenen Maßnahmen. Das neu eingerichtete *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative (101), an dem sich Politiker und Forscher beteiligen, bietet eine hervorragende Gelegenheit, dies umzusetzen.



## 4. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Gesundheitskompetenz wird als Mittel zur Förderung von Gesundheit, zur Verringerung des Risikos von Erkrankungen und des vorzeitigen Tods und zur Förderung einer kosteneffektiven, patientenorientierten und gleichberechtigten Gesundheitsversorgung anerkannt. Im Mittelpunkt der Gesundheitskompetenz steht die Entwicklung von Fähigkeiten über den gesamten Lebensverlauf, wozu auch Maßnahmen im vorschulischen Bereich, formeller Unterricht an Schulen und Erwachsenenbildung gehören. Weitere zentrale Aspekte sind Gesundheitsversorgung, Lebensumfeld, Beschäftigung, Medien und digitale Gesundheit. Gesundheitskompetenz wird als der Schlüssel für die Entwicklung von Handlungskonzepten mit positiver Auswirkung auf die Gesundheit, für die Verbesserung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen und für die Förderung der Gleichheit anerkannt.

Dieser Bericht identifizierte eine Vielzahl von Handlungskonzepten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und konzeptbezogenen Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO. Er identifizierte allerdings auch Lücken in der geographischen Verteilung, bei den Kennwerten für Gesundheitskompetenz, der Evidenz zu gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen von Handlungskonzepten, dem Umfang der gesellschaftlichen Bereiche, auf die die Konzepte ausgerichtet sind, und den bereichsübergreifenden Maßnahmen. Die erläuterten Grundsatzüberlegungen würden, sofern sie angenommen werden, die Entwicklung ganzheitlicher Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Mitgliedstaaten und die Entwicklung, Umsetzung und konsequente Evaluation von konzeptbezogenen Maßnahmen zur Darlegung der Vorteile solcher Konzepte gegenüber Bürgern und der Gesellschaft fördern.

## QUELLENANGABEN

1. Weltgesundheitsorganisation [Website]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2017 (<http://www.euro.who.int/de/about-us/organization>, eingesehen am 14. Mai 2018).
2. Development Assistance Committee. DAC list of ODA recipients: effective for reporting on 2014, 2015 and 2016 flows. Paris: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; 2017 ([http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/DAC\\_List\\_ODA\\_Recipients2014to2017\\_flows\\_En.pdf](http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/DAC_List_ODA_Recipients2014to2017_flows_En.pdf), eingesehen am 9. November 2017).
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
4. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
5. Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, van der Heide I et al. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union (HEALIT4EU): final report. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union; 2015.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Rockville (MD): Agency for Health Care Research and Quality (US); 2011.
7. Robertson R, Wenzel L, Thompson J, Charles A. Understanding NHS financial pressures: how are they affecting patient care? London: King's Fund; 2017 ([https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/Understanding\\_NHS\\_financial\\_pressures\\_-\\_full\\_report.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding_NHS_financial_pressures_-_full_report.pdf), eingesehen am 10. März 2018).
8. Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, eingesehen am 16. Mai 2018).
9. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313–24.
10. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(10):1032–8.

- 
11. Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2016 (9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung).
  12. Quaglio G, Sørensen K, Rübzig P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promot Int.* 2017;32(6):1074–80.
  13. McDaid D. Investing in health literacy. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2016.
  14. Sustainable health systems for inclusive growth in Europe. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/news/news/2013/11/sustainable-health-systems-for-inclusive-growth-in-europe>, eingesehen am 5. März 2018).
  15. The Riga roadmap. Investing in health and wellbeing for all. Riga: Latvian Presidency of the Council of Europe; 2015 (Universal Health Care Conference; <http://rigahealthconference2015.eu/wp-content/uploads/2015/08/Riga-Roadmap-download-FINAL.pdf>, eingesehen am 5. März 2018).
  16. Die Erklärung von Minsk. Der Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2015 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/289965/The-Minsk-Declaration-DE-rev1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/289965/The-Minsk-Declaration-DE-rev1.pdf?ua=1), eingesehen am 16. Mai 2018).
  17. Erklärung von Paris. Partnerschaften für die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer jungen und künftiger Generationen. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/325186/Paris\\_Declaration\\_GER.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/325186/Paris_Declaration_GER.pdf), eingesehen am 16. Mai 2018).
  18. 2017 Healthy Cities Pécs Declaration. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2017 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/334643/Pecs-Declaration.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/334643/Pecs-Declaration.pdf), eingesehen am 14. März 2018).
  19. Health literacy: the solid facts. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013.
  20. Gesundheitskompetenz fördern. Ansätze und Impulse. Ein Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz. Bern Allianz Gesundheitskompetenz; 2016 ([http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Brosch\\_A4\\_Gesundheitskompetenz\\_dt\\_web.pdf](http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Brosch_A4_Gesundheitskompetenz_dt_web.pdf), eingesehen am 5. März 2018).
  21. Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven. Bern Allianz Gesundheitskompetenz; 2015 ([http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Gesundheitskompetenz\\_\\_Sammelband.pdf](http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Gesundheitskompetenz__Sammelband.pdf), eingesehen am 10. März 2018).

22. Kickbusch I, Wait S, Magg D. Navigating health. The role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future; 2005.
23. Pleasant A. Appendix A. Health literacy around the world: part 1. Health literacy efforts outside of the United States. In: Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary. Washington (DC): Institute of Medicine; 2013.
24. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies; a foundation document to guide capacity development of health educators. Kairo: WHO-Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum; 2012.
25. Health policy. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2018 ([http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/), eingesehen am 15. Januar 2018).
26. Evaluation of the Atelier Roma Men's Training, Diversion and Health Literacy Programme. Dublin: Health Service Executive; 2016 (<http://www.hse.ie/eng/about/Who/primarycare/socialinclusion/intercultural-health/Atelier-Report.pdf>, eingesehen am 10. Januar 2018).
27. Svensson P, Carlzen K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Cult Health Sex.* 2016;19(7):752–66.
28. Bujan PA, González Mestre A, Blay Pueyo C, Ledesma Castellort A, Contel Segura JC, Constante Beitia C. Expert Patient Programme Catalonia: a person-centered community perspective. *Int J Integr Care.* 2015;15(Annu Conf Suppl): URN:NBN:NL:Ul:10-1-117086.
29. Gromnica-Ihle E, Faubel U, Cattelaens K, Wie vermittelt die Deutsche Rheuma-Liga Gesundheitskompetenz? *Zeitschrift für Rheumatologie* 2014;73(8):721–8.
30. National intercultural health strategy 2007–2012. Dublin: Health Service Executive; 2008 (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/socialinclusion/national-intercultural-health-strategy-2007---2012.pdf>, eingesehen am 6. Januar 2018).
31. Leitbild der Deutschen Rheuma-Liga. Bonn: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.; 2014 ([https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Verband/Leitbild/DRL\\_Leitbild\\_final.pdf](https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Verband/Leitbild/DRL_Leitbild_final.pdf), eingesehen am 6. März 2018).
32. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat [Programm der Prävention von und der Beschäftigung mit chronischen Krankheiten]. Barcelona Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012 (auf Katalanisch; [http://salutweb.gencat.cat/web/content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf), eingesehen am 10. März 2018).

- 
33. Lag om etableringsinsatser för nyanlända invandrare [Gesetz über die Einführung von Maßnahmen für neu angekommene Migranten]. Stockholm: Schwedisches Parlament; 2010 (auf Schwedisch; [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2010197-om-etableringsinsatserforvissa\\_sfs-2010-197](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2010197-om-etableringsinsatserforvissa_sfs-2010-197), eingesehen am 5. März 2017).
  34. Morrison J, Pons-Vigués M, Bécares L, Burström B, Gandarillas A, Domínguez-Berjón F et al. Health inequalities in European cities: perceptions and beliefs among local policymakers. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004454.
  35. Green G, Jackisch J, Zamaro G. Healthy cities as catalysts for caring and supportive environments. *Health Promot Int*. 2015;30(suppl 1):99–107.
  36. Bull F, Milton K, Kahlmeier S, Arlotti A, Juričan AB, Belander O et al. Turning the tide: national policy approaches to increasing physical activity in seven European countries. *Br J Sports Med*. 2015;49(11):749–56.
  37. Gesundheitsziele Österreich. In: Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz [Website]. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2016 (<https://oepgk.at/>, eingesehen am 10. März 2018).
  38. Session de 2016–2017. Brussels: Sénat de Belgique; 2017 ([https://www.senate.be/www/?Mlval=/index\\_senate&MENUID=12410&LANG=fr](https://www.senate.be/www/?Mlval=/index_senate&MENUID=12410&LANG=fr), eingesehen am 10. Mai 2018).
  39. Strateški plan razvoja javnog zdravstva 2013–2015 [Strategischer Entwicklungsplan für öffentliche Gesundheit 2013–2015]. Zagreb: Gesundheitsministerium der Republik Kroatien; 2013 (auf Kroatisch; <http://hzzsr.hr/wp-content/uploads/2017/03/Strateski-plan-javnog-zdravstva-2013-2015.pdf>, eingesehen am 10. März 2018).
  40. Plan za zdravlje i socijalno blagostanje Primorsko-Goranske Zupanye za Radzdooblje 2015–2018 [Plan für Gesundheit und soziales Wohlergehen der Gespannschaft Primorje-Gorski 2015–2018]. Rijeka: Primorje-Gorski County Assembly; 2015 (auf Kroatisch; <http://www2.pgz.hr/doc/dokumenti/03-plan-zdravlje.pdf>, eingesehen am 10. März 2018).
  41. Health 2020: national strategy for health protection and promotion and disease prevention (Czech Republic). Prag: Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik; 2014.
  42. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet; terveystieto [Nationaler Rahmenlehrplan für Grundbildung; Gesundheitserziehung]. Helsinki: Education FNAF; 2014 (auf Finnisch).

43. La stratégie nationale de santé 2018–2022. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 (<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>), eingesehen am 10. März 2018).
44. Plan d'actions de prevention et de lutte contre l'illettrisme 2011–2015. Sant Denis (Reunion, Frankreich): Caref-Orer Reunion; 2011 ([http://www.cariforef-reunion.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=752:plan-d-actions-de-prevention-et-de-lutte-contre-l-illettrisme-a-la-reunion-agir-pour-lire-lire-pour-agir-2011-2015&catid=177&Itemid=1163](http://www.cariforef-reunion.net/index.php?option=com_content&view=article&id=752:plan-d-actions-de-prevention-et-de-lutte-contre-l-illettrisme-a-la-reunion-agir-pour-lire-lire-pour-agir-2011-2015&catid=177&Itemid=1163)), eingesehen am 10. März 2018).
45. Pays de la Loire programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2012–2016. Nantes: Agence Regionale de Picardie et Projet Regionale de Sante de Picardie; 2012 ([http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F\\_concertation\\_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/5-1-Programme-Regional-d\\_Acces-a-la-Prevention-et-aux-Soins-PRAPS.pdf](http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/5-1-Programme-Regional-d_Acces-a-la-Prevention-et-aux-Soins-PRAPS.pdf)), eingesehen am 10. März 2018).
46. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Berlin: Hertie School of Governance und Universität Bielefeld; 2018 (<http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>), eingesehen am 10. März 2018).
47. Übersicht über aktuelle Maßnahmen der Partner der Allianz für Gesundheitskompetenz. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017 ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/G/Gesundheit/Allianz\\_Gesundheitskompetenz\\_Massnahmen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Allianz_Gesundheitskompetenz_Massnahmen.pdf)), eingesehen am 10. Dezember 2017).
48. Grundsatzpapier zur Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung 2016–2026. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung; 2018 ([https://www.alphadekade.de/files/01\\_Grundsatzpapier\\_zur\\_Nationalen\\_Dekade\\_Alphabetisierung\\_und\\_Grundbildung\\_final.pdf](https://www.alphadekade.de/files/01_Grundsatzpapier_zur_Nationalen_Dekade_Alphabetisierung_und_Grundbildung_final.pdf)), eingesehen am 6. März 2018).
49. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011). Berlin: Gesundheitsziele.de; 2011 ([http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?\\_\\_cms\\_page=nationale\\_gz](http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz)), eingesehen am 6. März 2018).
50. Was ist MiMi? [Website]. Hannover: Ethno Medizinisches Zentrum e.V.; 2017 (<https://www.mimi-bestellportal.de/was-ist-mimi/>), eingesehen am 10. März 2018).
51. Healthy Ireland A framework for improved health and wellbeing 2013–2025. Dublin: Department of Health; 2013 (<http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf>), eingesehen am 10. März 2018).

- 
52. Kulturelle Angemessenheit und Zugänglichkeit des Gesundheitssystems. Jerusalem: Gesundheitsministerium; 2011 (auf Hebräisch)
  53. Health literacy workplan. Health Literacy Section, Department of Health Education and Promotion 2017–2018. Tel Aviv 2017: Clalit Health Services.
  54. Sviluppo di un Programma di Health Literacy: Leggere, capire e comunicare le informazioni per la salute [Entwicklung eines Programms der Gesundheitskompetenz: Lesen, Verstehen und Kommunizieren im Bereich der Gesundheit]. Aosta: Valle D'Aosta Local Health Authority; 2013 (auf Italienisch).
  55. Capirsi fa bene alla salute [Gegenseitiges Verständnis ist gut für die Gesundheit]. In: Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna 2017–2019 [Sozial- und Gesundheitsplan der Emilia-Romagna 2017–2019]. Bologna: Information and Communication Agency of the Regional Council of Emilia-Romagna; 2017 (auf Italienisch; <http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/piano-sociale-e-sanitario-la-programmazione>, eingesehen am 15. Dezember 2017).
  56. Piano per la salute del Trentino 2015–2020 [Plan für die Gesundheit von Trentino 2015–2025]. Trento: Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität; 2015 (auf Italienisch; <https://partecipa.tn.it/uploads/pianosalute/piano-per-la-salute-del-trentino-2015-2025.pdf>, eingesehen am 15. Dezember 2017).
  57. Piano regional di prevenzione Umbria 2014–2018 [Regionaler Präventionsplan für Umbrien 2014–2018]. Perugia: Il Consiglio Regionale dell'Umbria; 2014 (auf Italienisch; [http://www.regione.umbria.it/documents/18/3195498/Allegato+1+PRP+2014+2018+Parte+2\\_prova+web\\_pagine.pdf/4d07762a-25c6-4c1c-a6e7-51af7bcfeda3](http://www.regione.umbria.it/documents/18/3195498/Allegato+1+PRP+2014+2018+Parte+2_prova+web_pagine.pdf/4d07762a-25c6-4c1c-a6e7-51af7bcfeda3), eingesehen am 15. Dezember 2017).
  58. Piano sanitario e sociale integrato regionale (Tuscano) 2012–2015 [Integrierter Gesundheits- und Sozialplan (Toskana) 2012–2015]. Florence: Il Consiglio Regionale della Toscana; 2012 (auf Italienisch).
  59. Piano strategico regionale per la promozione all salute nella scuole 2017–2018 [Regionaler strategischer Plan für Gesundheitsförderung in Schulen 2017–2018]. Bari: Regione Puglia Assessorato alla Salute; 2017 (auf Italienisch; <https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/2661972/Catalogo+Salute+Scuola+2017-18/f1b3f2bb-da30-4795-88e1-5b76eaf2e9f8>, eingesehen am 15. Dezember 2017).
  60. Programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados [Nationales Programm für Bildung und Gesundheitskompetenz und Selbstversorgung]. Lissabon: Directorate-General for Health; 2016 (Contract no. 49; auf Portugiesisch; <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>, eingesehen am 10. März 2018).

61. Elaborarea materialelor de informare și educare pentru promovarea sănătății și educație pentru sănătate [Ausarbeitung von Informations- und Bildungsmaterialien zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung]. Bucharest: Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar; 2006 (auf Rumänisch).
62. Planul Multianual Integrat de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate [Mehrjähriger integrierter Plan für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung]. Bucharest: Gesundheitsministerium; 2016 (auf Rumänisch; [http://old.ms.ro/upload/plan-integrat-tipar\\_mic-ultima-versiune.pdf](http://old.ms.ro/upload/plan-integrat-tipar_mic-ultima-versiune.pdf), eingesehen am 10. März 2018).
63. Проект Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [Strategieprojekt für die Förderung einer gesunden Lebensweise, der Prävention und der Kontrolle nichtübertragbarer Krankheiten für den Zeitraum bis 2025]. Moskau: Gesundheitsministerium 2018 (auf Russisch).
64. Piano sanitario e sociosanitario della Repubblica di San Marino 2015–2017 [Gesundheits- und Sanitätsplan der Republik San Marino 2015–2017]. San Marino: State Secretariat for Health and Social Security, Family, Security and Economic Planning; 2015 (auf Italienisch).
65. Osebna odgovornost za zdravje in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva [Persönliche Verantwortung für die Gesundheit und Pflichten von Einzelpersonen]. Ljubljana: Institute for Health Care of Slovenia; 2017 (auf Slowenisch; <http://www.zzzs.si/novosti/5A5960D1EB7845AEC12581AF0041568A?open&l=p>, eingesehen am 20. November 2018).
66. Pla de salut 2016–2020 [Gesundheitsplan von Katalonien 2016/2020]. Barcelona: Government of Catalonia; 2017 (auf Katalanisch; [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/Pla\\_salut/pla-de-salut-2016-2020/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/), eingesehen am 10. März 2018).
67. IV Plan de salut de la Comunitat Valenciana (2016/2020) [IV Gesundheitsplan der Region Valencia (2016–2020)]. Valencia: Government of Valencia; 2016 (auf Spanisch; [http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV\\_PLAN+DE+SALUD\\_CV\\_2016\\_Castellano\\_web.pdf](http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf), eingesehen am 10. März 2018).
68. Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2018 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>, eingesehen am 5. März 2018).
69. Nationales Programm Migration und Gesundheit: 2008–2013, Ergebnisse und Prioritäten für 2014–2017. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweiz; 2013

- 
70. Enabling people to make informed health decisions. Health literacy [Website]. Leeds: NHS England; 2018 (<https://www.england.nhs.uk/ourwork/patient-participation/health-decisions/>), eingesehen am 9. März 2018).
  71. "Health literacy friendly" Stoke-on-Trent. Stoke-on-Trent: Stoke-on-Trent City Council; 2017.
  72. Evaluation of the second phase of the Skilled for Health programme. London: The Tavistock Institute and Shared Intelligence; 2009.
  73. Making life better. A whole system strategic framework for public health 2013–2023. Belfast: Department of Health, Social Services and Public Safety; 2014 ([https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/making-life-better-strategic-framework-2013-2023\\_o.pdf](https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/making-life-better-strategic-framework-2013-2023_o.pdf)), eingesehen am 10. März 2018).
  74. Belfast Healthy Cities: health literacy. Belfast: Belfast City Council; 2015 (<https://www.belfasthealthycities.com/what-health-literacy>), eingesehen am 31. Dezember 2017).
  75. Making it easy: a health literacy plan for Scotland. Edinburgh: NHS Scotland; 2014 (<http://www.gov.scot/Resource/0045/00451263.pdf>), eingesehen am 15. November 2017).
  76. Making it easier: a health literacy action plan 2017–2025. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<https://beta.gov.scot/publications/making-easier-health-literacy-action-plan-scotland-2017-2025/documents/00528139.pdf?inline=true>), eingesehen am 6. Januar 2018).
  77. Fairer health outcomes for all. Reducing inequities in health strategic action plan. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2011 (<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/866/5.1 Appendix Fairer Outcomes for All-Welsh Assembly Government Document.pdf>), eingesehen am 15. November 2017).
  78. The Abertawe Bro Morgannwg University Health Board health literacy policy. Swansea: Abertawe Bro Morgannwg University Health Board; 2017.
  79. Benoit F. Public policy models and their usefulness in public health: the Stages Model. Montréal (Québec): National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 2013 ([http://www.ncchpp.ca/docs/ModeleEtapesPolPubliques\\_EN.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/ModeleEtapesPolPubliques_EN.pdf)), eingesehen am 19. März 2018).
  80. Cheung KK, Mirzaei M, Leeder S. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Aust Health Rev.* 2010;34(4):405–13.
  81. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res.* 2006;8(2):e9.

82. The health literacy place [Website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/learning-and-development/national-training-courses/nhs-education-for-scotland/>), eingesehen am 10. März 2018).
83. Positive health – cooperate, participate, be active! In: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz [Website]. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2016 (<https://oepgk.at/massnahmen/positive-health/>), eingesehen am 10. März 2018).
84. Gesundheit kommt nachhause: Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter. Wien: Beratungsgruppe.at; 2011 (<http://www.gekona.at/index.php?SID=327>), eingesehen am 17. Dezember 2017).
85. A health literacy walk-through. Addressing health literacy issues in accessing and engaging with health services: navigation of the hospital environment. In: The health literacy place [Website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2016 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2016/news/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-one/>), eingesehen am 31. Dezember 2017).
86. Meaningful communication before medical procedures. In: The health literacy place [Website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2016 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2017/news/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-three/>), eingesehen am 10. März 2018).
87. Making it easy – progress against actions. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.gov.scot/Publications/2017/07/7806/downloads>), eingesehen am 23. April 2018).
88. Sicherung der Nachhaltigkeit von Kommunikations- und Fortbildungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen. In: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz [Website]. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2018 (<https://oepgk.at/massnahmen/geko-wien/>), eingesehen am 10. März 2018).
89. Herzensbildung. In: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz [Website]. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2016 (<https://oepgk.at/massnahmen/herzensbildung/>), eingesehen am 10. März 2018).
90. Making the case for health literacy: East Midlands national demonstrator site 2016–17. Strategic report. Leeds: Health Education England; 2017 ([https://hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/EM\\_HL\\_national\\_demonstrator\\_site\\_strategic\\_report\\_FINAL.pdf](https://hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/EM_HL_national_demonstrator_site_strategic_report_FINAL.pdf)), eingesehen am 10. März 2018).
91. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract.* 2001;4(6):256–62.

- 
92. Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa [Lernergebnisse der Gesundheitserziehung in der Grundbildung]. Helsinki: Board of Education; 2013 (auf Finnisch).
  93. Salman R, Weyers S. Deutschland. MiMi-Projekt – Mit Migranten Für Migranten. Armut und soziale Ausgrenzung in der Europäischen Region der WHO. Die Antwort der Gesundheitssysteme. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2010:52–63.
  94. Bailey V, Cheadle D. School readiness – Stoke speaks out. Stoke-on-Trent: Stoke-on-Trent City Council; 2016 (<http://webapps.stoke.gov.uk/uploadedfiles/Health-literacy-event-june-2016-reduced-file.pdf>, eingesehen am 10. März 2018).
  95. Fit und Gsund. In: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz [Website]. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2017 (<https://oepgk.at/massnahmen/fit-und-gsund/>, eingesehen am 10. März 2018).
  96. Tool 5. The Teach-Back method. Chapel Hill (NC): North Carolina Program on Health Literacy; 2015 (<http://www.nchealthliteracy.org/toolkit/tool5.pdf>, eingesehen am 10. März 2018).
  97. Developing checklists to remind and confirm the use of Teach-Back. In: The health literacy place [Website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2017/news/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-five/>, eingesehen am 10. März 2018).
  98. Experiences of healthcare staff using Teach-Back in practice. In: The health literacy place [Website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2017/professional-blogs/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-six/>, eingesehen am 10. März 2018).
  99. Gesunde Städte. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>, eingesehen am 14. März 2018).
  100. Tsouros A. City leadership for health and well-being: back to the future. J Urban Health. 2013;90(suppl 1):4–13.
  101. European Health Information Initiative action network on measuring health literacy (<http://www.uzg.cz/doc/Minutes-M-POHL.pdf>, eingesehen am 17. April 2018).

## ANHANG 1: SUCH- UND ANALYSESTRATEGIE

### Datenbanken, Websites und andere Quellen

Suchen und andere Maßnahmen zur Evidenzgewinnung wurden zwischen dem 9. Oktober 2017 und dem 20. Januar 2018 durchgeführt.

Die folgenden Datenbanken wurden auf fachlich begutachtete wissenschaftliche Literatur auf Deutsch, Englisch und Niederländisch unter Verwendung definierter Suchbegriffe durchsucht: Krankenpflege-Datenbank CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), EMBASE, MEDLINE, PsycINFO und Web of Science. Die Strategie war breit angelegt, um sicherzustellen, dass alle relevanten Dokumente identifiziert wurden.

Eine Suche im Internet nach grauer Literatur auf Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Katalanisch, Niederländisch, Russisch und Spanisch wurde in Google mit einer vom Forschungsteam entwickelten und vorab definierten Suchstrategie durchgeführt, die auf einer früheren Suchstrategie basierte, die im HEALIT4EU-Bericht (1) erfolgreich zur Anwendung gekommen war.

Die Suchen wurden ergänzt durch die Einbeziehung von Experten in bekannten Netzwerken (der Health Literacy Collaborative des Vereinigten Königreichs (2), Health Literacy UK (3), der Global Working Group on Health Literacy der International Union for Health Promotion and Education (4), der Alliantie Gezondheidsvaardigheden [niederländische Allianz für Gesundheitskompetenz] (5), dem Nordic Health Literacy Network (6) und dem Europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (7)) und die Zusammenarbeit mit Sprechern verschiedener zusätzlicher Sprachen der Europäischen Region (Finnisch, Griechisch, Hebräisch, Portugiesisch und Spanisch) über ausgedehnte Netzwerke zur Identifikation zusätzlicher Dokumente. Es wurde eine Schneeballtechnik eingesetzt, bei der Empfänger darum gebeten wurden, die über E-Mail erhaltenen Anfragen an relevante Kontakte weiterzuleiten. E-Mails mit der Bitte um Informationen zu Handlungskonzepten wurden vom Gesundheitsministerium der Russischen Föderation auf Russisch an die Gesundheitsministerien in den Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan und Usbekistan) verschickt. Ein Entwurf des Berichts wurde der Gründungstagung des Netzwerks der Europäischen Gesundheitsinformati-



Initiative zur Messung von Gesundheitskompetenz präsentiert, um den Teilnehmern die Möglichkeit zur Identifizierung fehlender Handlungskonzepte und von Fehlern im Bericht zu geben.

Die im jüngsten HEAL4EU-Bericht (1) beschriebenen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der EU wurden unabhängig überprüft (GR und JR), und es wurden sieben identifiziert, die die Kriterien der zusammenfassenden Überprüfung erfüllten.

Alle Suchen umfassten den Begriff **health literacy** auf Englisch und die entsprechenden Übersetzungen auf Deutsch [Gesundheitskompetenz], Französisch, Italienisch und Niederländisch. Alle Antworten der Expertenerhebungen waren in englischer Sprache formuliert.

## Studienauswahl

Die Ergebnisse aller Datenbanksuchen wurden heruntergeladen und zu einer einzigen Datenbank zusammengefasst. Nach der Entfernung von Duplikaten wurden die Titel und Abstracts unter Anwendung der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien auf ihre Eignung untersucht und anschließend von vier Forschern (GR, SS, EK und JR) überprüft, um Papiere für die endgültige Aufnahme zu identifizieren. Alle Uneinigkeiten wurden durch Diskussionen geklärt.

### Einschlusskriterien:

- Konnte als Handlungskonzept zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, so wie es in diesem Bericht definiert ist (d. h. Entscheidungen, Pläne und Maßnahmen, die zur Erreichung spezifischer Ziele in der Gesundheitskompetenz innerhalb einer Gesellschaft durchgeführt wurden) klassifiziert werden oder berichtete über eine aus einem identifizierten Handlungskonzept abgeleitete Maßnahme;
- Enthielt den Begriff **health literacy** (oder die Entsprechung in der jeweiligen Sprache); und
- Stammte aus einem der 53 Länder in der Europäischen Region der WHO.

### Ausschlusskriterien:

- Nicht als Handlungskonzept oder als Maßnahmen aus einem Konzept entsprechend den in dieser Evidenzaufbereitung verwendeten Kriterien klassifiziert;

- Enthielt nicht den Begriff **health literacy** (oder die Entsprechung in der jeweiligen Sprache); oder
- Stammte aus einem Land außerhalb der Europäischen Region.

Handlungskonzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz wurden in 19 Mitgliedstaaten identifiziert: Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Irland, Israel, Italien, Kroatien, Österreich, Portugal, Rumänien, Russische Föderation, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik und Vereinigtes Königreich.

## Datenextraktion

Die identifizierten Handlungskonzepte und Dokumente wurden unter Verwendung eines während dieser Bestandsaufnahme entwickelten Syntheserahmens analysiert. Materialien auf Deutsch, Englisch oder Niederländisch wurden von den Autoren analysiert; Dokumente in anderen Sprachen wurden von Muttersprachlern aus den wissenschaftlichen Bereichen der Autoren und von Muttersprachlern, die sich im Rahmen der Expertenerhebung dazu bereit erklärt hatten, analysiert. Eine Qualitätsprüfung wurde von drei Autoren (SR, AO'D und AT) an 5% der in der ursprünglichen Suche identifizierten Titel durchgeführt.

Der Syntheserahmen wurde entwickelt zur Identifizierung:

- des Landes, aus dem das Handlungskonzept stammte;
- des aktuellen Status des Handlungskonzepts (aktiv/abgeschlossen/in Entwicklung);
- der Organisationsebene des Handlungskonzepts, klassifiziert als regionsweit (d. h. Ebene der Europäischen Region), national (d. h. Mitgliedstaatebene oder Ebene der entwickelten Strategie und Finanzierung für Gesundheit) oder lokal (d. h. Ebene einer Gegend, einer Stadt oder einer Organisation);
- der Akteure des Handlungskonzepts;
- der erforderlichen Maßnahmen (d. h. Handlungen);
- des Umfelds; und
- ob das Handlungskonzept zu einem öffentlichen Gesundheitsportal geführt hat, über das auf Informationen oder Werkzeuge zur Gesundheitskompetenz öffentlich zugegriffen werden konnte.

Eine vorläufige Version des Berichts wurde auf der Gründungstagung des WHO-Netzwerks der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative zur Messung



der Gesundheitskompetenz (22.–23. Februar 2018) präsentiert (8), an der Vertreter von 19 Mitgliedstaaten die Gelegenheit hatten, auf Lücken und Fehler im Bericht aufmerksam zu machen und über den Nutzen für künftige Entscheidungen und Maßnahmen zu beraten.

## Suchbegriffe

Die folgenden Begriffe wurden für die PubMed-Suchstrategie verwendet. Andere Suchstrategien verwendeten diese Begriffe mit geringfügigen Änderungen.

((health adj literacy).mp. OR (Health Education/ OR Health Knowledge, Attitudes, Practice/ OR Health Literacy/) OR (Health literacy.mp. OR exp Health Literacy/) OR (health adj knowledge).mp. OR (medical adj data adj interpretation).mp. OR (health adj competence).mp. OR (gezondheidsvaardigheden OR gesundheitskompetenz).mp. OR (literacy OR literate OR reading OR writing OR numeracy).mp. OR (literacy.mp. OR Literacy/ OR Information Literacy/) OR ((reading adj level) OR (reading adj ability) OR (reading adj skills)).mp. OR ((writing adj ability) OR (writing adj level) OR (writing adj skills)).mp. OR analphabetism.mp.) AND ((Policy.mp. OR Health Policy/ OR Policy/ OR Public Policy/) OR (health adj care adj policy).mp. OR (programme OR programmes OR program OR programs).mp. OR (Health Planning/ OR health care planning.mp. OR Health Services Accessibility/) OR (health adj care adj planning).mp. OR (regulation OR (Public adj Health) OR strategy OR (Action adj plan) OR (action adj plans) OR (law OR laws) OR (rule OR rules) OR (decree OR decrees) OR (decision OR decisions) OR (act OR act) OR framework OR initiative OR campaign).mp. OR (National Health Programs.mp. OR National Health Programs/) OR (evaluation.mp. OR Evaluation Studies as Topic/) OR (Feasibility Studies/ OR feasibility.mp.) OR (Outcome.mp. OR "Outcome Assessment (Health Care)"/) OR (outcomes OR output OR outputs OR impact OR impacts).mp. OR (barriers and facilitators).mp.) AND ((Government Publications as Topic/ OR Government Programs/ OR Government/ OR Local Government/ OR Government Publications/ OR Government.mp.) OR (((non-government adj organisation) OR (non-governmental adj organisation) OR (non-government adj organization) OR (non-governmental adj organization) OR (local adj authority) OR (local adj authorities) OR authority OR (organisation OR organization) OR organisation OR organization).mp. OR Organizations/ OR (organisational OR organizational).mp. OR (public adj authority).mp. OR (public adj authorities).mp. OR state.mp. OR (public adj body).mp. OR (public adj bodies).mp. OR (municipality OR municipalities).mp. OR (ministry OR ministries).mp. OR (department OR departments).mp. OR arrondissement.mp. OR arrondissements.mp. OR province.

mp. OR provinces.mp. OR ministry.mp.) OR (Voluntary Health Agencies/  
agency.mp. OR agencies.mp. OR (regional adj office).mp. OR (regional adj offices).  
mp. OR (region OR regional).mp. OR (county adj councils).mp. OR (county adj  
council).mp. OR (regional adj health adj authorities).mp. OR (regional adj health  
adj authority).mp. OR (regional adj health adj department).mp. OR (regional  
adj health adj departments).mp. OR (local adj government).mp. OR voluntary.  
mp. OR (charity OR charities).mp.)) AND (((Austria OR Austrian OR Belgium  
OR Belgian OR Belge OR Bosnia OR Britain OR British OR United Kingdom OR  
(United adj kingdom) OR England OR Scotland OR Scottish OR Alba OR Wales  
OR Welsh OR Cymru OR (Northern adj Ireland) OR Bulgaria OR Bulgarian OR  
Croatia OR Croatian OR Cyprus OR Cyprian OR Czech OR (Czech adj Republic)  
OR Denmark OR Danish OR Estonia OR Estonian OR Finland OR Finnish OR  
France OR French OR German OR Germany OR Greek OR Greece OR Hungary  
OR Hungarian OR Ireland OR Irish OR Italy OR Italian OR Latvia OR Latvian OR  
Lithuania OR Lithuanian OR Luxembourg OR Luxembourgian OR Malta OR Maltese  
OR Netherlands OR Dutch OR Holland OR Poland OR Polish OR Portugal OR  
Portuguese OR Romanian OR Romanian OR Slovakian OR Slovak OR Slovenia  
OR Slovenian OR Spain OR Spanish OR Sweden OR Swedish).mp.) Limit to yr="2013-  
Current") OR ((Albania OR Albanian OR Andorra OR Andorran OR Armenia OR  
Armenian OR Azerbaijan OR Azerbaijani OR Belarus OR Belarusian OR Bosnian  
OR (Bosnia adj Herzegovina) OR Georgian OR Georgia OR Iceland OR Icelandic  
OR Israel OR Israeli OR Kazakhstan OR Kazakhstani OR Kyrgyzstan OR Kyrgyz  
OR Kirghiz OR Macedonian OR Macedonia OR Yugoslav OR (Former adj Yugoslav  
adj Republic adj of adj Macedonia) OR Monaco OR Monacan OR Montenegro  
OR Montenegrin OR Norway OR Norwegian OR Moldova OR Moldovan OR  
(Republic adj of adj Moldova) OR Russia OR Russian OR (San adj Marino) OR  
Sammarinese OR Serbia OR Serbian OR Switzerland OR Swiss OR Tajikistan OR  
Tajik OR Tadzhi OR Turkey OR Turkish OR Turkmenistan OR Turkmenistani OR  
Ukraine OR Ukrainian OR Uzbekistan OR Uzbekistani).mp.)) Limit to yr="1995-  
Current") OR (World health organization.mp. OR World Health Organization/  
WHO European Region.mp. OR European.mp. OR Europe/ OR European Union/  
OR ((Eastern adj Europe) OR (Western adj Europe) OR (Southern adj Europe) OR  
Baltic OR (Central adj Asia) OR (Northern adj Asia) OR (Commonwealth adj of  
adj Independent adj States) OR CIS OR (Middle adj East) OR EU).mp.))

Es wurde die folgende Suchstrategie für die Suche im Internet (Google Chrome)  
verwendet.

((("health literacy" policy WHO EU) AND ("health literacy" + WHO) AND ("health  
literacy" + "European Union") AND (Literacy + "European Union") AND ("health



literacy Europe" NGOs NGO "Non-governmental organisation" voluntary charity) AND ("health literacy" + EU + regional) AND ("health literacy" + EU + policy + evaluation) AND ("health literacy" +) AND ((Albania\*, Andorra\*, Armenia\*, Austria\*, Azerbaijan\*, Belarus\*, Belgium OR Belge OR Belgian, Bosnia\* OR "Bosnia and Herzegovina", Bulgaria\*, Croatia\*, Cyprus OR Cypr\*, Czech OR "Czech Republic", Denmark OR Danish, Estoni\*, Finland OR Finn\*, France OR French, Georgia, German\*, Greek OR Greece, Hungar\*, Iceland\*, Ireland OR Irish, Israel\*, Italy OR Italian\*, Kazak\*OR Kyrgyzstan\*, Latvia\*, Lithuania\*, Luxembourg\*, Malta OR Maltese, Monac\* Montenegr\*, Netherlands OR Dutch OR Holland, Norw\*, Poland OR Polish, Portug\*, the Republic of Moldova\* OR "Republic of Moldova", Romania\*, the Russian Federation, "San Marino", Serb\*, Slovak\*, Sloven\*, Spain OR Spanish, Sweden OR Swedish, Switzerland OR Swiss, Tajik\*, Macedoni\*, Yugoslav, Turkey OR Turkish, Turkmenistan\*, Ukrain\* Britain OR British OR United Kingdom OR "United Kingdom" OR England OR Scotland OR Alba OR Wales OR Welsh OR Cymru OR "Northern Ireland", Uzbekistan\*) Limit dates 1995–2017 for Non-EU/2013 for EU) OR "Alfabetización en salud"/"alfabetització en salut" (Spanish/Catalan) OR Spain OR Andorra OR Andalusia OR Catalonia OR Madrid OR Valencia OR Galicia OR Castile León OR Basque OR Castile-La Mancha OR "Canary Islands" OR Murcia OR Aragon OR Balearic OR Extremadura OR Asturias OR Navarre OR Cantabria OR "La Rioja") OR (Gezondheidsvaardigheden (Dutch) + Holland OR Netherlands OR Dutch) OR (Gesundheitskompetenz (German) + Germany) OR (Alfabetizzazione sanitaria OR alfabetizzazione alla salute (Italian) + Abruzzo OR Apulia OR Puglia OR Basilicata OR Lazio OR Liguria OR Lombardy OR Lombardia OR Sardinia OR Sardegna OR Bolzano OR Veneto OR Emilia-Romagna OR Tuscany OR Toscana OR "Friuli Venezia Giulia" OR Basilicata OR Campania OR Calabria OR Molise OR Marche OR Piedmont OR Piemonte OR Umbria OR Sicily OR Sicilia OR Trentino))

Die Ergebnisse in den Datenbanken und im Internet verteilen sich wie folgt:

#### **Bibliographische Datenbanken:**

Embase [4438]

PubMed [3793]

PsycINFO [1140]

Web of Science [7143]

CINAHL [812]

#### **Andere Quellen:**

Graue Literatur [15]

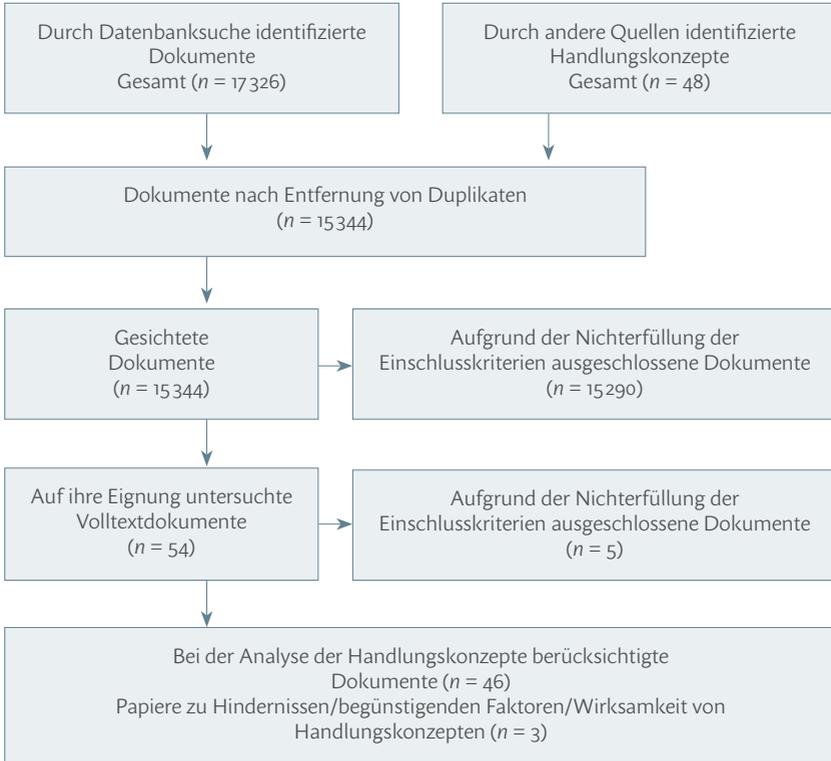
Expertenerhebung [26]

HEALIT<sub>4</sub>EU-Studie [7]

## Studienauswahl

Abb. A1.1 zeigt die Auswahl der Handlungskompetenzen und Studien basierend auf der PRISMA-Erklärung (9).

Abb. A1.1: Dokumentenauswahl



## QUELLENANGABEN

1. Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, van der Heide I et al. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union (HEALIT4EU). Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union; 2015.
2. Berry J. Does health literacy matter? [Blog] 19 October 2016. Leeds: NHS England; 2018 (<https://www.england.nhs.uk/blog/jonathan-berry/>), eingesehen am 5. April 2018).
3. Health Literacy UK [Website]. Charlton-on-Otmoor (Vereinigtes Königreich): Society for Academic Primary Care; 2018 (<http://www.healthliteracy.org.uk>), eingesehen am 5. April 2018).
4. Global Working Group on Health Literacy. In: International Union for Health Promotion and Education [Website]. Paris: International Union for Health Promotion and Education; 2018 (<http://www.iuhpe.org/index.php/en/global-working-groups-gwgs/gwg-on-health-literacy>), eingesehen am 5. April 2018).
5. Dutch Health Literacy Alliance [Website]. Utrecht: Dutch Health Literacy Alliance; 2018 (<http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/english/>), eingesehen am 5. April 2018).
6. Nordic Health Literacy Network. In: Health Literacy Europe [Website]. Aarhus: Global Health Literacy Academy; 2018 (<https://www.healthliteracyeurope.net/nordic-health-literacy-network>), eingesehen am 5. April 2018).
7. European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health: Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/Pre-2005/european-network-of-health-promoting-schools-the-alliance-of-education-and-health>), eingesehen am 14. März 2018).
8. European Health Information Initiative action network on measuring health literacy (<http://www.uzg.cz/doc/Minutes-M-POHL.pdf>), eingesehen am 17. April 2018).
9. Mohr D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264–9.



**Weltgesundheitsorganisation**

**Regionalbüro für Europa**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)

Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

ISBN 9789289053228



9 789289 053228 >