



Wirkmodell zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Department für Evidenzbasierte Medizin
und Evaluation

Universität für Weiterbildung Krems (Donau-Universität Krems)

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30

3500 Krems

Autor/innen

Ludwig Grillich, Monika Szlag, Agnes Ebenberger

Herausgeber: Universität für Weiterbildung Krems (Donau-Universität Krems)

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

Download unter <https://www.donau-uni.ac.at/de/universitaet/fakultaeten/gesundheitsmedizin/departments/evidenzbasierte-medizin-klinische-epidemiologie/zentren-und-fachbereiche/zentrum-fuer-evaluation.html>

Zitiervorschlag: Grillich, L.; Szlag, M., Ebenberger, A. (2022). Wirkmodell zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Krems an der Donau: Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Universität für Weiterbildung Krems. <https://doi.org/10.48341/g3dd-7586>

Das Projekt wurde gefördert mit den Mitteln des niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)

.

Kontakt:

Danielle Eder-Linder

Tel.: +43 (0)2732 893 - 2926

E-Mail: danielle.eder-linder@donau-uni.ac.at

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	5
2	Hintergrund.....	6
3	Nutzen und Zielsetzung	7
4	Methodik.....	7
4.1	Ein- und Ausschlusskriterien.....	8
4.2	Literatursuche.....	8
4.3	Durchsicht der Literatur	9
4.4	Datenextraktion.....	9
4.5	Erstellen des Wirkmodells	9
5	Ergebnisse	10
5.1	Systematische Literatursuche.....	10
5.2	Einflussfaktoren, Determinanten, Outcomes.....	12
5.3	Das Wirkmodell Gesundheitskompetenz	17
6	Schlussfolgerungen	20
7	Literaturverzeichnis	22
8	Anhang	25
8.1	Anhang A: Suchstrategie.....	25
8.2	Anhang B: Review-Formular	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien.....	8
Tabelle 2: Beschreibung der eingeschlossenen Studien	12
Tabelle 3: Einflussfaktoren und Determinanten der Gesundheitskompetenz	15
Tabelle 4: Outcomes der Gesundheitskompetenz.....	16
Tabelle 5: Suchstrategie (Search*).....	25
Tabelle 6: Suche Epistemonikos; 27. 11. 2018.....	25
Tabelle 7: Suche Ovid MEDLINE(R); 27. 11. 2018	26
Tabelle 8: Review Formular.....	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm des Reviewprozesses.....	11
Abbildung 2: Dimensionen der Gesundheitskompetenz	17
Abbildung 3: Wirkmodell Gesundheitskompetenz	19

1 Zusammenfassung

Hintergrund

Gesundheitskompetenz hat nachweisbare Auswirkungen auf Gesundheitsstatus und Lebensqualität und ist eine notwendige Voraussetzung für gesundheitszuträgliches Verhalten, ihre Förderung stellt daher auch ein österreichisches Rahmen-Gesundheitsziel dar.

Zielsetzung und Nutzen

Ein literaturgestütztes und begründetes Wirkmodell soll die auf Gesundheitskompetenz wirkenden Faktoren und deren Resultate darstellen, damit auf dieser Basis spezifische Theorien der Veränderung entwickelt und empirisch getestet werden können.

Methoden

Ein Umbrella Review über systematische, narrative und Scoping Reviews in englischer und deutscher Sprache, die sich mit Konzepten, Modellen oder Definitionen von Gesundheitskompetenz beschäftigen, wurde durchgeführt. Die in der identifizierten Literatur berichteten kausalen Beziehungen zwischen den Einflussfaktoren und Determinanten auf Gesundheitskompetenz und den Dimensionen der Gesundheitskompetenz (Decision – Appraisal – Access – Seek) sowie zu Outcomes werden grafisch in einem Modell dargestellt.

Schlüsselergebnisse

Das Wirkmodell illustriert, dass Gesundheitskompetenz beim Treffen und Umsetzen von Entscheidungen sichtbar wird und dass für die Stärkung der Gesundheitskompetenz jene Ansätze am vielversprechendsten sind, die die Determinanten der Gesundheitskompetenz auf individueller und situativer Ebene beeinflussen. Mit der Auflistung messbarer Einflussfaktoren (indirekter Einfluss) und Determinanten (direkter Einfluss) unterscheidet sich das dargestellte Wirkmodell von allen bisher in der Literatur verfügbaren Modellen der Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus gibt das Wirkmodell klare Empfehlungen bei welchen konkreten Einflussfaktoren und Determinanten Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz positive Veränderungen anstreben sollten.

Empfehlungen

1. Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten sowohl die Verbesserung situativer Determinanten als auch individueller Determinanten anstreben.
2. Eine Schlüssel-Determinante ist die Verfügbarkeit von zugänglichen, verständlichen und vertrauenswürdigen Gesundheitsinformationen.
3. Resultate der Gesundheitskompetenz werden ausschließlich durch gesundheitsrelevante Entscheidungen und daran geknüpfte Handlungen von Personen ausgelöst. Daher sollte Gesundheitskompetenz auf der Entscheidungsebene gemessen werden.

2 Hintergrund

Gesundheitskompetenz hat neben anderen Faktoren wie Bewegung, Ernährung und bewusster Entspannung nachweisbare Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus, die Lebensqualität (Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012) und die Akzeptanz von Gesundheitsmaßnahmen (Jorm, 2000). Darüber hinaus wird Gesundheitskompetenz als eine notwendige Voraussetzung für ein eigenständiges, dem Erhalt der Gesundheit zuträgliches Verhalten gesehen (D. Nutbeam, 2000). Gemäß dem Anliegen, dass Menschen mehr Jahre in guter Gesundheit leben sollen, gilt es daher unter anderem, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken. Folgerichtig wurde die Förderung von Gesundheitskompetenz in den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen als ein prioritäres bundesweites Ziel definiert (Rendi-Wagner, 2015).

Dass es in Bezug auf Gesundheitskompetenz noch Handlungsbedarf gibt, zeigen die Ergebnisse des „European Health Literacy Survey“. Diese besagen, dass in Österreich mehr als die Hälfte der an der Erhebung teilnehmenden Personen (56,4 %) die eigene Gesundheitskompetenz als „inadequate“ oder „problematic“ eingeschätzt haben (Pelikan, Röthlin, & Ganahl, 2012). Zu den Kosten eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt bis heute nur eine systematische Übersichtarbeit vor, in der Eichler und Kolleg/inn/en (Eichler, Wieser, & Brügger, 2009) zu der Schlussfolgerung kommen, dass diese zwischen 3 und 5 % der jährlichen Gesundheitsausgaben betragen.

Um Gesundheitskompetenz zu stärken, braucht es Klarheit über den Begriff „Gesundheitskompetenz“ und das Wissen darüber, an welchen Faktoren Maßnahmen ansetzen sollten. Sichtbar wird Gesundheitskompetenz, wenn Personen Entscheidungen treffen, die ihre Gesundheit beeinflussen, diese Entscheidungen kommunizieren und danach handeln. Unter Gesundheitskompetenz verstehen wir eine Kombination aus persönlichen Kompetenzen und situativen Ressourcen (z. B.: Verfügbarkeit von zugänglichen, verständlichen und vertrauenswürdigen Quellen), die man benötigt, um Zugang zu Informationen und Dienstleistungen zu erhalten, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen, damit man gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen kann (Bröder et al., 2018). Das bedeutet, dass Gesundheitskompetenz immer in Zusammenhang mit konkreten gesundheitsrelevanten Handlungen gesehen werden muss. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten daher sowohl die situativen Ressourcen als auch die persönlichen Kompetenzen stärken.

3 Nutzen und Zielsetzung

Maßnahmen zum Erreichen des bundesweiten österreichischen Rahmen-Gesundheitsziels „die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken“ (Rendi-Wagner, 2015) sollen an den Determinanten und Einflussfaktoren auf Gesundheitskompetenz ansetzen. Dazu braucht es Wissen über dieselben. Der vorliegende Bericht ist ein Schritt in diese Richtung, indem er ein literaturgestütztes und begründetes Wirkmodell der Gesundheitskompetenz zeichnet.

Unter einem **Wirkmodell für Gesundheitskompetenz** verstehen wir die grafische Darstellung von Wirkungsannahmen zwischen Variablen, die auf Gesundheitskompetenz wirken bzw. auf welche Gesundheitskompetenz wirkt ("The SAGE Dictionary of Social Research Methods," 2006). Das in diesem Bericht dargestellte Wirkmodell nennt und beschreibt eine Liste von Faktoren, von denen in der zugrunde liegenden Literatur angenommen wird, dass sie die Gesundheitskompetenz beeinflussen; darüber hinaus identifiziert/beschreibt das Wirkmodell auch Resultate der Gesundheitskompetenz. Das Wirkmodell spezifiziert die auf Gesundheitskompetenz wirkenden Faktoren und deren Resultate, stellt jedoch nicht die Wechselwirkungen zwischen Einflussfaktoren oder Resultaten dar.

In diesem Sinn ist das in diesem Bericht dargestellte Wirkmodell ein erster Schritt in einem iterativen Prozess, der zum Ziel hat, ein Wirkmodell der Gesundheitskompetenz zu spezifizieren und zu klären. Aufbauend auf diesem Wirkmodell können spezifische Theorien der Veränderung entwickelt und empirisch getestet werden. Dabei verstehen wir unter einer **Theorie der Veränderung** eine umfassende Beschreibung und Illustration, wie und warum eine gewünschte Veränderung in einem bestimmten Kontext erwartet wird (De Silva et al., 2014).

4 Methodik

Das Zentrum für Evaluation des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation der Donau-Universität Krems führte für die Erstellung des Wirkmodells einen Umbrella Review durch (alternative Bezeichnung: Overview of Reviews). Im Zuge eines Umbrella Reviews werden die Ergebnisse von (systematischen) Übersichtsarbeiten nach einer vorab definierten Vorgehensweise identifiziert, hinsichtlich ihrer Qualität bewertet und zusammengefasst (JPT & S, 2011). Diese Vorgehensweise wird im Folgenden näher beschrieben.

4.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden alle systematischen Reviews, narrative Reviews und Scoping Reviews in englischer und deutscher Sprache, die sich mit Konzepten, Modellen oder Definitionen von Gesundheitskompetenz beschäftigen. Unter einem systematischen Review versteht man Übersichtsarbeiten, die zu einer klar formulierten Fragestellung alle verfügbaren relevanten Studien nach im Vorhinein beschriebenen Methoden und festgelegten Kriterien auswählen, kritisch bewerten, die Ergebnisse extrahieren und deskriptiv oder mit statistischen Methoden quantitativ zusammenfassen (Green et al., 2011). Ein narrativer Review ist eine wissenschaftliche Zusammenfassung von Publikationen samt Interpretation und Kritik; er weicht im Verfahren von der systematischen Übersichtsarbeit ab und kann mittels einer Reihe unterschiedlicher Methoden durchgeführt werden (Greenhalgh, Thorne, & Malterud, 2018). Ein Scoping Review behandelt im Gegensatz zu einem systematischen Review, der relativ präzise Fragen beantwortet (z. B. die Wirksamkeit einer bestimmten Intervention bei einer spezifischen Indikation), breitere Fragestellungen, um die einem Forschungsgebiet zugrunde liegenden Schlüsselkonzepte abzubilden sowie Arbeitsdefinitionen und/oder die konzeptionellen Grenzen eines Themas zu klären (Arksey & O'Malley, 2015). In die vorliegende Arbeit wurden auch Reviews über diagnostische Studien zur Messung von Gesundheitskompetenz eingeschlossen, wenn sie über Konzepte, Modelle oder Definitionen von Gesundheitskompetenz berichten. Eine Aufstellung der Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 1 angeführt.

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Alle gesunden Menschen	Kranke Menschen
Thema/Fragestellung	Konzepte, Modelle oder Definitionen der Gesundheitskompetenz oder Messverfahren der Gesundheitskompetenz	Alle Fragestellungen zur Effektivität oder Effizienz von Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz
Study design (Studiendesign)	Systematische Reviews, narrative Reviews und Scoping Reviews	Alle anderen Publikationsarten
Setting	Alle	
Suchzeitraum	Unbegrenzt	

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

4.2 Literatursuche

Wir suchten nach jenen systematischen Übersichtsarbeiten, die sich mit Konzepten, Modellen oder Definitionen der Gesundheitskompetenz beschäftigen, um die darin genannten Einflussfaktoren zu identifizieren. Eine professionelle Informationsspezialistin führte die Suche in zwei elektronischen Datenbanken (MEDLINE via Ovid, Epistemonikos) im November 2018 durch. Die Suche erfolgte ohne Zeit- und Sprachbeschränkung; die vollständigen Suchstrategien und Trefferzahlen finden sich in Anhang A.

4.3 Durchsicht der Literatur

Die Literatur wurde voneinander unabhängig von zwei Reviewer/innen in zwei aufeinanderfolgenden Schritten (Abstract- und Volltextselektion) auf Basis der vorab definierten Einschlusskriterien durchgeführt. Die dafür verwendeten Review-Formulare sind im Anhang B: angeführt. Differenzen in der Einschätzung wurden durch Diskussion und Konsens oder durch das Einbinden einer dritten Person gelöst. Für die Durchsicht der Literatur wurde die Software Covidence (<https://www.covidence.org/>) verwendet.

4.4 Datenextraktion

In allen eingeschlossenen Publikationen wurde nach Einflussfaktoren bzw. Determinanten auf die Gesundheitskompetenz gesucht, diese wurden extrahiert. In Anlehnung an das "Outcome Model for Health Promotion" (Don Nutbeam, 1998) und das darauf aufbauende "Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention" (Spencer et al., 2008) verstehen wir unter Einflussfaktoren und Determinanten das Folgende: Determinanten haben einen direkten, empirisch belegbaren kausalen Einfluss auf eine Dimension der Gesundheitskompetenz, wohingegen Einflussfaktoren jene Faktoren sind, die die Determinanten der Gesundheitskompetenz beeinflussen.

Aus allen eingeschlossenen Publikationen extrahierten wir folgende Daten:

- Basisinformationen zur systematischen Übersichtsarbeit (Autor/inn/en, Titel, Publikationsjahr, Ziel der systematischen Übersichtsarbeit)
- die genannten Einflussfaktoren und Determinanten sowie deren Beschreibung/Definition
- die genannten Outcomes der Gesundheitskompetenz und deren Beschreibung
- Hintergrundinformationen: Referenz, Forschungsziel, Anzahl der inkludierten Studien, Zielgruppe
- die verwendete Definition bzw. Beschreibung der Gesundheitskompetenz
- die Zielgruppen der Gesundheitskompetenz (sofern genannt)

Wir extrahierten keine Daten aus Primärstudien. Waren einzelne Informationen nicht aus der eingeschlossenen Übersichtsarbeit ersichtlich, werden sie als „nicht berichtet“ dargestellt.

4.5 Erstellen des Wirkmodells

Das Wirkmodell stellt die Wirkungsannahmen zwischen Einflussfaktoren, Determinanten, den Dimensionen der Gesundheitskompetenz und den Outcomes der Gesundheitskompetenz im Sinne von angenommenen Kausalbeziehungen grafisch dar (Knowlton & Phillips, 2012).

In Anlehnung an die Definition von Gesundheitskompetenz der *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE) (Bröder et al., 2018) verwenden wir im Wirkmodell die folgenden drei aufeinander aufbauenden Dimensionen von Gesundheitskompetenz:

1. Gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und umsetzen (Entscheiden/Decision)
2. Als Voraussetzung für das Entscheiden: Gesundheitsrelevante Informationen interpretieren und bewerten (Appraisal)
3. Als Voraussetzung für das Appraisal: Hilfe und Information zu gesundheitsrelevanten Themen suchen, finden und verstehen (Access & Seek)

Anschließend stellen wir die berichteten kausalen Beziehungen zwischen den Einflussfaktoren und Determinanten und den Dimensionen der Gesundheitskompetenz sowie zu den Resultaten in Form von Wirkungspfeilen dar. Unklarheiten bei der Zuordnung wurden im Forschungsteam und mit dem Fördergeber diskutiert und gemeinsam entschieden.

5 Ergebnisse

5.1 Systematische Literatursuche

Im November 2018 identifizierte die systematische Literatursuche in den wissenschaftlichen Datenbanken nach Entfernung von Duplikaten 256 relevante Abstracts. Zwei Autor/inn/en prüften die Eignung der 256 Abstracts und schlossen davon 32 in die genauere Untersuchung der Volltexte ein. Von diesen 32 Volltexten schlossen sie 18 aus, sodass letztlich 14 Studien in den Umbrella Review eingeschlossen wurden (siehe Abbildung 1).

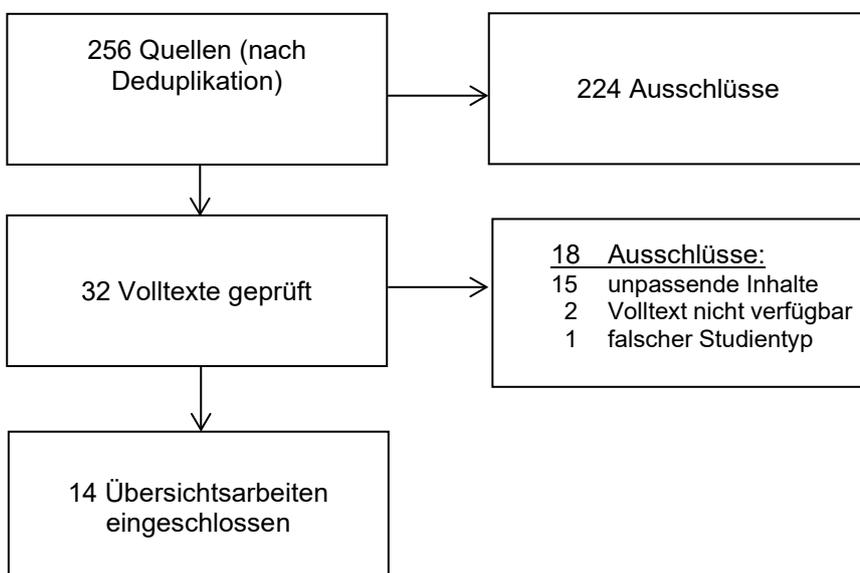


Abbildung 1: Flussdiagramm des Reviewprozesses

Autor/inn/en	Jahr	Titel	Forschungsfrage/Ziel	Studien ¹
Wei, Yifeng et al. (Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2015)	2015	Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review	Despite the abundance of research on mental health literacy interventions, there is the absence of evaluations of current available mental health literacy measures and related psychometrics. We conducted a scoping review to bridge the gap.	401
Truman, Emily; Daniel Lane, Charlene Elliott (Truman, Lane, & Elliott, 2017)	2017	Defining food literacy: A scoping review	Food literacy is seen as a component of health literacy. This article establishes the scope of food literacy research by identifying all articles that define 'food literacy', analyzing its key conceptualizations, and reporting outcomes/measures of this concept.	38
Sørensen, Kristine et al. (Sørensen et al., 2012)	2012	Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models	The aim of the study is to review definitions and models on health literacy to develop an integrated definition and conceptual model capturing the most comprehensive evidence-based dimensions of health literacy	19
Paige, Samantha R et al. (Paige et al., 2018)	2018	Proposing a Transactional Model of eHealth Literacy: Concept Analysis	The objective of our study was to systematically examine eHealth literacy definitions, models, and measures to propose a refined conceptual and operational definition based on the Transactional Model of Communication (TMC).	27
Ormshaw, Michael J et al. (Ormshaw, Paakkari, & Kannas, 2013)	2013	Measuring child and adolescent health literacy: a systematic review of literature	A systematic review of literature was conducted to compile, analyse, and describe the methodology and measurement of childhood/adolescent health literacy.	16
Okan, O. et al. (Okan et al., 2018)	2018	Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature	The objective of this study is to systematically review the field of generic child and adolescent health literacy measurement instruments that are currently available.	15
Krause, C. et al. (Krause, Sommerhalder, Beer-Borst, & Abel, 2018)	2016	Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy	Nutrition literacy and food literacy have become increasingly important concepts in health promotion. Researchers use one or the other term to describe the competencies needed to maintain a healthy diet. This systematic review examines whether these terms are synonymous or if their meanings are substantially different.	19
Harrington, K. F., Valerio M. A. (Harrington & Valerio, 2014)	2014	A conceptual model of verbal exchange health literacy	Objective: To address a gap in understanding of verbal exchange (oral and aural) health literacy by describing the systematic development of a verbal exchange health literacy (VEHL) definition and model which hypothesizes the role of VEHL in health outcomes.	NA
Friedman, D. B.; Hoffman-Goetz, L.	2008	Literacy and health literacy as defined in	Objective: To systematically review the literature for definitions of literacy and health literacy as	78

¹ Anzahl der in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien

Autor/inn/en	Jahr	Titel	Forschungsfrage/Ziel	Studien ¹
(Friedman, Hoffman-Goetz, Department of Health Promotion, & Behavior, 2008)		cancer education research: A systematic review	related to patient access, use, and comprehension of cancer prevention and treatment education.	
Farmanova, E. et al. (Farmanova, Bonneville, & Bouchard, 2018)	2018	Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues	The objective of this study was to review (1) theories and frameworks that inform the concept of organizational health literacy, (2) the attributes of organizational health literacy as described in the guides, (3) the evidence for the effectiveness of the guides, and (4) the barriers and facilitators to implementing organizational health literacy.	48
Bröder, J. et al. (Bröder et al., 2017)	2017	Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models	The research presented in this review addresses this gap by providing an overview and synthesis of current understandings of health literacy in childhood and youth. Furthermore, the authors aim to understand to what extent available models capture the unique needs and characteristics of children and young people.	30
Bonaccorsi, G. et al. (Bonaccorsi, Lorini, Baldasseroni, Porchia, & Capecchi, 2016)	2016	Health services and health literacy: from the rationale to the many facets of a fundamental concept. A literature review	The aim of this study is to make a critical analysis of the different definitions of health literacy to provide a framework of the concept.	26
Altin, S. V. et al. (Altin, Halbach, Ernstmann, & Stock, 2015)	2015	Wie können krebs-spezifische Gesundheits-kompetenzen gemessen werden? — Ein systematischer Review über die Qualität vorhandener Messinstrumente	Darstellung möglicher Operationalisierungsansätze krebsspezifischer Gesundheitskompetenzen und Bewertung vorhandener Messinstrumente im Hinblick auf deren psychometrische Eigenschaften.	12
Al Sayah et al. (Al Sayah, Williams, & Johnson, 2013)	2013	Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures	To identify instruments used to measure health literacy and numeracy in people with diabetes; evaluate their use, measurement scope, and properties; discuss their strengths and weaknesses; and propose the most useful, reliable, and applicable measure for use in research and practice settings.	56

Tabelle 2: Beschreibung der eingeschlossenen Studien

5.2 Einflussfaktoren, Determinanten, Outcomes

In einem ersten Schritt extrahierte eine Autorin Einflussfaktoren, Determinanten und Outcomes aus den 14 eingeschlossenen Übersichtsarbeiten. Im nächsten Schritt kodierte der Erstautor die aus den Publikationen extrahierten Einflussfaktoren, fasste sie in einem induktiven Ansatz zusammen, benannte sie in deutscher Sprache neu und übersetzte die jeweils zutreffende Bedeutung (siehe Tabelle 3) aus den Publikationen. Dieses Vorgehen stellte sicher, dass inhaltliche Überlappungen

zwischen Einflussfaktoren minimiert wurden und gleiche Einflussfaktoren, die in unterschiedlichen Publikationen verschieden bezeichnet wurden, eine einheitliche Begrifflichkeit erhielten. Unklarheiten bei der Zuordnung wurden im Forschungsteam diskutiert und gemeinsam entschieden. Die so erarbeiteten Gruppen von Faktoren wurden benannt und inhaltlich beschrieben.

Einen Überblick über die so gefundenen Einflussfaktoren und Determinanten sowie deren Bedeutung und englische Bezeichnungen gibt Tabelle 3 wieder, Tabelle 4 bietet dasselbe für die Outcomes. Insgesamt wurden 10 Einflussfaktoren und 13 Determinanten identifiziert.

Einflussfaktor (E) / Determinante (D)	Englische Begriffe	Bedeutung
Alphabetisierung (D)	Comprehension and understanding, Cognitive ability (Bröder et al., 2017)	Sinnerfassendes Lesen, grundlegende mathematische Fähigkeiten, einfache Grafiken verstehen können, Filtern relevanter Informationen und deren Extraktion (Bröder et al., 2017)
Basiswissen (D)	Basic knowledge (Sørensen et al., 2012)	Es braucht ein gewisses Maß an Gesundheitswissen, um Gesundheitsinformationen zu verarbeiten und deren Inhalte verstehen zu können. Einzelpersonen und Gruppen sollten in der Lage sein, grundlegende Konzepte der Gesundheit und ökologische Perspektiven zu diskutieren (Sørensen et al., 2012).
Bildungssystem (E)	Education system (Mancuso, 2008; Ormshaw et al., 2013; Paige et al., 2018)	Im Jahr 2003 identifizierte das Institute of Medicine das Bildungssystem (Schulen und Erwachsenenbildung) als ein wesentliches Handlungsfeld für Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen und Gesellschaften (<i>Health Literacy: A Prescription to End Confusion</i> , 2004).
Citizenship (D)	Citizenship (Bröder et al., 2017)	Die Fähigkeit, ethisch verantwortungsbewusst zu handeln und soziale Verantwortung zu übernehmen (Paakkari, Simovska, & Paakkari, 2012); Fähigkeiten und Ressourcen, die notwendig sind, um Gesundheitsbelange durch bürgerschaftliches Engagement anzugehen; eine Person oder Gruppe sollte in der Lage sein, die ungleiche Verteilung von Lasten und Nutzen der Gesellschaft zu artikulieren, zu bewerten, wer von den Bemühungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit mehr oder weniger profitiert, aktuelle Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu kommunizieren und dem durch staatsbürgerliches Handeln, Führen und Dialog zu begegnen (Mancuso, 2008).
Einstellung/Motivation (D)	Attitudes, Emotions, Motivations/Intentions (Bröder et al., 2017; Okan et al., 2018; Ormshaw et al., 2013; Truman et al., 2017; Wei et al., 2015)	Interesse an Gesundheitsthemen und die Motivation, nach bestem Wissen zum Wohle der Gesundheit zu handeln; Einstellung zu und Wahrnehmen von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention; Einstellung gegenüber Erkrankungen (z. B.: psychischen Erkrankungen)
Gesundheitssystem: Kommunikationsstandards und -formen (E)	Communication practices and standards (Farmanova et al., 2018)	Zugängliche, integrative, respektvolle und auf die spezifischen Bedürfnisse der Gesundheitsinformation und den Lernstil der Kund/inn/en und Gemeinschaften zugeschnittene Kommunikation (einschließlich neue Medien und Technologien) (Trezona, Dodson, & Osborne, 2017)

Einflussfaktor (E) / Determinante (D)	Englische Begriffe	Bedeutung
Gesundheitssystem: Abläufe (E)	Systems, processes and policies (Farmanova et al., 2018)	Effektive Service- und Programmplanung, effektive interne und externe Kommunikation, Monitoring, Evaluation und kontinuierliche Qualitätsverbesserung (Trezona et al., 2017)
Gesundheitssystem: Beteiligung (E)	Community engagement and partnerships (Farmanova et al., 2018)	Einbeziehen von Verbraucher/inne/n und Kommunen in alle Aspekte der Angebotsplanung, -erbringung und -bewertung; Partnerschaften mit Gesundheits-, Sozial- und Fachorganisationen, um die Angebote zu verbessern und die Programmplanung und -durchführung zu stärken (Trezona et al., 2017)
Gesundheitssystem: Leadership (E)	Leadership and culture (Farmanova et al., 2018)	Ethos, Philosophie und Werte einer auf Gesundheitskompetenz ausgerichteten Organisation: inklusiv, personenzentriert und auf Gleichberechtigung ausgerichtet (Trezona et al., 2017)
Gesundheitssystem: Responsivität (E)	Organizational Health Literacy Responsiveness (Farmanova et al., 2018)	Bereitstellung von Dienstleistungen, Programmen und Informationen auf eine Weise, die den unterschiedlichen Bedürfnissen und Präferenzen von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften im Bereich Gesundheitskompetenz entspricht und die Menschen dabei unterstützt, sich an Entscheidungen über ihre Gesundheit und ihr soziales Wohlergehen zu beteiligen (Trezona, Dodson, & Osborne, 2018). Die Responsivität der Gesundheitskompetenz beschreibt die Art und Weise, wie Dienste, Organisationen und Systeme Gesundheitsinformationen und -ressourcen für die Menschen verfügbar und zugänglich machen und an deren Stärken und Einschränkungen der Gesundheitskompetenz anpassen (Brach et al., 2012).
Gesundheitssystem: Arbeitskräfte (E)	Workforce (Farmanova et al., 2018)	Kompetenz der Belegschaft (Fähigkeiten, Kenntnisse und Einstellungen), unterstützende Arbeitsumgebung, Praxisressourcen und Möglichkeiten zur beruflichen Entwicklung (Trezona et al., 2018)
Informationskompetenz (D)	Informational Competence (Sørensen et al., 2012)	Fähigkeit, Informationsquellen zu identifizieren und sie zum Abrufen relevanter Informationen zu nutzen (Mancuso, 2008)
Kommunikationsfähigkeit und Interaktion (D)	Communication and interaction (Al Sayah et al., 2013; Bröder et al., 2017; Farmanova et al., 2018; Harrington & Valerio, 2014; Paige et al., 2018; Sørensen et al., 2012)	Kommunikation bezieht sich darauf, wie Gedanken, Nachrichten oder Informationen ausgetauscht werden, einschließlich Sprache, Signale, Schreiben oder Verhalten (Mancuso, 2008). Fähigkeit, effektiv über die eigene Gesundheit oder Gesundheitsinformationen zu kommunizieren und gegebenenfalls mit anderen Menschen, einschließlich Freunden und Gesundheitsdienstleistern, zusammenzuarbeiten (Bröder et al., 2017)
Kritisches Denken (D)	Critical Thinking (Al Sayah et al., 2013; Bonaccorsi et al., 2016; Bröder et al., 2017; Krause et al., 2018; Ormshaw et al., 2013; Paige et al., 2018; Sørensen et al., 2012; Truman et al., 2017)	Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen und -beratung kritisch zu bewerten und zu reflektieren (Krause et al., 2018); die Fähigkeit, klar und rational zu denken und Wissen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten (Bröder et al., 2017); die Fähigkeit, die Glaubwürdigkeit, die Relevanz und die Risiken der Weitergabe und des Erhalts von Gesundheitsinformationen zu bewerten (Paige et al., 2018)
Kultur und Gesellschaft (E)	Culture (Bröder et al., 2017; Sørensen et al., 2012)	Gesellschaftliche Werte; Muster des menschlichen Verhaltens, Gedanken, Kommunikation, Handlungen, Bräuche, Überzeugungen, Werte und Institutionen

Einflussfaktor (E) / Determinante (D)	Englische Begriffe	Bedeutung
		ethnischer, religiöser oder sozialer Gruppen (Mancuso, 2008)
Policies und Förderungen (E)	External policy and funding environment (Farmanova et al., 2018)	Für das Gesundheits- und Bildungssystem: Bereitstellen angemessener Programmfinanzierung, flexibler Dienstleistungsvereinbarungen, Anreize (z. B. durch Akkreditierung) und Gesundheitskompetenz-spezifischer politischer Rahmenbedingungen und Standards durch Regierung und Fördergeber (Trezona et al., 2017)
Selbstkontrolle (D)	Self-control (Bröder et al., 2017)	Selbstkontrolle bezieht sich auf einen inneren Fokus, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, während man möglicherweise mit konkurrierenden persönlichen Bedürfnissen, Gefühlen, Wünschen und Interessen kämpft (Bröder et al., 2017).
Selbstregulierung (D)	Self-regulation (Bröder et al., 2017)	Selbstregulierung ermöglicht dem Einzelnen, gesundheitsbezogene Ziele im Einklang mit möglichst vielen persönlichen Bedürfnissen, Gefühlen, Werten und Interessen zu formulieren (Bröder et al., 2017).
Selbstwahrnehmung (D)	Self-awareness and self-reflection (Bröder et al., 2017)	Angemessene Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Empfindungen wird als Schlüsselfaktor für die Regulierung des eigenen Verhaltens angesehen. Selbstwahrnehmung setzt voraus, Gesundheitsthemen aus der eigenen persönlichen Perspektive miteinander verknüpfen und beschreiben und die Gründe für das eigene Verhalten und Denken in einer bestimmten Weise untersuchen zu können (Bröder et al., 2017).
Selbstwirksamkeitserwartung (D)	Self-efficacy (Bröder et al., 2017; Sørensen et al., 2012)	Glaube an die eigene Fähigkeit, bestimmte gesundheitsbezogene Aufgaben zu erfüllen und definierte Ziele zu erreichen (Bröder et al., 2017)
Soziodemographische Merkmale inkl. sozial-ökonomischer Status (E)	Social-economic status (Sørensen et al., 2012)	Bündel von Merkmalen menschlicher Lebensumstände (z. B. Bildung, Einkommen, beruflicher Status)
Glaubwürdigkeit der Quellen (D)	Credibility of the sources (Bröder et al., 2017)	Glaubwürdigkeit und Fundiertheit einer gesundheitsrelevanten Nachricht (Bröder et al., 2017)
Vertrauenswürdigkeit (D)	Trustworthiness (Sørensen et al., 2012)	Glaubwürdigkeit und Fundiertheit einer gesundheitsrelevanten Nachricht (Bröder et al., 2017)
Zugänglichkeit und Verständlichkeit (D)	Access to services and programs (Farmanova et al., 2018)	Ausmaß, in dem die Angebote und Informationen für alle Menschen zugänglich sind (physisch, geografisch, finanziell und kulturell), inwieweit Strategien umgesetzt werden, die Menschen bei der Navigation im Gesundheitssystem unterstützen und eine wirksame Verbreitung gesundheitsrelevanter Themen ermöglichen (Trezona et al., 2017)

Tabelle 3: Einflussfaktoren und Determinanten der Gesundheitskompetenz

Endpunktedimension	Endpunkte	Englische Begriffe²
Gesundheitskosten	Geringere Gesundheitskosten (Sørensen et al., 2012)	Lower healthcare costs (Kindig, Panzer, & Nielsen-Bohlman, 2004; Mancuso, 2008; Manganello, 2007; Speros, 2005)

² Die Quellenangaben in dieser Spalte beziehen sich auf die Primärstudie(n), auf die die Übersichtsarbeit bei Nennung des Endpunkts verweist.

Endpunktedimension	Endpunkte	Englische Begriffe²
Gesundheitsrelevantes Verhalten	Teilnahme an Gesundheitsprogrammen für die Bevölkerung (Sørensen et al., 2012)	Participation in population health programs (D. Nutbeam, 2000)
Gesundheitsrelevantes Verhalten	Teilnahme an proaktivem Gesundheitsverhalten, einschließlich Selbstmanagementverhalten (Neter & Brainin, 2012) und Krebsvorsorgeuntersuchungen (Mitsutake, Shibata, Ishii, & Oka, 2012; Paige et al., 2018)	Participation in proactive health behaviors offline, including self-management behaviors (Neter & Brainin, 2012), patient-provider communication (Neter & Brainin, 2012), and cancer screenings (Mitsutake et al., 2012)
Gesundheitsrelevantes Verhalten	Teilnahme an Programmen, um die Bevölkerungsgesundheit zu erhöhen, die Stärkung der Gemeinschaft und die allgemeine Fähigkeit, die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer zu beeinflussen, sowie umfassendere soziale Normen (D. Nutbeam, 2000; Paakkari et al., 2012) zu verbessern (Bröder et al., 2017)	Increase the participation in population health programs, to improve community empowerment and the general capacity to influence one's own health and the health of others, as well as broader social norms (D. Nutbeam, 2000; Paakkari et al., 2012)
Gesundheitsrelevantes Verhalten	Einhaltung der verschriebenen Verordnungen (Sørensen et al., 2012)	Compliance with prescribed actions (D. Nutbeam, 2000)
Gesundheitsversorgung	Besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung (Paige et al., 2018)	Better health care access (Sheng & Simpson, 2013)
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Geringere Krankenhausaufenthalte (Sørensen et al., 2012)	Shorter hospitalization (Kindig et al., 2004; Mancuso, 2008; Manganello, 2007; Speros, 2005)
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bzw. das Gesundheitssystem weniger nutzen (Sørensen et al., 2012)	Less frequent use of healthcare services (Kindig et al., 2004; Mancuso, 2008; Manganello, 2007; Ratzan, 2001; Speros, 2005)
Individueller Gesundheitszustand	Verbesserte individuelle Widerstandsfähigkeit gegenüber sozialen und wirtschaftlichen Widrigkeiten (Sørensen et al., 2012)	Improved individual resilience to social and economic adversity (Milne et al., 2015)
Individueller Gesundheitszustand	Bessere individuelle gesundheitsbezogene Ergebnisse (Paige et al., 2018)	Better health-related outcomes (Milne et al., 2015; Watkins & Xie, 2014; Werts & Hutton-Rogers, 2013)
Individueller Gesundheitszustand	Selbstberichteter Gesundheitszustand (Sørensen et al., 2012)	Self-reported health status (Kindig et al., 2004; Manganello, 2007; Speros, 2005; Watkins & Xie, 2014)
Lebenserwartung	Höhere Lebenserwartung (Sørensen et al., 2012)	Longer life expectancy (Ratzan, 2001)
Patientenbeziehung	Verbesserte Patienteneinbeziehung (Paige et al., 2018)	Patient engagement (Hsu, Chiang, & Yang, 2014; Norman & Skinner, 2006; Werts & Hutton-Rogers, 2013)
Wirtschaftsfaktor	Höhere Arbeitsmarktproduktivität (Sørensen et al., 2012)	Higher labor market productivity (Ratzan, 2001)

Tabelle 4: Outcomes der Gesundheitskompetenz

5.3 Das Wirkmodell Gesundheitskompetenz

Das Wirkmodell stellt Zusammenhänge zwischen diversen Faktoren und Gesundheitskompetenz dar, die in der Literatur als kausal betrachtet werden – die also als Einflussfaktoren und Determinanten auf Gesundheitskompetenz bzw. als deren Auswirkungen (Outcomes) angesehen werden. Das Wirkmodell stellt diese Annahmen dar, spezifiziert jedoch nicht, wo, warum und in welchen Kontexten eine Wirkung auf die Gesundheitskompetenz besteht; dafür bräuchte es weitere Forschung. Die Pfeile zwischen den Elementen im Modell stellen den in der Literatur jeweils berichteten kausalen Zusammenhang dar.

Sowohl die Einflussfaktoren als auch die Determinanten beeinflussen einander wechselseitig. So gibt es zum Beispiel Wechselwirkungen zwischen dem Einflussfaktor Bildungssystem und soziodemographischen Merkmalen oder den Determinanten Alphabetisierung und Informationskompetenz. Um das Wirkmodell jedoch überschaubar zu halten, werden ausschließlich die direkten Wirkungen auf Gesundheitskompetenz abgebildet. Es muss also davon ausgegangen werden, dass viele Wechselwirkungen und indirekte Wirkungen bestehen, die das Wirkmodell nicht abbildet.

Abbildung 3 zeigt das Wirkmodell grafisch. Die in der Literatur berichteten Auswirkungen von Gesundheitskompetenz sind ganz rechts in einem dunkelblauen Strich-Punkt-Rahmen zu finden. Links davon sind in hellblauer Farbe die drei Dimensionen der Gesundheitskompetenz (Bröder et al., 2018) angeführt:

1. Gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und umsetzen (Decision): hellblau gepunkteter Rahmen
2. Voraussetzung für das Entscheiden: Gesundheitsrelevante Informationen interpretieren und bewerten (Appraisal): hellblau gestrichelter Rahmen
3. Voraussetzung für Appraisal: Hilfe und Information zu gesundheitsrelevanten Themen suchen, finden und verstehen (Access & Seek): hellblau durchgezogener Rahmen



Abbildung 2: Dimensionen der Gesundheitskompetenz

Der blaue Pfeil symbolisiert die in der Literatur genannten Auswirkungen der Dimension „Gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen“. Die Darstellung zeigt, dass nur dann, wenn gesundheitsrelevante Entscheidungen getroffen werden, auch eine Wirkung erwartet werden kann.

Die grünen und gelben Rahmen (Mitte links) enthalten die Determinanten. Die grünen Rahmen stellen die situativen und die gelben die personalen Determinanten dar. Da Kommunikationsfähigkeit sowohl den situativen als auch individuellen Determinanten zugeordnet werden kann (Kommunikationsfähigkeit ist nicht nur ein Merkmal von Personen, sondern auch von Organisationen im Gesundheitswesen), ist diese Determinante durch einen grüngelben Rahmen gekennzeichnet.

Die Auswirkungen der Determinanten auf die Dimensionen der Gesundheitskompetenz sind mittels Pfeilen dargestellt. Die Art eines Pfeiles zeigt, auf welche der drei Dimensionen der Gesundheitskompetenz die Determinante wirkt: Ein durchgezogener Pfeil bedeutet, dass die Determinante auf die Dimension „Access & Seek“ wirkt, ein strichlierter Pfeil, dass sie auf die Dimension „Appraisal“, und ein gepunkteter Pfeil, dass sie auf die Dimension „Decision“ wirkt.

Am linken Rand der Wirkmodell-Grafik sind jene Einflussfaktoren dargestellt, die auf die Determinanten wirken. Ein zentraler Einflussfaktor ist das – mit einem roten Rahmen umgebene – Bildungssystem, das sowohl auf die soziodemographischen Merkmale als auch auf das Gesundheitssystem Einfluss hat. Letzteres ergibt sich durch die Ausbildung der im Gesundheitssystem tätigen Professionen. Die Politik gestaltet die Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem, das Bildungssystem und die soziodemographischen Merkmale.

EINFLUSS-FAKTOREN → **DETERMINANTEN** → **GESUNDHEITS-KOMPETENZ** → **OUT-COMES**

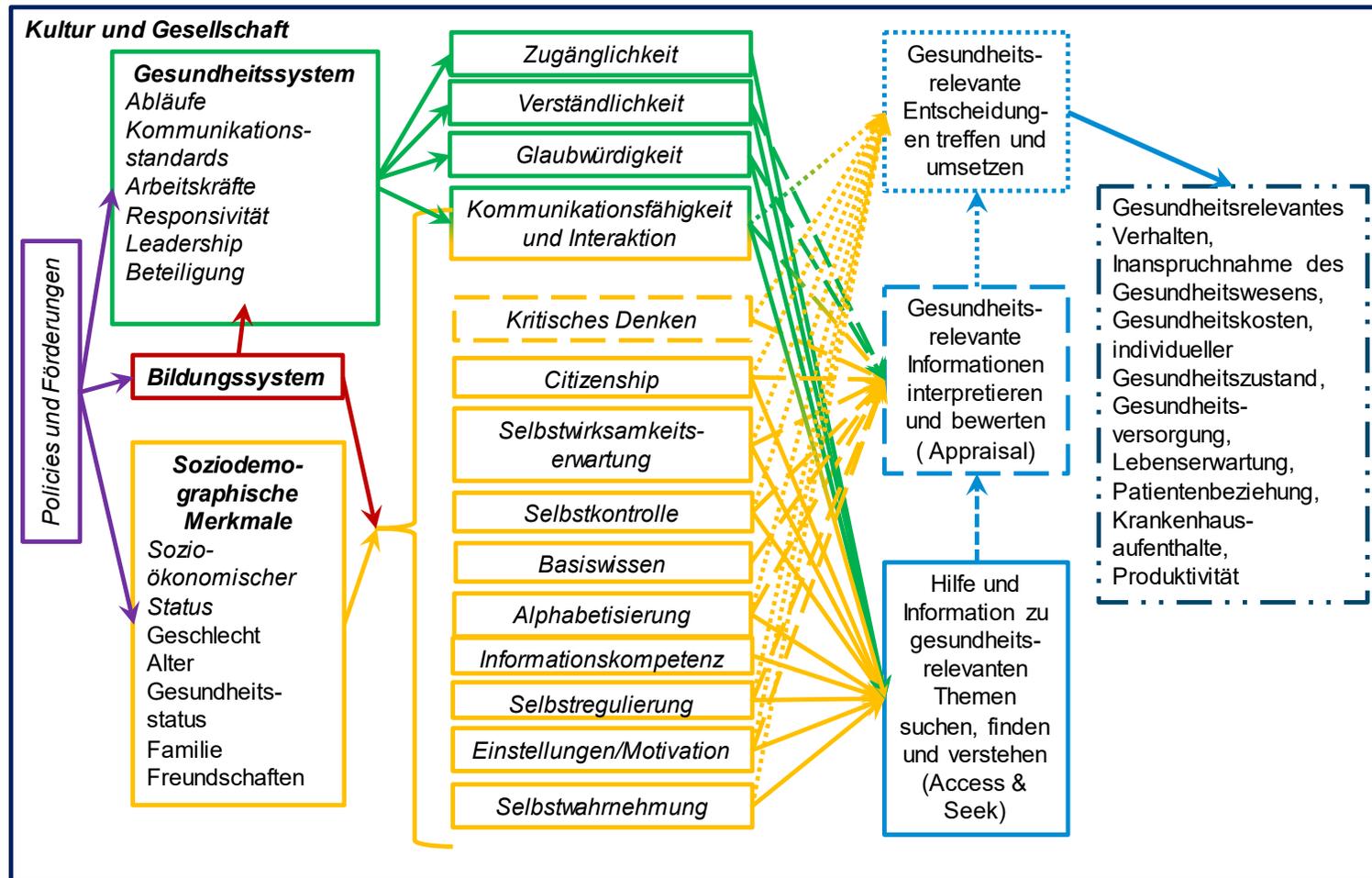


Abbildung 3: Wirkmodell Gesundheitskompetenz

6 Schlussfolgerungen

Das vorgestellte Wirkmodell wurde mittels einer transparenten Methode systematisch und nachvollziehbar entwickelt und beinhaltet Konstrukte aus einer Synthese bestehender systematischer Übersichtsarbeiten.

Das Wirkmodell stellt eine allgemeine Theorie der Veränderung (De Silva et al., 2014) der Gesundheitskompetenz dar, indem es eine umfassende Beschreibung und Illustration davon gibt, wie und warum eine Veränderung von Gesundheitskompetenz erwartet werden kann. Damit trägt es zu mehr Klarheit bei – sowohl für den Begriff der Gesundheitskompetenz als auch für die Frage, welche Ansätze für die Stärkung der Gesundheitskompetenz vielversprechend sind: jene Ansätze, die die Determinanten auf individueller und situativer Ebene beeinflussen.

Das Wirkmodell baut auf dem aktuellsten Konzept von Gesundheitskompetenz auf – dem der International Union for Health Promotion and Education – und zeigt auf, wo Gesundheitskompetenz sichtbar wird: beim Treffen und Umsetzen von Entscheidungen. Das Wirkmodell unterscheidet klar die Dimensionen der Gesundheitskompetenz von den Faktoren, die auf diese Dimensionen direkt (Determinanten) oder indirekt (Einflussfaktoren) kausal wirken. Damit und mit der konkreten Auflistung messbarer Einflussfaktoren und Determinanten unterscheidet sich das dargestellte Wirkmodell von allen bisher in der Literatur verfügbaren Modellen der Gesundheitskompetenz; diese sind allgemeiner gehalten und bieten nur allgemeine Hinweise, wo anzusetzen wäre, um Gesundheitskompetenz zu stärken (siehe beispielsweise das Modell von Sørensen et al 2012 (Sørensen et al., 2012)).

Ein wesentlicher Vorteil des hier vorgestellten Wirkmodells ist, dass es ganz konkrete Ansatzpunkte für Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz benennt (Einflussfaktoren und Determinanten) und dadurch die Entwicklung spezifischer und literaturgestützter Hypothesen über die Wirkung von Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ermöglicht. Daraus ergeben sich drei wesentliche Hypothesen, wie das Bundesgesundheitsziel, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken (Rendi-Wagner, 2015), zu erreichen ist:

1. Entsprechend dem Wirkmodell sollten Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sowohl die Verbesserung situativer Determinanten (z. B. Responsivität des Gesundheitssystems) als auch individueller Determinanten anstreben.
2. Eine Schlüssel-Determinante ist die Verfügbarkeit von zugänglichen, verständlichen und vertrauenswürdigen Gesundheitsinformationen. Ohne solche verpuffen jene

Maßnahmen, die die individuellen Determinanten der Gesundheitskompetenz stärken sollen.

3. Resultate der Gesundheitskompetenz werden ausschließlich durch gesundheitsrelevante Entscheidungen von Personen ausgelöst – sei es, dass diese Entscheidungen im Sinne eines reflektierten Abwägens von Vor- und Nachteilen erfolgen, sei es aufgrund von Gewohnheit oder durch Befolgen von Anordnungen. Diese Entscheidungen und die daran geknüpften Handlungen sind Voraussetzung dafür, dass erwartete Wirkungen eintreten (z. B. verbessertes gesundheitsrelevantes Verhalten, verbesserter Gesundheitszustand, höhere Lebenserwartung, geringere Gesundheitskosten, geringere Krankenhausaufenthalte, geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, besserer Zugang zur Versorgung). Daraus folgt, dass Gesundheitskompetenz auf der Entscheidungsebene gemessen werden sollte.

Auch wenn es noch weiterer Forschung darüber bedarf, was wo, warum und in welchen Kontexten auf Gesundheitskompetenz wirkt, so gibt das vorliegende Wirkmodell bereits konkrete Hinweise und Handlungsansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und zeigt notwendige Voraussetzungen auf.

7 Literaturverzeichnis

- Al Sayah, F., Williams, B., & Johnson, J. A. (2013). Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures. *Health Education & Behavior, 40*(1), 42-55. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1090198111436341>
- Altin, S. V., Halbach, S., Ernstmann, N., & Stock, S. (2015). [How can we measure cancer literacy?--A systematic review on the quality of available measurement tools]. *Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109*(6), 466-482. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2015.06.006>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2015). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19 - 32.
- Berkman, N. D., Sheridan, S., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., . . . Viswanathan, M. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Retrieved from Research Triangle Park, North Carolina:
- Bonaccorsi, G., Lorini, C., Baldasseroni, A., Porchia, B. R., & Capecchi, L. (2016). Health services and health literacy: from the rationale to the many facets of a fundamental concept. A literature review. *Annali Dell'Istituto Superiore di Sanita, 52*(1), 114-118. doi:https://dx.doi.org/10.4415/ANN_16_01_18
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., . . . Schillinger, D. (2012). *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*. Retrieved from Washington, DC:
- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., . . . Wills, J. (2018). IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot, 25*(4), 79-88. doi:10.1177/1757975918814421
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., . . . Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health, 17*(1), 361. doi:10.1186/s12889-017-4267-y
- De Silva, M. J., Breuer, E., Lee, L., Asher, L., Chowdhary, N., Lund, C., & Patel, V. (2014). Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials, 15*, 267. doi:10.1186/1745-6215-15-267
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health, 54*(5), 313. doi:10.1007/s00038-009-0058-2
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry, 55*, 46958018757848. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Friedman, D. B., Hoffman-Goetz, L., Department of Health Promotion, E., & Behavior, A. S. o. P. H. U. o. S. C. d. g. s. e. (2008). Literacy and health literacy as defined in cancer education research: a systematic review. *Health Education Journal, 67*(4), 285-304. Retrieved from <http://www.epistemonikos.org/documents/acf515c9afa4d342dc1e05ba3287fb88dd0f4472>
- Green, S., Higgins, J. P., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C. D., & Oxman, A. D. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*; CHAPTER 1: INTRODUCTION. 5.1.
- Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *Eur J Clin Invest, 48*(6), e12931. doi:10.1111/eci.12931

- Harrington, K. F., & Valerio, M. A. (2014). A conceptual model of verbal exchange health literacy. *Patient Education & Counseling*, 94(3), 403-410. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.024>
- Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. (2004). Washington (DC).
- Hsu, W., Chiang, C., & Yang, S. (2014). The effect of individual factors on health behaviors among college students: the mediating effects of eHealth literacy. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), e287.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- JPT, H., & S, G. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011] Chapter 22: Overviews of reviews. Retrieved from www.handbook.cochrane.org
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*: National Academies Press.
- Knowlton, L. W., & Phillips, C. C. (2012). *The Logic Model Guidebook: Better Strategies for Great Results*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2018). Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health promotion international*, 33(3), 378-389. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/heapro/daw084>
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*, 10(3), 248-255. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Manganello, J. A. (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847.
- Milne, R. A., Puts, M. T., Papadakos, J., Le, L. W., Milne, V. C., Hope, A. J., . . . Giuliani, M. E. (2015). Predictors of high eHealth literacy in primary lung cancer survivors. *Journal of Cancer Education*, 30(4), 685-692. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs13187-014-0744-5.pdf>
- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., & Oka, K. (2012). Association of eHealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e153.
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27-44. doi:10.1093/heapro/13.1.27
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Broder, J., Messer, M., Bruland, D., . . . Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18(1), 166. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5054-0>
- Ormshaw, M. J., Paakkari, L. T., & Kannas, L. K. (2013). Measuring child and adolescent health literacy: A systematic review of literature. *Health Education*, 113(5). doi:10.1108/HE-07-2012-0039

- Paakkari, L., Simovska, V., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education, 112*(2), 133-152. doi:10.1108/09654281211203411
- Paige, S. R., Stellefson, M., Krieger, J. L., Anderson-Lewis, C., Cheong, J., & Stopka, C. (2018). Proposing a Transactional Model of eHealth Literacy: Concept Analysis. *Journal of Medical Internet Research, 20*(10), e10175. doi:<https://dx.doi.org/10.2196/10175>
- Pelikan, J., Röhlin, F., & Ganahl, K. (2012). *Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states*. Retrieved from HLS-EU CONSORTIUM: <HTTP://WWW.HEALTH-LITERACY.EU>
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international, 16*(2), 207-214.
- Rendi-Wagner, P. (2015). *Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung*. Retrieved from Wien: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>
- The SAGE Dictionary of Social Research Methods. (2006). doi:10.4135/9780857020116
- Sheng, X., & Simpson, P. M. (2013). Seniors, health information, and the Internet: motivation, ability, and Internet knowledge. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16*(10), 740-746.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . European Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., & Cloetta, B. (2008). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health promotion international, 23*(1), 86-97. doi:10.1093/heapro/dam038
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs, 50*(6), 633-640. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res, 17*(1), 513. doi:10.1186/s12913-017-2465-z
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res, 18*(1), 694. doi:10.1186/s12913-018-3499-6
- Truman, E., Lane, D., & Elliott, C. (2017). Defining food literacy: A scoping review. *Appetite, 116*, 365-371. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.007>
- Watkins, I., & Xie, B. (2014). eHealth literacy interventions for older adults: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research, 16*(11), e225.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry, 15*, 291. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Werts, N., & Hutton-Rogers, L. (2013). Barriers to achieving e-health literacy. *American Journal of Health Sciences, 4*(3), 115.

8 Anhang

8.1 Anhang A: Suchstrategie

Database name, time span, and host	Date searched	Hits
Epistemonikos.org	27. Nov. 18	114
Ovid MEDLINE(R) 1946 to November Week 3 2018, Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print November 26, 2018, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations November 26, 2018, Ovid MEDLINE(R) Daily Update November 26, 2018	27. Nov. 18	217
	Total (before deduplication)	331
	Total (after deduplication)	256

Tabelle 5: Suchstrategie (Search*)

Epistemonikos.org

Search	Results
title:(health AND (literacy OR competenc* OR literate) AND (instrument* OR score* OR scale* OR measur* OR concept* OR theor* OR model* OR framework* OR defin* OR skill* OR tool* OR map* OR outcome*)) OR abstract:(("health literacy" OR "health competence" OR "health competences" OR "health competencies" OR "health literate") AND (concept* OR theor* OR model* OR framework* OR defin*))	202
Filter: Systematic Review	114

Tabelle 6: Suche Epistemonikos; 27. 11. 2018

Ovid MEDLINE(R) 1946 to November Week 3 2018, Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print November 26, 2018, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations November 26, 2018, Ovid MEDLINE(R) Daily Update November 26, 2018

#	Searches	Results
1	*Health Literacy/	3024
2	(health adj2 (literacy or literate or competenc*) adj6 (concept* or theor* or model* or framework* or defin*)).ti,ab.	724
3	Health Literacy/	4208
4	(health adj2 (literacy or literate or competenc*)).ti,ab,kf.	8083
5	3 or 4	9549
6	Terminology as Topic/	53432
7	Concept Formation/	11036
8	Models, Theoretical/	140116

#	Searches	Results
9	(instrument* or score* or scale* or measur* or concept* or theor* or model* or framework* or defin* or skill* or tool* or map* or outcome*).ti.	1675853
10	(concept* or theor* or model* or framework* or defin*).ab. /freq=3	679148
11	or/6-10	2194222
12	5 and 11	1871
13	1 or 2 or 12	4389
14	review.pt.	2455111
15	(medline or medlars or embase or pubmed or cochrane or (scisearch or psychinfo or psycinfo) or (psychlit or psyclit) or cinahl or ((hand adj2 search\$) or (manual\$ adj2 search\$)) or (electronic database\$ or bibliographic database\$ or computeri?ed database\$ or online database\$) or (pooling or pooled or mantel haenszel) or (peto or dersimonian or der simonian or fixed effect)).tw,sh. or (retraction of publication or retracted publication).pt.	284989
16	14 and 15	143153
17	meta-analysis.pt. or meta-analysis.sh. or (meta-analys\$ or meta analys\$ or metaanalys\$).tw,sh. or (systematic\$ adj5 review\$).tw,sh. or (systematic\$ adj5 overview\$).tw,sh. or (quantitativ\$ adj5 review\$).tw,sh. or (quantitativ\$ adj5 overview\$).tw,sh. or (quantitativ\$ adj5 synthesis\$).tw,sh. or (methodologic\$ adj5 review\$).tw,sh. or (methodologic\$ adj5 overview\$).tw,sh. or (integrative research review\$ or research integration).tw.	258200
18	16 or 17	311981
19	13 and 18	217

Tabelle 7: Suche Ovid MEDLINE(R); 27. 11. 2018

8.2 Anhang B: Review-Formular

Fragestellung: Welche englisch- oder deutschsprachigen systematischen oder narrativen Reviews gibt es, die sich mit Konzepten, Modellen und Definitionen zu Gesundheitskompetenz auseinandersetzen?

E1	Is the publication in English or German ? - Exclude all other articles	Yes	No = STOP
E2	Is the publication a narrative, systematic or scoping review ?	Yes	No = STOP
E3	Is the topic of the publication concepts or models or definitions of health literacy ? - Exclude all other publications (e.g.: Reviews about the relationship between health literacy and health outcomes, or the relationship between health literacy interventions and health literacy outcomes)	Yes	No = STOP
E4	If there are any other reasons for excluding the publication, please make a note here		

Tabelle 8: Review Formular

Please create and assign the following TAGs in Abstract (“tag study”)

BG	if this paper may be important as background paper for writing the article
-----------	--