



Annike Morgane Nock^{1,2} · Corinna Petersen-Ewert¹ ·
Ivonne-Nadine Jürgensen¹ · Sabine Metzinger²

¹ Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg, Deutschland

² Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Witten/Herdecke, Deutschland

Das Erleben von Gesundheitsinformationen im Versorgungsalltag bei Menschen mit chronischer Erkrankung

Qualitative Ergebnisse aus einer Mixed-Methods-Studie

Einleitung und Fragestellung

Die Krankheitslast in Europa wird, mit zunehmender Tendenz, durch nicht-übertragbare Erkrankungen bestimmt [9]. Im aktuellen bundesweiten Panel „Gesundheit in Deutschland“ bestätigt über die Hälfte der erwachsenen Befragten das Vorliegen eines chronischen Gesundheitsproblems [26]. Unter dem Begriff „chronisch“ wird der meist unheilbare und lebenslange Prozess einer Erkrankung verstanden [10]. Die Ausprägung solcher Verläufe reicht von symptomarmen bis hin zu multimorbiden Zuständen und „Chronizitäts-Clustern“ (z. B. metabolisches Syndrom). Demzufolge sind Menschen mit chronischen Erkrankungen (MmcE) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger auf die Einnahme von Medikation sowie auf Notfall- und Palliativbehandlungen angewiesen [24]. Routinedaten für das Jahr 2022 zeigen beispielhaft für zwei Regionen in Deutschland, dass bei jeder dritten versicherten Person mit einem Diabetes mellitus Typ-II-Folgeschäden auftraten [1]. Kontrolluntersuchungen, Anpassungen der Therapie und Unterstützungs- oder Pflegebedarf gehören für MmcE zum Alltag [10]. Chronische Krankheitsverläufe gehen häufig mit Verlusten der Teilhabe, Selbstbestimmung

und Autonomie einher und können weitere persönliche Konsequenzen nach sich ziehen [24]. Die Auswirkungen definieren sich sowohl über quantifizierbare Konzepte wie Krankheitslast oder gesundheitsbezogene Lebensqualität, als auch über subjektiv eingeschätzte Dynamiken im Erkrankungsverlauf und psychosoziale Kontextfaktoren. Daher gestaltet sich die Krankheitsbewältigung herausfordernd, und ihre Behandlung ist – im Gegensatz zu akuten Diagnosen – oft vage und abhängig vom jeweiligen Behandlungsziel [22].

Chronische Krankheiten bilden damit eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen, gleichwohl ihre Entstehung (und Folgen) durch wirksame, sektorenübergreifende Präventionsmaßnahmen und durch den Abbau ungleicher Gesundheitschancen vermeidbar wären [9]. Die europaweiten Prävalenzraten zu mitbestimmenden Risikofaktoren für chronische Krankheiten liegen in Deutschland am weitesten vorne [8]. Der Handlungsbedarf wird durch verschiedene Initiativen bekräftigt, z. B. durch das Programm „Joint Action Prevent NCD“, zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, an dem sich Deutschland neben 24 weiteren europäischen Ländern, Norwegen und der Ukraine beteiligt. Strategien

zur nachhaltigen Senkung der Belastung durch chronische Krankheiten haben zur Voraussetzung, gesundheitliche Chancengleichheit zu realisieren, um neben den individuellen Risikofaktoren auch vorhandenen gesellschaftlichen Determinanten zu begegnen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz durch chancengerechte Zugänge zu gesundheitsbezogenen Informationen bildet dabei einen Schwerpunkt [16, 39].

In Deutschland hat sich Gesundheitskompetenz, definiert nach Sørensen [37] „als das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Vorbeugung und der Gesundheitsförderung in unterschiedlicher Form zu finden, sie zu verstehen, beurteilen und anzuwenden, um Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebenslauf erhalten oder verbessern“ in den letzten Jahren zu einem zentralen Public-health-Forschungsgebiet mit repräsentativen Daten, entwickelt. Vorliegende Querschnittdaten zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (HLS-GER-Survey I-III; HINTS Germany) berichten, dass in der Allgemeinbevölkerung mehrheitlich große Schwierigkeiten in der Gesundheitsinformationsverarbeitung bestehen [3, 11, 29, 31] und die Kom-

petenzen sozial ungleich verteilt sind [4]. Personen mit geringem Bildungsabschluss, Migrationsgeschichte, höherem Lebensalter sowie MmCE verfügen über eine durchschnittlich geringere Gesundheitskompetenz [11, 28]. Bei multiplen Erkrankungsverläufen nehmen die problematischen Einschätzungen noch zu [28]. Zudem sind Aspekte in der Krankheitsbewältigung, wie Therapie-motivation, mit dem Kompetenzlevel verknüpft [11, 29] und daher besonders für chronische Erkrankungsverläufe relevant, die eine alltägliche Verarbeitung von Gesundheitsinformationen und (informierte) Entscheidungen implizieren. Ein unzureichender Zugang zu und ein begrenztes Verständnis von Gesundheitsinformationen können damit weitreichende Auswirkungen auf den Alltag von MmCE haben, wie reduzierte Compliance oder Lebensqualität [11, 33].

Die Gesundheitskompetenzforschung in Deutschland exemplifiziert seit Jahren die Relevanz allgemeiner, navigationaler, professioneller [31] und organisationaler Gesundheitskompetenz [23, 30] zur Optimierung der bestehenden Prozesse zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit innerhalb des Gesundheitswesens. Bereits seit 2018 empfiehlt der nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz [27] die Beteiligung aller verantwortlichen Akteure im Gesundheitswesen, um eine strukturelle Integration von Gesundheitskompetenz für MmCE im Versorgungsalltag zu ermöglichen und verweist auf die Betrachtung vulnerabler Dialoggruppen [27, 32]. Studien, welche die Nutzer:innenperspektive einbeziehen und damit verbundene Erfordernisse für MmCE im Versorgungsgeschehen in Deutschland untersuchen, bekräftigen den Handlungsbedarf [13, 33, 40]. Die Sicherung einer zukunftsfähigen Versorgung für MmCE erfordert systemverankerte interprofessionelle und sektorenübergreifende Kooperation, die mit einem strukturierten Informationsaustausch ansetzt und unter Beteiligung der Nutzenden und Versorgenden realisiert wird [22]. Dabei ist die Sichtweise der Betroffenen insbesondere relevant. Über ihre Erfassung werden subjektive Strategien der Informationsverarbeitung

nachvollziehbarer; das wiederum hilft Professionellen im Versorgungsalltag, ihre gesundheitsbezogene Kommunikation und Angebote bedarfsgerecht auszugestalten [3].

Konkomitierend zu den vorliegenden wissenschaftlichen Empfehlungen, übt die Realität in der deutschen Primärversorgung Reformdruck aus: Vor dem Hintergrund veralteter Bedarfsplanung, einem Mangel von Hausarztpraxen im ländlichen Raum, bei gleichzeitig verändertem Versorgungsbedarf und den höchsten Ausgaben für Gesundheit unter den OECD-Staaten sind Neuerungen unstrittig [5]. Eine Reform bilden seit einigen Jahren lokale patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung¹ (PORT), die im Vergleich zur Regelversorgung bedarfsorientierte Versorgungsabläufe durch die gemeinschaftliche und interprofessionelle Zusammenarbeit von Versorgungsteams umsetzen. In diesen Zentren spielt der Einsatz erweiterter pflegerischer Kompetenzen, durch vermittelnde und gesundheitsfördernde tätige Community Health Nurses eine wesentliche Rolle. In ihrem pflegerischen Tätigkeitsbereich stellt adressatengerechte gesundheitsbezogene Informationsvermittlung eine obligatorische Aufgabe dar [25]. Für die Primärversorgung in Deutschland ist diese pflegerische Praxis im Sinne der Advanced Nursing Practice/Community Health Nursing (ANP/CHN) ein zukunftsfähiges Konzept, gesundheitskompetente Behandlungsprozesse (organisational) zu stärken und evidenzbasierte Strategien der Informationsvermittlung anzuwenden, um vulnerable Gruppen in ihrer Lebenswelt zu erreichen. Zusätzlich zu den vorhandenen repräsentativen Daten, können kleinräumige Untersuchungen einen Beitrag leisten, subjektive Sichtweisen von MmCE und ihrer Gesundheitskompetenz zu ermitteln, um patient:innenorientierte Konzepte weiterzuentwickeln und die Divergenzen zwischen dem Informationsangebot und

den Nutzer:innenpräferenzen abzubauen.

Forschungsfragen

Der vorliegende Beitrag dient dazu, die vorhandenen Forschungsarbeiten zur Gesundheitskompetenz von MmCE im deutschsprachigen Raum, um die subjektiven Perspektiven von Menschen mit (multiplen) chronischen Erkrankungen in einem interprofessionellen Gesundheitszentrum in einem unterversorgten Stadtquartier zu ergänzen. Folgende Forschungsfragen werden beantwortet:

- Wie erleben die Befragten die Entscheidungsfindung im Krankheitsverlauf und welche Faktoren spielen dabei eine Rolle?
- Inwiefern nehmen die Befragten organisationale und professionelle Faktoren in ihrer Versorgung bezüglich gesundheitsbezogener Informiertheit wahr und welche Schwierigkeiten haben sie?
- Aus welchen Gründen fällt es den Befragten schwer, sich im System zurechtzufinden?

Um die Forschungsfragen zu adressieren, wurden qualitative Daten im Rahmen einer Mixed-methods-Studie („explanatory sequential design“) nach Creswell [6] erhoben, welche die Gesundheitskompetenzförderung bei MmCE und Potenziale von CHN ermittelt. Die Mutterstudie besteht aus einem quantitativen Strang (I) und einem qualitativen Strang (II) mit identischem Sample. Beide Datenerhebungen sind von der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke (Verfahrensnummer: 197/2021) in Übereinstimmung mit den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki genehmigt. Weitere Informationen über die quantitativen Ergebnisse (Strang I) der Mixed-methods-Studie sind an anderer Stelle publiziert [21].

Der Schwerpunkt dieses Artikels liegt auf den qualitativen Ergebnissen (Strang II), welche über Interviews mit einer Teilgruppe der Stichprobe aus Strang I durchgeführt wurden.

¹ <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung>.

Methode

Feldzugang und Durchführung der Interviews

Die Erhebung der qualitativen Daten erfolgte im PORT Gesundheitszentrum eines Stadtviertels, das exemplarisch für ein von Armut betroffenes Gebiet und sozioökonomisch diskriminierten Gruppen steht. Das Einkommen je steuerpflichtiger Person in dem Quartier ist gering, der Anteil von Transferleistungen hoch und der Versorgungsbedarf wird durch vergleichsweise hohe Prävalenzen chronischer Diagnosen bestimmt [38]. Die Forschende Annike Morgane Nock (AMN) mit pflegerischer Praxiserfahrung rekrutierte 12 Personen aus der Stichprobe von Strang I für leitfadengestützte Interviews. Der Kontakt zu potenziellen Interviewpersonen erfolgte über Mitarbeitende des Gesundheitszentrums. Die Interviews fanden zwischen Oktober 2023 und März 2024 statt. Zehn der Gespräche erfolgten auf Wunsch der Interviewten in der eigenen Häuslichkeit, ein Interview in den Praxisräumen des Gesundheitszentrums und eins per Telefon. Vor den Interviews wurden die freiwilligen Personen schriftlich und mündlich über das Forschungsvorhaben aufgeklärt. Die informierte Einwilligung zur Durchführung und Aufzeichnung der Interviews sowie zur Verwendung der anonymisierten Daten erfolgte über eine Einverständniserklärung. AMN machte sich mit den Bedingungen im Stadtteil vertraut und war im regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den Fachkräften im Gesundheitszentrum. Hierbei wurden mögliche Vorkenntnisse und Erwartungen der Forschungsteilnehmenden gemeinsam eruiert und die Rolle von sozialer Erwünschtheit im Antwortverhalten und der Umgang in den Gesprächssituationen kritisch diskutiert. Auch die Rolle der Forschenden selbst wurde kritisch hinterfragt, da vorab keine persönlichen Berührungspunkte mit den Studienteilnehmenden bestanden, aber eine vertrauliche Gesprächsumgebung zentrale Voraussetzung für die Interviews war. In Hinblick auf die Niedrigschwelligkeit konnten die Interviewten den Ort für das Interview selbst wäh-

Präv Gesundheitsf <https://doi.org/10.1007/s11553-025-01286-5>
© The Author(s) 2026

A. M. Nock · C. Petersen-Ewert · I.-N. Jürgensen · S. Metzger

Das Erleben von Gesundheitsinformationen im Versorgungsalltag bei Menschen mit chronischer Erkrankung. Qualitative Ergebnisse aus einer Mixed-Methods-Studie

Zusammenfassung

Hintergrund. Menschen mit chronischer Erkrankung berichten von Schwierigkeiten in ihren gesundheitsbezogenen Informations- und Entscheidungsprozessen, gleichwohl sie darauf regelmäßig angewiesen sind. Für Deutschland liegen hinreichend bevölkerungsweite Daten zur Gesundheitskompetenz vor, jedoch wenige aus Perspektive von Betroffenen mit unterschiedlichen Diagnosen und ihrem Versorgungsalltag.

Methode. Zwölf leitfadengestützte Interviews wurden mit chronisch kranken Erwachsenen aus einem Stadtteilgesundheitszentrum in Norddeutschland durchgeführt und mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse. Die Befragten konzeptualisieren Gesundheitskompetenz über verschiedene Zugangsformen und Nutzung gesundheitsrelevanter Informationen, wobei ihre sozialen Kontexte, Milieus und Prägungen

mit verschiedenen Voraussetzungen zentral erscheinen. In Bezug auf ihren Versorgungsalltag und der Bewältigung chronischer Krankheit spielen Kommunikation mit Fachkräften auf Augenhöhe, Wertschätzung sowie Vertrauen und selbstbestimmte Entscheidungen tragende Rollen.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse bestätigen vorhandene Dimensionen von Gesundheitskompetenz. Sie ergänzen um neue Perspektiven aus alltäglichen Situationen in der Versorgung chronisch Kranker und heben hervor, dass die Eingebundenheit in soziale Zusammenhänge wesentlich zur Gesundheitskompetenz beiträgt.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz · Primärversorgung · Chronische Erkrankungen · Mixed-Methods-Design · Soziale Determinanten

Experiences on health information in everyday healthcare for people with chronic illness. Qualitative insights from a mixed-methods study

Abstract

Background. People with chronic illnesses report difficulties in their health-related information and decision-making processes, despite their regular dependence. For Germany, population-wide data on health literacy is available; however, there are hardly any from the perspective of those affected with various chronic diagnoses in everyday care.

Methods. Twelve guided interviews were conducted with a group of people with chronic conditions from a community healthcare centre in Northern Germany and evaluated using qualitative content analysis.

Results. Health literacy was defined based on diverse forms of access to and utilization of health-related information. Their social

environment, milieu and social conditioning appear to play a decisive role in assessing the prerequisites. In terms of everyday care and coping with chronic illness, equal communication with professionals, sense of (re-)assurance and self-determined decisions are crucial.

Conclusion. The results confirm defined health literacy dimensions. Broader perspectives from chronically ill people in the context of everyday healthcare arise and emphasize that integration into social contexts contributes to health literacy.

Keywords

Health literacy · Primary care · Chronic illness · Mixed-methods design · Social determinants

len. Die Interviews wurden mit einem Tonbandaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Befragten erhielten die Möglichkeit, weitere Gedanken und Fragen zu teilen und jedes Gespräch wurde mit Feldnotizen ergänzt. Die Interviewdauer

lag im Mittel bei 46 (Spannbreite 36:38 bis 59:17) min. Der Aufenthalt betrug jeweils 60–90 min pro befragte Person aufgrund von ergänzenden Fragen. Für die Gespräche erhielten die Interviewten

eine Aufwandsentschädigung in Form eines Gutscheins.

Datenanalyse

Die Interviewaufzeichnungen wurden computergestützt mit MAXQDA² und f4³ transkribiert. Die Transkripte wurden mittels Transkriptionsregeln nach Kuckartz & Rädiker [18] durch AMN und eine studentische Mitarbeiterin überprüft und vervollständigt. Die Daten wurden nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (softwaregestützt) nach Kuckartz & Rädiker [18] ausgewertet. Die Codierung erfolgte deduktiv-induktiv, primär entlang der Bildung von Hauptkategorien aus dem Interviewleitfaden und sekundär durch Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Subkategorien am Material. Die Datenanalyse inklusive ihrer Kategorienbildung und induktiven Arbeit am Kategoriensystem orientierte sich entlang der definierten Phasen wie folgt [18]: 1. Textarbeit und Erstellung von Fallzusammenfassungen und Memos; 2. Ableitung und Definition der Hauptkategorien aus dem Leitfaden; 3. erste Zuordnung von Textsegmenten des gesamten Materials anhand der Hauptkategorien; 4. induktive Entwicklung, Ausdifferenzierung und Systematisierung von Subkategorien am Material; Formulierung von Definitionen der Subkategorien; 5. zweite Zuordnung der Textsegmente des gesamten Materials mit den gebildeten Subkategorien im verfeinerten Kategoriensystem; 6. Durchführung der Datenanalyse anhand der Haupt- und Subkategorien; 7. Verschriftlichung der Ergebnisse und Dokumentation. Das entwickelte Kategoriensystem und die Kodierungen wurden im Verlauf mit der Forschungskollegin Ivonne-Nadine Jürgensen (INJ) diskutiert und angepasst. Als Unterstützung für sprachliche Verbesserungen wurde das KI-Tool ChatGPT genutzt.

Ergebnisse

Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 12 chronisch kranke Erwachsene (7 Frauen und 5 Männer), von denen die Mehrheit ($n=9$) multimorbid war, also mehr als eine Diagnose nach ICD-10 vorwies. Bei den Krankheiten handelt es sich um chronische Schmerzstörungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Diabetes mellitus, Hypertonus, Herzerkrankungen, Asthma bronchiale, Depressionen, Gefäß-, Krebs- und Nierenerkrankungen. Das mediane Alter der Interviewten lag bei 59,5 (Spannbreite 42 bis 88) Jahren. 7 Personen lebten allein und 5 Personen lebten mit Partnern und/oder Kindern in ihrer Wohnung. Dienste der ambulanten Pflege und andere Unterstützungsdienste (Sozialdienste) wurden von 4 der Befragten in Anspruch genommen. In den Gesprächen wurde deutlich, dass die Mehrheit der Befragten aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr berufstätig und teilweise von finanziellen Problemen betroffen war. Daraus resultierende Folgen veranschaulichten einige Befragte über Schwierigkeiten mit Behörden sowie unerwarteten, nicht leistbaren Kosten, die teilweise auch im Kontext ihrer Erkrankung standen (Zuzahlung Heilmittel). Die wirtschaftliche Benachteiligung spiegelte sich zudem in oftmals beengten Wohnverhältnissen wider.

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz wurde von den Interviewten über die Bereiche Informieren, Vertrauen, Versorgungskontext und Selbstwirksamkeit konstruiert. Aus der Analyse des Textmaterials ergaben sich vier Hauptkategorien mit entsprechenden Subkategorien (■ Tab. 1).

Sich informieren

Die Studienteilnehmenden beschrieben ihre Informationsbeschaffung zu Gesundheits- und Krankheitsanliegen über vielfältige Zugangswege. Sie benannten Angehörige, Freunde, Bekannte, andere Betroffene, Gesundheitsfachkräfte, Arztpraxen, Krankenkassen sowie Schulun-

gen, Internet, soziale Medien und (gesundheitsbezogene) Fernsehprogramme. Im gesamten Informationsprozess war proaktives Engagement beim Finden und Verstehen von Inhalten zentral für sie, um informierte Entscheidungen treffen zu können.

Ressourcen

Über die Subkategorie *Ressourcen* bildeten die Befragten ihre Unterstützung durch persönliche Interaktion und den Austausch mit anderen bei der Informationssuche ab. Informelle Gespräche in der Nachbarschaft, die Begleitung durch Angehörige im Versorgungsalltag oder der Austausch im Rahmen von Gesundheitsschulungen fassten sie als bereichernde Informationsstrukturen zusammen. „Ja, da hatten wir ein Vorgespräch, da war mein Schwiegersohn auch dabei und der hat dann immer wieder nachgefragt. Wenn dann ein Begriff fehlt, oder den man nicht verstanden hat oder wo er dann auch meinte, dass ich ihn vielleicht nicht verstehe.“ (I1). Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, z. B. in Schulungen, erlebten sie als hilfreich, um an alltagspraktische Informationen zu gelangen. „Ja, der Kochkurs [Peer-Kochkurs mit Diabeteserkrankten]. Also ich habe da tatsächlich Sachen kennengelernt, ja, die wende ich auch heute noch an.“ (I3). Diese Netzwerke stellten eine aktive (anwaltschaftliche) und vermittelnde Rolle im Umgang mit Gesundheitsinformationen dar. In diesem Zusammenhang äußerten die Befragten zudem ihr Bedürfnis nach weiteren Möglichkeiten für niedrigschwelligen Informationsaustausch vor Ort, um sich gegenseitig (nachbarschaftlich) zu unterstützen. Im Kontext ärztlicher Informationsgespräche waren das sich Zeitnehmen und veranschaulichte Erklärungen durch Fachpersonen wichtige Ressourcen für die Befragten „Die Kardiologin, die ist auch gut, die erklärt auch alles deutlich, die nimmt dann auch Zettel und Stift und dann malt das auf und zeigt einem das also mit dem Herzen und dies und das“ (I1).

Recherchen im Internet, sozialen Medien sowie Gesundheitsformate im Fernsehen („Visite“, „Ernährungs-Docs“)

² MAXQDA | Offizielle Webseite | Die #1 Software für Qualitative Datenanalyse.

³ <https://www.audiotranskription.de/f4x/>.

Tab. 1 Kategoriensystem	
Hauptkategorien	Subkategorien
Kategorie 1 Sich informieren	Ressourcen
	Barrieren
Kategorie 2 Informationen & Informationsquellen vertrauen	Vertrauensverlust
Kategorie 3 Versorgungssystem nutzen	Infrastrukturelle und organisationale Aspekte
	Medikamentenkompetenz („medication literacy“)
	Navigation
	Kommunikation mit Fachkräften
Kategorie 4 Selbstwirksamkeit	Entscheidungen treffen
	(unerwartete) Situationen im Alltag bewältigen

betrachteten sie als Ressource, um eigenständig Informationen zu suchen, zu überprüfen und komplexe medizinische Inhalte oder weiterführende Tipps bei Behandlungsfragen zu erfahren. „Wenn ich im Fernsehen ärztliche gute Programme schaue, dann hilft das.“ (17) oder „Ja [bei YouTube] eine komplette Operation ansehen, von Anfang bis Ende.“ (13).

Barrieren

Über die Subkategorie *Barrieren* konzeptualisierten die Befragten erlebte Herausforderungen beim Informieren. Sie berichteten über erschwerte Bereitstellung und (sprachliche) Aufbereitung zu verifizierbaren Informationen. „Beim Augenarzt das ist so klein geschrieben wie da, das konnte ich nicht mehr lesen.“ (14). Manche fühlten sich überfordert, weil ihnen Informationen in Fachsprache (lateinische Begriffe) ohne weiterführende Erklärung präsentiert wurden. „Ich finde, die informieren einen überhaupt nicht gut. Sage ich, ist so. Die hauen dir irgendwelche Fachaussprüche um die Ohren. Ja, die haben es gelernt. Wir halt nicht.“ (18). Sowohl die Informations- und Wissensübermittlung als auch die Informationswege nahmen die Befragten als intransparent und erschwert wahr. „Es ist nicht

einfach. Man muss sich als Patient überall durchfragen.“ (16).

Informationen und Informationsquellen vertrauen

Die Interviewten beschrieben über die Kategorie *Informationen und Informationsquellen vertrauen*, wie substanziell sich ihr individuelles Vertrauensgefühl bei der Gesundheitsinformationsverarbeitung und für die Auswahl von Gesundheitsleistungen darstellt. Vertrauen setzte sich in den Interviews als komplexes Gefüge aus persönlichen Erfahrungen und dem Kontext, in dem Informationen bereitgestellt werden, zusammen. Dabei berichteten die Befragten von unterschiedlich konstruierten kulturellen und erlernten Kriterien, die bei der Auswahl vertrauenswürdiger Quellen und Personen eine Rolle für sie spielten. Sowohl Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld als auch das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung durch erfahrungsbasierte Einschätzungen wurden als vertrauenswürdig bewertet. Oftmals griffen die Patienten bei Entscheidungsprozessen auf ihr vorhandenes Wissen zurück. „Aber ich habe immer mehr die Ärztin nachher so ausgesucht, dass ich das alles verstehen kann, wenn ein Arzt da war, der das nicht so erklärt hat, denn zu dem bin ich dann nicht wieder hingegangen.“ (112).

Vertrauensverlust

Die Befragten bildeten Erlebnisse im Informationsprozess, in denen ihr Vertrauen erschüttert wurde, über *Vertrauensverlust* ab. Darunter fassten sie widersprüchliche Informationen und negative Erfahrungen im Versorgungsalltag und äußerten teilweise Zweifel an der Verlässlichkeit von Gesundheitsinformationen, z. B. wenn diese aus verschiedenen Quellen stammten, oder Fachpersonen sich widersprachen „Also der eine sagt so, der andere so ja, und wo sollst du dich darauf verlassen?“ (16). Sie berichteten über die Entstehung von Vertrauensverlust durch Versorgungssituationen, in denen sie sich nicht ernst genommen oder falsch behandelt fühlten. „Da habe ich keine Lust mehr, keinen Bock mehr gehabt. Der

[Arzt] hat gar nicht mehr gewusst, was er am Vortag gesagt hat. Und seitdem ist Schluss mit dem Arzt.“ (14). Einige Befragte äußerten grundlegendes Misstrauen gegenüber Behandelnden oder berichteten über ihr grundsätzliches Misstrauen gegenüber Gesundheitsinformationen im Internet und verließen sich ausschließlich auf evidente Daten. „Wenn so Werbeblocks sind im Internet, wo schnelle Hilfe versprochen wird. Den misstraue ich grundsätzlich. Denn wenn jetzt heißt es ist jetzt ein neues Wundermittel da, wo man dann ganz schnell Probleme lösen kann, das muss schon ein bisschen einen wissenschaftlichen Hintergrund haben.“ (112).

Versorgungssystem nutzen

Die Befragten beschrieben *Versorgungssystem nutzen* über die 4 Subkategorien infrastrukturelle und organisationale Aspekte, Medikamentenkompetenz, Navigation und Kommunikation mit Fachkräften. Es lässt sich ableiten, dass die Befragten sich, trotz ihrer engmaschigen und fachübergreifenden Versorgung im Gesundheitszentrum, optimierte Abläufe im Versorgungsalltag wünschten.

Infrastrukturelle und organisationale Aspekte

Lokal erreichbare Zugänge zur Gesundheitsversorgung war den Befragten ein zentrales Bedürfnis und sie äußerten Schwierigkeiten, geeignete Facharztpraxen in Wohnortnähe zu erreichen. Hierbei thematisierten sie eine unzureichende lokale Infrastruktur und fehlende Angebote im Stadtteil. Sie berichteten von erschwerten und zeitaufwändigen Anfahrten zu Versorgungsangeboten, die durch ungenügende Anbindung an den ÖPNV und Mobilitätsbarrieren bedingt waren. Sich aus dem Stadtteil heraus zu bewegen (Beförderungskosten, fehlende Barrierefreiheit am Bahnhof) erlebten sie als herausfordernd und betonten gleichzeitig Alternativlosigkeit. „Normalerweise müsste ich Lymphdrainage kriegen. Ich sage ja, da komme ich ja gar nicht hin. Den Weg schaffe ich ja gar nicht. Und ja, wir haben keinen, der hier

herkommt ... damit ist mir dann auch nicht geholfen.“ (I8).

Darüber hinaus erlebten die Befragten organisatorische Mängel in Versorgungseinrichtungen, wie unzureichendes Zeitmanagement, lange Wartezeiten und fehlende Terminoptionen in Praxen. „Ich möchte zum Hautarzt, aber viele lange Wartezeit, das ist schlecht.“ (I7). Auch beschrieben sie insuffiziente Kommunikation und mangelnde interprofessionelle Koordination zwischen Versorgungseinrichtungen. Aus ihrer Perspektive verliefen relevante Abstimmungsprozesse unzureichend: „Und dann musste ich erstmal eine Weile warten, bis die Ärztin unterschrieben hat. Dass ich dann zur Apotheke und das holen konnte. Ja, also ein Durcheinander. Einer weiß vom anderen nix.“ (I5). Darüber hinaus verringerte sich bei ärztlichen Kontakten unter Zeitmangel ihre erlebte Chance auf Inhalte zu reagieren oder unklare Sachverhalte bei den Behandler:innen nachzufragen. „Das ist es auch, weil die Ärzte auch, die haben kaum Zeit und du wirst dann abgefertigt. Das ist auch die Misere, ich sage mal 20 min hat der Arzt Zeit, aber du bist fünf Minuten drin und das war es. Weil die anderen warten noch“ (I6). Hierbei berichteten sie auch über ihre Sorge vor beeinträchtigten Versorgungsverläufen. Nach Meinung der Interviewten gab es Unterschiede zwischen (ambulanten zu stationären) Institutionen. Einige der Befragten erwähnten, dass der Versorgungsansatz im Gesundheitszentrum mehr Raum und Zeit für Beratung zuließ. Die dortigen interprofessionellen Angebote und vertraute Fachpersonen wurden als wertvolle Unterstützung benannt und das Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung insgesamt herausgestellt. In diesem Zusammenhang beschrieben einige die Unterstützung durch die dort tätigen Pflegerollen (Community Health Nurse) positiv: „CHN hat mit der Praxis auch für mich geredet, extra bis ich die Termin bekommen, das echt war toll“ (I10) oder „Sie [CHN] hat mich behandelt, genau wie Mensch. Und egal, was sie erzählt, aber behandelt wie ein Mensch. Und sie hat mir Zeit gegeben. Dann fühle mich besser. Gute Laune bringt mich“ (I7). Hierbei bildeten die Befragten ih-

ren Wunsch nach flexiblen Zugängen zu Informationen, verknüpft mit der Gesundheitsversorgung ab.

Medikamentenkompetenz („medication literacy“)

Durch ihre chronischen Diagnosen waren zum Interviewzeitraum alle Befragten auf die Einnahme von Arzneimitteln angewiesen und brachten subjektive Erfahrungswerte mit. Sie erläuterten Facetten ihrer und damit verbundene Herausforderungen im Versorgungsprozess. Dabei spielten sowohl Informationslücken als auch Unsicherheit und Skepsis hinsichtlich der verschriebenen Medikation, ihrer Einnahme und Aufklärung durch Fachpersonen eine Rolle. „Das ist immer so meine Angst, dass ich mich eben vergifte, so mit diesen ganzen Medikamenten“ (I11). Schlussfolgernd beschrieben die Befragten wie unerlässlich leicht verständliche und zugängliche Informationen über Medikamente und deren (Neben-)Wirkungen für sie sind, um proaktive Entscheidungen zu treffen. Packungsbeilagen mit Fachterminologie waren negativ assoziiert, wie folgendes Zitat zeigt: „Diese lateinischen Wörter da. Nein, das ist Blödsinn. Was soll ich dann damit, die ganze Zusammensetzung brauch ich doch nicht zu wissen.“ (I5). Weiterhin benannten die Interviewten als eine wesentliche Herausforderung mangelnde Informiertheit zu Wechselwirkungen zwischen Medikamenten. Sie äußerten den Wunsch nach nachvollziehbarer Begründung zur Verschreibung von Präparaten. Darüber hinaus wurden widersprüchliche Anweisungen, fehlende Koordination und Absprachen der (multiplen) Behandelnden hinsichtlich der Medikation als problematisch wahrgenommen: „... Der Diabetologe hat mir verschrieben Tabletten. Auch für Diabetes... Und der Kardiologe sagt nicht gut, nicht gut, gar nicht gut...“ (I9). Zur Verifizierung von Medikamenteninformationen nutzten viele Befragte das Internet, betonten jedoch ihr Bedürfnis nach persönlicher Rücksprache mit ihren behandelnden Fachpersonen. „Am besten ist, wenn der Arzt so was verschreibt, der kann ja dann sagen, was da vielleicht kommen könnte.“ (I4).

Navigation

Über die Subkategorie *Navigation* beschrieben die Befragten ein komplexes Bild aus Erfahrungen wie sie sich im Gesundheitssystem zurechtfinden. Dabei standen sie zum einen vor Schwierigkeiten in der Koordination ihrer Versorgung und dem Aufsuchen von Facharztpraxen, wobei sie sich teilweise auch durch die Anzahl an notwendigen Terminen im Versorgungsverlauf belastet fühlten. Als erste Anlaufstelle fungierten Hausarztpraxen für die Navigation, wobei die Kontinuität in der Behandlung eine zentrale Rolle spielte. Die Befragten berichten, dass das Gesundheitszentrum schwerpunktmäßig Überweisungen an Facharztpraxen vermittelte: „Also, ich spreche immer erst mit der Poliklinik, wenn es sein muss, überweisen die mich zu Fachärzten, also zum Kardiologen, zum Diabetesarzt oder Orthopäden oder auch Lungenfacharzt.“ (I1). Für komplexe navigationale und für administrative Aufgaben wurden zudem Pflege- und Sozialdienste sowie die Community Health Nurses als entscheidende Ansprechpersonen benannt: „CHN auch, weil er hat gut geholfen mit den Terminen oder mit Arztsuchen und (...) habe ich Probleme, da kann ich nicht alleine finden“ (I10). Hier zeigte sich in der Analyse, dass bei der Navigation im Versorgungssystem insgesamt die Unterstützung durch Vertrauenspersonen als notwendig empfunden wurde, um sich im komplexen System zurechtzufinden.

Kommunikation mit Fachkräften

Über die Subkategorie *Kommunikation mit Fachkräften* wurden diverse Aspekte in der Gesundheitskommunikation von der Verständlichkeit medizinischer Sachverhalte bis zu zwischenmenschlichen Erfahrungen in der direkten Krankheitsversorgung abgebildet. Die Befragten beschrieben Versorgungssituationen mit verständnisvoller Kommunikation und aktiver Beteiligung bis hin zu passiven und groben Kontakten. „Nein, die ist auch nicht so verständnisvoll. Sie teilt, glaube ich, auch gerne aus. Sie spielt ihre Macht gerne aus.“ (I8) oder „Ja und dann weiß man nicht, was man fragen

und dann prasselt die ganze Information auf dich ein und dann so schnell kann man dann manchmal gar nicht reagieren. Und dann hinterher. Ach ja, warum hast du nicht dies gefragt? Was ist dies? Was ist das?“ (I1). Die Beziehungsebene spielte für die Befragten bei der Vermittlung gesundheitsbezogener Inhalte oder Behandlungsschritten durch Fachpersonen eine zentrale Rolle in Hinblick auf ihr Wohlbefinden: „Die können ja einschätzen, den Patienten. Bei mir waren sie lieb, sehr nett“ (I9) oder „Wenn Sie nicht gehen, kann ich Ihnen nicht sagen, dass sie das Wochenende überleben. Und das hat er so auch gesagt. Und dann. Ja, ich sage ja, hätte der nicht so mit mir geredet, dann wäre ich wahrscheinlich nicht gegangen.“ (I8) Dabei wurde auch die Bedeutung von ausführlichen Erklärungen komplexer (medizinischer) Inhalte und verständlicher Sprache als unterstützender Faktor im Informationsprozess deutlich. Dabei berichteten die Interviewten über Erfahrungen, bei denen die Informationsweitergabe als rudimentär wahrgenommen wurde, wie im folgenden Zitat: „Aber Sie haben Krebs, und Wasser ist in der Lunge und das wird morgen gemacht. Und Sie kommen dann gleich rüber zum Bestrahlen. In einem Satz.“ (I2). Auch beschrieben sie Macht- und Hilflosigkeit und Sorge darum, im Krankheitsverlauf nachteilig behandelt zu werden. oder „Also von der Ärztelandschaft hier ja sowieso nur Götter in Weiß, bevormunden bis zum geht nicht mehr, ohne mit dir eine Therapiemöglichkeit zu besprechen. Es waren immer nur Tabletten, die aufgeschrieben wurden, sonst kam nichts.“ (I11). Die Befragten forderten patientenorientierte Versorgungsprozesse mit transparenten (Patient-Arzt-)Kommunikationsstrukturen, da sie sich aufgrund ihrer Erkrankungen auf das System angewiesen fühlten. Zusammenfassend zeigte sich, dass gesundheitskommunikative Aspekte, Wertschätzung, Geduld sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung in Gesprächen als förderliche Faktoren wahrgenommen wurden.

Selbstwirksamkeit

Die Interviews bilden ab, dass eine Vielzahl von Erfahrungen und damit

verbundenen innerer Überzeugung der Befragten in Bezug auf individuelle Herausforderungen, vorliegt. So beschrieben sie eine selbstbestimmte Haltung als förderlich, um ihr alltägliches Leben trotz krankheitsbezogenen Einschränkungen aktiv zu gestalten und gesunde Lebensweisen zu integrieren. Die Überzeugung in ihre Selbstwirksamkeit und in das eigene Vertrauen, bildete eine Grundlage für informierte Entscheidungen im Behandlungsverlauf, die sich über ein tiefes Bedürfnis nach Selbstbestimmung im Rahmen der chronischen Erkrankung reproduzierte. „Ja, ich konnte mich noch immer auf mein Gefühl verlassen“ (I3). Hierbei betonten die Befragten ihre Fähigkeiten und Autonomie, um die von ihnen beschriebenen Herausforderungen zu bewältigen, und dass sie als chronisch kranke Personen keine passive Rolle einnehmen. „Aber andersrum denke ich positiv. Wenn ich dieses Denken nicht hätte, diese positiv denken, dann wäre es schlimmer wie früher“ (I9). Das persönliche Erleben von z. B. Bevormundung durch medizinisches Personal verursachte bei manchen Befragten ein Gefühl von Entmutigung, welches sie über Situationen in denen sie sich nicht ernst genommen oder übergangen fühlten, beschrieben. Darüber hinaus spielten negative Gefühle durch multiple Beschwerden, uneindeutige Diagnosen sowie emotional belastende Situationen durch den chronischen Krankheitsverlauf eine Rolle. „Ich habe solche Schmerzen. Ich habe auch versucht, die Ärzte zu erklären, wie das ist.“ (I9).

Entscheidungen treffen

Die Rolle von Eigenverantwortung thematisierten die Befragten als Notwendigkeit, um eine aktive Haltung zu ihrer gesundheitlichen Situation einzunehmen und Entscheidungen zu treffen. „Ich will, solange ich kann, allein zu Hause leben. Und wenn das nicht mehr geht, dann geht es nicht mehr.“ (I2). Sie betonten hierbei das Vertrauen in eigene Erfahrungen und Körpergefühl. „Das ist genauso wie mit meinem Knie, die Entscheidung. Die Entscheidung liegt nicht beim Arzt, ob ich das machen lassen, wann ich das machen lasse“ (I3). Die gemeinsame Entscheidungs-

findung mit Fachpersonen wurde hervorgehoben, wobei manche beschrieben, sich nicht allein auf solche Empfehlungen zu verlassen, sondern vielmehr auf den Austausch mit vertrauten Personen und sozialen Netzwerken.

(unerwartete) Situationen im Alltag bewältigen

Die Konfrontation mit multiplen Symptomen, deren Verschlimmerung oder lebensbedrohlichen Situationen führte bei den Befragten zu Überforderung und Beeinträchtigung der Lebensqualität. „Das muss man von sich selber finden, rausfinden, wie man aus diesem Loch ein bisschen leichter rauskommt. ... Aber ist schwer, weil du bekämpfst diese Krankheit. Du willst das bekämpfen. Und dann kommt die nächste Krankheit.“ (I9). Dazu wurden auch Autonomieverluste, die in komplexen und akuten Krankheitssituationen erlebt worden waren, berichtet. „Und die haben mir da gleich einen Zettel, ein Anschreiben mitgegeben. Dass ich ... dann nicht ins Krankenhaus, sondern ich komm gleich in das andere Haus. Alles in einem Satz ... Ich konnte das selber gar nicht verkraften.“ (I2) oder „Ich habe nur die Tür gesehen, hab die Ärzte gesehen. Ich habe bloß losgeheult. Die Nerven liegen blank ... Ich konnte nicht mehr. Immer dieses an einem rumzerren und die Spritzen.“ (I8).

Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Erfahrungen von MmcE in ihrem Versorgungsalltag im Gesundheitszentrum hinsichtlich gesundheitsbezogener Informiertheit und Entscheidungsfindung abzubilden sowie einhergehende Bedürfnisse und Abhängigkeiten zu erfassen. Die Erhebung dieser Perspektiven ermöglichte es, Begrifflichkeiten und Konstrukte entlang der Forschungsfragen aus ihrem Verständnis heraus zu verstehen. Die Frage, wie die Befragten ihre Entscheidungsprozesse erleben, konnte nachvollziehbar aus multidimensionaler Perspektive [17] und durch Lebenswelteinblicke [20] aus der alltäglichen Versorgung abgebildet werden. Die Befragten bestätigten Schwierigkeiten in den defi-

nierten Dimensionen von Gesundheitskompetenz aus anderen Studien [29, 31]. Darüber hinaus konstruierten sie weitere Bereiche, die eine tiefergehende Betrachtung bedürfen. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse im Kontext nationaler und internationaler Erkenntnisse diskutiert.

Sich informieren

Obwohl die Befragten ihre gesundheitsbezogene Informiertheit über vielfältige Zugangswege reproduzierten, empfanden sie ihre Informationsprozesse als unbefriedigend. Die Interviewaussagen unterstreichen die in der Literatur beschriebene Bedeutung sozialer Einbettung und individueller Umgebungen für Gesundheitskompetenz [2]. Aus den Gesprächen wurde die fördernde Funktion sozialer Netzwerke, familialer Unterstützung und Nachbarschaftshilfe deutlich. Belastbare soziale Beziehungen und Netzwerke (z. B. in der Nachbarschaft) stehen stellvertretend als förderliche Kontexte für gesundheitsbezogene Informiertheit. Die Ergebnisse unterstreichen, dass ein weitgefächter Gesundheitskompetenzrahmen, der unterschiedliche (fördernde und hemmende) soziale Kontexte beachtet, noch mehr in die Diskussion um Gesundheitskompetenz einfließen muss [2], denn die vorliegenden Definitionen zur Gesundheitskompetenz, z. B. von Sørensen et al. [37] erfassen diese (dynamischen) Voraussetzungen bisher nicht ganzheitlich. Die Ergebnisse bestätigen, dass organisationale Gesundheitskompetenz hierbei einen großen Stellenwert innehat, denn das Vertrauen in die Organisation oder das System und scheinen äußerst relevant im Informationsprozess.

Über die teilnehmende Beobachtung wurden Informationsdefizite hinsichtlich der Beurteilung bzw. der Wissensanwendung von gesundheitsbezogenen Risikofaktoren erfasst. In einigen Interviews stand Tabakkonsum, unabhängig vom Gesprächsleitfaden, dafür als beispielhafte Komponente. Die Mehrheit der Befragten rauchte während der Interviews. Sie begriffen das für sie riskante Verhalten als bewusste Handlung, das ihnen zum Stressabbau notwendig er-

schien. Diese Beobachtung zeigt, dass es im Diskurs um Gesundheitskompetenzförderung mehr Beachtung von Konzepten braucht, die niedrigschwellige Informationswege, z. B. über persönliche Ansprache und Entstigmatisierung vermitteln. Bei Betrachtung des Bereichs Prävention/Gesundheitsförderung waren Angebote im Kontext chronischer Krankheit (der Krankenkassen) wenig bis gar nicht bekannt und zusätzlich fiel es den Befragten schwer, sich durch die Angebotslandschaft zu navigieren, was sich mit den Ergebnissen der vorliegenden repräsentativen Daten deckt [11, 29].

Informationen und Informationsquellen vertrauen und Selbstwirksamkeit

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Vertrauen und Selbstwirksamkeit als Werte im Kontext gesundheitsrelevanter Informationsprozesse stehen und jeweils eine bestimmende Einflussgröße auf Gesundheitskompetenz darstellen. Das Vertrauen gegenüber (ärztlichen) Fachpersonen und medialen Gesundheitsinformationen sowie die persönliche Ergebniserwartung, herausfordernde Situationen zu bewältigen, erschien während des Krankheitsverlaufs maßgeblich geprägt durch erlebte Kommunikation, Beziehungen, Kontakte mit Versorgungseinrichtungen der Befragten. Dabei spielten das eigene Informationsinteresse und persönliche Attribute der Interviewten, wie die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als Ressource zur Bewältigung von Entscheidungen und Handlungen im Erkrankungsverlauf, wie auch in der Literatur beschrieben [33, 34], als zentrale Aspekte in den Umgang mit Gesundheitsinformationen rein. Auf Grundlage ihres erfahrungsbasierten Wissens konstruierten die Befragten teilweise darüber ihre individuellen Kompetenzerwartungen- und Einschätzungen. Das wiederum bildet eine wesentliche Grundlage für die Förderung informierter Entscheidungen im Behandlungsverlauf unter partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Patient:in und Fachperson und könnte maßgeblich dazu beitragen, den gesamten Handlungsrahmen zu för-

dern. Das Bedürfnis der Befragten nach Selbstbestimmung und dem Dialog auf Augenhöhe mit Fachpersonen könnte hierbei Ansatzpunkte bilden, die Selbstwirksamkeit der Befragten im Sinne des Befähigungs-Prinzips aktiv zu stärken. Zum Beispiel die gemeinsame Entscheidungsfindung in einer pflegegeleiteten Versorgung zu fokussieren, um MmCE zu mehr autonomer und vorausschauender Handlungsfähigkeit zu befähigen. Auch die Ausprägung des Vertrauens in Informationen war beeinflusst von der eigenen Entscheidungstendenz und intrinsischen Motivation sichere Entscheidungen zu treffen. Dies steht teilweise im Einklang mit den Ergebnissen von Link [19], die in ihrer Studie gesundheitsbezogene Determinanten, wie Gesundheitsbewusstsein und Informationspräferenzen als zentrale Komponenten für die Entstehung von Vertrauen gegenüber ärztlichen Fachpersonen berichtet. Demgegenüber stand in den Interviews die Vermeidung von Situationen und medizinisch relevanten Entscheidungen aufgrund von Misstrauen, welches wiederum durch Kontinuität in der Behandlung positiv beeinflusst wurde. Die Ergebnisse unterstreichen somit die Relevanz von Fachpersonen im Vertrauensbildungsprozess rund um gesundheitsrelevante Entscheidungen sowie Strategien der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Versorgungsalltag als auch die Relevanz des Konstruktes der messbaren allgemeinen Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit einem erweiterten Verständnis zur Gesundheitskompetenz [34].

Versorgungssystem nutzen

Über die Kategorie konnte beantwortet werden, warum es den Befragten schwerfiel, sich im System zurechtzufinden und welche Schwierigkeiten im Informationsprozess lagen. Wesentliche Aspekte der Gesundheitskompetenz bezogen sich auf die Versorgungsgestaltung, wie in vergleichbaren Studienergebnissen berichtet [33]. Das Ergebnis ist zudem relevant hinsichtlich des Bedarfs an verständlichen und komprimierten Informationen über Medikamente und deren Wechsel-/Nebenwirkungen in der Stichprobe, die einen Mehrbedarf an

niedrigschwelligen Anlaufstellen und stärkeren Einbezug von und Kooperation mit Pharmazeut:innen unterstreicht und auch in der Literatur beschrieben sind [14]. Darüber hinaus war aus Perspektive der Interviewten die kommunikative Qualität in engem Zusammenhang mit der Zufriedenheit der erhaltenen Versorgung. Die Aussagen zu Herausforderungen mit Fachterminologie, dem Wunsch nach leichter Sprache und Erklärung von Sachverhalten auf Augenhöhe, stellt diese Dimension von Gesundheitskompetenz in das Zentrum und lässt vermuten, dass der Goldstandard der Gesundheitskommunikation, die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Versorgungspraxis [36] noch nicht umfassend berücksichtigt wird und ausgebaut werden sollte, wie oben beispielhaft beschrieben. Die berichteten förderlichen Faktoren, wie das Gefühl von Sicherheit, decken sich mit Ergebnissen der Studie von Seidel et al. [33]. Die Relevanz der kommunikativen Dimension von Gesundheitskompetenz in der Anforderung des Informierens wird verdeutlicht und weist auf die Notwendigkeit von Interventionen hin. Sheridan et al. [35] belegen, dass Gesundheitsoutcomes bei Menschen mit gering eingeschätzter Gesundheitskompetenz positiv durch komplexe Interventionen aus optimierter Kommunikation und Training gesundheitsbezogener Inhalte beeinflusst werden. Für die Förderung kommunikativer Qualität, ist wiederum der Ausbau professioneller Gesundheitskompetenz bedeutsam [12, 31]. Es ist bekannt, dass Gesundheitsberufe insgesamt eine zentrale Ressource für die Erläuterung von Gesundheitsinformationen darstellen [12] und Gespräche auf Augenhöhe zwischen Behandler:innen, Nutzenden und Angehörigen [40] die Gesundheitskompetenz erhöht. Jedoch bringen insbesondere Mediziner:innen wenig Kenntnisse der Gesundheitsbildung- und Gesundheitskommunikation mit, was oftmals Herausforderungen in Beratungssituationen mit sich bringt [24]. Neben dem Ausbau professioneller Gesundheitskompetenz im Medizinstudium in Deutschland, sollte das Potenzial pflegegeleiteter Strategien in der Primärversorgung durch APN/CHN

mehr Beachtung erhalten, auch im Sinne der Selbstwirksamkeitssteigerung von MmCE. In anderen Versorgungssystem gehört die Anwendung evidenzbasierter Informations- und Kommunikationsstrategien längst zur Routine in der (pflegegeleiteten) Versorgung [7]. Zusätzlich deuten die Ergebnisse darauf hin, dass es eine verbesserte Absprache zwischen den beteiligten Versorgenden (Facharzt/Hausarzt) auf organisationaler Ebene braucht, um die Selbstbestimmung über Versorgungsabläufe zu stärken und Entscheidungsprozesse auf Augenhöhe auszubauen. Weiterhin zeigt sich die Betrachtung der Gesundheitskompetenz in der Stichprobe als kontextabhängig, wie auch Untersuchungsergebnisse in Bezug auf herausfordernde Kontextfaktoren von Wieber et al. [41]. Der individuelle Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen spiegelte sich bei den Befragten in ihren (infra-)strukturellen Voraussetzungen und ihren sozialen Determinanten wider [15]. Die Interviewten berichten mehrheitlich von finanziellen Nöten, Schwierigkeiten mit Behörden und Akteuren (Krankenkasse, Medizinischer Dienst) im Kontext ihrer Krankheitsgeschichten. Die soziale Lage mit den beschriebenen Herausforderungen war zudem in den meisten Interviewsituationen eine sichtbare Determinante. Die teilweise sehr beengten Wohnverhältnisse im Sozialbau, ökonomische und strukturelle Benachteiligung, fehlende Barrierefreiheit, laute Wohnumgebung, schlechte wohnortbezogene Mobilität durch fehlende Anbindungen, waren im Kontext der teilweise schweren Krankheitsverläufe als erhebliche Barrieren für den Alltag und die Bewältigung von chronischer Krankheit aussagekräftig und standen für sich selbst.

Die Ergebnisse unterstützen damit, dass es sich bei Gesundheitskompetenz nicht um individuelle, kontextfreie Fähigkeiten handelt, sondern um die Interaktion sozialer und systemischer Determinanten und exogene Voraussetzungen [40]. Zum anderen stellen sie Realitäten gesundheitlicher Ungleichheit dar und stützten damit die Argumentation von Bauer [2] die soziale Einbettung mehr in die Planung von Handlungsstrategien einzubeziehen und als Determinante

von Gesundheitskompetenz nach vorne zu stellen. Das Bundesministerium für Gesundheit konstatiert in seinem Nachhaltigkeitsbericht 2024, dass es „mehr denn je auf eine Politik der Nachhaltigkeit sowohl in der Versorgung als auch im Bereich der Prävention“ ankommt [5]. Von wachsender Relevanz für eine nachhaltige, chancengleiche Bevölkerungsgesundheit sind sowohl die Optimierung patient:innenorientierter, zugangsgerechter Versorgungsstrukturen als auch die Stärkung von Gesundheitsförderung/Prävention. In der Debatte um zukunftsfähige Versorgungsmodelle für Deutschland werden seit Jahren grundlegende Reformen mit nachhaltigen Konzepten gefordert und diskutiert, aktuell die primärärztliche Form der Versorgung. Um den Nachhaltigkeitszielen und einer lokalen, bedarfsorientierten Primärversorgung näherzukommen, ist für die (Weiter)Entwicklung anwendungsorientierte Konzepte, die Sichtweise von MmCE und ihren Fähigkeiten von hoher Relevanz.

Die Ergebnisse können auch dem Gesundheitszentrum zusätzlich zu den Empfehlungen (7–12) des Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz [27, 31] als Impulse dienen, ihre bereits multidimensionale Ausgestaltung der Versorgung weiterzuentwickeln. Schaeffer et al. [32] betonen für die weitere Arbeit mit dem Nationalen Aktionsplan, dass vulnerable Gruppen und damit verbundene Reduzierung von ungleichen Verhältnissen weiterhin als zentrales Querschnittsthema behandelt werden sollten. In diesem Kontext können die vorliegenden qualitativen Ergebnisse lokalpolitische Entscheidungsträger:innen sensibilisieren.

Limitationen

Aufgrund der kleinen Stichprobe von 12 Interviewpersonen lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern. Durch die ausgeprägte Heterogenität chronischer Diagnosen und Krankheits- und Versorgungsverläufen, ist davon auszugehen, dass die Befragten unterschiedliche Vorerfahrungen und Perspektiven mitbringen. Sowohl in Bezug auf ihre gesundheitsbezogene Informiertheit,

selbsteingeschätzten Fähigkeiten als auch Erfahrungen aus Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Vielmehr sind die Ergebnisse daher als Auszug aus dem untersuchten Stadtteilgesundheitszentrum zu betrachten, wo die Informationsdefizite z. T. auf die beschriebenen infrastrukturellen Gegebenheiten zurückzuführen sind. Im Verlauf der Rekrutierung waren trotz der Ansprache durch vertraute Fachkräfte des Gesundheitszentrums nicht alle angefragten Personen für Gespräche verfügbar. Begründungen für die Absage waren akute Verschlechterung im Krankheitsverlauf, Wegzug aus dem Stadtteil und Zeitmangel. Zudem stellte der externe Rekrutierungsweg über die Fachpersonen des Gesundheitszentrums eine methodische Einschränkung an sich dar, weil eine möglicherweise vorgenommene Vorauswahl einzelner Teilnehmender aus Strang I potenziell zur Verzerrung in der Stichprobe für die qualitativen Ergebnisse geführt haben könnte. Im Verlauf der Interviews zeigte sich darüber hinaus, dass die Passung des Leitfadens teilweise nicht konsistent an die Lebensrealität der Befragten ausgelegt war. Während der Interviewsituationen erfolgten Ad-hoc-Anpassungen. Nach der Tonbandaufnahme äußerten einige Befragte Wünsche außerhalb des Forschungsinteresses (z. B. Fragen zur Praxisorganisation, Suche nach Präventionskurs, Beschwerde über Kostenträger, beantragte Leistungen). Während der Interviews entstanden dadurch, gegenständig zur Planung, spontane teilnehmende Beobachtungen, die im Kontext der Forschung mitunter relevant für das Erkenntnisinteresse erschienen, aber nicht systematisch erfasst wurden. Ein ethnographischer Forschungszugang, wäre aus nachträglicher Sicht interessant gewesen, um weitere relevante alltägliche und typische Handlungen und Interaktionen zu erfassen.

Zusammenfassend wurde der Forschenden Vertrauen während des Feldaufenthalts entgegengebracht. Insgesamt entstand während der Interviews der Eindruck, dass die Befragten aufgeschlossen waren, sich kritisch mit Fragen ihrer Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung auseinanderzusetzen, aber

ihre Lebensrealität und Voraussetzungen das erschwerte. Als weitere Limitationen ist das Vorgehen der Datenanalyse anzuführen, weil diese nicht von 2 Personen unabhängig voneinander erfolgte. Es erfolgte eine Reflexion der verschiedenen Analyseschritte, Überprüfung der Kategorienpassung und Diskussion der Kodepassung mit einer Koautorin (INJ).

Fazit für die Praxis

- Für zukunftsfähige Versorgungssettings ist die Einbringung der Patient:innenperspektiven sowie die Offenheit gegenüber der Tatsache, dass Menschen heterogene Zugänge zu Gesundheitsinformationen haben, notwendig.
- Um Menschen mit chronischen Erkrankungen in ihrem Versorgungsalltag zu unterstützen, braucht es flexibel gestaltete Angebote sowie infrastrukturelle Voraussetzungen vor Ort, die es Menschen ermöglichen, in ihren sozialen Strukturen gesundheitskompetent zu leben.
- Die Verzahnung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz unterstützt durch Pflegeexpert:innen vor Ort erscheint ein niedrigschwelliger Ansatz für maßgeschneiderte Interventionen.
- Neben dem Ausbau professioneller Gesundheitskompetenz erscheint für die Interviewten im untersuchten kleinräumigen Kontext die Versorgung und Beratung durch Community Health Nurses eine zielführende Strategie in der Erreichung einer gesundheitskompetenten Versorgung.

Korrespondenzadresse

Annikke Morgane Nock
Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg, Deutschland
annike.nock@haw-hamburg.de

Danksagung. Die Autorinnen danken allen Freiwilligen, die an der Interviewstudie teilgenommen haben für ihre Teilnahmebereitschaft sowie den Kollegen der Poliklinik Hamburg-Veddel.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A.M. Nock, C. Petersen-Ewert, I.-N. Jürgensen und S. Metzger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke (Verfahrensnummer: 197/2021) genehmigt diese Studie in Übereinstimmung mit den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki. Die Studie wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt, FKZ: 13FH019SX8 finanziert.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/ die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. AOK Rheinland/ Hamburg. Die Gesundheitskasse (2024) Gesundheitsreport 2024. Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg. <https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-hamburg/pdf/aok-rh-gesundheitsreport-2024.pdf>. Zugriffen: 14. Mai 2025
2. Bauer U (2020) Die soziale Einbettung von Gesundheitskompetenz. In: Bollweg TM, Bröder J, Pinheiro P (Hrsg) Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Springer, Wiesbaden, S 417 https://doi.org/10.1007/978-3-658-29816-6_24
3. Baumann E, Czerwinski F, Rosset M et al (2020) Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. Bundesgesundheitsblatt 63:1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
4. Bittlingmayer UH, Bitzer EM (2022) Gesundheitskompetenz und soziale Ungleichheit. Public Health Forum 30(2):142–144. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2022-0009>
5. BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024) Gesundheit und Wohlergehen für alle nachhaltig fördern. Nachhaltigkeitsbericht 2024 des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/241010_BMG_Gesundheit_Wohlergehen_fuer_alle_nachhaltig_foerden_BF.pdf. Zugriffen: 17. Mai 2025
6. Creswell J (2014) Research Design—qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, 4. Aufl. SAGE, Thousand Oaks. ISBN 978-1-4522-2610-1.

7. DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband in der Agnes-Karl-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (2022) Community Health Nursing Aufgaben und Praxisprofile. https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf. Zugriffen: 14. Mai 2025
8. Eurostat (2021) One in twelve adults in the EU consumes alcohol every day. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210806-1>. Zugriffen: 15. Mai 2025
9. European Commission (2024) https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_de. Zugriffen: 5. Juni 2025
10. Fiedler M, Hatebur S, Schmitz D (2024) Was ist Chronic Care? Perspektiven aus Wissenschaft, Forschung Lehre und Praxis. In: Schmitz D, Fiedler M, Becker H, Hatebur S, Orloff JH (Hrsg) Chronic Care –Wissenschaft und Praxis. Springer, Berlin. ISBN 978-3-662-68415-3
11. Griese L, Schaeffer D (2025a) Health literacy and chronic disease: a comparison of somatic and mental illness. *Front Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1523723>
12. Griese L, Schaeffer D (2025b) Professionelle Gesundheitskompetenz. Berufs- und geschlechtsspezifische Aspekte. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 68(3):282–292. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04014-8>
13. Gütthlin C, Köhler S, Dieckelmann M (2020) Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main (<http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>. Zugriff: 05. Juni 2025)
14. Haslbeck J (2017) Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg) Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe, Bern. ISBN 978-3-456-85604-9
15. Hurrelmann K, Richter M (2022) Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
16. (2025) JA Prevent NCD. <https://preventncd.eu/work-packages/wp-07/strengthening-health-literacy-to-reduce-inequalities-in-cancer-and-other-ncds/>. Zugriffen: 5. Juni 2025
17. Kuckartz U (2014) Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Springer, Wiesbaden
18. Kuckartz U, Rädiker S (2024) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz, 6. Aufl. ISBN 978-3-7799-7912-8.
19. Link E (2018) Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen. Eine empirische Untersuchung des Informationshandelns von Gesunden und Erkrankten. Springer, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-658-24911-3>. ISBN 978-3-658-24911-3.
20. Munhall PL (2012) Nursing research A qualitative perspective. Jones & Bartlett Learning, Sudbury
21. Nock AM, Petersen-Ewert C, Jürgensen IN, Metzger S (2024) Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung – quantitative Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie in der Primärversorgung. *Int J Health Prof* 11(1):15–27. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2024-0005>
22. Orloff JH (2024) Auswirkungen chronischer Erkrankungen. In: Schmitz D, Fiedler M, Becker H, Hatebur S, Orloff JH (Hrsg) Chronic Care – Wissenschaft und Praxis. Springer, Berlin. ISBN 978-3-662-68415-3
23. Rathmann K, Salewski L, Vockert T, Lutz J, Spatzier D, Dadaczynski K (2022) Research Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 170:21–28. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.02.004>
24. Rinnenburger D (2021) Chronische Erkrankungen. Behandlung und Bewältigung. Springer, Cham <https://doi.org/10.1007/978-3-031-68960-4>. ISBN 978-3-031-68960-4.
25. Robert Bosch Stiftung (2021) PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf. Zugriffen: 14. Mai 2025
26. RKI – Robert Koch-Institut (2025) Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://gbe.rki.de>. Zugriffen: 14. Aug. 2025
27. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg) (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart, Berlin
28. Schaeffer D, Griese L, Berens EM (2020) Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 82:836–843. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0418>
29. Schaeffer D, Berens EM, Gille S (2021) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZKG), Bielefeld
30. Schaeffer D, Vogt D (2022) Gesundheitskompetente Organisationen. Zweiter Teilbericht. Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und Pflege. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZKG). Universität Bielefeld, Bielefeld
31. Schaeffer D, Haarmann A, Griese L (2023) Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland. Ergebnisse des HLS-PROF-GER. Hertie School, Universität Bielefeld, Stiftung Gesundheitswissen, Berlin Bielefeld (www.stiftunggesundheitswissen.de/projekte/professionelle-gesundheitskompetenz-von-ausgewaehlten-gesundheitsberufen-eine-pilotstudie) Zugriff: 14. Mai 2025
32. Schaeffer D, Griese L, Hurrelmann K (2025) Etablierung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 68:231–239. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-04005-1>
33. Seidel G, Meyer A, Lander J, Dierks ML (2020) Facetten von Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer qualitativen Studie mit gesunden und chronisch kranken Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland. *Prävention Gesundheitsförderung* 15:65–72. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00736-1>
34. Seidel G, Dierks ML (2023) Förderung der Gesundheitskompetenz und der Selbstwirksamkeit zur Stärkung des Selbstmanagements von Menschen mit chronischen Erkrankungen – Erfahrungen aus dem „Gesund und aktiv leben“ Kurs. In: Rathmann K et al (Hrsg) Gesundheitskompetenz. Springer, Berlin https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_39-1
35. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera A, Berkman ND et al (2011) Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *J Health Commun* 16(Suppl 3):30–54. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604391>
36. Sommer I, Assa S, Bachmann C, Chen W et al (2024) Medical care as flea market bargaining? An international interdisciplinary study of varieties of shared decision making in physician–patient interactions. *Teach Learn Med* 37(2):192–204. <https://doi.org/10.1080/10401334.2024.2322456>
37. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
38. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2018) Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2017. https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SL_SPEZIAL_III_2018.pdf. Zugriffen: 5. Juni 2025
39. Straßmayr C, Schütze D, Eder J, Arabka Y, Berrefjord RB et al (2025) Enhancing Organizational Health Literacy in Health Care: Insights from a Mapping of National Activities and Expert Interviews. Factsheet. JA Prevent NCD. <https://preventncd.eu/newsroom/findings-reports/enhancing-organizational-health-literacy-in-healthcare-new-factsheet-available/>. Zugriffen: 13. Aug. 2025
40. Thilo F, Hahn S, Sommerhalder K (2015) Eine qualitative Pilotstudie zur Konzeptualisierung von Gesundheitskompetenz aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ II. *QuPuG. J Qual Forsch Pflege-Gesundheitswissenschaften* 2(1):102–110
41. Wieber F, Ackermann G, Juvalta S, Marti S (2022) Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten. Eine Bedarfsanalyse zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Menschen in schwierigen Lebenslagen durch sozialberatende Stellen. Schlussbericht ZHAW. https://www.zhaw.ch/storage/gesundheitsinstitute-zentren/iph/projekte/Gesundheitskompetenz_in_Kontexten/ZHAW_Schlussbericht_Gesundheitskompetenz_in_herausfordernden_Kontexten.pdf. Zugriffen: 14. Mai 2025

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.