



Postgraduate School

Medizinische Universität Graz

## SCHRIFTLICHE ARBEIT MODUL A

Mag. (FH) Marlene Trolp  
[0814929]

## GESUNDHEITSKOMPETENZ UND CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

UNIVERSITÄTSLEHRGANG  
**PUBLIC  
HEALTH**  
Management in der Krankenversorgung  
und Gesundheitsförderung

Jänner 2015

## INHALTSVERZEICHNIS

1) Einleitung .....	3
2) Entwicklung des Begriffs und Definitionen.....	4
3) Gesundheitskompetenz in Österreich und im internationalen Vergleich.....	6
4) Modell von Sorensen et al. ....	8
5) Messinstrumente .....	11
6) Relevanz von Gesundheitskompetenz am Beispiel Bluthochdruck.....	12
7) Zusammenfassung & Ausblick .....	17
8) Literaturverzeichnis .....	20

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Ländervergleich.....	7
Abbildung 2: Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz für Krankheitsbewältigung .....	8
Abbildung 3: Integriertes konzeptuelles Modell.....	10

## 1) Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem wird zunehmend komplexer und setzt für eine kompetente Gesundheitsentscheidung spezielle Fähigkeiten voraus. Damit sind Fähigkeiten gemeint, die es erleichtern Entscheidungen zu Gunsten der eigenen Gesundheit zu treffen.

Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist eine wichtige Determinante in der öffentlichen und individuellen Gesundheitsförderung und ein wichtiges Element in der patientenorientierten Versorgung (Altin et al., 2014, S. 3) und wird in der Ottawa Charta (WHO 1986) als ein Kernkonzept der Gesundheitsförderung betrachtet (Doyle et al, 2012, S. 9). Die HLS-EU-Studie ermöglichte erstmals einen Ländervergleich und weist mit den Ergebnissen für Österreich auf Nachholbedarf hin (Doyle et al., 2012, S. 9).

In den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen wird die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz (Ziel 3: „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“) als ein wesentlicher Eckpunkt definiert. Die Messung soll anschließend routinemäßig durchgeführt werden. Dieses Ziel ist insbesondere deshalb wichtig, weil Gesundheitskompetenz Voraussetzung für die Erreichung von vielen weiteren Zielen ist (Rendi-Wagner & Peinhaupt, 2012, S. 11).

Für eine gute gesundheitsbezogene Entscheidung sind im Wesentlichen Fähigkeiten notwendig, die es ermöglichen Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Sorensen et al., 2012) oder zumindest deutlich erkennbar an diesen Entscheidungen mitzuwirken (Sänger, 2014, S. 8).

Gemäß dem Ludwig Boltzmann Institut ist Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung für die eigenverantwortliche aktive Mitarbeit im Behandlungsprozess (Pelikan, 28.02.2014, S. 4; Trummer et al, 2003, S. 9). Gesundheit wird als das Ergebnis einer gemeinsamen Anstrengung von Patienten und Professionellen gesehen (Trummer et al, 2003, S. 9). Das bedeutet, dass der Therapieerfolg unter anderem von Kompetenzen des Patienten abhängt (Pelikan, 28.02.2014, S. 4). Bei chronisch kranken Menschen, bei denen der Großteil der Therapie außerhalb des medizinischen Settings im Selbst-Management erfolgt, ist Gesundheitskompetenz deshalb besonders relevant. Denn oft ist die Komplexität, die damit einhergeht, eine Hürde für das erfolgreiche Selbst-Management (Doyle et al., 2012).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem von Sorensen et al. (2012) entwickelten Gesundheitskompetenz-Modell und verfügbaren Messinstrumenten. Nachdem die erste europaweite Erhebung auf diesem Konzept basiert, werden in diesem Zusammenhang die Studienergebnisse für Österreich im internationalen Vergleich beschrieben. Die Arbeit untersucht des Weiteren, wie relevant Gesundheitskompetenz für chronisch erkrankte Personen ist, insbesondere für jene, die Medikamente gegen Bluthochdruck einnehmen. In Österreich zählen sog. Blutdrucksenker nämlich zu den am häufigsten eingenommenen Medikamenten.

Rund 94% aller Österreicher mit Bluthochdruck, nehmen auch Medikamente dagegen ein. Gemäß Gesundheitsbefragung 2006/2007 sind das 715.000 Österreicherinnen (20%) und 550.000 Österreicher (16%) (Klimont et al., 2007, S. 48). Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist die Ermittlung weiterer Faktoren für das erfolgreiche Selbst-Management von Bluthochdruck. Die Fähigkeiten, die für ein gesundheitskompetentes Handeln notwendig sind, sind mittlerweile sehr umfassend und reichen über das medizinische Setting hinaus. Die Entwicklung dazu wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

## 2) Entwicklung des Begriffs und Definitionen

Der Begriff Gesundheitskompetenz wurde in den 1970er Jahren für funktionelle Kompetenzen wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen verwendet (Fousek et al., 2012, S. 4). In einer Studie, die im Auftrag des U.S. Departments of Education aus 1992 wurde Gesundheitskompetenz folgendermaßen definiert: *„Functional Health Literacy is the ability to apply reading and numeracy skills to health care settings“*. Der Begriff wird hier der funktionellen Health Literacy als Fähigkeit, Lese- und Rechenkompetenz im gesundheitlichen Setting anzuwenden, verstanden (Fousek et al., 2012, S. 4).

Die WHO verwendet den Begriff 1998 sehr eng in Verbindung mit Empowerment: *„Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.“* Bei dieser Begriffserklärung wird Gesundheitskompetenz als geistige und soziale Fertigkeit verstanden, sich Zugang zu Gesundheitsinformationen zu verschaffen, diese zu verstehen und so einzusetzen, dass sie der Gesundheit nützen. Auf der 7. Globalen Konferenz für Gesundheitsförderung der WHO in Nairobi 2009 wurde eine breitere Sichtweise weiterentwickelt und Gesundheitskompetenz um die Bereiche Umwelt, Politik und Soziales erweitert und wurden als gesundheitsbestimmende Faktoren adressiert. Als besonders wichtig erachtet wurde das Gesundheitssystem, innerhalb dessen Gesundheitsförderung passiert und Mechanismen der Partizipation integriert sind (Fousek et al., 2012, S. 4; Kani et al., 2009).

Empowerment zielt darauf ab, dass *„Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten, (...) Die Förderung von Partizipation und Gemeinschaftsbildung sind wesentliche Strategien des Empowermentprozesses, die sich meist auf benachteiligte Personen oder Gruppen beziehen. Empowerment verlässt die hierarchische Ebene vieler gesundheitlicher Dienstleistungen und betont vorhandene Stärken und Ressourcen (Lebenskompetenzen).“* (Fousek et al., 2012, S. 8). Gesundheitskompetenz wird somit als Komponente von Empowermentprozessen gesehen und kann Empowerment fördern und stärken. Durch die Fähigkeit Informationen kritisch-konstruktiv zu nutzen, kann Gesundheitskompetenz zu mehr Autonomie in Gesundheitsfragen führen. Gesundheitskompetenz kann dadurch Menschen zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit ermächtigen.

In diesem Sinne fördert und **stärkt** Gesundheitskompetenz **Empowermentprozesse**; respektive wie Nutbeam es formuliert; *„Health literacy is critical to empowerment.“* (Abel & Sommerhalder, 2007, S. 12)

Gesundheitskompetenz wird von Ilona Kickbusch, einer führenden Forscherin im Bereich Gesundheitsförderung, noch umfassender verstanden, nämlich als die Fähigkeit *„im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem oder allgemein in der Gesellschaft. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.“* (Fousek et al., 2012, S. 4).

Sörensen et al. (2012) sieht Gesundheitskompetenz eher als ein relationales Konzept, umgeben von individuellen und gesellschaftlichen Determinanten und zieht auch kontextuelle und soziale Faktoren mit ein, z.B. sprachliche Barrieren, die Verständlichkeit der Gesundheitsinformation. Synonym zu Gesundheitskompetenz werden im deutschsprachigen Raum auch Bezeichnungen wie Gesundheitsbildung oder Gesundheitsmündigkeit verwendet (Riegler, 2014, S. 11).

Zusammenfassend kann unter Gesundheitskompetenz die *„Fähigkeit verstanden werden, gesundheitsfördernde bzw. die Krankenbehandlung betreffende Entscheidung im Alltag zu treffen. Dafür sind bestimmte Kompetenzen einer Person und unterstützende Rahmenbedingungen im Umfeld erforderlich.“* (Fousek et al, 2012, S. 4)

Altin et. al (2014, S. 4) benannte die dafür notwendigen Fähigkeiten als *“a constellation of skills including the ability to interpret documents, read and write prose (print literacy), use quantitative information (numeracy skills or quantitative literacy) as well as being able to communicate effectively (oral literacy)”*.

Während Gesundheitskompetenz sich auf verschiedene Handlungsfelder bezieht, ist Patientenkompetenz die Kompetenz, die eine Person in der Rolle eines Patienten benötigt und somit aufgabenspezifischer. **Patientenkompetenz** beinhaltet die Fähigkeit in der Krankheitsbewältigung persönliche Bedürfnisse und Zielvorstellungen zu berücksichtigen und ist damit mit der Fähigkeit zur Übernahme von Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit bezüglich der eigenen Gesundheit verbunden, die wiederum Ausdruck von Gesundheitskompetenz ist. Diese Form der Gesundheitskompetenz zeigt sich in der Kompetenz **sowohl mündliche wie schriftliche medizinische, therapeutische, pflegerische und versicherungstechnische Informationen und Handlungsanweisungen zu verstehen, diese in Hinblick auf die eigenen Bedürfnisse und den Lebenskontext zu beurteilen und sie in Bezug auf die Förderung der eigenen Gesundheit umzusetzen.**

**Patientenkompetenz bedeutet auch, mit den Akteuren des Systems in eine Interaktion zu treten, um eigene Bedürfnisse, Fragen, Erfahrungen etc. einzubringen und zu besprechen und Informationen zu erhalten, um auf dieser Basis informierte Entscheidungen für Behandlungen und Leistungen zu treffen (Abel & Sommerhalder, 2007, S. 5ff).**

### **3) Gesundheitskompetenz in Österreich und im internationalen Vergleich**

Die Fähigkeiten für Entscheidungen, die für eine positive Beeinflussung von Gesundheit, verantwortlich gemacht werden, wurden erstmals im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU-Studie) gemessen. Acht teilnehmende EU-Staaten, einschließlich Österreich nahmen daran teil. Projektpartner in Österreich war das Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Resarch (LBIHPR).

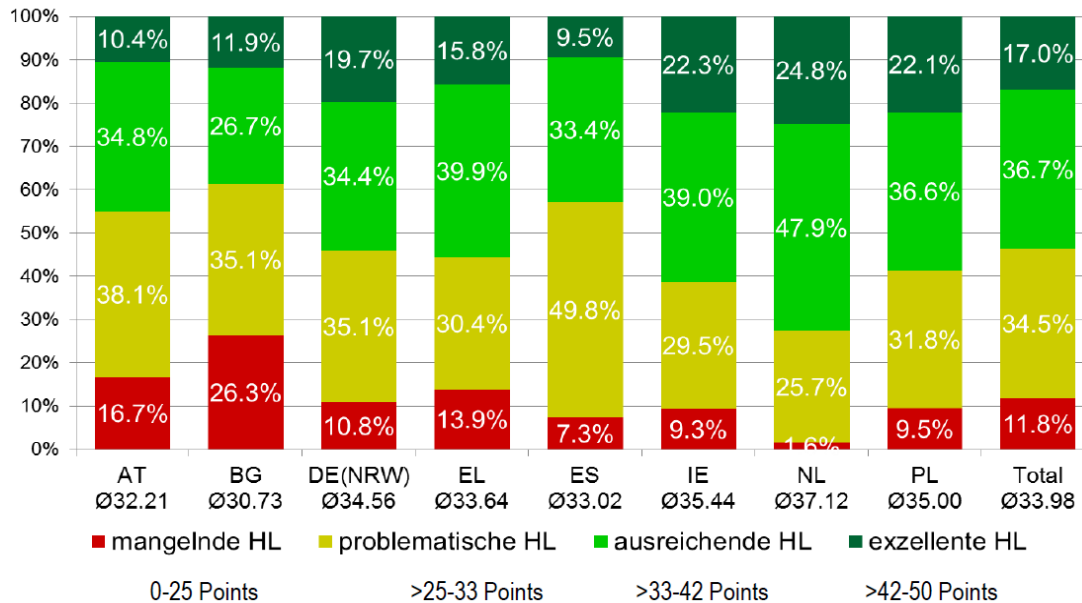
Das entwickelte HLS-EU-Q-Instrument misst nicht nur die Kompetenz der Bevölkerung, sondern auch die Schwierigkeit der Verhältnisse, innerhalb derer Aufgaben zu bewältigen sind in insgesamt 12 Dimensionen (Doyle et al., 2012, S. 21-22). **Das Instrument unterscheidet sich mit der Messung von Verhältnissen von vielen bisherigen Instrumenten.** Es wurden pro Mitgliedstaat 1.000 über 15-jährige EU-Bürger mit einer Face-to-Face-Erhebung (CAPI-Methode) interviewt. Um auch Vergleiche zwischen den österreichischen Bundesländern zu ermöglichen wurden Zusatzerhebungen durchgeführt.

Die Personen wurden aufgefordert Fähigkeiten in folgenden Dimensionen auf einer 4-stufigen Skala selbst einzuschätzen:

- Umfassende GK (47 Items)
- Krankheitsbewältigung GK (16 Items)
- Prävention GK (15 Items)
- Gesundheitsförderung GK (16 Items)

Zu o.a. Dimensionen wurden die Personen gefragt, wie schwierig sie es finden Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Ergänzt wurde der Fragebogen mit dem NVS-Test (Newest Vital Sign). Hier wurden den Personen sechs standardisierte Fragen zu einem Nährwertetikett gestellt um Gesundheitskompetenz situationsunabhängig zu messen (Pelikan et al., 2012, S. 8ff).

Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse der Dimension „Umfassende Gesundheitskompetenz“ von allen teilnehmenden Ländern im Vergleich.



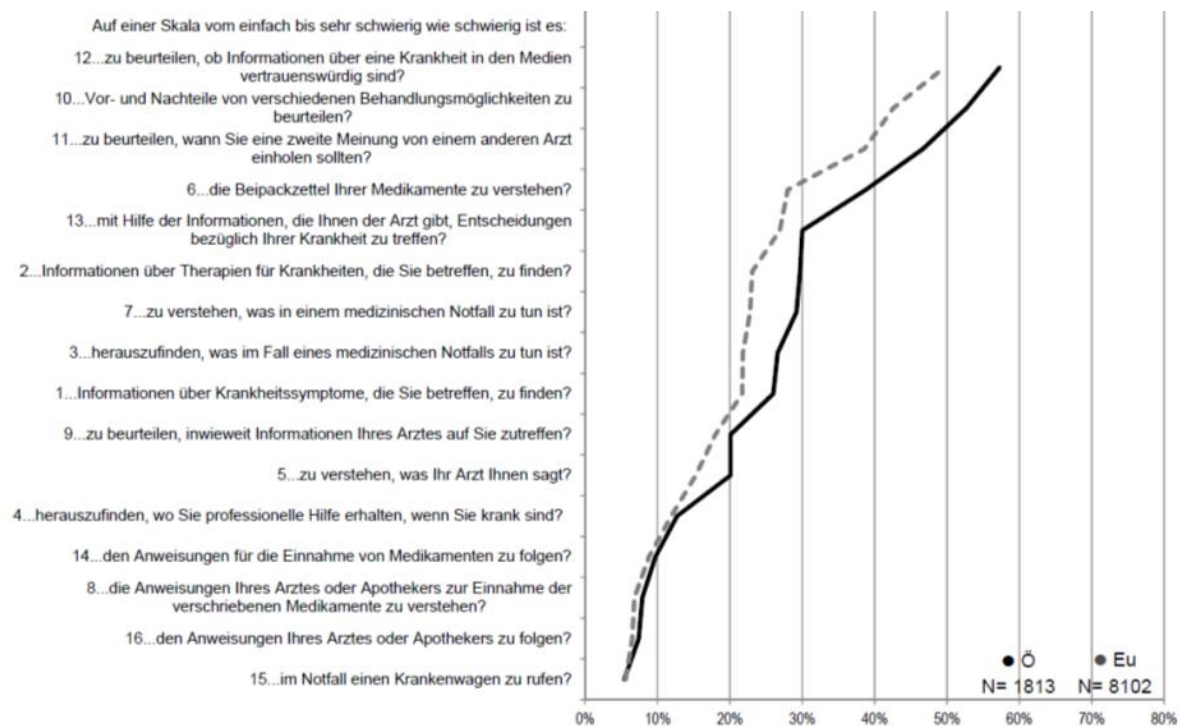
**Abbildung 1: Ländervergleich**  
(Pelikan et al., 18.01.2012, S. 26)

**Die Ergebnisse zeigen, dass sich Österreich im Vergleich mit den anderen an der Studie beteiligten Ländern an drittletzter Stelle befindet** und nur Spanien und Bulgarien schlechtere Werte aufweisen. **Der Personenanteil mit mangelnder und problematischer Gesundheitskompetenz liegt in Österreich deutlich über dem EU-Durchschnitt** (Ö: 54,8%; EU: 46,3%).

Dieser Prozentsatz steigt in einigen besonders vulnerablen Gruppen (etwa bei Personen mit schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand) sogar auf über 76% an (Pelikan et al., 2013, S. 9). Alle Ergebnisse korrelieren positiv mit dem Ausbildungsniveau und dem selbst bestimmtem sozialen Status. Ein negativer Zusammenhang besteht zwischen Gesundheitskompetenz, der „Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen“ und dem Alter (Pelikan et al., 2012, S. 3, 26, 74). Werden die Ergebnisse nach den Dimensionen unterteilt betrachtet, schneidet Österreich auch hier tendenziell schlechter ab als der Durchschnitt der restlichen Länder (Pelikan, 2012, S. 1). Wer eine höhere Gesundheitskompetenz hat, schätzt seine Gesundheit signifikant besser ein, leidet seltener unter chronischen Erkrankungen und wenn, ist er weniger häufig im Alltag eingeschränkt. Dieser Zusammenhang variiert nach Bundesland. Gesundheitskompetenz korreliert außerdem negativ mit der Anzahl der Spitalsaufenthalte und Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten. Die Person musste signifikant seltener medizinische Notfalldienste in den letzten 24 Monaten in Anspruch nehmen (Pelikan et al., 2012, S. 3).

Die Dimension „Krankheitsbewältigung“, in der Fähigkeiten für die Bewältigung von Krankheiten ermittelt werden, wird nun detaillierter betrachtet. Der Fragebogen beinhaltet zu dieser Dimension 16 Fragen, die teilweise auch für chronische Erkrankungen relevant sind.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Ergebnisse von Österreich im Vergleich mit dem EU-Durchschnitt. Es wurden die Prozentsätze der Antwortkategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ summiert und die Fragen nach Schwierigkeit gereiht.



**Abbildung 2: Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz für Krankheitsbewältigung**

(Röthlin et al., 15.03.2013, S. 14)

Rund 22% finden es sehr bzw. ziemlich schwierig zu verstehen was der Arzt sagt. Der EU-Schnitt liegt bei 18%. Beipackzettel zu entziffern bereitet 30% Probleme. Zur beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind, ist für 59% nicht oder kaum bewältigbar.

Festzuhalten ist, dass es schwierig ist abzuleiten, ob es von hoher oder geringer Gesundheitskompetenz zeugt, wenn Befragte es schwierig finden, qualitativ hochwertige Gesundheitsinformation zu finden (2014, S. 8).

Für diese Befragung wurde von Sorensen et al. ein Modell entwickelt, das im folgenden Abschnitt dargestellt wird.

#### 4) Modell von Sorensen et al.

Das Konstrukt Gesundheitskompetenz ist sehr komplex und eine Messung deshalb nicht einfach. Die Beschreibung bzw. Messung ist aber notwendig, um mit Interventionen darauf Einfluss nehmen zu können (Sänger, 2014, S. 8). Im Rahmen der European Health Literacy Studie wurde von Sorensen et al. eine systematische Literaturanalyse zu bestehenden Definitionen, Konzepten und Modellen durchgeführt. Dabei wurde festgestellt, dass bisher kein Modell ausreichend die verschiedenen Definitionen und deren beinhalteten



Kompetenzen zusammenfasst (Sörensen et al., 2012, S. 3). Aus den Ergebnissen der Analyse wurde folgende übergreifende Definition abgeleitet:

**Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und umfasst Wissen, Motivation und Kompetenzen. Diese ermöglichen es relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile zu fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern (Sorensen, 2012, S. 3).**

Darauf aufbauend wurden die wissenschaftlichen Ansätze in einem integriertem Modell zusammengefasst. Der Kern des Modells zeigt die Kompetenzen einer Person, die für den Informationsprozess bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene erforderlich sind. Jede Kompetenz erfordert spezielle kognitive Fähigkeiten und hängt mit der Qualität der bereitgestellten Information zusammen. Die Bearbeitung gesundheitsrelevanter Information erfolgt auf folgenden vier Ebenen.

1. **Beschaffen:** bezieht sich auf die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu suchen und zu finden. Einflussfaktoren sind z.B. Verstehen oder der Zeitpunkt der Kommunikation.
2. **Verstehen:** bedeutet, die erhaltene Information inhaltlich zu verstehen. Einflussfaktoren sind z.B: die Erwartungen bzw. der erwartete Nutzen oder die Fähigkeit, Zusammenhänge zu interpretieren.
3. **Beurteilen:** beschreibt die Fähigkeit, die erhaltene Information bzw. den Informationsbehalt zu interpretieren, zu bewerten und zu prüfen. Faktoren sind z.B. die Komplexität von Inhalten oder die Sprache.
4. **Anwenden:** bezieht sich auf die Fähigkeit zu kommunizieren, Entscheidungen zu treffen und in Bezug auf die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit zu handeln.

(Fousek et al., 2012, S.7)

Lesen und Verstehen sind somit entscheidende Fähigkeiten, um Entscheidungen treffen zu können; sie sind Kompetenzen, die mit einem besseren Gesundheitszustand zusammenhängen (Pelikan et al., 2013, S. 29).

Durch diesen individuellen Prozess entwickeln sich Wissen und Fähigkeiten, mit denen sich eine Person in folgenden drei gesundheitsrelevanten Bereichen bewegen kann:

- Gesundheitssystem: als kranke Person in einem Gesundheitssetting bzw. Behandlungskontext,
- Krankheitsprävention: als eine Person mit einem bestimmten Gesundheitsrisiko,

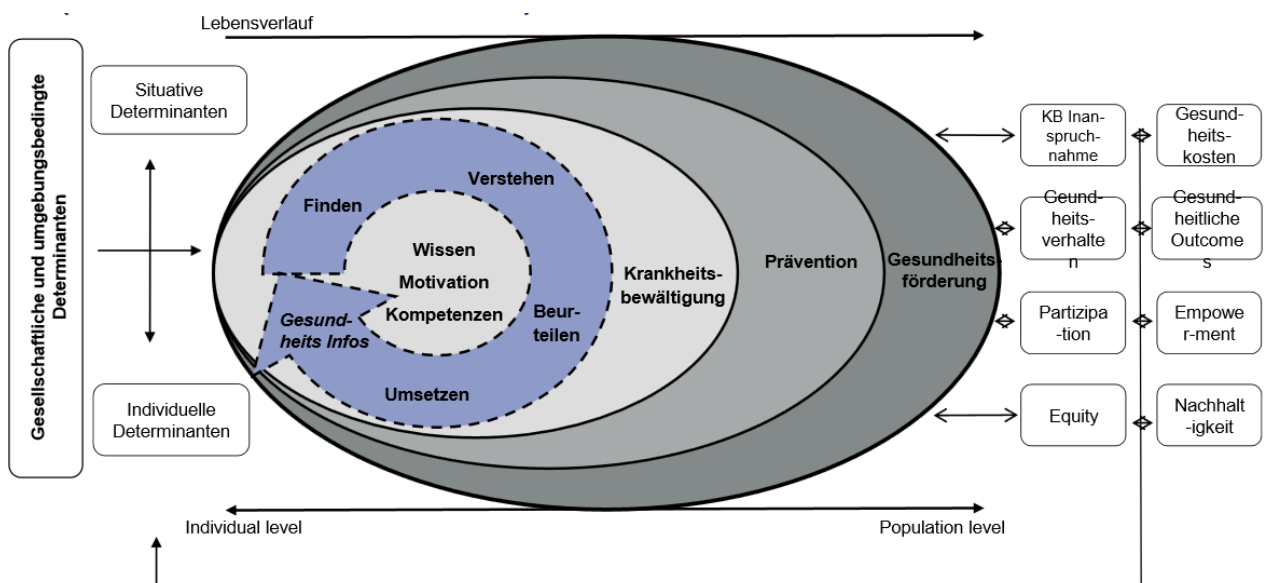
- Gesundheitsförderung: als Bürger in seinen Lebensumständen, (z.B. Beruf, soziale Netzwerke), in der Freizeit, als Konsument oder in politischen Gestaltungsprozessen.

Beim Durchlaufen dieses stufenartigen Entwicklungsprozesses erhält die Person die Möglichkeit in den gesundheitsrelevanten Interaktionsbereichen mehr Kontrolle zu übernehmen. Gesundheitskompetenz wird von auch von situativen Determinanten (z.B. soziale Unterstützung, Einfluss von Familie und Freunden, Mediennutzung), individuelle Determinanten (z.B. Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, Bildung, berufliche Tätigkeit, Einkommen) und gesellschaftlichen und umgebungsbedingte Determinanten (z.B. demografische Situation, Kultur, Sprache, politische Kräfte, Sozialsystem) beeinflusst (Fousek et al., 2012, S. 8).

Gesundheitskompetenz wird als ein relationales Konzept dargestellt, welches das Verhältnis von persönlichen Kompetenzen zu gesellschaftlichen und systemischen Anforderungen misst (Sorensen, 2012, S. 9). Sie kann auf zwei Ebenen verbessert werden (Fousek et al., 2012, S. 8):

- Durch **Interventionen auf persönlicher Ebene**, z.B. Bildung, Stärkung der persönlichen Ressourcen sowie
- durch **Maßnahmen auf Systemebene**, z.B. in dem eine Situation im Rahmen der Versorgung oder eine Aufgabe weniger schwierig oder leichter verständlich gestaltet wird.

Es vereint medizinische Konzepte mit Public Health (Sorensen, 2012, S. 9; vgl. Abbildung 3) und hat als übergreifendes Modell den Anspruch, Lernmöglichkeiten im Denken, Handeln und Fühlen anzubieten und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu zeigen (Sänger, 2014, S. 8).



**Abbildung 3: Integriertes konzeptuelles Modell**

(nach Sorensen et al. 2012 in Pelikan et al. 18.01.2012, S. 15)

Der Grund für die Entwicklung eines integrierten konzeptuellen Modells ist die Vielzahl an Modellen und Messinstrumenten, die eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert. Es existiert bisher noch kein „Gold Standard“ (Fousek et al., 2012, S. 17). Gesundheitskompetenz ist damit nicht nur definierbar, sondern auch operationalisierbar und messbar. Sie wird als relativ nahe soziale Determinante von Gesundheit diskutiert, die besser zu beeinflussen bzw. zu berücksichtigen ist, als die weiter entfernten Determinanten (Pelikan et al., 2013, S. 7).

## 5) Messinstrumente

Die Messung kann zwei Blickwinkel verfolgen: die individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen einer Person oder die Beurteilung der „Gesundheitskompetenz“-Freundlichkeit eines Systems, einer Organisation oder einer Maßnahme. Dementsprechend könnten die Fragestellungen lauten:

- Wie hoch ist die Gesundheitskompetenz einer Person?
- Wie gut sind Systeme, Organisationen oder Maßnahmen auf die Förderung von Gesundheitskompetenz ausgerichtet, bzw. für die betroffenen Personen verstehbar?

(Fousek et al., 2012, S. 17)

Eine systematische Übersichtsarbeit von Altin et al. (2014) untersuchte 17 Messinstrumente für Gesundheitskompetenz. Die Mehrheit dieser Instrumente basiert auf einem mehrdimensionalen Konzept. Die Konzepte unterscheiden sich voneinander häufig im Ansatz und den Dimensionen. Folglich sind auch die Messinstrumente nicht beliebig miteinander kombinierbar, wenn die zugrunde liegenden Konzepte nicht miteinander übereinstimmen, dennoch ist ein Trend zur gemischten Messung erkennbar. Rund 41% der Messinstrumente kombinieren die subjektive Beurteilung der Fähigkeiten mit einem objektiven Test.

Für gesundheitskompetente Entscheidungen sind komplexe Fähigkeiten gefordert wie beispielsweise die eigene Erkrankung zu verstehen, Blutdruckmessungen richtig durchzuführen und Aufzeichnungen darüber zu führen. Diese Vielschichtigkeit gilt es zu reduzieren bzw. zu operationalisieren und besonders wichtige Faktoren in den Fokus zu nehmen, um diese messbar zu machen.

Zwei Drittel der von Altin et al. untersuchten Instrumente messen die persönlichen Fähigkeiten wie bspw. die Lesefähigkeit (Lückentext, Worterkennung). Die Hälfte der Instrumente testet auch die Zahlenkompetenz. Damit sind Rückschlüsse auf die funktionelle Gesundheitskompetenz möglich. Drei der Tests erfassen die verbale Kommunikationsfähigkeit, die bspw. beim Arztgespräch als besonders wichtig erachtet wird (2014, S. 3).

Trotzdem werden diese und ähnliche Tests kritisiert, nicht ausreichend Gesundheitskompetenz zu messen, da bspw. Hören und Schreiben nicht getestet werden.

Außerdem werden das Alter, Geschlecht, Sprache, Kultur, kontextuelle Faktoren nicht berücksichtigt. Weiterentwickelte Messmethoden versuchen individuelle Fähigkeiten hinsichtlich gesundheitsrelevanter Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Gesundheitsversorgung, Krankheitsbewältigung und der Orientierung zu erheben (Fousek et al., 2012, S. 17).

Gesellschaftliche oder umgebungsbedingte Einflussfaktoren wie sie im Modell von Sorensen et al. dargestellt sind, werden in keinem Messinstrument erfasst. Für bspw. den Einfluss von Kultur oder des individuellen Gesundheitskonzepts auf Gesundheitskompetenz gibt es eigene Fragebögen, die wiederum auf anderen Konzepten basieren. Altin et al. betont die Wichtigkeit eines einheitlichen Messinstrumentes für eine bessere Vergleichbarkeit.

Der Fragebogen für die HLS-EU-Studie untersuchte die selbsteingeschätzten Fähigkeiten mit einem konkreten Bezug zu einer Situation im Gesundheitsbereich. Den Personen wurde z.B. die Frage gestellt wie schwierig sie es finden, was ihnen der Arzt sagt. Es werden somit direkt die selbsteingeschätzten Fähigkeiten des Verstehens vom gesprochenen Wort in einem medizinischen Kontext untersucht. Werden die eigenen Fähigkeiten als unzureichend wahrgenommen, könnte anschließend eine Untersuchung der tatsächlichen Verhältnisse bzw. des Systems folgen, mit z.B. einer Untersuchung des Arzt-Patienten-Gesprächs auf Verständlichkeit.

Auf Basis des Modells von Sorensen werden im nächsten Abschnitt verschiedene Faktoren ermittelt, die relevant für eine gute Krankheitsbewältigung sind.

## **6) Relevanz von Gesundheitskompetenz am Beispiel**

### **Bluthochdruck**

#### **Grenzwerte**

Die Framingham-Herz-Studie identifizierte Bluthochdruck als einen von mehreren Risikofaktoren für Herzinfarkt und Schlaganfall (Framingham Heart Study, 1959). Eine weitere Studie aus dem Jahr 1967 belegte die massiven Gesundheitsschäden von Bluthochdruck und deren Vermeidung durch eine medikamentöse Therapie. Die Erfindung der pneumatischen Armmanschette für ein Quecksilber-Blutdruckmessgerät 1896 von Riva-Rocci ermöglichte die Blutdruckmessung als medizinische Standard-Untersuchung und somit auch die Einstellung und Überwachung des Blutdrucks.

In Folgestudien wurden Blutdruckgrenzwerte ermittelt, die immer wieder neu angepasst bzw. gesenkt wurden. Dadurch hat sich die Zahl der behandlungsbedürftigen Personen drastisch erhöht.

Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2012 kam zum ernüchternden Ergebnis, dass die medikamentöse Behandlung der „milden Hypertonie“ (Stufe 1 Hypertonie, definiert als systolischer Blutdruck von 130 bis 149 mmHg bzw. als diastolischer Blutdruck von 80 bis 89

mmHg) zur Primärprävention die Mortalität und Morbidität nur gering minderte aber bei 9% der Personen in der Behandlungsgruppe zum Therapieabbruch wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen führte (Klemperer, 2014, S. 150). Die Behandlungsrichtlinien von Uptodate.com berichten von 262 Personen mit „milder Hypertonie“ ohne zusätzlichen Risikofaktoren, die 5 Jahre behandelt werden müssen um 1 kardiovaskuläre Komplikation zu verhindern. Allerdings müssten in der Hochrisikogruppe nur vier Personen (älter als 55 Jahre, systolischer Blutdruck über 160 mmHg) mit dem Risikofaktor Rauchen behandelt werden, um einen Fall zu verhindern (Mann et al., 2014).

Das Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC) schuf im Jahr 2004 die neue Kategorie „Prä-Hypertonie“ (definiert als systolischer Blutdruck von 90 bis 99 mmHg) mit dem Hinweis, diese neue Kategorie solle nicht als Krankheitskategorie zu verstehen. Die Betroffenen sollten aber den Lebensstil ändern, ihren Blutdruck regelmäßig messen, zumindest einmal jährlich, da davon ausgegangen wird, dass sie dazu neigen im Laufe der Zeit einen erhöhten Blutdruck zu bekommen (Klemperer, 2014, S. 150).

**Die aktuellen medizinischen Behandlungsrichtlinien weisen darauf hin, dass Blutdrucksenker zu Nebenwirkungen wie erhöhte Blutfette führen und wiederum die Risiken einer koronaren Erkrankung erhöhen.** Ein erhöhter Blutdruck sollte deshalb auf der einen Seite mit **nicht-medikamentöser Therapie** (salz-reduzierte Ernährung, Bewegung etc.) nicht zu kontrollieren sein und auf der anderen Seite die Wahrscheinlichkeit bestehen, dass Blutdrucksenker den gewünschten Nutzen erbringen. Zusätzlich sollte der Blutdruck drei- bis sechsmal vom Arzt über einen Zeitraum von mehreren Monaten erhöht gemessen worden sein und Selbstüberwachung kombiniert werden („**white coat response**“).

Die folgenden Grenzwerte wurden 2003 von der JNC empfohlen und von den European Societies of Hypertension and Cardiology (ESH/ISH) im Jahr 2013 bestätigt:

	<b>systolisch (mmHg)</b>	<b>diastolisch (mmHg)</b>
Optimal	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Hoch-Normal	130 - 139	85 - 89
Hypertonie Grad 1	140 - 159	90 - 99
Hypertonie Grad 2	160 - 179	100 - 109
Hypertonie Grad 3	über 180	über 110

Die europäischen Grenzwerte enthalten verglichen mit den amerikanischen mehrere Unterteilungen. So werden die Blutdruckwerte der europäischen Stufe „Normal“ und „Hoch-Normal“ nach den amerikanischen Definitionen bereits als Prä-Hypertonie klassifiziert. Neben diesen allgemeinen Grenzwerte werden die Empfehlungen an das Lebensalter gekoppelt. Grundsätzlich lässt sich ableiten: **je älter desto höher der Blutdruck.**

Eine medikamentöse Therapie sollte erst mit konstantem Blutdruck von über 140 mmHg bei Personen unter 60 Jahren und/oder der diastolische Blutdruck ist konstant über 90 mmHg in der Arbeit oder zu Hause, trotz nicht-medikamentöser Therapie. Dasselbe gilt für Personen zwischen 60 und 79 Jahren, obwohl sie eher an Nebenwirkungen leiden. Personen, die 80 Jahre und älter sind sollten generell den Blutdruck medikamentös senken wenn der systolische Blutdruck über 150 mmHg und/oder der diastolische Blutdruck konstant über 90 mmHg ist. Das bedeutet, dass auch der isolierte diastolische Blutdruck mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko in Verbindung gebracht wird (Mann et al., 2014). Befindet sich der Blutdruck weit über dem Zielwert, verzichten Mediziner häufig auf die Motivation zur Lebensstiländerung (Kaplan et al., 2014).

Trotz Therapie haben nur Dreiviertel der behandelten Personen ihren Blutdruck gut unter Kontrolle. Als Gründe dafür werden die Nebenwirkungen, der asymptomatische Charakter von Bluthochdruck und fehlende Gesundheitskompetenz diskutiert (Kaplan et al., 2014).

### **Bluthochdruck und Gesundheitskompetenz**

Für Menschen mit Langzeiterkrankung, denen eine Dauermedikation verordnet wurde, ist ein gutes Maß an Gesundheitskompetenz besonders wichtig. Denn auf dem Weg durch das Gesundheitssystem ist diese Personengruppe häufig mit medizinischen Vokabeln, Anweisungen, Dokumenten und Formularen konfrontiert. Jedoch weisen gerade diese Personen, trotz längerer Krankengeschichte, eine niedrigere Gesundheitskompetenz auf und sind weniger in der Lage ihre Medikamente richtig einzunehmen oder gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen. **Rund 78% der befragten Personen mit Langzeiterkrankung verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz** (Pelikan, 2012, S. 55).

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf den Verlauf von chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Fähigkeit gesundheitskompetent zu handeln und zu entscheiden. Dies betrifft einerseits die modifizierbaren lebensstilassozierten Faktoren (Ernährung, Bewegung, Rauchen), und andererseits das Selbst-Management der Erkrankung (z.B. Medikamente in richtiger Dosierung und Zeitabfolge einzunehmen, Bluthochdruck und Cholesterinwerte zu beobachten). Patienten könnten dazu befähigt werden, ihre Krankheit erfolgreich selbst zu managen, selbst zu Experten ihrer eigenen Krankheit werden und dieses Wissen an andere Patienten weiterzugeben (Pelikan et al., 2013, S. 48). **Trotz des hohen und unumstrittenen Potentials einer erhöhten Gesundheitskompetenz bei Herz-Kreislauf-Krankheiten wird dieses nicht systematisch genutzt** (Grazie, J. et al., 2013, S. 31f).

Die Inzidenz von Bluthochdruck nimmt mit dem Alter zu und verhält sich umgekehrt zur Gesundheitskompetenz-Kurve. Je älter die befragten Personen sind, umso weniger sind sie in der Lage gesundheitskompetente Entscheidungen zu treffen (Pelikan et al., 2012, S. 3).

Paradoxerweise nehmen sich Ärzte jedoch eher für Personen mit einem höheren Bildungsstatus Zeit, stellen häufiger Fragen oder geben mehr Informationen (Jolles et al., 2012, S. 6). Personen, die nicht von sich aus aktiv werden, werden weniger informiert als selbstbewusste und fordernde Personen (Schwarz et al., 2012, S. 383). Eine **mangelhafte**

**Gesundheitskompetenz stellt für Ärzte eine Hürde für die erfolgreiche Aufklärung von Personen mit chronischen Erkrankungen** dar (Williams et al., 1998, S. 1). **Ärzte scheinen die Fähigkeiten der Patienten eher zu überschätzen.** Das könnte ein Grund dafür sein, das besonders bei Empfehlungen **medizinische Fachwörter** verwendet werden (Kanj et al., 2009, S. 24).

Das Potential ist groß, denn es ist wird geschätzt, dass gerade bei älteren Menschen bis zu einem Drittel der Krankenhausaufenthalte auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen sind, die oft eine Folge von Wechselwirkungen sind (bspw. mit anderen verordneten Medikamenten, rezeptfreien Arzneimittel, Pflanzenheilmittel oder auch Lebensmittel). Eine Einhaltung des Behandlungsplans hängt von vielen Faktoren ab, setzt aber ein Mindestmaß an Gesundheitskompetenz voraus. Es wird angenommen, dass 40-50% der neu diagnostizierten Personen mit Bluthochdruck den Therapieanweisungen nicht korrekt folgen. Mit zunehmender Therapiedauer verbessert sich diese Zahl auf immerhin noch 10%. Weitere Faktoren, die sich auf die Therapiebefolgung auswirken sind Nebenwirkungen, Anzahl der verschriebenen Medikamente, Medikamentenklasse und Dosis (Jolles et al., 2012, S.2).

Zehetgruber vom AKH Wien kritisiert in diesem Zusammenhang, dass das Potential der Lebensstiländerung von Ärzten und Patienten zu wenig berücksichtigt wird. Alleine die richtige Lebensstiländerung wird mit allen modernen medikamentösen Therapien als gleichwertig angesehen (Zehetgruber, 2010). So wird auch in den aktuellen Behandlungsrichtlinien zuerst eine nicht-medikamentöse Therapie, wie Gewichtsoptimierung, Reduktion des Kochsalzkonsums, vermehrter Verzehr von Gemüse, Obst, regelmäßige aerobe Bewegung, Verzicht auf Zigaretten und übermäßigen Alkohol empfohlen. Damit sind keine Risiken verbunden, jedoch besteht die Möglichkeit insgesamt die Gesundheit zu verbessern (Mann et al, 2014).

Fehlendes Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen könnten bspw. durch falsche Blutdruckmessungen oder Wechselwirkungen zu Komplikationen führen. Es wird geschätzt, dass eine gute Therapiebefolgung mit medikamentösen Maßnahmen und Lebensstiländerungen die kardiovaskuläre Erkrankung und Sterblichkeit um 30-50% senken könnte. Berechnungen zeigen, dass allein die Beendigung des Rauchens einen Effekt hat, der der Kombination von Aspirin, Betablockern und Statinen entspricht (Zehetgruber, 2010).

## **Interventionen**

Die medizinischen Richtlinien kommunizieren zwar die Relevanz von Gesundheitskompetenz (darin ersichtlich als Therapietreue), aber empfehlen Medizinern eher herkömmliche Methoden wie einfache Sprache, attraktive Informationsmaterialien, regelmäßige Kontakte per E-Mail, Telefon mithilfe von Remindern. Auch wird ein „Vertrag“ mit dem Patienten vorgeschlagen.

Viele Maßnahmen, die den Lebensstil ändern sollen, sind mit Schulungen verbunden. Es hat sich dabei herausgestellt, dass **Schulungsmaßnahmen zur Prävention bei Menschen mit**

**einer besseren funktionellen Gesundheitskompetenz** (gemessen mit dem TOFHLA-Test) **wirksamer** sind. Mit dem SPER-Test (Stroke Patient Education Retention Test) wurde die Erinnerungsfähigkeit erhoben (Sanders, 2014, S. 1-4). Die Autoren weisen auf eigene methodische Schwächen wie einer zu geringen Stichprobengröße hin und ließen viele Dimensionen des Modells von Sorensen et al. unberücksichtigt. Sanders et al. zu Folge sind Schulungsmaßnahmen sinnvoll, müssten jedoch an die **individuelle Verhältnisse** der Person angepasst werden (S.5). Sprachbarrieren und verschiedene kulturelle Auffassungen von Gesundheit beeinflussen die Fähigkeit medizinische Anweisungen zu verstehen und zu befolgen (Shaw et al, 2008, S.2).

Ein Erfolg der Selbstdosierung der Therapie, der schon aus anderen Indikationsbereichen bekannt ist, ist jetzt auch für Bluthochdruck-Patienten belegt (McManus, 2010 et al). Gemäß einer niederländischen Querschnittsstudie von Heijmans et al. (2014, S. 7) sind für das Selbst-Management von chronischen Erkrankungen jedoch **komplexe kommunikative und kritische Fähigkeiten** gefragt und weniger grundlegende Lese- und Schreibfähigkeiten.

Der Faktor **Motivation** ist im Modell von Sorensen et al. (2012) ein wichtiger Bestandteil, der bei fähigkeitsbasierten Messweisen nicht berücksichtigt wird das Selbst-Management jedoch ebenso beeinflusst. Zehetgruber schreibt in diesem Zusammenhang dem Arzt die Aufgabe des Motivators zu, der durch die Mitarbeit des Patienten eine effektivere Therapie erwirken kann (2010). Voraussetzung dafür ist ausreichend Zeit. Der Einfluss einer effektiven Kommunikation auf ein gelungenes Selbst-Management ist gegeben, allerdings ist unklar wie groß er ist (Jolles et al., 2012).

Bisher gibt es wenig Evidenz wie Interventionen organisiert und durchgeführt werden sollen. Eine systematische Cochrane-Übersichtsarbeit untersuchte mehrere Maßnahmen, die auf eine bessere Kontrolle des Blutdrucks abzielten. Darin wird ein **organisiertes System mit Registrierung, Selbst-Management, Erinnerung und regelmäßiger Überprüfung verbunden mit einer abgestuften Versorgung mit blutdrucksenkenden Medikamenten empfohlen** (S. 5). Weder Heimblutdruckmessungen, noch Schulungsmaßnahmen alleine scheinen geeignete Maßnahmen zu sein um den Blutdruck zu senken (Glynn et al., 2010). Auch regelmäßiges Telefon-Coaching scheint als isolierte Maßnahme wenig effektiv zu sein (Steventon, 2013). Zu diesem Ergebnis kam auch eine randomisierte Kontrollstudie, die zeigt, dass ein Telefonservice von Krankenschwestern die regelmäßige Blutdruckkontrolle langfristig nicht verbessern konnte (Kerry et al., 2013, S. 1).

Eine Art Partnerschaft zwischen medizinischen Fachkräften im Gesundheitswesen und Patienten wird auch von Lake und Staiger (2010) als Erfolgsfaktor für das Management von chronischen Erkrankungen gesehen. Als wichtige Informationsinstanz fungieren die Ärzte. Vor diesem Hintergrund ist eine **Investition in die Gesprächs- und Beratungskompetenzen der Ärzte** als lohnenswert zu betrachten (Schwarz et al., 2012, S. 383).



Prinzipiell sollte ein **vielseitiger interdisziplinären Ansatz** verfolgt werden, der

- die Übermittlung von Techniken für das Selbstmanagement (Blutdruckmessung etc.),
- Schulungen für Ärzte, die mit chronisch kranken Menschen arbeiten,
- eine kooperative Versorgung,
- die Vermittlung von Eigenverantwortung für das Selbst-Management und Gesundheitsverhalten,
- die Berücksichtigung der individuellen Situation und Verhältnisse (kulturelle Barrieren, Familiensituation, Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten),
- strukturierte Herangehensweise mit unterstützenden Materialien wie Therapieplänen, Informationsmaterialien, Adressen, Zielsetzungen und
- und Vernetzung mit Gesundheitseinrichtungen, Vereinen, Bildungsorganisationen.

berücksichtigt (Lake & Staiger, 2010). Die Entwicklung von verständlichen Entscheidungshilfen und video- oder modellgestützter Informationssequenzen (bspw. zum ordnungsgemäßen Blutdruckmessen) sind ebenfalls Instrumente, die das Maßnahmenpaket sinnvoll ergänzen (Schwarz et al., 2012, S.383).

## **7) Zusammenfassung & Ausblick**

Die Verbesserung von Gesundheitskonzept ist ein wichtiges Gesundheitsziel, dessen Maßnahmen im individuellen Bereich und bei den gesellschaftlichen Systemen und Organisationen ansetzen sollte. Demnach bedarf es einem Gesamtkonzept mit gebündelter Anstrengung. Die Ausrichtung von Maßnahmen auf chronisch kranke Personen, ist eine zentrale Voraussetzung, um Gesundheitskompetenz-fördernde Verhältnisse zu schaffen und Menschen bei eigenverantwortlichen Entscheidungen zu unterstützen (Fousek et al., 2012, 34). Denn Menschen sind eher dazu bereit, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, wenn sie wissen, dass sie ihre Gesundheit selbst beeinflussen können und ihre eigenen Fähigkeiten dazu als ausreichend einschätzen (Pelikan et al., 2013, S. 29).

Es sind alle Institutionen gefragt, wie z.B. Schulen, der öffentliche Gesundheitsdienst, medizinische Einrichtungen, Fachgesellschaften, Verbraucherverbände, Selbsthilfegruppen und auch Betriebe (Sänger, 2014, S.9). Die Versorgung sollte bürger- bzw. patientenorientiert ausgerichtet sein. In der Deklaration der Internationalen Patientenvereinigung (IAPO) werden wichtige Prinzipien angeführt, darunter findet sich z.B. die „klare, zuverlässige und umfassende Information, in einem angemessenen Format, und auf die individuellen Bedürfnisse, die Sprache, das Alter, das Wissen, die Fähigkeiten und den kulturellen Hintergrund abgestimmt.“ (Fousek et al., 2012, S. 18)

Über Dreiviertel der Personen mit chronischen Erkrankung verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Die Kommunikation zwischen Gesundheitsanbieter mit Personen, die eine mangelhafte Gesundheitskompetenz aufweisen gestaltet sich häufig schwierig, ist jedoch notwendig, um die Einhaltung des Therapieplans zu ermöglichen. Es ist daher wichtig das Bewusstsein bei Gesundheitsanbietern zu erhöhen um Information an die

Fähigkeiten und den Kontext anzupassen. Es geht um die Zugänglichkeit von relevanten Informationen bzw. die Fähigkeit, diese zu finden, die Verständlichkeit von Informationen oder Kommunikationen bzw. die Fähigkeit, diese zu verstehen, die ausgewiesene Qualität der Informationen bzw. die Fähigkeit, diese zu beurteilen, sowie deren Anwendbarkeit bzw. die Fähigkeit, diese auch auf sich selbst anzuwenden (Pelikan et al., 2013, S. 14). Medizinische Fachausdrücke sollten grundsätzlich in diesem Zusammenhang vermieden werden, sowohl in schriftlichen Informationsmaterialien als auch im Gespräch, auch wenn die Person einen gesundheitskompetenten Eindruck macht. Die Möglichkeit innerhalb der Kommunikation eingeschränkte Gesundheitskompetenz auszugleichen sollte erkannt und genutzt werden. Es bedarf Änderungen der Einrichtung bzw. des Systems um die Anforderungen des Gesundheitswesens besser an die Fähigkeiten und Möglichkeiten der betroffenen Personen anzupassen. Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen betrachten Gesundheitskompetenz nicht als individuelles Merkmal, sondern berücksichtigen auch den jeweiligen Kontext. Kranke Personen, deren Gesundheitskompetenz unter normalen Umständen adäquat ist, könnten, wenn sie krank oder verängstigt sind, Schwierigkeiten bei der Verarbeitung und Nutzung von Informationen haben (Brach et al., 2012, S. 3).

Bei chronisch Erkrankten ist das Messen von gesundheitsrelevanten Fähigkeiten im medizinischen Zusammenhang zu wenig, weil das Management im Alltag, außerhalb des medizinischen Settings erfolgt. So ist Gesundheitskompetenz auch nicht für alle Bereiche des Selbst-Managements gleich relevant (Heijmans et al., 2014, S.7). Bis dato gibt es wenige Untersuchungen dazu welche Fähigkeiten besonders wichtig sind. Es wird angenommen, dass komplexe kommunikative und kritische Fähigkeiten als besonders wichtig erachtet werden (Heijmans et al., 2014, S.7). Weitere Untersuchungen und Interventionen sollten ebenso die Genderperspektive berücksichtigen, zumal in Österreich wesentlich mehr Frauen Medikamente gegen Bluthochdruck einnehmen als Männer.

Informationsweitergabe ist ein wichtiger Bestandteil des Konzepts, der sich an vulnerablen Gruppen, wie bspw. chronisch erkrankten Personen, orientieren sollte. Es sollte auf Übersetzungsdienste, Berater, Case Manager zurückgegriffen werden um Information spezifisch aufzubereiten. Marketingkenntnisse könnten verwendet werden, indem bewusst die Kombination von Bildern und verbaler Information eingesetzt wird um die Erinnerungsrate besonders hoch zu halten. Auch alternative Materialien wie z.B. audiovisuelles Material könnte eingesetzt werden. Zur Beurteilung des Risikos könnten z.B. risikobasierte Grafiken (Icon Arrays) verwendet werden.

Festzuhalten sei die Relevanz, dass sich Wissen an der Evidenz orientieren soll. Grundsätzlich sollte nur Information kommuniziert werden, um eine gesundheitskompetente Entscheidung im Einzelfall zu ermöglichen (Sänger, 2014, S. 9). Bluthochdruck wird als Risikofaktor betrachtet und ist nicht per se eine Erkrankung. Der Nutzen für diese Dauermedikation, die oft von Nebenwirkungen begleitet wird, muss verständlich kommuniziert werden damit der Therapieplan befolgt wird. Auf die in diesem Zusammenhang

oft vorgeschlagene Poly-Pille soll hier nicht weiter eingegangen werden, da sie nicht dem befähigenden Konzept der Gesundheitsförderung entspricht und möglicherweise eher Risiken mit sich bringt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Gesundheitskompetenz eine wichtige Determinante für die Therapieplanbefolgung außerhalb des medizinischen Settings ist. Interventionen zum Selbst-Management von Bluthochdruck erwiesen sich als sehr schulungslastig und wenig erfolgreich.

Wie auch beim Modell von Sörensen et al. scheint ein systematisches Konzept mit regelmäßigen Kontaktpunkten erfolgreicher zu sein, das auf persönlicher Ebene interveniert und Maßnahmen auf Systemebene umsetzt, bspw. Aufgaben leichter gestaltet und Organisationen vernetzt. Dafür ist zuvor auch eine Analyse des Systems notwendig. Eine Untersuchung der Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck, wie z.B. der Einfachheit, Verständlichkeit, Lesbarkeit oder Transparenz von Angeboten und Produkten könnte durchgeführt werden. Maßnahmen sollten chronisch erkrankte Personen eher *befähigen* und selbst zum *Experten ihrer Erkrankung* machen. Eine Änderung der medizinische Sichtweise von Gesundheit und Krankheit könnte Patienten (von lat.: geduldig, aushaltend, ertragend) dazu befähigen sich trotz chronischer Krankheit gesund zu fühlen und der motivierende Anstoß für die Entwicklung von Patientenkompetenz sein.

## Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Sommerhalder, K. (2007). Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.  
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/>, letzter Zugriff 26.12.2014
- Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC public health*, 14(1), 1207.  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1207/abstract>, letzter Zugriff 03.12.2014
- Bann, C. M., McCormack, L. A., Berkman, N. D., & Squiers, L. B. (2012). The Health Literacy Skills Instrument: a 10-item short form. *Journal of health communication*, 17(sup3), 191-202.  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2012.718042#.VICH68k-vMA>, letzter Zugriff 04.12.2014
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M. et al. (2012). Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungseinrichtungen.  
[http://www.ongkg.at/fileadmin/user\\_upload/ONGKG\\_Publikationen/HLO.pdf](http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Publikationen/HLO.pdf), letzter Zugriff 29.01.2015
- Doyle G., Cafferkey K. & Fullam, J. (2012). EU Health Literacy Survey Full Report.  
<http://healthliteracy.ie/academics/eu-health-literacy-survey>, letzter Zugriff 15.12.2014
- Fousek, S., Domittner, B. & Nowak, P. (2012). Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. *Gesundheit Österreich GmbH*.  
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Health-Literacy-Die-Gesundheitskompetenz-der-Bevoelkerung-staerken-2012.html>, letzter Zugriff 14.12.2014
- Framingham Heart Study. Online verfügbar: [www.framingham.com/heart](http://www.framingham.com/heart) und [www.framinghamheartstudy.org](http://www.framinghamheartstudy.org), letzter Zugriff 16.12.2014
- Glynn, L, Murphy A., Wmith S., Schroeder K. & Fahey T. (2010). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane database syst Rev*, 4(4).  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005182.pub4/abstract>, letzter Zugriff 18.12.2014
- Grazie, J., Wimmer-Puchinger, B. (2013). Rahmen-Gesundheitsziele. Bericht der Arbeitsgruppe zum Rahmen-Gesundheitsziel 3. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.  
[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/5/3/CH1435/CMS1394200255665/bericht\\_rg3\\_reaktionsteam.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/5/3/CH1435/CMS1394200255665/bericht_rg3_reaktionsteam.pdf), letzter Zugriff 18.12.2014
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Vaart, R. & Rijken M. (2014). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>, letzter Zugriff 18.12.2014
- Jolles, E. P., Clark, A., & Braam, B. (2012). Getting the message across: opportunities and obstacles in effective communication in hypertension care. *Journal of hypertension*, 30(8), 1500-1510, letzter Zugriff 18.12.2014
- Kanj., M. & Mitic, W. (2009). Track1: Community empowerment. 7<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion.  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1\\_Inner.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf), letzter Zugriff 18.12.2014
- Kaplan, N. (2014). Patient adherence and the treatment of hypertension.  
[http://www.uptodate.com/contents/patient-adherence-and-the-treatment-of-hypertension?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/patient-adherence-and-the-treatment-of-hypertension?source=see_link), letzter Zugriff 09.01.2015
- Kerry, S., Markus, H., Khong, T., Cloud, G., Tulloch, J., Coster, D., ... & Oakeshott, P. (2013). Home blood pressure monitoring with nurse-led telephone support among patients with hypertension and a history of stroke: a community-based randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 185(1), 23-31, letzter Zugriff 18.12.2014
- Kim, M. , Song, H. , Han, H. , Song, Y., Nam, S., Nguyen, T. , ... & Kim, K. (2012). Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient education and counseling*, 87(2), 165-170.

- <http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2811%2900513-1/fulltext>, letzter Zugriff 18.12.2014
- Klemperer, D. (2014). Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Verlag Hans Huber, Bern, 2. Auflage.
- Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/4/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html), letzter Zugriff 14.12.2014
- Lake, A. & Staiger, P. (2010). Seeking the views of health professionals on translating chronic disease self-management models into practice. Patient education and counseling, vol. 79, no. 1, pp. 62-68.  
<http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30028286/lake-seekingtheviews-2010.pdf>, letzter Zugriff 23.12.2014
- Mann, J. & Hilgers, K. (2014). Hypertension: Who should be treated?  
[http://www.uptodate.com/contents/hypertension-who-should-be-treated?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/hypertension-who-should-be-treated?source=see_link), letzter Zugriff 09.01.2015
- McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., Berkman, N. D., Squire, C., Schillinger, D. & Hibbard, J. (2010). Measuring health literacy: a pilot study of a new skills-based instrument. Journal of health communication, 15(S2), 51-71.  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2010.499987>, letzter Zugriff 04.12.2014
- McManus, R. J., Mant, J., Bray, E. P., Holder, R., Jones, M. I., Greenfield, S., ... & Hobbs, F. D. (2010). Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. The Lancet, 376(9736), 163-172.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619448>, letzter Zugriff 23.12.2014
- Nolte, E. & McKee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96468/E91878.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf), letzter Zugriff 23.12.2014
- Novotny, T., (2008). Preventing chronic disease: everybody's business. In: Caring for people with chronic conditions. A health system perspective (92-116).  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96468/E91878.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf), letzter Zugriff 23.12.2014
- Pelikan, J. (2014). Gesundheitskompetenz und Gesundheitskommunikation im Krankenhaus.  
<http://www.gesundinformiert.at/download/nachlese2/Pelikan.pdf>, letzter Zugriff 15.12.2014
- Pelikan, J., Ganahl, K. & Röthlin, F. (28.02.2014). Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung.  
[http://www.apotheker.or.at/internet/oeak/newspresse.nsf/e02b9cd11265691ec1256a7d005209ee/1ef0bcafd0470eec1257b2b0037933c/\\$FILE/Ganahl.pdf](http://www.apotheker.or.at/internet/oeak/newspresse.nsf/e02b9cd11265691ec1256a7d005209ee/1ef0bcafd0470eec1257b2b0037933c/$FILE/Ganahl.pdf), letzter Zugriff 18.12.2014
- Pelikan, J., Röthlin, F. & Ganahl, K. (14.08.2012). Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich - im internationalen Vergleich.  
[http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/Neuigkeiten\\_LBI\\_GM/pressekonferenz\\_healthliteracy.pdf](http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/Neuigkeiten_LBI_GM/pressekonferenz_healthliteracy.pdf), letzter Zugriff 15.12.2014
- Pelikan, J., Röthlin, F. & Ganahl, K. (18.01.2012). Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey Europe.  
[http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe\\_GM/Vortragsunterlagen/jour\\_fixe2011\\_pelikanroethlin.pdf](http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe_GM/Vortragsunterlagen/jour_fixe2011_pelikanroethlin.pdf), letzter Zugriff 14.12.2014
- Pelikan, J., Röthlin, F. & Ganahl, K. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU.  
<http://healthliteracy.ie/academics/eu-health-literacy-survey>, letzter Zugriff 15.12.2014
- Rendi-Wagner, P. & Peinhaupt, C. (2012). Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich. Gesundheit Österreich GmbH.  
[http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/rahmen-gesundheitsziele\\_240512.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf), letzter Zugriff 14.12.2014
- Riegler, A. (2014). Health Literacy als Basis-Kompetenz der Gesundheitsgesellschaft. Konferenzzusammenfassung. In: Public Health School. Newsletter 12 (2014), S.11.

- Röthlin, F., Pelikan, J. & Ganahl K. (15.03.2013). Gesundheitskompetenz: Ausgewählte Ergebnisse aus der HLS-EU, der HLS-Österreich und HLS Jugend Studie  
[http://www.allianz-gf-wien.at/fileadmin/daten-allianz-gf-wien/pdf/Wien\\_Allianz\\_GF\\_AusgewaehlteErgebnisseTEIL2\\_01.pdf](http://www.allianz-gf-wien.at/fileadmin/daten-allianz-gf-wien/pdf/Wien_Allianz_GF_AusgewaehlteErgebnisseTEIL2_01.pdf), letzter Zugriff 15.12.2014
- Sanders, K., Schnepel, L., Smotherman, C., Livingood, W., Dodani, S. et al. (2014). Assessing the impact of health literacy on education retention of stroke patients. *CDC Centers of Disease Control and Prevention*, 24/7.  
[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/pdf/13\\_0259.pdf](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/pdf/13_0259.pdf), letzter Zugriff 22.12.2014
- Sänger, S. Die Quadratur des Kreises wagen – Patienten mündig machen. *Qualitas. Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen*. 2014 (4): 46.
- Sänger, S. Hatten Sie heute schon Health Literacy? Fachtagung Gesundheitspädagogik in Forschung und Praxis. *Qualitas. Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen*. 2014 (4): 8-9.
- Shaw, S., Huebner, C., Armin J., Orzech, K. & Vivian, J. (2008). The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management.  
 10.1007/s10903-008-9135-5, letzter Zugriff 22.12.2014
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>, letzter Zugriff 03.12.2014
- Stahl, F. Vorsicht Kompetenz. *Qualitas. Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen*. 2014 (4): 23.
- Steventon, A., Tunkel, S., Blunt I. & Bardsley, M. (2013). Effect of telephone health coaching (Birmingham OwnHealth) on hospital use and associated costs: cohort study with matched controls.  
<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f4585>, letzter Zugriff 23.12.2014
- Tobari, H., Arimoto, T., Shimojo, N., Yuhara, K., Noda, H., Yamagishi, K., & Iso, H. (2010). Physician–pharmacist cooperation program for blood pressure control in patients with hypertension: a randomized-controlled trial. *American journal of hypertension*, 23(10), 1144-1152, letzter Zugriff 18.12.2014
- Trummer, U., Nowak, P, Stidl, T. & Pelikan, J. (2003). Koproduktion durch Empowerment. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.  
<http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/emp04.pdf>, letzter Zugriff 20.12.2014
- Williams, M., Baker, D., Parker, R. & Nurss, J. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic diseases. A study of patients with hypertension and diabetes.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9448555>, letzter Zugriff 22.12.2014
- Zehetgruber, M. (2010). Sekundärprävention bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Spitzenmedizin ist nicht genug. Ein Plädoyer für sekundärpräventive Maßnahmen im stationären Setting am Beispiel des Präventionsprogrammes „Herzensbildung“.  
<http://kardiologie-gefaessmedizin.universimed.com/artikel/sekund%C3%A4rpr%C3%A4vention-bei-herz-kreislauf-erkrankungen-spitzenmedizi>, letzter Zugriff 22.12.2014