

Statusbericht | 11

Dokumentation der Statuskonferenz 2015 »Health Literacy«

Inhalt

Vorwort der Präsidentin

I Einleitung

II Dokumentation der Statuskonferenz

II.1 Begrüßung

II.2 Health Literacy – Einführung und
kritische Bewertung

II.3 Gesundheitskompetenz in Deutschland
und der EU – Ergebnisse der Surveys

II.4 Das EU-Projekt IROHLA zur Förderung
der Gesundheitskompetenz älterer Menschen

II.5 Impuls-Forum

»Gesund und aktiv leben« als Beispiel des
»Chronic Disease Self-Management Program«
im Kontext von Patientenorientierung und
Gesundheitsbildung

Gesundheitskompetenz in Unternehmen
gestalten und umsetzen

Podiums- und Plenumsdiskussion

III Referentinnen und Referenten

IV Teilnehmende Organisationen

Impressum

Vorwort der Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe BVP-G-Mitglieder,

international wird dem Thema »Gesundheitskompetenz« schon lange Aufmerksamkeit beigemessen; doch auch in Deutschland erfährt das Handlungsfeld zunehmend Beachtung – einen Beleg dafür lieferte u.a. die September-Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes; diese stellte die Förderung von Gesundheitskompetenz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe heraus und machte deutlich, dass derzeit unterschiedliche Disziplinen und Akteure an zahlreichen relevanten Fragestellungen, Aspekten und Ansätzen im Handlungsfeld arbeiten.

Dargelegt wurde jedoch auch, dass »Health Literacy« ein noch recht junges Konzept ist, dem bisher eine umfassende theoretische Grundlage fehlt. Hier bedarf es einer konzeptionellen Verankerung sowie der Verortung neben anderen bereits etablierten Ansätzen wie der Bewegungs- oder Ernährungskompetenz.

Es stellt sich zudem die Aufgabe, theoretisch und empirisch abgesichert zu zeigen, dass und wie Gesundheitskompetenz als Handlungsressource wirkt; darüber hinaus bedarf es weiterhin gezielter Anstrengungen, um Gesundheitskompetenz als mehrdimensionales Konzept zu messen, zu verstehen und letztlich auch zu nutzen.

Mit der Statuskonferenz zum Thema »Health Literacy« sollte dazu ein Beitrag geleistet werden.

Bedanken möchte ich mich somit ganz herzlich bei allen Referentinnen und Referenten der Statuskonferenz. Durch ihr Engagement sowie ihre anschaulichen Vorträge konnten vielfältige Einblicke in das komplexe Feld vermittelt sowie Impulse für die Praxis gewonnen werden.

Auch gilt mein Dank der stellvertretenden Geschäftsführerin der BVPG, Dr. Beate Grossmann, und ihrer Mitarbeiterin Ann-Cathrin Hellwig, die diese Statuskonferenz gemeinsam vorbereitet und begleitet haben. Meinen besonderen Dank möchte ich ebenfalls Frau Dr. Ute Teichert, Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, aussprechen, die durch ihre Kooperationsbereitschaft und Unterstützung die strukturellen Rahmenbedingungen für unsere Konferenz geschaffen hat.

Ihre



Helga Kühn-Mengel MdB
Präsidentin der BVPG

I | Einleitung

Die BVPG-Statuskonferenz »Health Literacy« fand am 8. Oktober 2015 in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf statt. Den Teilnehmenden präsentierten die Referentinnen und Referenten ein umfangreiches Programm, das den Bereich »Health Literacy« aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtete.

II | Dokumentation der Statuskonferenz

II.1 | Begrüßung

In ihrer Begrüßung stellte Frau Dr. Ute Teichert den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Akademie in ihren Grundzügen vor und verdeutlichte, wie diese mit unterschiedlichen Angeboten aus den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung auch zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beiträgt. Zugleich machte Frau Dr. Teichert deutlich, dass die Steigerung von Gesundheitskompetenz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, in die auch der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) einbezogen werden muss. Dieser deckt vielfältige Gesundheitsthemen ab und bietet zudem aufsuchende Hilfe vor Ort. Auch Prävention und Gesundheitsförderung gehören zu den klassischen Aufgabengebieten des ÖGD – diese gilt es, mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes weiter auszubauen, indem vorgegebene Inhalte des Gesetzgebers vor Ort umgesetzt und mit Leben gefüllt werden.

Auch Frau Dr. Beate Grossmann, stellvertretende Geschäftsführerin der BVPG, betonte die zunehmende Bedeutung des Themas »Gesundheitskompetenz«, machte jedoch zugleich auf eine mangelnde theoretische und empirische Verankerung des Konzepts aufmerksam.

Zudem verwies sie auf die kontinuierliche thematische Auseinandersetzung der Bundesvereinigung mit dem Thema »Kompetenzentwicklung«. Bereits im März 2014 fand in Berlin eine Statuskonferenz unter dem Titel »Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung« statt. Anknüpfend an die fortlaufende Diskussion der Bundesvereinigung zum Thema »Qualitätsentwicklung« sollte hier erörtert werden, welche Kompetenzen die im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Professionen brauchen und welcher Qualifizierungsbedarf besteht. Die Konferenz zeigte, dass es sowohl eine hohe Varianz im Verständnis des Konzepts der »Gesundheitskompetenz« gibt, als auch darüber, wie dem Bedarf an entsprechender Qualifizierung konkret nachgekommen werden soll.

Für die Bundesvereinigung ergab sich daraus, den Bereich der Gesundheitsförderung im Hinblick auf Kompetenzentwicklung systematischer zu »vermessen« und zunächst den »Kompetenz«-Begriff zu klären, um darauf aufbauend die Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung herauszuarbeiten.

Mit der Statuskonferenz zum Thema »Health Literacy« sollte dieser Aufgabe nachgekommen und das Konzept anhand von vier Leitfragen vorgestellt und erörtert werden:

- Welche Definitionen liegen dem Konzept der »Health Literacy / Gesundheitskompetenz« zugrunde?
- Wie stellt sich der aktuelle Stand der Forschung dar?
- Welche Ansätze werden in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung verfolgt?
- Welche Weiterentwicklungen sind notwendig?

II.2 | Health Literacy – Einführung und kritische Bewertung

Eine Einführung in das Themenfeld gab Marie-Luise Dierks, Professorin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Einleitend machte sie deutlich, dass gesundheitsbezogene Entscheidungen bei den Menschen unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten voraussetzen. Diese Fähigkeiten werden in der englischsprachigen Literatur mit dem Begriff »health literacy« beschrieben, in Deutschland hat sich der Begriff »Gesundheitskompetenz« dafür durchgesetzt.

Worüber reden wir?

„Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, sinnvolle Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit zu treffen – und zwar im Kontext des täglichen Lebens – zuhause, in der Gemeinde, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und auf der politischen Ebene“ (WHO)

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Hannover, 8.10.2015

MH
Medizinische Hochschule
Hannover

Abbildung 1: Gesundheitskompetenz – Worüber reden wir? (Vortragsfolie Prof. Dr. Marie-Luise Dierks)

Gesundheitskompetenz lässt sich entsprechend des Drei-Ebenen-Modells nach Nutbeam in eine hierarchische Anordnung – von der funktionalen über die kommunikative hin zur kritischen Gesundheitskompetenz – aufgliedern:

- Funktionale Ebene: Schreib- und Lesefähigkeiten
- Interaktive Ebene: Kommunikative Fähigkeiten
- Kritische Ebene: Kritisches Denken und Analysefähigkeiten

Wie Frau Prof. Dierks anmerkte, transportiert dieses Modell jedoch ein überwiegend kognitives Verständnis von Gesundheitskompetenz und stößt damit auch auf Kritik: Unbeachtet bleiben hier individuelle Fähigkeiten des Wahrnehmens, Empfindens und Spürens als primäre Voraussetzungen zum Umgang mit der Gesundheit.

Gesundheitskompetenz entwickelt sich Frau Prof. Dierks zufolge in einem sozialen bzw. gesellschaftlichen Kontext. Dabei stellen sowohl der persönliche Zugang zu Gesundheit und der Umgang mit ihr, die individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung von Krankheit, das soziale Umfeld, der Arbeitsplatz, das Gesundheitssystem sowie die Politik Bereiche dar, die den Aufbau von Gesundheitskompetenz beeinflussen. Wichtig ist zu konstatieren, dass die Chancen der Menschen auf eine gute Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft unterschiedlich verteilt sind und sich soziale Benachteiligung auch in einer niedrigen Gesundheitskompetenz zeigt.

Dass in großen Teilen der Bevölkerung eine »unzureichende« oder auch »problematische« Gesundheitskompetenz vorliegen kann, verdeutlichte Frau Prof. Dierks exemplarisch an Forschungsergebnissen aus Österreich. Diese seien jedoch kritisch zu hinterfragen, denn insbesondere in Bezug auf adäquate Erhebungsinstrumente zur Erfassung der individuellen Gesundheitskompetenz bestehe noch Entwicklungsbedarf: So bleibt bei den aktuell eingesetzten standardisierten Fragebögen unklar, ob tatsächlich die Kompetenz der Befrag-

ten oder nicht vielmehr die »Responsiveness« erfasst wird, also die Fähigkeit eines Gesundheitssystems, die Erwartungen der NutzerInnen zu erfüllen.

Vor diesem Hintergrund plädierte die Referentin für die Ausweitung des Kompetenzbegriffs – auch auf die Umgebungsbedingungen. Grundsätzlich ist es erforderlich, das System so zu gestalten, dass Gesundheitskompetenz ermöglicht wird, so Frau Prof. Dierks.

II.3 | Gesundheitskompetenz in Deutschland und der EU – Ergebnisse der Surveys

Einen Überblick über das Ausmaß der Gesundheitskompetenz in Deutschland gab Herr Dr. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband, anhand aktueller Studiendaten. Einleitend stellte er das »European Health Literacy«-Projekt vor. Bei diesem handelt es sich um eine acht Länder übergreifende Stichprobenbefragung, wobei für Deutschland nur Werte für Nordrhein-Westfalen (NRW) in die Untersuchung einfließen. Wie die Ergebnisse zeigen, verfügen 46,3 Prozent der befragten EU-BürgerInnen über eine unzureichende bzw. problematische Gesundheitskompetenz, in NRW betrug dieser Anteil 45,9 Prozent.

Die erste bundesweit repräsentative Umfrage zur Messung der Gesundheitskompetenz in Deutschland wurde von Dezember 2013 bis Januar 2014 vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) sowie dem AOK-Bundesverband durchgeführt. Wie die Umfrage unter 2.010 GKV-Versicherten zeigte, weisen lediglich 40,4 Prozent der Befragten eine ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf.

In Übereinstimmung mit seiner Vorrednerin bestätigte Dr. Kai Kolpatzik, dass das Ausmaß der Gesundheitskompetenz auch von sozioökonomischen Faktoren abhängt. Einen Beleg dafür lieferte er mit Ergebnissen der Studie der Universität Bielefeld zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen in NRW. Demnach zählt in der Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen weniger die eigene Schulbildung zu den prägenden sozioökonomischen Faktoren, sondern vielmehr die Bildung der Eltern und der Wohlstand der Familie.

Doch wie lässt sich die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung steigern? Dieser Frage ging Herr Dr. Kolpatzik im zweiten Teil seines Vortrags nach. Benötigt werde dazu eine gesamtgesellschaftliche Strategie, die nicht nur Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens einschließt, sondern auch weitere zentrale Bereiche berücksichtigt.

So bedarf es bspw. auf Seiten der Gesundheitsakteurinnen und -akteure der Bereitstellung verlässlicher Gesundheitsinformationen sowie einer Verbesserung der Kommunikationskompetenz. Zugleich forderte der Referent die Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen in der Vorschul-, Schul- und Erwachsenenbildung sowie gebündelte Anstrengungen in

allen Politikfeldern zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Ebenso dürfe die Arbeitswelt nicht außer Acht gelassen werden, denn eine gesteigerte Gesundheitskompetenz von Beschäftigten bedeutet Erhaltung und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und erhöht damit den Erfolg eines Unternehmens.



Abbildung 2: Gesundheitskompetenz – gesamtgesellschaftliche Strategie (Vortragsfolie Dr. Kai Kolpatzik)

Abschließend zeigte der Referent die Aktivitäten der AOK zur Steigerung von Gesundheitskompetenz auf. Mit den AOK-Faktenboxen hält die Krankenkasse ein neues Medium der laienverständlichen Wissensvermittlung vor. Im Rahmen dieser werden komplexe medizinische Fragestellungen einfach und visualisiert dargestellt, dabei werden die wichtigsten Vor- und Nachteile bzw. der Nutzen oder die Risiken aufgezeigt. Die evaluierten Faktenboxen ermöglichen es somit auch medizinisch und statistisch nicht vorgebildeten Personen, kompetente Entscheidungen zu treffen, so Dr. Kai Kolpatzik.

II.4 | Das EU-Projekt IROHLA zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen

Mit der Vorstellung des EU-Projekts IROHLA (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population)¹ lenkte Theresia Rohde, wissenschaftliche Referentin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Blick der Teilnehmenden auf europäische Aktivitäten zur Steigerung der Gesundheitskompetenz. Unter der Leitung des Universitätsmedizinischen Zentrums Groningen (UMCG) beteiligen sich 22 Partner aus neun europäischen Mitgliedstaaten an dem Projekt, darunter auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Ziel des EU-Projekts ist es, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis vorzulegen, die einen um-

¹ Weiterführende Informationen zu dem Projekt IROHLA sind abrufbar unter: www.irohla.eu sowie www.healthliteracycentre.eu

fassenden Lösungsansatz zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen beinhalten. Das Projekt endet nach dreijähriger Laufzeit im November 2015.

Eine wichtige Aufgabe innerhalb des Projekts war die Entwicklung eines Modells der Gesundheitskompetenz. Dieses verdeutlicht die Wirkweise von Interventionen und stellt zwei Ansatzpunkte von Interventionen heraus: das Individuum in seiner/ihrer Umgebung sowie das Fachpersonal im Gesundheitssystem.

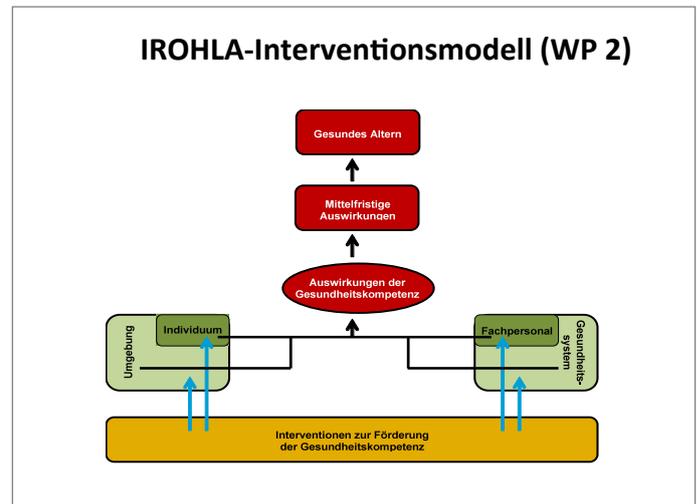


Abbildung 3: IROHLA-Interventionsmodell (Vortragsfolie Theresia Rohde)

Auf Basis einer umfassenden Recherche nach bewährten Praxisbeispielen im Gesundheits-, Privat- und Sozialsektor wurde das Modell anschließend um fünf Themencluster erweitert. Zugeordnet wurden die identifizierten Interventionen den Clustern »Kommunikation«, »Empowerment«, »Gemeinschaft«, »Kompetenz Fachpersonal« und »Barrieren«. Eine umfassende Strategie zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen sollte all diese Cluster berücksichtigen, so Theresia Rohde.

Abschließend benannte die Referentin auf der Grundlage der bisherigen Forschungsergebnisse Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Als erfolgreich erwiesen haben sich demnach folgende Aspekte:

- Umsetzung eines umfassenden Ansatzes, der verschiedene Methoden zur Vermittlung von Informationen kombiniert.
- Förderung der Kommunikation zwischen Individuum und Gesundheitsfachpersonal und Nutzung unterschiedlicher Kommunikationswege.
- Stärkung der Kompetenz des Fachpersonals.
- Verringerung oder Abschaffung sozialer, physischer und/oder kultureller Barrieren bei der Förderung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz.
- Umsetzung maßgeschneiderter Interventionen und auf das Individuum zugeschnittene Konzepte.

- Wiederholung gesundheitsbezogener Botschaften und Informationen sowie die Sicherstellung von Folgemaßnahmen.
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch E-Health-Interventionen.
- Interventionen, die sich auf Internetplattformen stützen, können einen positiven Effekt auf die Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft haben.

II.5 | Impuls-Forum

Einblicke in die Praxis und Raum für Diskussionen boten insbesondere die Vorträge am Nachmittag.

»Gesund und aktiv leben« als Beispiel des »Chronic Disease Self-Management Program« im Kontext von Patientenorientierung und Gesundheitsbildung

Das Selbstmanagementprogramm zielt darauf ab, chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, ihre persönlichen Strategien im Umgang mit ihrer Erkrankung weiter zu entwickeln und damit den Herausforderungen zu begegnen, die chronische Krankheiten mit sich bringen. Unter dem Title »INSEA – INitiative für SELbstmanagement und Aktives Leben« wird das Programm über die Medizinische Hochschule Hannover disseminiert und evaluiert.

Wie Frau Prof. Dierks zu Beginn ihres Vortrags ausführte, erfordern chronische Erkrankungen eine lebenslange Anpassung – dies gilt für Betroffene, aber häufig auch für ihre Angehörigen. Diese Anpassung ist mit zahlreichen Herausforderungen im Alltag verbunden; dazu zählen Einschränkungen in der Lebensqualität sowie der sozialen und beruflichen Integration und familiäre Belastungen. Notwendig wird vor diesem Hintergrund, dass sich Betroffene aktiv um ihren Gesundheitszustand kümmern, ihren normalen Aktivitäten soweit wie möglich nachgehen und mit körperlichen und emotionalen Höhen und Tiefen umzugehen lernen.

Hier braucht es Konzepte, die die Fähigkeit der Betroffenen und ihrer Angehörigen, selbstbewusst und kompetent mit ihrer Erkrankung und dem Gesundheitssystem umzugehen, stärken.

Mit dem INSEA-Programm stellte Frau Prof. Dierks die deutsche Version des amerikanischen »Chronic Disease Self-Management Program« (CDSMP) vor. Dieses trägt Evaluationsergebnissen zufolge zu einer Verbesserung der Lebensqualität sowie zur Steigerung von Energie, dem Gefühl der Selbstwirksamkeit und psychischem Wohlbefinden bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei. Erschöpfung und soziale Isolation nehmen dagegen ab. Auch verbessert sich die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

Grundlage des Programms bilden sechs Kurseinheiten. In diesen lernen die Teilnehmenden Wege und Methoden kennen, die ihre Selbstmanagementfähigkeiten verbessern, z.B. den Umgang mit Schmerzen, Entspannungsübungen, Wissenswertes zu den Themen »Ernährung«, »Bewegung« und »Motivation«. Zentrales Element ist der intensive Austausch der Teilnehmenden untereinander. Ebenso von Bedeutung sind die gemeinsame Arbeit an wöchentlich zu erstellenden Handlungsplänen, die Reflexion über deren Umsetzung und mögliche Schwierigkeiten. Geleitet werden die Gruppen von jeweils zwei ausgebildeten Kursleiterinnen und Kursleitern, von denen mindestens eine Person selbst von einer chronischen Erkrankung betroffen ist (»Experten/Expertinnen aus Erfahrung«).

Erste Evaluationsergebnisse unterstreichen den Erfolg des Programms auch in Deutschland, wie Frau Prof. Dierks verdeutlichte:

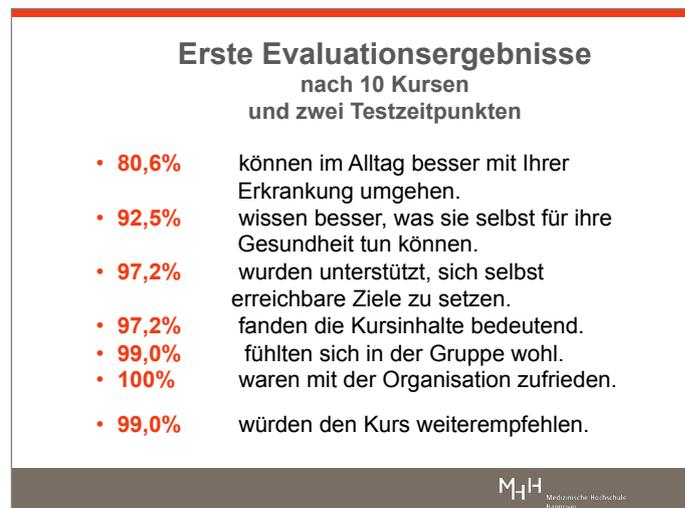


Abbildung 4: Erste Evaluationsergebnisse des Projekts INSEA (Vortragsfolie Prof. Dr. Marie-Luise Dierks)

Gesundheitskompetenz in Unternehmen gestalten und umsetzen

Dem Handlungsfeld »Gesundheitskompetenz in Unternehmen« widmete sich Herr Dr. Peter Krauss-Hoffmann, Vertreter der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Diese wurde im Jahr 2002 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) initiiert und setzt sich seitdem für eine Personalpolitik ein, die darauf abzielt, durch gute und gesunde Arbeit die Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen zu stärken und gleichzeitig die Beschäftigungsfähigkeit zu fördern.

Eingangs benannte der Referent aktuelle Herausforderungen im Setting Betrieb; dazu zählte er u.a. die steigende Arbeitsverdichtung, die »Entgrenzung der Arbeit« sowie die zunehmende Vielfalt von Berufsbiografien. Angesichts daraus resultierender Anforderungen und (psychischer) Belastungen warf Herr Dr. Krauss-Hoffmann die Frage auf, wie die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten bzw. gefördert werden kann.

Mit dem Projekt »Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt« (psyGA)² stellte er einen möglichen Lösungsansatz vor. Das durch Bundesmittel geförderte Projekt zielt darauf ab, Verantwortliche und Beschäftigte in Unternehmen zum Thema »psychische Gesundheit« zu sensibilisieren, sie zu informieren sowie mit konkreten und niedrigschwelligen Angeboten zu unterstützen.

Dazu dienen u.a. praxisnahe Materialien, die das Thema »psychische Gesundheit« aufgreifen; diese richten sich an Beschäftigte, Fachkräfte, Führungspersonen und Verwaltungen.



Abbildung 5: psyGA-Materialien (Vortragsfolie Dr. Peter Krauss-Hoffmann)

Wie der Referent in diesem Zusammenhang betonte, ist es wichtig, dass Maßnahmen zugleich auf personaler und auf organisationaler Ebene ansetzen:

- Auf der personalen Ebene (Beschäftigte) tragen die psyGA-Handlungshilfen (z.B. Broschüren und E-Learning-Tools) dazu bei, die persönliche Gesundheitskompetenz – insbesondere mit Blick auf das Thema »psychische Gesundheit« – zu verbessern. So werden den Beschäftigten Schutzfaktoren im Umgang mit arbeitsbezogenen Risiken und die Stärkung von Gesundheitsfaktoren vermittelt.
- Auf der organisationalen Ebene (Betriebe) tragen Handlungshilfen für EntscheiderInnen (z.B. ein E-Learning-Tool für Führungskräfte) sowie konkrete Hilfen für Fachkräfte (z. B. ein Leitfaden zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement) dazu bei, dass Arbeitsverhältnisse präventiv und gesundheitsförderlich gestaltet werden können, um »gesunde Arbeit« im Setting Betrieb zu ermöglichen. Ziel ist es, dass Organisationen gesundheitsbezogenes Verhalten positiv annehmen. So wird gesundheitskompetentes Verhalten der Beschäftigten gefördert und ein Beitrag zur menschengerechten Arbeitsgestaltung geleistet, so Dr. Krauss-Hoffmann.

Abschließend betonte der Referent, dass Gesundheitskompetenz als Ressource verstanden werden müsse, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Notwendig sei es dazu, neben der Verhältnisprävention Ansatzpunkte für gesundheitsförderliches Verhalten im Prozess der Arbeit selbst zu ermöglichen.

Podiums- und Plenumsdiskussion

Wie die Vorträge und Statements der Referentinnen und Referenten sowie die Wortbeiträge aus dem Plenum veranschaulichten, ist das Handlungsfeld »Health Literacy« noch ausbaufähig und wohl auch ausbaubedürftig, dennoch liegen bereits heute vielversprechende Ansatzpunkte vor.

Deutlich machte die abschließende Diskussion, dass die Steigerung von Gesundheitskompetenz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Hierbei ist es nicht ausreichend, lediglich Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens in die Pflicht zu nehmen; ebenso müssen das Bildungssystem, die Politik und weitere relevante Lebenswelten in eine gesamtgesellschaftliche Strategie eingebunden werden.

Besonderes Potenzial wurde in diesem Zusammenhang auch dem Setting »Betrieb« beigemessen. Die Gesundheitskompetenz von Beschäftigten sei unmittelbar mit dem Erhalt und der Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit verknüpft und erhöhe damit den Erfolg eines Unternehmens. Dieses Potenzial werde bisher aber nur unzureichend ausgeschöpft. Bei der Umsetzung entsprechender betrieblicher Maßnahmen dürfe jedoch den Teilnehmenden zufolge nicht ausschließlich Verhaltensprävention fokussiert werden. Nur eine Verzahnung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen bilde die Basis für erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung.

Ebenso spiegelte die Diskussion die Notwendigkeit wider, Gesundheitskompetenz nicht nur als individuelle Eigenschaft zu verstehen, die beispielsweise durch Beratungen oder Schulungen verbessert werden kann. Nicht vernachlässigt werden dürfe, dass Health Literacy auch auf der Ebene von Systemen unterstützt werden kann, indem Anforderungen an die Nutzerinnen und Nutzer verringert werden. Hier gilt es, auf institutioneller Ebene adäquate Ansatzpunkte zu identifizieren, die zur Verbesserung der »organisationalen Gesundheitskompetenz« beitragen können.

Zukünftige Herausforderungen betreffen darüber hinaus definitorische und konzeptionelle Aspekte der Gesundheitskompetenz. So ist es notwendig, den Begriff schärfer zu fassen, um auf Grundlage dessen adäquate Messinstrumente zu entwickeln. Erst diese ermöglichen es, Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen.

² Weiterführende Informationen zum Projekt sind abrufbar unter: www.psyga.info

III | Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Medizinische Hochschule Hannover

E-Mail: dierks.marie-luise@mh-hannover.de

Dr. Beate Grossmann

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)

E-Mail: bg@bvpraevention.de

Dr. med. Kai Kolpatzik, MPH, EMPH

AOK-Bundesverband

E-Mail: Kai.Kolpatzik@bv.aok.de

Dr. Peter Krauss-Hoffmann

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

E-Mail: Peter.Krauss-Hoffmann@bmas.bund.de

Theresia Rohde

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

E-Mail: Theresia.Rohde@bzga.de

Dr. med. Ute Teichert, MPH

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen

E-Mail: teichert@akademie-oegw.de

IV | Teilnehmende Organisationen

- Agentur für Arbeit Essen
- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
- Aktiv- & Gesundheitssport e.V.
- AOK-Bundesverband
- ASG-Bildungsforum e.V.
- BASF SE
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
- Berufsverband der Oecotrophologen e.V. (VDOE)
- Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft
- Bundesanstalt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Charité Universitätsmedizin Berlin
- Dachverband Freie Gesundheitsberufe e.V.

- DEMOGRAFIE gestalten. Beratung.Konzept.Kommunikation
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- Deutsche Krebshilfe e.V.
- Deutsche Sporthochschule Köln
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
- Europäische Fachhochschule Rhein/Erft GmbH
- Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt 53/14 – Koordination gesundheitlicher Versorgung
- Gesundheitsamt Frankfurt am Main
- Gleichstellungsstelle der Stadt Essen
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
- Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
- IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (KöR)
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
- Kreisvolkshochschule Viersen
- Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW (LIA.nrw)
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
- Märkische Reha-Kliniken GmbH
- Medizinische Hochschule Hannover
- Slow Media Institut. Forschung und Beratung zum digitalen Wandel
- Studentin an der Universität Köln
- Studentin an der Hochschule Fulda
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Volkshochschule Moers
- Volkshochschule Mülheim an der Ruhr
- Volkshochschule Troisdorf und Niederkassel
- Volkshochschule Wiesbaden e.V.
- Volkshochschulverband Main-Taunus-Kreis
- Wort & Bild Verlag

Impressum

Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Redaktionelle Bearbeitung: Ann-Cathrin Hellwig

© 2015 Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.

