
Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen

Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am
5. November 2015 in Köln

BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Aufgaben der Qualitätssicherung (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Fachtagungen und Workshops mit Expertinnen und Experten haben in dem Entwicklungsprozess eine wichtige Funktion: Sie sind ein Forum, in dem der wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Hinblick auf Konsequenzen für Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen diskutiert werden.

In der Reihe »Gesundheitsförderung Konkret« werden deshalb neben themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten sowie ausgewählten Projekten und Modellen auch die Ergebnisse von Fachtagungen und Workshops veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei der Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen

Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am
5. November 2015 in Köln

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung Konkret Band 20

Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen,
empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen

Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),

Maarweg 149–161, 50825 Köln, Tel.: 0221/89 92–0, Fax: 0221/89 92–300

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten.

Projektleitung

Dr. Guido Nöcker

E-Mail: guido.noecker@bzga.de

Lektorat und Satz: aHa-Texte, Köln

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.2.08.16

ISBN 978-3-946692-15-7

Band 20 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 50819 Köln, und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60649200

» Vorwort

Der Begriff Health Literacy hat in der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Auch in der Gesundheitsförderung und -prävention rückt er in Deutschland – übersetzt als »Gesundheitskompetenz« – zunehmend in den Fokus von Praxis und Politik. Ein aktueller Überblick über die wissenschaftliche Diskussion des Konzepts, das die Förderung von Gesundheitskompetenz als gesamtgesellschaftliches Anliegen begreift, wurde zuletzt im Bundesgesundheitsblatt im September 2015 veröffentlicht. Dabei ist bereits deutlich geworden, dass die mit dem Begriff Gesundheitskompetenz verbundenen konzeptionellen Vorstellungen und Zugänge sowie die Handlungsfelder und Maßnahmen zum Teil sehr unterschiedlich definiert und verstanden werden.

Es liegt daher nahe, dass die Bundeszentrale im Rahmen ihrer Reihe »Werkstattgespräche mit Hochschulen« hierzu den fachlichen Austausch mit Expertinnen und Experten aus dem Hochschulbereich nutzt, um den Ansatz der Health Literacy einer tiefergehenden Betrachtung seiner theoretischen Annahmen und Definitionen sowie seiner praktischen Nutzbarkeit für Aufklärungsmaßnahmen auch der Bundeszentrale zu unterziehen.

Das vorliegende Fachheft dokumentiert den Verlauf dieser Veranstaltung mit seinen Vorträgen, Diskussionen und unterschiedlichen Positionen. Im Mittelpunkt stehen drei zentrale Fragestellungen, die darauf zielen, das empirische Erfassen (Messen), ihre Förderung (d. h. den dazu notwendigen individuellen Lernprozess) und schließlich die institutionelle Vermittlung und Aufbereitung spezifischer Gesundheitsinformationen zu beleuchten. Dabei wird deutlich, dass mit dem Konzept Gesundheitskompetenz insgesamt kein neues Paradigma in die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung eingeführt wird, sondern deutliche Bezüge und Parallelen zu bereits bestehenden Ansätzen und Konzepten bestehen.

Andererseits können unter dem neuen Fokus »funktionaler Gesundheitskompetenz« gezielte Maßnahmen konzipiert werden, so dass angemessene Informationsangebote auch für jene Menschen entwickelt werden, die als Geflüchtete in großer Zahl unser Land erreichen. Ihnen ausreichende Informationen an die Hand zu geben, zum Beispiel über den Aufbau und Zugang zum Gesundheitswesen, ist aktuell eine herausfordernde Aufgabe, die es zu meistern gilt. Dabei sind nicht nur sprachliche Barrieren zu überwinden, sondern insbesondere auch kulturspezifische Besonderheiten und Bildungsunterschiede in den Blick zu nehmen.

Wie schon bei vorhergehenden Veranstaltungen der Reihe »Werkstattgespräche« werden in dieser Dokumentation nicht nur Antworten auf die gestellten Fragen zum Begriff Gesundheitskompetenz gegeben, sondern auch neue Fragen aufgeworfen. Damit werden weitere Impulse gegeben, die Thematik und damit einhergehende Implikationen für die Forschung und Praxis weiterhin aufmerksam zu beobachten und unter Umständen neu zu bewerten. Dies wäre im Verständnis einer »kritischen Gesundheitskompetenz« zu sehen, wie sie von einigen Akteuren eingefordert wird: es geht auch und vor allem um die Bereitschaft, (vermeintliche) Gewissheiten und Strategien der Gesundheitsförderung zu hinterfragen und insbesondere ihre Evidenz zu prüfen. Unter diesem Aspekt stehen wir mit der Förderung von Gesundheitskompetenz erst am Anfang.

Dr. Heidrun Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Vorwort	3
01 » Einführung	8
01.1 Health Literacy: Neue Basiskompetenz für die Gesundheitsgesellschaft? Guido Nöcker	8
02 » Vorträge	13
02.1 Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Operationalisierungen – und zurück Thomas Abel	13
02.2 Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und Public Health-Perspektive Eva-Maria Bitzer und Ulrike Spörhase	21
02.3 Gesundheitsinformationen richtig anbieten und Kompetenzen fördern David Klemperer	40

03 »» Diskurse	47
03.1 Arbeitsgruppe 1: Gesundheitskompetenz messen	47
Berichterstatterin: Susanne Jordan; Moderation: Susanne Jordan und Thomas Abel	
03.2 Arbeitsgruppe II: Kompetenzentwicklung fördern	50
Berichterstatter: Martin Salaschek; Moderation: Maria Bitzer und Ulrike Spörhase	
03.3 Arbeitsgruppe 3: Gesundheitsinformationen gestalten	52
Berichterstatterinnen und Moderation: Gina Haack und Sonja Siegert	
03.4 Abschlussdiskussion	56
04 »» Erweiterungen	61
04.1 Health Literacy und Selbstmanagement	61
Christopher Kofahl und Alf Trojan	
04.2 Digitale Medien als Instrument der Förderung von Health Literacy	78
Alf Trojan und Christopher Kofahl	
04.3 Positionspapier »Gute Praxis Gesundheitsinformationen«	90
Arbeitsgruppe GPGI – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.	
05 »» Anhang	103
05.1 Referentinnen und Referenten	103
05.2 Tagungsprogramm	105
05.3 Teilnehmerliste	107

01

Einführung

» 01.1

Health Literacy: Neue Basiskompetenz für die Gesundheitsgesellschaft?

Guido Nöcker

Die Forschung zum Thema Health Literacy hat ihren Ursprung in Nordamerika und reicht bis in die frühen 1990er Jahre zurück. Anfangs stand dabei die Erhebung sogenannter Literacy-Skills in der Erwachsenenbevölkerung im Mittelpunkt, das heißt, die Untersuchung von Fähigkeiten erwachsener Personen, schriftliche Informationen verstehen bzw. richtig bewerten zu können, die zur Bewältigung einfacher Alltagsaufgaben erforderlich sind. Dabei zeigte sich ein hohes Maß an Illiteralität.

Die UNESCO (1962) spricht von Illiteralität oder funktionellem Analphabetismus, wenn eine Person nicht in der Lage ist, Tätigkeiten auszuführen, die

Lesen- und Schreibenkönnen voraussetzen und die es ihr ermöglichen, weiterhin Lesen, Schreiben und Rechnen so zu lernen, dass die eigene persönliche Entwicklung und die Entwicklung der Gemeinschaft vorangetrieben werden.

Vor dem Hintergrund mangelhafter Alphabetisierungsraten in vielen – auch europäischen – Ländern tauchte bald die Frage auf, ob es einen Zusammenhang zwischen den gemessenen Literalitätswerten und Gesundheitsparametern gibt. Ausgehend von dieser Fragestellung entstanden zahlreiche Studien und Forschungsprojekte, die die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Gesundheitsinforma-

tionen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden, unter dem Begriff »Health Literacy« fassten.¹

Der Begriff Health Literacy ist inzwischen dabei, aus dem akademischen Raum in die Diskurse der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung einzudringen, wie eine ganze Reihe von nationalen und internationalen Tagungen zum Thema Health Literacy/Gesundheitskompetenz in diesem und im vergangenen Jahr belegen.²

Die Karriere dieses Begriffs wird dabei von einer inzwischen nahezu unüberschaubaren Vielfalt an Definitionen und Anwendungen keineswegs behindert. Vielmehr wird Health Literacy innerhalb der Gesundheitswissenschaften bereits als »Basiskompetenz (in) der Gesundheitsgesellschaft« (Penz u. a. 2014) gehandelt.

Auf europäischer Ebene hat diese Entwicklung mit der Durchführung und Veröffentlichung des 1. Europäischen Health Literacy Survey (Sørensen u. a. 2015) darüber hinaus eine neue, politisch relevante Dimension erreicht. Erstmalig wurden in acht Nationen Bürgerinnen und Bürger nach ihrer Gesundheitskompetenz befragt und damit Vergleichswerte konstruiert, an denen gesundheitspolitische Entscheidungen ausgerichtet werden könnten. Der Survey enthält zahlreiche Ergebnisse, die sich auf die Aufgabe der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung beziehen. So sehen sich durchschnittlich 40 % der Befragten mit unzureichender oder problematischer Gesundheitskompetenz mit Schwierigkeiten konfrontiert, wenn es zum Beispiel darum geht, was ein Arzt sagt oder was in einem medizinischen Notfall

zu tun ist. In Bezug auf Krankheitsprävention haben 42 % der befragten Personen Schwierigkeiten zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen für sie infrage kommen oder ob sie beispielsweise eine Grippe-Impfung brauchen. Beim Thema Gesundheitsförderung haben sogar durchschnittlich 49 % der Befragten Schwierigkeiten, Informationen auf Nahrungsmittelverpackungen zu verstehen. Ebenso viele finden es schwer herauszufinden, wie sich politische Entscheidungen auf ihre Gesundheit auswirken können.

Zugleich belegt die Studie, dass sich die gemessenen Gesundheitskompetenzen in den beteiligten Ländern erheblich voneinander unterscheiden. Während in Österreich und Spanien die meisten Menschen mit den größten Defiziten in der Gesundheitskompetenz (von acht EU-Ländern) leben, bewegt sich Deutschland auf einem mittleren Niveau hinter dem Spitzenreiter Niederlande, deren Bevölkerung das höchste »Kompetenzniveau« hat.

Aus den Befunden des Surveys leiten die Autoren eine Reihe von konkreten Schritten und gesundheitspolitischen Forderungen ab, mit denen die Menschen in Europa in Gesundheitsfragen besser gebildet und Fachkräfte wie Entscheidungsträger besser qualifiziert werden können. Dazu zählen

- die Gesundheits- und Sozialsysteme einfacher zu gestalten, damit sich die Bürger darin besser zurechtfinden,
- unterstützende Maßnahmen zur Verbesserung der (individuellen) Gesundheitskompetenzen bei den von Gesundheitsproblemen am stärksten betroffenen Gruppen,
- die Aufnahme von Gesundheitsförderungskom-

1 Zum aktuellen Stand der Forschung siehe »Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesellschaftliche Aufgabe.« Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2015.

2 BVPG Statuskonferenz Health Literacy am 8.10.2015 in Düsseldorf; Fachtagung Gesundheitskompetenz, 2. Treffen des Deutschen Netzwerkes Gesundheitskompetenz am 17. und 18.10.2015 in Freiburg; 3rd European Health Literacy Conference vom 17.–19.11.2015 in Brüssel (Belgien); Health Literacy als Basis-Kompetenz (in) der Gesundheitsgesellschaft am 18. und 19. September 2014 in Villach (Österreich).

petenz als Gegenstand nationaler Bildungssysteme und Lehrpläne,

- die Einrichtung eines Mess-Systems zur Überprüfung des Fortschritts der Gesundheitskompetenz in Europa.

Letzteres verspricht eine bislang noch nicht gekannte Evaluierbarkeit nationaler Gesundheitspolitiken unter der Prämisse, dass Gesundheitskompetenz tatsächlich eine valide und reliabel messbare Größe darstellt.

Vor dem Hintergrund solch weitreichender Forderungen erscheint es aus der Perspektive einer Fachbehörde, die mit der Qualitätssicherung und -entwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung beauftragt ist, geboten, das Konzept von Health Literacy/Gesundheitskompetenz einer genauen Analyse zu unterziehen und es hinsichtlich seines Anwendungsnutzens kritisch zu hinterfragen.

Im Rahmen der »Werkstattgespräche mit Hochschulen« wurde daher eine Reihe ausgewiesener Expertinnen und Experten aus dem Feld der Gesundheitswissenschaften zum Vortrag und zum Gedankenaustausch eingeladen. Das Werkstattgespräch sollte Gelegenheit gegeben,

- die Entwicklung des Begriffs und die darin enthaltenen theoretischen Konzeptualisierungen genauer zu betrachten und auf ihren Anwendungsnutzen zu befragen,
- das Konstrukt »Gesundheitskompetenz« als operationalisiertes Erhebungsinstrument (z. B. Fragebogen EUQ47) kennenzulernen und nachzuvollziehen, was gemessen wird, wie Kompetenz definiert wird, und welche Aussagen daraus ableitbar sind,
- die Frage nach der Handlungsrelevanz der durch den Survey erhobenen Daten/Erkenntnisse für die Praxis der Gesundheitsförderung zu stellen, einschließlich der Frage, ob Health Literacy neue Einsichten oder spezifische Ansatzpunkte für Interventionen begründen kann,

- die Rolle der Anbieter von Gesundheitsinformationen zu reflektieren, d. h. danach zu fragen, in welcher Weise der Zugang zu Wissen erleichtert und die Gelegenheiten des Kompetenzerwerbs verbessert werden kann. Und: Wie kann ihre Vermittlungsqualität beurteilt werden?

Dieses Fachheft dokumentiert den Verlauf dieser Veranstaltung und die dort vorgetragenen Beiträge und Diskussionen. Sicher können im Rahmen einer Tagesveranstaltung nicht alle Aspekte dieser Fragen umfassend behandelt werden. Aus diesem Grund wurde diese Dokumentation um drei Beiträge erweitert, die unmittelbaren Bezug auf die zentralen Fragen der Veranstaltung nehmen oder einzelne Aspekte der Vorträge und Beratungen ergänzen bzw. erweitern. Aufgenommen wurden zwei Beiträge von Christopher Kofahl und Alf Trojan, die unmittelbar im Anschluss an das Werkstattgespräch verfasst bzw. dadurch angeregt wurden. Ebenfalls ergänzend aufgenommen wurde ein Positionspapier mit dem Titel »Gute Praxis Gesundheitsinformation«. Es handelt sich um ein Dokument des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V., das wir an dieser Stelle mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber veröffentlichen.

Wie im Programm ausgewiesen, setzt das Konzept des Werkstattgesprächs auf ein gleichwertiges Verhältnis von fachlichen Impulsen und moderiertem Gespräch.

Der Beitrag von Thomas Abel »Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Operationalisierungen – und zurück« formuliert aus soziologischer Perspektive ein kritisches Plädoyer für einen kontextbezogenen Gesundheitsbegriff und verweist darauf, dass Gesundheit nur unter jenen Bedingungen herstellbar ist, die eine Gesellschaft zur Verfügung stellt, und diese Bedingungen sind sehr unterschiedlich. Thomas Abel plädiert daher für ein Verständnis von Gesundheitskompetenz, das auch die Fähigkeit

einschließt, gesundheitsbeeinflussende Bedingungen erkennen und notwendige (gesellschaftliche) Veränderungen herbeiführen zu können. Seine These ist, »dass die Lebenswelt wesentlich die relative Bedeutung bestimmt, die Gesundheitskompetenz für die einzelnen Menschen hat.« (vgl. in diesem Band S. 17) Deshalb sei große Achtsamkeit bei der Auswahl der Messinstrumente und Handlungsziele wesentlich. Bei jeder Messung und für jede Definition sollte klar formuliert sein, für wen, mit wem und mit welchem Ziel Gesundheitskompetenz erforscht wird.

Der Beitrag von Eva-Maria Bitzer und Ulrike Spörhase »Was macht Menschen gesundheitskompetent?« gibt Antworten auf diese Frage aus pädagogischer und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive (Public Health). Die Autorinnen beziehen sich zunächst auf ein Wirkungsmodell von Don Nutbeam (2000), das den Begriff Gesundheitskompetenz als zeitnahe Ergebnis (Outcome) einer spezifischen Public Health-Intervention, der Gesundheitserziehung und -bildung versteht. Damit wird der Bedeutungsanspruch des Begriffs zu rechtgerückt und relativiert. Nach anschließender intensiver Erörterung von Lernbedingungen und -prozessen individueller Kompetenz aus erziehungswissenschaftlicher und neurobiologischer Sicht, stellen die beiden Autorinnen schließlich die amerikanische Kampagne »The Bigger Picture« vor. Dabei handelt es sich um den Versuch, bei der Kompetenzvermittlung eine individuelle und bevölkerungsbezogene Perspektive miteinander zu verknüpfen. Am Beispiel von Diabetes mellitus (Typ 2) wird hier gezeigt, wie es gelingen kann, individuelle Kompetenz für die Veränderung umweltbezogener Faktoren zu nutzen.

Der Vortrag von David Klemperer »Gesundheitsinformationen richtig anbieten und Kompetenzen fördern« nimmt ebenfalls Bezug auf die Arbeit von Don Nutbeam, insbesondere dessen Ansatz der

kritischen Gesundheitskompetenz. Der kritischen Gesundheitskompetenz wird – in Verbindung mit dem Konzept der evidenzbasierten Medizin und des Shared Decision Making – das Potenzial zugeschrieben, einen wichtigen Beitrag zur Patientenorientierung und gleichzeitig zur Qualitätsentwicklung leisten zu können. David Klemperer weist darauf hin, dass insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen eine verbesserte Patientenorientierung unverzichtbar sei. Diese müsse sich vor allem in dem Bemühen widerspiegeln, nach den Grundsätzen evidenzbasierter Medizin bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen zu handeln und dabei verständliche und für die Patientinnen und Patienten relevante Informationen bereitzustellen. Eine Forderung, die er am Beispiel von perkutaner Intervention bei Patienten mit stabiler, koronarer Herzkrankheit eindrucksvoll illustriert.

Die drei anschließenden Arbeitsgruppenberichte zeichnen den Verlauf der moderierten Kleingruppendiskussionen nach, die im Anschluss an die Vorträge folgten und jeweils unterschiedliche Fragestellungen in den Mittelpunkt stellten. Diese, ebenso wie eine Zusammenfassung des Abschlusspodiums im erweiterten Expertenkreis, dokumentieren eine lebendige, teils kontroverse und facettenreiche Diskussion über einen schwer zu fassenden Begriff von Gesundheitskompetenz, der weiter in der Fachdiskussion eine hervorgehobene Rolle spielen dürfte.

Ob es in naher Zukunft gelingen wird, mit dieser Begrifflichkeit und seiner darin enthaltenen kritischen Komponente Gesundheitskompetenz (Nutbeam 2000) oder Public Health Literacy (Freedman u. a. 2009) der Praxis der Gesundheitsförderung zusätzlichen Schub zu verleihen, bleibt abzuwarten.

Gerade erst hat der Bundesverband der AOK die Initiative für einen »Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz« mit der Unterstützung

zweier Hochschulen und der Politik ins Leben gerufen (Ärzte Zeitung 2016). Erst wenn die konkreten Aktionsfelder und Maßnahmenvorschläge des Aktionsplans im nächsten Jahr auf dem Tisch liegen werden, wird einschätzbar sein, wie weit diese Initiative über die bekannten individuenzentrierten Aufklärungs- und Gesundheitserziehungsvorstellungen

hinausweist. Es wäre zu wünschen, dass sich im Aktionsplan dann vor allem Empfehlungen für die Anbieter von Gesundheitsinformationen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Krankenversicherungen etc.) ebenso wie Vorschläge zum erleichterten Zugang zu Versorgungs- und Präventionsangeboten finden.

>> Literatur

Ärzte Zeitung (2016): Aktionsplan soll zu mehr Gesundheitswissen führen. Online verfügbar unter www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/?sid=911297 [Zugriff am 13.05.2016].

Freedman, D. A.; Bess, K. D.; Tucker, H. A.; Boyd, D. L.; Tuchman, A. M.; Wallston, K. A. (2009): Public health literacy defined. In: American journal of preventive medicine, Vol. 36, No. 5, S. 446–451.

Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International, Vol. 15, No. 3, S. 259–267.

Penz, H.; Martinz, H.; Klein, R.; Krajic, K. (Hg.) (2014): Health-Literacy als Basiskompetenz [in] der Gesundheitsgesellschaft. Tagungsband: Kongress der Österreichischen, Deutschen und Schweizer Fachgesellschaften für Gesundheits- und Medizinsoziologie. Feldkirchen in Kärnten.

Sørensen, K.; Pelikan, J. M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agrafiotis, D.; Ueters, E.; Falcon, M.; Mensing, M.; Tchamov, K.; van den Broucke, S.; Brand, H.; HLS-EU Consortium (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: Eur J Public Health. 2015 Dec;25(6), S. 1053–1058.

02

Vorträge

» 02.1

Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Opera- tionalisierungen – und zurück

Thomas Abel

Nach der im Einführungsteil schon angesprochenen breiten Fächerung der Ansätze, Konzepte und Definitionen, möchte ich vermeiden, Sie mit einem Vortrag über die inzwischen mehr als hundert Operationalisierungen und Messinstrumente und den mehr als 30 wichtigen Definitionen von Health Literacy zu langweilen. Vielmehr möchte ich versuchen, Ihnen aus einer kritischen Perspektive einige Kernthemen der Health Literacy näherzubringen.

Als Wissenschaftler entwickle ich selber Messinstrumente im Kontext von Health Literacy. Wenn Sie mich gleich sehr kritisch darüber reden hören, müssen Sie das berücksichtigen. Ich glaube, wir

können die Entwicklung der Messinstrumente weiter vorantreiben und trotzdem kritisch mit unserer eigenen Arbeit sein. Seien Sie daher nicht allzu irritiert, wenn viel Kritisches von mir kommt, obwohl ich selber aktiver Teil des Gesamtsystems bin.

» Kontexte

Gesundheitskompetenz hat sehr viel mit den Lebensverhältnissen der Menschen zu tun. Denn

damit Gesundheitskompetenz wirklich wachsen kann, müssen die Bedingungen dafür geschaffen werden. Zudem sollen die Menschen nicht einfach dazu gebracht werden, dass sie beispielsweise mehr joggen. Sie sollten vielmehr die Kompetenz haben bzw. entwickeln, an ihren Lebensverhältnissen mitzuarbeiten, so dass diese besser werden für alle.

In welchem Kontext ist welche Form von Gesundheitskompetenz eigentlich wirklich wichtig? Wenn wir von Gesundheitskompetenz reden, ist Gesundheit das Stammwort. Was aber meinen wir mit Gesundheit? In der Gesundheitsförderung meinen wir mit »Gesundheit« mehr als die Negation von Krankheit. Wir fokussieren mehr auf die Ressourcen als auf Risikofaktoren, und deshalb sehe ich im Kontext von Gesundheitskompetenz den Menschen auch als »Active Agent«, als den Handelnden und Mitgestalter und nicht als den mehr oder weniger passiven Träger von Risikofaktoren.

Gesundheit im Sinne der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE 2007) bedeutet »successful functioning of individuals and societies«. Es geht um das erfolgreiche Sich-Einbringen, um Entwicklung und das Mitgestalten der »underlying factors that influence health«. Das wird heute häufig vergessen. Empowerment wird meist darauf reduziert, dass ich selber etwas für meine eigene Gesundheit tun kann. Doch eigentlich müssen sich auch die Lebensbedingungen für meine Gesundheit ändern. Es geht also um die »living conditions« und damit auch um soziale Verhaltensweisen.

Ganz wichtig für das Grundverständnis von Gesundheit ist außerdem: Wir sollten nicht denken, dass Gesundheit automatisch gegeben sei und nur erhalten werden müsse – wovon heute oft implizit ausgegangen wird. Aber ist es nicht so, dass Gesundheit fortwährend produziert werden muss, und zwar von der ersten Sekunde des Lebens an? Stets

und überall brauchen wir die richtigen Bedingungen dafür, damit wir gesund sein können. Doch wer produziert gute Gesundheitsbedingungen? Sicher nicht in erster Linie das Krankenversorgungen. Gute Gesundheitsbedingungen werden kollektiv über die Gesellschaft und individuell von den Menschen, mit den Menschen und durch die Menschen im Alltag produziert. Deshalb müssen wir die Menschen und ihre Gemeinschaften als »Active Agents« für ihre und kollektive Gesundheit verstehen.

Der Einzelne kann Gesundheit nur unter jenen Bedingungen produzieren, die uns die Gesellschaft zur Verfügung stellt, und diese Bedingungen sind sehr unterschiedlich. Oft sind sie regelrecht »divided« – wie dies der Zaun in dem Foto von einem Stadtteil São Paulos in Brasilien nicht deutlicher zeigen könnte (Abb. 1).

Nun könnte man einwenden, das ist São Paulo, eine Stadt in einem Schwellenland. Solche Bilder gibt es auch aus anderen Ländern, beispielsweise aus Zürich in der Schweiz, einem der reichsten Länder der Welt. Völlig unterschiedliche Stadtteile in Zürich mit sehr gesunden bzw. sehr ungesunden Wohnbedingungen sind dort nicht mit einem Zaun getrennt wie in dem Bildbeispiel. Zwischen ihnen liegen nur wenige Kilometer. Was sie gemeinsam haben ist, dass die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen stark variieren, je nach Stadtquartier. Solche Bilder zeigen die Unterschiedlichkeit der sozialen Welten, in der wir Gesundheit produzieren – und die Unterschiede in São Paulo und Zürich sind nur graduell.

Bei der Gesundheitskompetenz müssen wir uns nun fragen, wie Gesundheit in den unterschiedlichen Kontexten entstehen kann und welche Bedeutung sie für den Einzelnen hat. So schwierig die Beantwortung dieser Frage auch ist, gilt es doch die Unterschiedlichkeiten zu berücksichtigen, wenn Messinstrumente entwickelt werden.

São Paulo, Brazil



» Abb. 1: São Paulo, Brazil, 2005. The Paraisópolis favela borders the affluent district of Morumbi in São Paulo, Brazil
 (Photo: Tuca Vieira)

» Definitionen

Im Folgenden werden drei Definitionen von Gesundheitskompetenz vorgestellt, von denen vor allem die ersten beiden die Diskussion in der Literatur bisher maßgeblich geprägt haben. Da ist zum einen die WHO-Definition, die Health Literacy noch sehr stark auf die Fähigkeit des Individuums fokussiert, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen: »Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and

maintain good health.« (Nutbeam, 2000) Don Nutbeam hat diese Definition dann überzeugend erweitert, indem er drei Ebenen von Gesundheitskompetenz unterscheidet:

- Functional health literacy – basic understanding of factual health information.
- Interactive health literacy – advanced cognitive and literacy skills; social skills to improve an individual's personal capacity for interactive communication.
- Critical health literacy – analysis and application of health information for the sake of greater control over life events and situations.

Wir sprechen heute häufig von funktionaler Gesundheitskompetenz, von interaktiver und von kritischer Gesundheitskompetenz. In der wissenschaftlichen Literatur findet sich eine Vielzahl von Arbeiten zur empirischen Erfassung der funktionalen Gesundheitskompetenz. Deutlich weniger der derzeit verfügbaren Indikatoren können der interaktiven Gesundheitskompetenz zugerechnet werden, und nur ein sehr kleiner Rest erfasst bisher auch kritische Gesundheitskompetenz.

Ich schlage vor, die Definition von Gesundheitskompetenz noch einmal um den Aspekt der Kompetenzen bezüglich möglicher Veränderungen zu erweitern: »In health promotion practice, health literacy means to understand the conditions that determine health and to know how to change them.« (Abel 2008) »To know how to change the conditions« ist meiner Ansicht nach wesentlicher Teil von Gesundheitskompetenz. Aber da streiten sich durchaus die Geister; worauf ich später noch einmal zurückkommen werde.

Was also ist Gesundheitskompetenz? Sie steht zuerst einmal für das Verstehen von gesundheitsfördernden Angeboten (funktional) und für die Fähigkeit, sich mit anderen darüber auszutauschen (interaktiv). Was heute zur interaktiven Gesundheitskompetenz gemessen wird, ist häufig jedoch nur ein eingeschränkter interaktiver Aspekt: Kann ich mir von anderen etwas holen? In meinem Verständnis gehört zum Interaktiven aber auch die Frage: Kann ich auch etwas geben? Können wir uns gegenseitig aktiv austauschen? Kann ich mein Wissen anderen Menschen anbieten? Auch dies ist eine Kompetenz, die leider meistens übersehen wird.

>> Kritische Gesundheitskompetenz

Im Sinne der Nutbeam-Definition geht es immer auch um eine kritische Gesundheitskompetenz, die Fähigkeiten nämlich, aus den Angeboten und der Versorgung des Marktes kritisch auswählen zu können. Dazu gehört, dass man bei der heutigen Schwemme von Gesundheitsinformationen nicht jedem Angebot folgt, das beispielsweise im Internet kursiert. Oder dass man auch dem Arzt widerspricht, der eine Röntgenaufnahme noch einmal machen will, die sein Kollege doch zwei Monaten zuvor schon gemacht hat.

Geht es um das aktiv handelnde Individuum, so ist Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, so zu entscheiden und auch entsprechend zu handeln, dass es für mich und meine Umwelt gesund ist. Das klingt gut, und nur wenige würden dem widersprechen. Nur, dann sollten wir das auch so messen. Aber das ist nicht immer leicht, denn was gehört noch zu diesen gesundheitsbezogenen Handlungskompetenzen? In der Schweiz zum Beispiel habe ich in Diskussionen Politiker erlebt, die mir sagten: »Klar gehört zur Gesundheitskompetenz zum Beispiel die Auswahl eines der vielen angebotenen Versicherungsmodelle, und auch die Abstimmung über das Krankenversicherungsgesetz.« Wenn aber über Mindestlöhne abgestimmt wurde und ich gesagt habe, das sei ebenfalls Teil der Gesundheitskompetenz, da ein angemessener Mindestlohn mit den Chancen zusammenhänge, gesund zu leben, hieß es: »Nein, nein, das ist nicht Gesundheitskompetenz, das ist Politik!«

» Wie entwickelt sich Gesundheitskompetenz?

Ich gehe davon aus, dass die Entwicklung von Gesundheitskompetenz viel zu tun hat mit Fähigkeiten und Werthaltungen, die jeweils über die Sozialisation vermittelt werden. Die Aneignung von Wissen etwa oder die Fähigkeit, Veränderungsmöglichkeiten zu sehen. Wenn aber jemand über Gesundheitskompetenz verfügt und sie dann in einem Kontext anwendet, in dem er überwiegend negatives Feedback bekommt, dann wird sich die Gesundheitskompetenz möglicherweise nicht weiterentwickeln. Ein konkretes Beispiel: Ein Bekannter von mir ging vor einigen Jahren zu seinem Arzt und wies ihn nach seiner Diagnose darauf hin, dass es vielleicht noch eine andere Interpretationsmöglichkeit seines Symptoms gebe. Da sagte der Arzt zu ihm: »Wer ist hier der Arzt, Sie oder ich?« In diesem Beispiel hat ein Patient seine Gesundheitskompetenz eingebracht und wurde in diesem Versuch zurückgewiesen.

Gesundheitskompetenz entwickelt sich auch und vor allem durch die Weitergabe innerhalb der Familie und in der Gemeinschaft. Das ist ein Aspekt, den wir unbedingt besser verstehen müssen. Es gibt inzwischen über hundert Operationalisierungen von Gesundheitskompetenz. Viele davon sind Wissenstestfragen (z. B. nach dem Verständnis der Detailinformation auf dem Beipackzettel oder dem Kennen der Telefonnummer des Notarztes). Dann gibt es aber auch sehr viele Fragen, die sich auf die Selbsteinschätzungen der Gesundheitskompetenz, z. B. zum eigenen Wissensstand bezüglich Gesundheitsthemen beziehen.

Ein neueres Beispiel für ein Messinstrument zur Erfassung von funktionaler Gesundheitskompetenz mittels Wissensüberprüfung ist die Skala zur Einschätzung alltäglicher Symptome (Ackermann u. a.

2014). Wir haben in der Schweiz Migrantinnen und Migranten gefragt: »Sollte man mit dem Symptom X professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, einen Arzt oder Psychologen, ja oder nein?« Es ging um Beschwerden wie u. a. gelegentliches Sodbrennen nach schwerem Essen. Sollte man da zum Arzt gehen, ja oder nein? Die medizinisch richtige Antwort lautet: Nein. Sollte man aber mit einem Husten, der länger als drei Wochen dauert, zum Arzt gehen? Ja. Die Skala umfasste insgesamt acht somatische und neun psychologische Symptome. Wir fanden Unterschiede je nach ethnischer Herkunft, nach Bildung und weiteren Merkmalen und konnten nun bestimmte Personengruppen identifizieren und uns fragen, warum diese Personengruppen da oder dort einen niedrigeren Score erzielt haben. Die Entscheidungen, ob Menschen mit Symptomen selbstständig umgehen oder doch einen Arzt aufsuchen, ist insbesondere für die Public Health eine sehr wichtige Thematik und eben eine Frage der Gesundheitskompetenz.

» Wo entwickelt sich Gesundheitskompetenz?

Ich habe eingangs davon gesprochen, dass ich im Blickwinkel der Gesundheitskompetenz jeden Menschen als »Active Agent« betrachte. Alle Individuen sind aktiv Handelnde, auch wenn sie in schwierigen Lebensumständen leben. Deshalb sind die Kontexte, in denen sich Gesundheitskompetenz entwickelt, auch so wichtig. Meine These ist, dass die Lebenswelt wesentlich die relative Bedeutung bestimmt, die Gesundheitskompetenz für die einzelnen Menschen hat. Wenn ich in schwierigen Lebensumständen lebe, eine prekäre Arbeitsplatzsituation mit geringem Einkommen habe, wie

bedeutsam ist dann meine Gesundheitskompetenz für meine Gesundheit wirklich? Ist es dann nicht eigentlich wichtiger, um fast jeden Preis meinen Job zu sichern? Das ist zugebenermaßen ein sehr plakatives Beispiel, aber ich möchte klarmachen, dass Gesundheitskompetenz nicht für alle Menschen die gleiche relative Bedeutung hat, wenn es um ihren Lebenserfolg geht.

Wenn ich weiß, dass es eigentlich gesünder wäre, bestimmte Nahrungsmittel einzukaufen, ich aber das Geld dafür nicht habe, dann ist das schwierig. Dann habe ich zwar eine Gesundheitskompetenz, aber je nach meiner Lebenssituation kann ich sie anwenden oder nicht. In der Schweiz sind als gesund eingestufte Lebensmittel im Durchschnitt 10 bis 20 Prozent teurer als weniger gesunde Lebensmittel. Das ist ein sehr großer Unterschied, wenn Sie wenig Geld haben.

Es gibt natürlich noch andere Einflüsse, etwa die Statushierarchie. Die Chancen, Ihre Gesundheitskompetenz z. B. als Eltern in der Schule einzubringen, in der es etwa um die Frage geht, ob und welche Art von mehr Bewegungsräumen es geben soll, sind unterschiedlich groß je nach Mitbestimmungsmöglichkeiten und Ihrem sozialen Status, Ihren rhetorischen Fähigkeiten etc. Ich will damit sagen, dass die sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontexte von Gesundheitskompetenz eine große Bedeutung haben, und wir müssen es schaffen, diese Tatsache mit unseren empirischen Forschungen zur Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen. Ich bin überzeugt, dass das geht.

Kontextunspezifische, unsensible Messinstrumente und -ansätze führen oft zu einer Verschwendung von Ressourcen. In Seattle etwa gab es einmal ein wunderbares Gesundheitsförderungsprojekt in einem schwierigen Wohngebiet, einer Vorstadt, wo es hart ist zu leben. Dort wurden Kochkurse für ältere Menschen organisiert, von denen es viele in dem Viertel gibt: Wie kann man

preisgünstig und gesund kochen? Aber niemand kam. Man machte sich dann die Mühe und fragte nach: »Warum kommt ihr nicht?« Da sagte eine ältere Frau: »Eure Kochkurse mögen ja ganz schön und gut sein. Aber mein Gesundheitsproblem ist, wenn ich abends nach Hause komme und es ist schon ein bisschen dunkel, habe ich Angst, dass ich eins mit dem Baseballschläger über den Kopf gehauen kriege. Das ist mein Gesundheitsproblem. Baut Straßenlampen und macht nicht Kochkurse.«

>> Übersehene Potenziale

Wir verschwenden also Ressourcen, wenn wir nicht kontextsensibel arbeiten. Wir belästigen die Menschen auch mit untauglichen Messinstrumenten. Wir übersehen häufig die Potenziale, die Individuen mitbringen. Auch Menschen in schwierigen Lebenslagen haben oft beachtliche Kompetenzen. Ich persönlich würde unter schwierigen Lebensbedingungen wahrscheinlich große Probleme haben, gesund zu sein. Das heißt, die Menschen müssen auch in den schwierigen Wohnsituationen verschiedene Dinge sehr richtig machen, d. h. sie müssen einiges an gesundheitsförderlichen Kompetenzen schon haben. Welche sind das? Finden wir es heraus? Verstehen wir es? Können wir daran anknüpfen? Können wir diese vorhandenen Kompetenzen bestärken und weiter ausbauen?

Was mir als Soziologe noch ein großes Anliegen ist: Wir laufen mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz Gefahr, neue zweifelhafte Einordungskategorien zu schaffen, wenn wir kontextunsensibel forschen und messen. Wenn ich eine Studie mache und Wissens- und Einstellungsfragen stelle, die nicht dem Kontext angemessen sind, bleibt nicht aus, dass die befragten Menschen niedri-

ge Scores erreichen. Mit der Folge, dass ich ihre Gesundheitskompetenz-Werte vielleicht als »problematisch« oder als »ungenügend« einstufe; dies aber basierend auf einem Messinstrument, welches gar nicht spezifisch für die Anforderungen der realen Lebenswelt dieser Menschen entwickelt wurde. Damit würde dann eine neue Kategorie sozialer Ungleichheit geschaffen (hinreichend versus ungenügend gesundheitskompetent). Dieses Vorgehen müsste dann kritisch hinterfragt werden.

Wir müssen uns kritisch-reflektorisch bewusst sein, was wir im gegebenen Fall hier tun. Sind wir das nicht, laufen wir Gefahr die Grenze zu unethischem Forschungsverhalten zu übertreten.

» Warum Health Literacy?

Zum Schluss möchte ich noch einige Grundsatzfragen formulieren: Brauchen wir überhaupt das Konzept der Gesundheitskompetenz? Wir haben doch schon »Empowerment« und so viele andere Konzepte. Warum ein weiteres Konzept? Jedes Forschungsprojekt und jede Intervention sollte explizit machen, mit welchem übergeordnetem Ziel das Konzept eingesetzt wird: Soll mit gesteigerter Gesundheitskompetenz Krankheiten besser vorgebeugt werden? Soll über das Konzept Gesundheitskompetenz vielleicht die Nutzung medizinischer Versorgung effizienter gemacht werden? Aber dann müssen wir das sagen, dass es das ist, was wir wollen.

Oder: Wollen wir gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse und die Verhaltensweisen der Menschen in ihren Lebenswelten verändern? Das wäre aber eine ganz andere Intention, die ebenfalls klar gemacht werden sollte. Wollen wir dann darin die Potenziale der Menschen als »Active Agents« fördern, oder wollen wir sie einfach nur mit Informationen und Angeboten versorgen, in der Hoffnung, sie zu »compliant users of health services« zu machen? Bei jeder Messung und für jede Definition sollte klar sein, für was interveniert werden soll, für wen und mit wem geforscht werden soll.

Eine interessante Frage ist auch – und ich habe noch keine Patentlösungen dazu gefunden: Wie definieren wir unsere jeweilige sogenannte »Ziel«gruppe? Auch über diesen Begriff sollten wir noch reden (»zielen« wir auf diese Personengruppen?). Fokussieren wir auf Menschen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko? Oder fokussieren wir auf Menschen, die sich bisher nicht (genügend) einbringen konnten in die gemeinsame Produktion und Erhaltung von Gesundheit? Im Sinne der partizipativen Gesundheitsförderung definiert das »Für wen?« wir etwas verbessern wollen auch das »Mit wem?« wir das gemeinsam entwickeln und umsetzen müssen.

Bei jeder Messung von Gesundheitskompetenz und jedem Interventionsprojekt zur Gesundheitskompetenz sollte klar sein, worum es geht. Wollen wir, dass die Menschen mehr Selbstverantwortung übernehmen? Oder wollen wir die Kosten senken? Oder geht es uns gar um mehr soziale Fairness? Und auf welche Zielsetzung passen welche Definitionen?

Wer braucht welche Gesundheitskompetenz? Das ist für mich die entscheidende Frage.

>> Literatur

Abel, T. (2008): Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective. Editorial.

In: International Journal of Public Health. 53, S. 169–170. DOI: 10.1007/s00038-008-0242-9.

Ackermann Rau, S.; Sakarya, S.; Abel, T. (2014): When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. In:

International Journal of Public Health, 59(6), S. 967–974. DOI:10.1007/s00038-014-0583-5.

IUHPE (2007): Shaping the future of health promotion: priorities for action. Paris: International Union für Health Promotion and Education & Canadian Consortium for Health Promotion Research.

Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promot International (15(3), S. 259–267.

» 02.2

Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und Public Health-Perspektive

Eva-Maria Bitzer und Ulrike Spörhase

Unser Beitrag nähert sich dem Thema »Gesundheitskompetenz« aus zwei unterschiedlichen Richtungen: aus der bevölkerungsbezogenen Public Health-Perspektive und mit dem auf das Lernen der Individuen ausgerichteten Blick der Pädagogik. Im ersten Teil des Beitrages verorten wir zunächst das aktuelle Verständnis von Gesundheitskompetenz im Kontext von Public Health und Gesundheitsförderung und stellen uns der Frage nach der Beziehung zwischen Gesundheitskompetenz und Empowerment.

Der zweite Teil widmet sich dem Erwerb von Gesundheitskompetenz auf personaler Ebene. Die Begriffe intentionales und beiläufiges Lernen, Sozialisation und Erziehung werden zunächst eingeführt, dann wenden wir uns gezielt den Möglichkeiten zu, mit Erziehungs- und Bildungsprozessen Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Hilfreich erscheinen uns hierzu ein Rahmenmodell der Gesundheitskompetenz, ein pädagogisch orientiertes allgemeines Kompetenzmodell und der Rückgriff auf aktuelle neurobiologische Forschungserkenntnisse, mit denen grundlegende Aspekte des menschlichen Lernens erklärt und ihre Bedeutung für intentionale

Vermittlungsprozesse verdeutlicht werden können. Daraus leiten wir, diesen zweiten Teil abschließend, Konsequenzen ab für (gesundheits)pädagogische Interventionen, die eine Förderung individueller Gesundheitskompetenz wahrscheinlicher machen.

Im letzten Teil des Beitrages wenden wir uns erneut der gesellschaftlichen Ebene zu: Welche Verantwortung tragen die Institutionen und institutionellen Rahmenbedingungen inner- und außerhalb der gesundheitlicher Versorgung, Gesundheitskompetenz zu erhöhen, oder zumindest die Folgen mangelnder Gesundheitskompetenz zu minimieren? Wie bevölkerungsbezogene und pädagogische Perspektive sinnvoll und wirkmächtig verknüpft werden können, möchten wir am Beispiel der US-amerikanischen Kampagne »The Bigger Picture« zeigen, in der kalifornische Jugendliche aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen antreten, um über die Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 öffentlich kunst- und kraftvoll, aber eben auch gesundheitskompetent und evidenzbasiert zu informieren.

» Teil 1: Gesundheitskompetenz im Kontext von Public Health und Gesundheitsförderung

Gegenstand und Ziel von Public Health

Gesundheit ist keine Privatsache, das Recht auf Gesundheit (nicht gleichbedeutend mit dem Recht auf gesund sein) ein Menschenrecht (Obermann und Fischer 2012) und die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit eine gesellschaftliche Aufgabe, nicht nur eine des Gesundheitssystems oder eine individuelle Angelegenheit.

Public Health ist die Wissenschaft und Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen (DGPH 2010). Nach Schwartz u. a. (2012) ist Public Health durch seinen Bezug zu Bevölkerung und (Gesundheits-)System charakterisiert und überwiegend, soweit möglich, vorausschauend mit dem angemessenen Management kollektiver Gesundheitsprobleme befasst.

Von Public Health werden Antworten und Lösungsvorschläge zur Bewertung der Wirksamkeit (und immer öfter auch der Wirtschaftlichkeit) gesundheitlicher Interventionen erwartet, die auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems als Grundlage für Willensbildungs- und Entscheidungsfindungsprozesse genutzt und umgesetzt werden können sowie im Hinblick auf ihre Zielerreichung überprüfbar sind (Bitzer 2010). Public Health-Interventionen können auf der Makro-, Meso- und Mikroebene des (Gesundheits-)Systems ansetzen und sich dann unterschiedlicher Strategien bedienen.

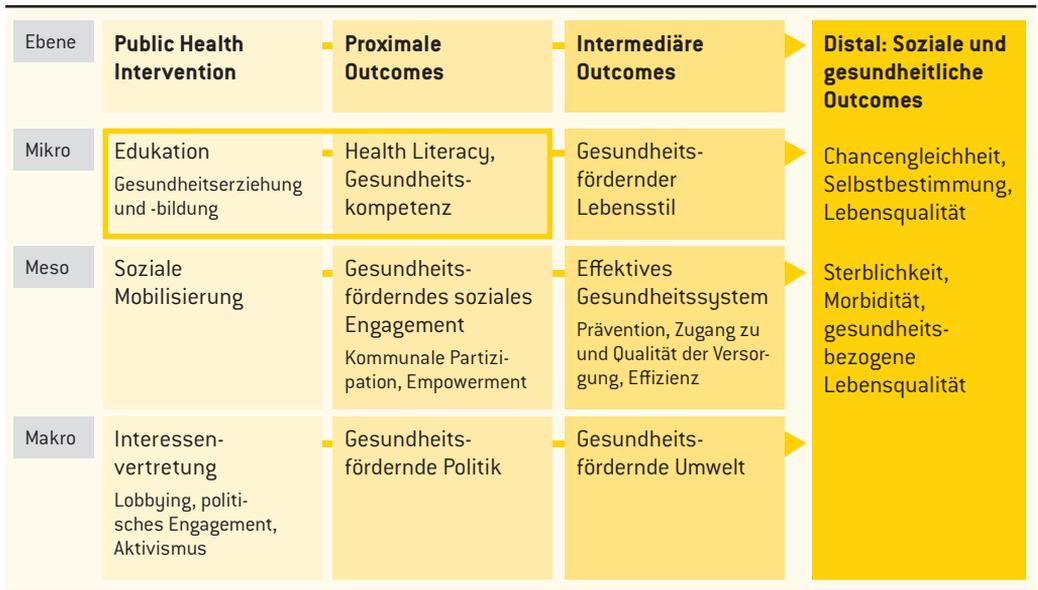
Nutbeams (2000) Wirkmodell integriert Ansatzpunkte und Strategien von Public Health-Interventionen sowie zuschreibbare Resultate und bietet damit einen konzeptionellen Rahmen für Intervention und Evaluation (vgl. Abb. 1).

Wirksam werden Public Health-Interventionen, in dem sie in einem ersten Schritt Handlungen auf der Makro-, Meso- oder Mikroebene verändern, und zwar so, dass sich in einem zweiten Schritt modifizierbare Determinanten von Gesundheit und Krankheit in Richtung »mehr Gesundheit« entwickeln. Unabhängig von Ansatzpunkt und Strategie gilt es letztlich, die Gesundheit der Bevölkerung zu bewahren oder wiederherzustellen.

In Anlehnung an Arbeiten von Brenner u. a. (1995), Wilson und Cleary (1995) und Valderas und Alonso (2008) lassen sich Indikatoren der Zielerreichung von Public Health-Interventionen, das heißt den Interventionen zuschreibbare Resultate bzw. Outcomes, entlang eines Kontinuums von proximal nach distal einteilen. Unter der Prämisse, dass eine kausale Beziehung zwischen proximalen hin zu distalen Indikatoren besteht, gilt: Je proximaler ein Indikator ist, desto unmittelbarer ist die Beziehung zwischen Intervention und Indikator. Umgekehrt heißt das aber auch: Je distaler ein Indikator, desto stärker ist er beeinflusst durch externe (nicht interventionsbezogene) Faktoren. Daher gilt, dass der Effekt einer Intervention umso größer ist, (1) je proximaler ein Indikator ist, (2) je ausgeprägter die mit der Intervention adressierte Problemlage ist und (3) je stärker distale Indikatoren beeinträchtigt sind.

Distale Indikatoren der Zielerreichung von Public Health-Interventionen sind mittel- bis langfristig erreichbare Resultate auf sozialer und gesundheitlicher Ebene, die bestimmten Interventionen zuschreibbar sind (vgl. Abb. 1). Die proximalen Indikatoren der Zielerreichung sind modifizierbare strukturelle, soziale und personale Faktoren,

Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit auf Bevölkerungsebene



» Abb. 1: Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit auf Bevölkerungsebene – Ein Wirkmodell (nach Nutbeam 2000)

die ihrerseits Determinanten von Krankheit und Gesundheit beeinflussen.

Health Literacy, Gesundheitskompetenz und Public Health

Im Wirkmodell zu Public Health-Interventionen ist Health Literacy als proximaler Indikator der Zielerreichung (Outcome) edukativer Interventionen verortet (vgl. Abb. 1). Health Literacy adressiert Wissen, Motivation und Kompetenzen von Personen, Gesundheitsinformation zu finden, zu verstehen, kritisch zu bewerten und anzuwenden, um im Alltagsleben Entscheidungen zu gesundheitlicher Versorgung, der Prävention von Erkrankungen und der Förderung von Gesundheit zu treffen, mit

dem Ziel, Lebensqualität über die Lebensspanne zu verbessern oder zu erhalten (Sørensen u. a. 2012).

So breit verstanden, geht Health Literacy weit über die kognitive Aneignung und Verarbeitung von gesundheitsrelevanten Informationen hinaus und wäre mit einem Begriff der »Gesundheitsalphabetisierung« unzureichend und stark verkürzend übersetzt (Wulfhorst und Hurrelmann 2009), so dass es gute Argumente dafür gibt, Health Literacy mit Gesundheitskompetenz zu übersetzen (Abel und Bruhin 2011; Abel u. a. 2015). Nutbeam (2000) folgend beinhaltet eine so verstandene Gesundheitskompetenz eben auch individuelle Fähigkeiten, die Bedingungen der eigenen Gesundheit auf persönlicher, sozialer und gesamtgesellschaftlicher Ebene zu kontrollieren und so zum Gegenstand von Public Health-Interventionen zu machen.

Die zentralen Public Health-»Technologien« auf der Mikroebene, Gesundheitskompetenz zu erhöhen, sind Gesundheitserziehung und -bildung¹, wohl wissend, dass allein edukative Aktivitäten unzureichend sind, zentrale Public Health-Ziele (distale Outcomes) zu erreichen.

Exkurs: Gesundheitskompetenz und Empowerment

Das skizzierte erweiterte Verständnis von Gesundheitskompetenz weist Überschneidungen zum Konzept des Empowerments in der Gesundheitsförderung auf. Wir greifen hier einen Gedankengang von Schulz und Nakamoto (2013) auf, den wir für die Beantwortung der Frage als nützlich erachten, ob, und wenn ja, wie viel spezifisch gesundheits- bzw. krankheitsbezogenes Wissen und Fertigkeiten es zu einer gesundheitskompetenten Entscheidung bedarf. Empowerment beschreibt sowohl Prozesse als auch deren Ergebnisse.

Empowerment als Prozess unterstützt die Entwicklung individueller Fähigkeiten zur Problemlöse- und Entscheidungsfindung. Als Ergebnis bzw. Outcome dieser Prozesse beschreibt es z. B. die subjektiv wahrgenommene Kontrolle von Individuen oder ihre Netzwerkbildung auf der überindividuellen Ebene (Kurtz und Dierks 2007). Menschen sollen befähigt und motiviert sein (werden), erwünschte Veränderungen ihres Verhaltens, aber auch ihrer sozialen Situation und in Institutionen und Organisationen, die ihr Leben beeinflussen, in Gang zu setzen (Rappaport 1987).

Empowerment umfasst dabei sowohl die psychologische Perspektive subjektiv wahrgenommener, persönlicher Kontroll- und Einflussmöglichkeiten als auch die faktische Option sozialer und politischer Partizipation sowie verbriefter Rechte. Empowerment fokussiert Machtbeziehungen und -verhältnisse auf der Makro, Meso- und Mikroebene. Empowerment von Menschen (Bürgern, Versicherten, Patienten) bedeutet, sie als autonome Akteure zu betrachten, die (volle) Verantwortung und eine aktive Rolle in (medizinischen) Entscheidungsprozessen übernehmen.

Sich selbst als »being empowered« zu erleben, bedeutet nicht, passiv Informationen zu erhalten, versuchen, diese zu verstehen und dann uneingeschränkt zu akzeptieren, sondern aus professionell angebotenen Informationen und Ratschlägen die individuell relevante Bedeutung zu extrahieren und sich im Einklang mit individuellen Vorstellungen in Bezug auf eine bestimmte gesundheitliche Situation zu verhalten (Schulz und Nakamoto 2013). Solche Entscheidungen müssen nicht notwendigerweise allgemein akzeptierten gesellschaftlichen Normen oder dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis entsprechen.

Und während (psychologisches) Empowerment den Individuen die (alleinige) Zuständigkeit für diese Entscheidungen zuspricht (Schulz und Nakamoto 2013), bezieht sich Gesundheitskompetenz explizit auf die Fähigkeit einer Person, gute gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen oder zumindest deutlich erkennbar an diesen Entscheidungen mitzuwirken. Eine gute gesundheitsbezogene Entscheidung steht im Einklang mit

1 Nach Wulfhorst und Hurrelmann (2009) ist Gesundheitserziehung die treffendste Bezeichnung für alle Interventionen pädagogischer Art, die eine gezielte Einflussnahme auf die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen anstreben. Dagegen bezeichnet der Begriff der Gesundheitsbildung weniger direkte gesundheitspädagogische Interventionen, beispielsweise Interventionen, in denen Wahlmöglichkeiten vorgestellt und Selbstwirksamkeit und -vertrauen sowie Bewältigungskompetenzen trainiert werden. Zielgruppe sind – stärker als in der Gesundheitserziehung – Personen, die aus eigenem Antrieb eine Veränderung oder Korrektur gesundheits-schädigender Verhaltensweisen anstreben.

dem bestehenden (medizinischen) Wissen. Nach diesem Verständnis zeugt es von Gesundheitskompetenz, wenn die wissenschaftlich sehr gut abgesicherten Befunde, dass Rauchen während der Schwangerschaft mit einem niedrigeren Geburtsgewicht einhergeht (Chamberlain u. a. 2013), zum Anlass genommen werden, während der Schwangerschaft nicht zu rauchen und ggf. Unterstützung zu suchen und in Anspruch zu nehmen, um dieses Ziel zu erreichen.

Gesundheitskompetente Menschen können professionelle Expertise anerkennen. Sie werfen fundierte professionelle Empfehlungen nicht einfach, beispielsweise weil es nicht zu ihren bisherigen Vorstellungen passt. Wünschenswert aus einer Public Health-Perspektive ist eine hohe Gesundheitskompetenz verbunden mit einem hohen Grad an Empowerment. Einen hohen Unterstützungsbedarf haben Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz und gleichzeitig geringer Befähigung, ihre Anliegen durchzusetzen.

Risiken und Nebenwirkungen bestehen in zwei Konstellationen. Erstens, wenn Wissen sich nicht in Macht übersetzt (Joseph-Williams u. a. 2014a und 2014b). Aus hoher Gesundheitskompetenz und niedrigem Empowerment resultiert Frustration, das Potenzial individueller Gesundheitskompetenz wird nicht ausgeschöpft. Die zweite Kombination aus niedriger Gesundheitskompetenz und hohem Empowerment, die man als »gefährliches Empowerment« bezeichnen kann (Camerini u. a. 2015), liegt vor, wenn sehr gut, im besten Fall mit qualitativ hochwertiger Evidenz, begründete professionelle Empfehlungen ignoriert werden, weil sie nicht zu den eigenen Vorstellungen und Präferenzen passen. Unter der Perspektive Empowerment könnte die Entscheidung einer Schwangeren, trotz eingehender Beratung und angemessener Unterstützungsangebote, während der Schwangerschaft nicht mit dem Rauchen aufzuhören, als eine gute,

weil selbstbestimmte Entscheidung angesehen werden. Aufgrund der nachgewiesenen Risiken, die mit dem Rauchen für Mutter und Kind verbunden sind, müsste man sie jedoch nicht als Ausdruck von Gesundheitskompetenz interpretieren.

» Teil 2: Förderung von Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene

Der Aufbau von Gesundheitskompetenz erfolgt durch Erziehung und Bildungsprozesse, die im Rahmen der individuellen Sozialisation erfolgen. Etwas vereinfacht kann zwischen einer beiläufigen und einer intentionalen Sozialisation unterschieden werden. Die beiläufige Sozialisation wird vor allen Dingen bestimmt durch die Lebenswelt der Individuen, die zum Beispiel durch ein bestimmtes Wertesystem und strukturelle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung charakterisiert sind.

Die intentionale Sozialisation umfasst die informelle Sozialisation, die zum Beispiel in der Familie oder der Wohngemeinschaft durch das gemeinsame Miteinander erfolgt und die formelle Sozialisation, die sich zum Beispiel in Kindertagesstätten, Schulen und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht. Im Rahmen der formellen Sozialisation wird die Entwicklung von Gesundheitskompetenz vor allem durch Unterricht in Form von Erziehung und/oder Bildung² gefördert. Die Förderung der Gesundheitskompetenz durch Erziehung und/oder Bildung ist dem jeweils aktuellen Forschungsstand verpflichtet, ihre Ziele sollten theorie- und evidenzbasiert sein. Dennoch sind allgemeine Ausbildungsziele immer normativ, weil sie moralisch wünschens- und erstrebenswerte Persönlichkeitsmerkmale

enthalten, die im gesellschaftlichen Diskurs nicht immer unumstritten sind.

Hier liegt ein Grund dafür, das Erziehungs- und Bildungsziele vielfach schon gesellschaftliche Debatten ausgelöst haben, die Diskurse um den Umgang mit sexueller Vielfalt seien hier als ein Beispiel genannt (Süddeutsche 2014). Insbesondere mit Blick auf die Befunde zur mangelnden Gesundheitskompetenz von sozial benachteiligten Jugendlichen und Erwachsenen bedarf es einer Förderung der Gesundheitskompetenz in intentionalen Zusammenhängen wie Kindertagesstätten und Schulen (vgl. z. B. Quenzel u. a. 2015; Okan u. a. 2015). Nur so sind sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche mit gesundheitsfördernden Interventionen verlässlich zu erreichen. Deshalb erscheint die Einführung des Unterrichtsfaches Gesundheit für alle Schülerinnen und Schüler besonders relevant.

Bildung und Erziehungsprozesse bedürfen eines Auslösers. Dieser Auslöser ist nicht zwingend an eine formelle Ausbildung z. B. in der Schule gebunden. Oft ist die natürliche Umwelt der »beste Lehrer«. Dies zeigen zum Beispiel ethnographische Studien (Seel und Hanke 2015). So konnten Carraher u. a. (1985, zitiert nach Seel und Handke 2015) in einer viel beachteten Studie belegen, dass brasilianische Straßenverkäufer mit wenig oder gar keinem Schulmathematikunterricht sehr kompetent waren, die Preise von Losen und Waren zu berechnen. Die Auslöser dieser Bildungsprozesse erwachsen aus ihrer natürlichen Umwelt.

Dementsprechend erscheint es wahrscheinlich, dass durch die Etablierung gesundheitsförderlicher Verhältnisse Gesundheitskompetenz im Alltag ge-

radezu beiläufig gelernt werden kann. Mit anderen Worten: Menschen erwerben Gesundheitskompetenz durch »gesunde Verhältnisse«. Auf Fragen, welchen Anteil informelles Lernen an individuell erworbener Gesundheitskompetenz besitzt, wie informelle Lernprozesse geschaffen bzw. gestaltet sein sollten, um möglichst nachhaltigen Erwerb von Gesundheitskompetenz zu unterstützen, gibt es derzeit noch kaum belastbare wissenschaftliche Befunde.

Förderung der Gesundheitskompetenz durch Erziehung und Bildung

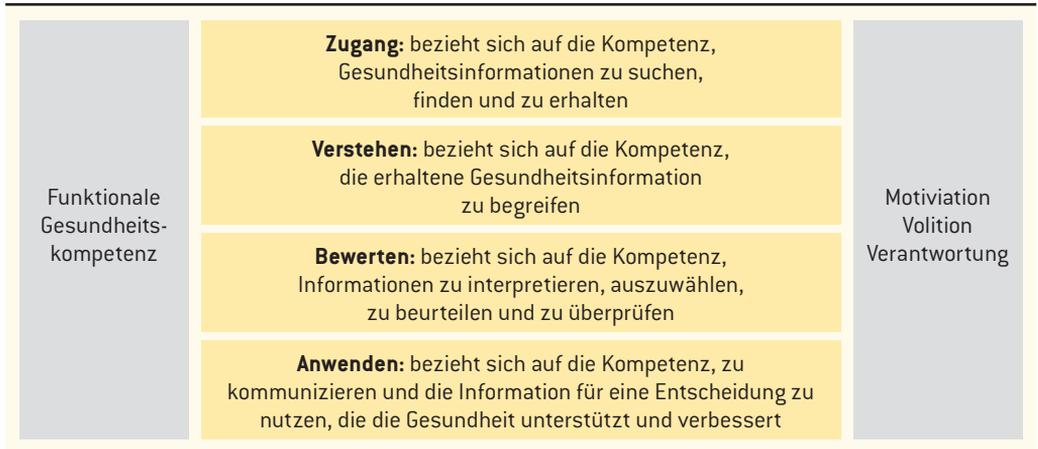
Wie alle Kompetenzen kann auch Gesundheitskompetenz durch Erziehung und/oder Bildung in Form von Interventionen gefördert werden, dabei sind vielfältige Aspekte von Relevanz. Aus pädagogisch-didaktischer Perspektive sollen hier drei dieser Aspekte behandelt werden: (1) die Klärung, was Gesundheitskompetenz ist, (2) die Berücksichtigung neurobiologischer Befunde zu Lernen und zum Kompetenzerwerb und (3) die daraus erwachsenen allgemeinen Konsequenzen für die Entwicklung fach-(problem)spezifischer Interventionen im Rahmen der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung.

Was ist Gesundheitskompetenz?

Mit Blick auf die intentionale Förderung von Gesundheitskompetenz ist es wichtig zu wissen,

2 Erziehung als menschliche Interaktion erfordert einen Erzieher und einen zu Erziehenden, eines Ziels, einer überlegten Absicht, Verantwortung und Offenheit. Sie hat damit die gezielte Einflussnahme zum Ziel und wirkt von außen auf das zu erziehende Individuum. Demgegenüber bezieht Bildung sich auf die im Inneren der Individuen ablaufenden Prozesse und bewirkt die Entwicklung eines Selbst- und Wertebewusstseins. Salopp ausgedrückt könnte man sagen: Bildung bedeutet, sich zu kennen, die Welt zu kennen, Ordnung in sein Verhältnis zur Welt zu bringen und dabei eine moralisch wünschens- und erstrebenswerte »Persönlichkeit« auszubilden (vgl. Spörhase 2013).

Rahmenmodell der Gesundheitskompetenz



» Abb. 2: Rahmenmodell der Gesundheitskompetenz [zusammengestellt nach Nutbeam 2000, Söllner u. a. 2010, Sørensen u. a. 2012 und Lenartz 2012]

welche Facetten das Konstrukt Gesundheitskompetenz umfasst. Zur Identifikation der Facetten der Gesundheitskompetenz haben wir bestehende Modelle gesichtet (Übersichten in: Soellner u. a. 2009; Sørensen u. a. 2012) und in einem Rahmenmodell zusammengestellt (Abb. 2). Das von Nutbeam (2000) eingeführte Konzept umfasst u. a. funktionale Health Literacy. Es beschreibt Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten sowie basales Gesundheitswissen und wird als grundlegend für die Ausbildung von Gesundheitskompetenz angesehen.

In ihrer Metaanalyse konnten Sørensen u. a. (2012) vier Kompetenzbereiche identifizieren: Zugang, Verstehen, Bewerten, Anwenden.³ Darüber hinaus haben Söllner u. a. (2010) und Lennartz (2012) Motivation, Volition und Verantwortung als

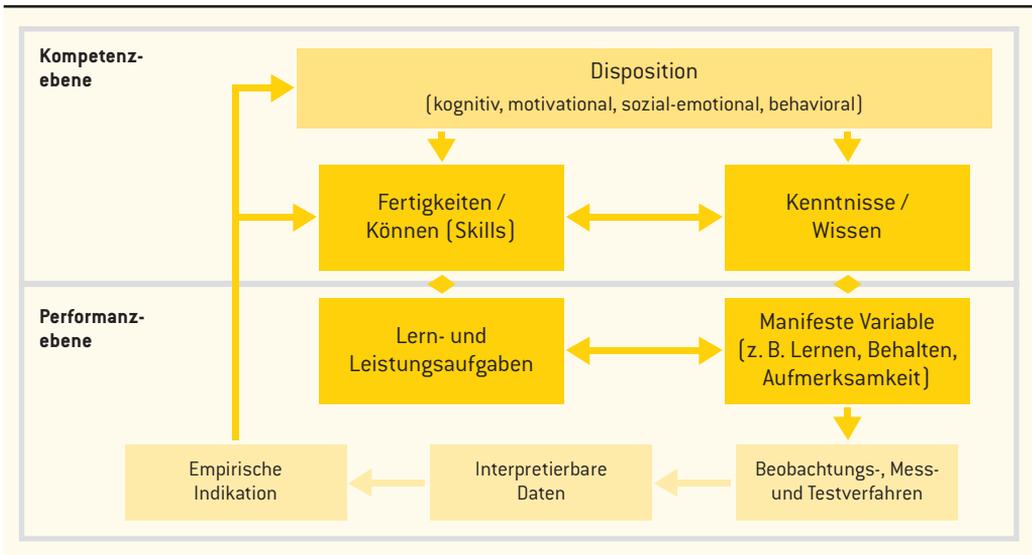
weitere wichtige Facetten der Gesundheitskompetenz identifiziert. Seidel und Dierks (2014) identifizieren darüber hinaus in Gesprächen mit Bürgern die Relevanz persönlicher Eigenschaften als Merkmal von Gesundheitskompetenz, die Betroffene mit Begriffen wie Mut, Offenheit, Vertrauen, Zuversicht, Einfühlungsvermögen, Willensstärke, Durchhaltevermögen und Selbstbewusstsein umschreiben.⁴

Auch ohne eine notwendige, ausführliche Konkretisierung und Vernetzung der genannten Facetten der Gesundheitskompetenz hier vorzunehmen, ist ein solches Modell für die Verortung und Planung von möglichen Interventionen wichtig. Denn einzelne Intervention können unter Umständen jeweils nur einzelne Facetten oder Teile der Gesundheitskompetenz fördern.

3 Im Original: Access, Understand, Appraise and Apply.

4 Damit sind Persönlichkeitsmerkmale angesprochen, die sich nicht durch Bildungsmaßnahmen beeinflussen lassen, allerdings durch Kontexte gefördert werden können, in denen es Menschen ermöglicht wird, Zuversicht zu entwickeln, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu bekommen und sich selbstbewusst gegenüber Expertinnen und Experten zu verhalten. Diese von Laien genannten Merkmale stehen konzeptionell dem Empowerment im eingangs skizzierten Sinn näher.

Komponenten des Konstrukts der Kompetenz



>> Abb. 3: Komponenten des Konstrukts der Kompetenz [verändert nach Seel und Hanke 2015, Europäische Kommission 2008]

Wie werden Kompetenzen erworben?

Um dieser Frage nachzugehen, ist zunächst eine Klärung des Begriffs »Kompetenz« notwendig. Eine in den Bildungswissenschaften breit akzeptierte Definition ist die von Weinert. Demnach sind Kompetenzen »die bei Individuen verfügbaren oder erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können« (Weinert 2001, S. 27 f.).

Diese Begriffsbestimmung fußt auf den Erkenntnissen der Wissenspsychologie und Expertiseforschung, welche beschreiben, dass Kompetenzen sich nicht »im Allgemeinen«, sondern in der

Auseinandersetzung mit spezifisch fachlichen Inhalten entwickeln. Kompetenzen als Dispositionen offenbaren sich damit als Leistungen bei konkreten Anforderungen, d. h. auf der Ebene der Performanz (siehe Abb. 3). Um diese Dispositionen zu erwerben, sind Fertigkeiten/Können und Kenntnisse/Wissen nötig. Bedeutend für den Kompetenzerwerb ist eine variierende situative Einbettung und eine intelligente Vernetzung von Wissen und Können, weil isoliertes fachliches Lernen »träges Wissen« erzeugt und nicht handlungswirksam wird. Ob und wie Kompetenzen erworben werden können, hängt vor allem von Lernen, Behalten und Aufmerksamkeit ab, die jeweils als manifeste Variable des Kompetenzerwerbs angesehen werden.

Insbesondere die zellulären Vorgänge beim Lernen konnten in den letzten Jahrzehnten durch die Neurowissenschaften an ausgewählten Modell-

organismen immer besser beschrieben werden. Grundlegende Aspekte des menschlichen Lernens und ihre Bedeutung für intentionale Vermittlungsprozesse sind beschrieben worden (z. B. Spitzer 1996 und 2003; Singer 2002; Brand und Markovitsch 2006). Diese Ergebnisse sind grundlegend für alle Lernprozesse, weshalb diese mit Blick auf den Kompetenzerwerb betrachtet werden.

Entsprechend diesen Befunden gelangen Wissen und Können über Evolution, Ontogenese und »normale« Lernvorgänge in das Gehirn. Durch die Evolution hat sich unser Erbgut verändert und unser menschliches Gehirn ist entstanden mit seiner typischen Gestalt und Architektur. In seiner Gestalt und Architektur ist Wissen und Können gespeichert, deshalb bringt es u. a. andere Leistungen hervor als Gehirne anderer Tiere, wie z. B. das Gehirn von Insekten oder Kühen. Bei Geburt unterscheidet sich das Gehirn des heutigen Menschen nicht von dem der Steinzeitmenschen, dennoch würden weder ein erwachsener Steinzeitmensch sich in unserer Welt noch ein erwachsener heutiger Mensch in der Welt der Steinzeitmenschen zurechtfinden. Grund hierfür ist, dass das Gehirn sich in Auseinandersetzung mit der Umwelt durch ontogenetische Reifungsprozesse und »normale« Lernvorgänge selbst organisiert.

Durch Reifungsprozesse, die das Gehirn nach der Geburt während der Ontogenese durchläuft, lernt es z. B. in Kommunikation mit den entsprechenden Körperteilen zu treten. Babys lernen z. B. zu sehen, zu hören, zu krabbeln, zu laufen und zu sprechen. Das Gehirn organisiert sich dabei selbst in Auseinandersetzung mit der Umwelt und verändert sich neben den Reifungsprozessen durch »normale Lernprozesse«. Das Gehirn kann nicht *nicht* lernen, je nach Gebrauch lernt es und verändert sich.

Die mit dem Lernen verbundenen zellulären Veränderungen benötigen Zeit (Spitzer 1996 und 2003). Veränderungen an einzelnen Verbindungen

zwischen Nervenzellen, den Synapsen, geschehen in Sekunden bis Stunden. Ganze Nervenzellen verändern ihre Gestalt im Mikrometerbereich, durch Wachstum bilden sich dabei neue Synapsen aus. Ein Vorgang der Tage bis Wochen dauert. Allmählich führen die Lernprozesse durch Veränderung der Kontakte der Nervenzellen miteinander zu einer Veränderung von Arealen des Großhirns (Cortex) im Millimeter bis Zentimeterbereich. Dies erstreckt sich über Monate bis Jahre. So entstehen über Lernprozesse Repräsentationen von Wissen und Können in unserem Gehirn und werden in unserem Gedächtnis gespeichert.

Kompetenzen werden erlernt, indem Wissen und Können im Langzeitgedächtnis gespeichert und miteinander vernetzt werden. Gelernt wird, indem Informationen und Vorgänge wahrgenommen, auf der Grundlage vorhandener Erfahrungen vom Gehirn bedeutungsvoll verarbeitet, verändert und dann im Gedächtnis gespeichert werden. Damit konstruiert das Gehirn die Bedeutung der Information für das Individuum, bewertet die Relevanz der Information und es kommt ggf. zu einer Speicherung im Langzeitgedächtnis. Dabei wird Wissen (Kenntnisse) im bewussten deklarativen Gedächtnis und Können (Fertigkeiten, Skills) im prozeduralen Teil des nicht-deklarativen Gedächtnisses gespeichert. Entsprechend dieser Modellvorstellung unterscheiden sich das deklarative Gedächtnis und das Gedächtnis für Fertigkeiten voneinander und arbeiten zusammen (Jäncke 2013). Das deklarative Gedächtnis umfasst das semantische Gedächtnis (Faktenwissen, Begriffe) und das episodische Gedächtnis (Information über Erfahrungen, Ereignisse, Personen, Zeit, Raum). Die Inhalte des deklarativen Gedächtnisses sind anderen Menschen gut zu beschreiben und bewusst verfügbar. Einzelne Gedächtnisinhalte können während eines Lerndurchgangs erworben werden, jedoch benötigt das Lernen der Inhalte viel Aufmerksamkeit.

Das nicht-deklarative Gedächtnis umfasst u. a. motorische Fertigkeiten (z. B. Fahrradfahren, Insulin spritzen, Klavierspielen), perzeptuelle Fertigkeiten (z. B. Erkennen von Buchstaben, Wörtern, Gesichter) und kognitive Fertigkeiten (Verwendung der Grammatik, Denkabläufe, Nutzung von Regeln, Lernstrategien). Anders als beim deklarativen Gedächtnis braucht das Lernen dieser Fertigkeiten Wiederholung, die Wiedergabe von Gedächtnisinhalten erfolgt unbewusst, automatisch und ohne Willensanstrengung (Jäncke 2013). Zudem sind die Inhalte meist nur in den Zusammenhängen einsetzbar, in denen sie gelernt wurden.

Fertigkeiten werden sukzessiv durch Übung erlernt und benötigen Wissen. So wird z. B. der Erwerb motorischer Fertigkeiten in drei Stadien unterteilt: das kognitive, das assoziative und das automatische Stadium (Jäncke 2013). Das kognitive Stadium ist durch verbalisierte Regeln, die das Verhalten steuern, gekennzeichnet. Diese verbalisierten Regeln enthalten Wissen. In dem oben genannten Beispiel der sachgemäßen Injektion von Insulin ist es z. B. das Wissen darüber, wie der Insulininjektor für den Gebrauch vorzubereiten ist, die Haut adäquat desinfiziert wird, die adäquate Dosis ermittelt wird und einzustellen ist. Durch Wiederholung werden die verbalen Regeln verinnerlicht, dies erfordert Aufmerksamkeit. Mit der Zeit wird der Bewegungsablauf besser und die Kontrolle der Bewegung geht in das assoziative Stadium über. Die Fertigkeit kann schneller ausgeführt werden und ist weniger abhängig von verbalen Kommandos. Durch weiteres Üben verliert sich der letzte Bezug zu den verbalisierten Regeln. Damit wird der Zustand der automatischen Phase erreicht, hier erfolgt die motorische Fertigkeit automatisch, unbewusst und ist nicht mehr verbalisierbar. Die Bewegung oder der Bewegungsablauf ist gelernt und kann jetzt mit wenig Aufmerksamkeit ausgeführt werden. So wie motorische Fähigkeiten durch Wiederholung gelernt

werden, benötigt die Ausbildung von kognitiven und perzeptuellen Fertigkeiten ebenfalls Wiederholung.

Die Ausführungen zum Erlernen von motorischen Fertigkeiten sollen verdeutlichen, dass diese nicht einfach gelehrt werden können, sondern Individuen sich Fertigkeiten durch Übung und Erfahrungen aneignen. Dies ist sehr bedeutend für den Kompetenzerwerb. Denn Kompetenzen entstehen erst in einem spezifischen Zusammenspiel von Wissen und Fertigkeiten, Motivation und Volition und persönlichen Werten wie z. B. der Übernahme von Verantwortung (vgl. Abb. 3). Deshalb können Kompetenzen nicht gelehrt werden, sondern Individuen eignen sich diese selbst an.

Welche Konsequenzen ergeben sich für die Förderung von Gesundheitskompetenz?

Informelle, nicht-intentionale Bildungs- und Lernprozesse im Zusammenhang mit dem Erwerb von Gesundheitskompetenz sind noch wenig erforscht, so dass wir uns an dieser Stelle und im Rahmen des vorliegenden Beitrages auf Möglichkeiten Gesundheitskompetenz zu fördern im Kontext von intentionalem Lernen in institutionellen, oder zumindest formalen Zusammenhängen konzentrieren.

Da sich Lernende Kompetenzen nur selbst aneignen können, steht die Eigenaktivität der Lernenden, die gleichzeitige bzw. wechselseitige Förderung des Erwerbs von Wissen und Können und die Verantwortungsübernahme für den eigenen Lernprozess im Zentrum aller didaktischen Bemühungen (Bitzer und Spörhase 2015). Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Form von Aufklärung, Beratung oder durch gezielte Vermittlung sollten deshalb von der Zielgruppe als interessant erlebt werden und die Aufmerksamkeit der Zielgruppe binden sowie allgemein zum Nachdenken anregen, weil Wissen

und Können durch kognitive Aktivierung im Gehirn der Lernenden vernetzt werden kann. Lernende sollten die Tragfähigkeit der vermittelten Erkenntnisse als sinnstiftend erleben und anwenden, um für sie relevante Probleme zu lösen. Im Kontext intentionaler Bildungsprozesse sind »kognitive Aktivierung unter Berücksichtigung fachspezifischer Arbeitsweisen« neben der »klaren Strukturierung« und dem »lernförderliches Sozialklima« als theoretisch fundierte und empirisch belegte Qualitätsmerkmale identifiziert (Feicke und Spörhase 2012).

Insgesamt erscheinen die bisher beschriebenen Bereiche der Gesundheitskompetenz mit Blick auf einen Kompetenzerwerb bisher wenig konkretisiert und unzureichend zueinander in Beziehung gesetzt (vgl. Abb. 2). Eine Konkretisierung einzelner und die Verständigung über die wichtigsten Bestandteile der Gesundheitskompetenz erscheinen als Grundlage vonnöten zu sein, um Kompetenzentwicklungsmodelle zu beschreiben. Hier kann auch von den Bildungswissenschaften gelernt werden. Im Rahmen des Scientific Literacy-Ansatzes wurden die kognitiven Leistungen auf unterschiedlichen Niveaus formuliert (Duit u. a. 2014). Überträgt man diese auf Gesundheitskompetenz, ergibt sich folgendes Stufenmodell:

- a) Wissen von Fakten, Konventionen und Benennungen.
- b) Wissen von Begriffen und Prinzipien.
- c) Verstehen von Begriffen und Prinzipien.
- d) Verstehen von Begriffen und Prinzipien im gesellschaftlichen Raum.
- e) Anwenden von Begriffen und Prinzipien in einer problemhaltigen Situation.
- f) Anwenden von gesundheitsrelevanten Methoden und Denkweisen in einer problemhaltigen Situation.
- g) Partizipation an Entscheidungen im gesellschaftlichen Raum sowie dem Wissen entsprechendes Handeln.

Dieses Stufenmodell deckt sich mit Aspekten der funktionalen Health Literacy im Bereich des Gesundheitswissens (Stufe: a. und b.) und mit den in Abb. 2 dargestellten Kompetenzbereichen Verstehen (Stufe: c. und d.), Anwenden (Stufe: e. bis f.) und Bewerten (in Teilen Stufe: f. und g.). Allein der Kompetenzbereich *Zugang* kann diesem Stufenmodell nicht adäquat zugeordnet werden. Das Stufenmodell verdeutlicht einen sukzessiven Aufbau von Wissen und Können und deren Vernetzung. Es veranschaulicht, dass Wissen eine Voraussetzung für Verstehen und Anwenden und damit eine Voraussetzung für Kompetenz ist und Gesundheitskompetenz auf verschiedenen Niveaus gefördert werden kann.

Die Förderung von Gesundheitskompetenz im Rahmen von intentionalen Vermittlungsprozessen erfolgt in Form von Aufgaben (vgl. Abb. 3). Mit Blick auf den oben beschriebenen Erwerb von Wissen und Können und den empirisch belegten und theoretisch fundierten Qualitätsmerkmalen können vor allem anspruchsvolle Aufgaben, die klar strukturiert, auf die Bedürfnisse, Erfahrungen, Interessen und die Situation der Lernenden abgestimmt und kognitiv aktivierend sind, den Erwerb von Kompetenz fördern. Anspruchsvolle Aufgaben zeichnen sich durch folgende Eigenschaften aus: Sie fordern auf, etwas zu erläutern, zu vergleichen oder zu beurteilen, Vermutungen zu formulieren, Fragen zu stellen, Probleme zu lösen, etwas zu hinterfragen, Wissen zu reorganisieren und auf neue Kontexte zu transferieren, mit anderen Standpunkten zu konfrontieren, Querverbindungen zu bereits Gelerntem und anderen Themen herzustellen und Lösungswege selbst zu wählen. Damit fördern anspruchsvolle Aufgaben eine kognitive Aktivierung der Lernenden und fördern den Kompetenzerwerb.

» Teil 3: Die Verantwortung der Institutionen und Public Health Literacy

Die Fähigkeit von Laien, gesundheitliche Informationen zu finden, zu verstehen und im Gesundheitssystem zu navigieren ist nicht nur von individuellen Eigenschaften und Kompetenzen abhängig, sondern auch davon, wie schwer (oder leicht) es die Institutionen (und die in ihnen handelnden Professionellen) es ihnen machen. Umgekehrt: Ob, und wenn ja, wie gut Individuen sich in den Institutionen des Gesundheitswesens zurechtfinden (gesundheitskompetent agieren) ist immer auch vor dem Hintergrund der konkreten strukturellen Bedingungen zu interpretieren. Zu fragen ist: Welche Verantwortung tragen die Institutionen inner- und außerhalb der gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitskompetenz der Menschen zu erhöhen oder zumindest die Folgen geringer Gesundheitskompetenz zu minimieren?

Nach dem vom US-amerikanischen Institute of Medicine (Brach u. a. 2012) entwickelten Ansatz »gesundheitskompetenter Institutionen«, der vor allem für Krankenhäuser ausgeführt (Kowalski u. a. 2015) und von Pelikan und Dietscher (2015) weiterentwickelt wurde, erleichtern es diese den Menschen, Informationen und gesundheitliche Leistungen zu navigieren, zu verstehen und zu nutzen, um für ihre Gesundheit zu sorgen. Welche organisationsbezogenen Strategien zur Absicherung oder Entwicklung ausreichender organisationaler Gesundheitskompetenz verfolgen gesundheitskompetente Institutionen?

Nach Pelikan und Dietscher (2015) etablieren sie Managementgrundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz, entwickeln und evaluieren Materialien und Angebote partizipativ

und qualifizieren ihre Belegschaft für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Klientinnen und Klienten. Gesundheitskompetente Institutionen schaffen eine unterstützende Umwelt, stellen Navigationshilfen zur Verfügung und können mit ihren Klientinnen und Klienten gesundheitskompetent kommunizieren. Sie verbessern die persönliche Gesundheitskompetenz von (chronisch erkrankten) Menschen, deren Angehörigen und die ihrer Belegschaft. Sie tragen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Region bei und fördern die Verbreitung des Konzeptes.

Bräuchten wir in einer idealen Welt individuelle Gesundheits(system)kompetenz?

Was wäre, wenn die oben genannten organisationsbezogenen Strategien zu organisationaler Gesundheitskompetenz flächendeckend und vollständig umgesetzt wären? Organisationen der Gesundheitsförderung und Krankenbehandlung wären so organisiert und könnten die Qualität ihrer erbrachten Leistungen und Angebote so garantieren, dass nur noch sehr geringe (im besten Fall keine?) spezifische Gesundheitskompetenz, oder besser Gesundheitssystemkompetenz, seitens der Nutzer mehr erforderlich wäre, um sich sicher in ihnen zu bewegen und mit hoher Wahrscheinlichkeit effektive, qualitativ hochwertige gesundheitliche Interventionen zu erhalten. Ist das Zukunftsmusik?

Werfen wir einen Blick auf ein, für unsere moderne Gesellschaft ebenso zentrales Subsystem, den Straßenverkehr. Kfz-Versicherungen gehen heute davon aus, dass ihnen binnen weniger Jahre das Geschäftsmodell wegbrechen könnte, und zwar mit folgender Begründung: »[...] auf unseren Straßen werden bald deutlich weniger Fahrzeuge unterwegs sein. Diese werden sich dafür aber umso selbst-

ständiger Fortbewegen – und damit umso sicherer: Denn 90 Prozent aller Verkehrsunfälle werden durch Menschen verursacht. Durch sogenannte Fahrerassistenzsysteme (...) könnte laut Schätzungen (...) die Zahl der Zusammenstöße bis 2030 um bis zu 50 Prozent reduziert werden. Gut für die Autofahrer, schlecht für die Kfz-Versicherer: Die müssen angesichts des technischen Fortschritts um ihr Geschäftsmodell bangen. Denn je weniger Schäden, desto weniger müssen sich die Fahrer dagegen schützen.« (Kunz 2015)

Stellen wir uns vor: Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung wäre unabhängig vom persönlichen Wohlstand (Sood u. a. 2014), prozessbedingt nähme niemand mehr durch Medikationsfehler Schaden (Cullinan u. a. 2016) und nosokomiale Infektionen gehörten der Vergangenheit an (Jarvis 2003). In einer solchen Welt wäre individuelle Gesundheitskompetenz sehr viel weniger bedeutsam für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit und wir könnten uns anderen Herausforderungen widmen. Außerdem hätte geringe oder unzureichende Gesundheitskompetenz sehr viel weniger gravierende Folgen für die Betroffenen.⁵ Hier wird deutlich, wie eng die erlernte individuelle Gesundheitskompetenz mit der Public Health-Perspektive vernetzt ist. Behalten wir also – auch wenn wir über individuelle Gesundheitskompetenz sprechen – immer die bevölkerungsbezogene, gesellschaftliche, die Public Health-Perspektive im Auge.

Public Health Literacy

Eine der zu dem vorgestellten Konzept der Gesundheitskompetenz kritische Argumentationslinie bezieht sich auf den Umstand, dass vielfach allein auf die individuellen Fähigkeiten fokussiert wird, niedrige Gesundheitskompetenz daher in erster Linie als individuelles Defizit aufgefasst und mangelnden Lese- und Rechenfähigkeiten bzw. Navigationsfähigkeiten zugeschrieben wird. Folgerichtig tendieren Interventionen häufig allein auf die Verbesserung interpersonaler Kommunikationsstrategien. Selbst aus einer Public Health-Perspektive geht es öfter darum, individuelle Gesundheitskompetenz auf der Ebene der Bevölkerung zu erhöhen als darum, die Bevölkerung in die Lage zu versetzen, über Public Health relevante Aspekte gut begründete politische Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse in Gang zu setzen (Freedman u. a. 2009). Die Fokussierung auf das Individuum erfolgt, obwohl einschlägige Definitionen und Konzepte der Gesundheitskompetenz gerade diese gesellschaftliche Dimension auch adressieren (Nutbeam 2000; vgl. Abb. 1).

Vor diesem Hintergrund schlagen Freedman u. a. (2009) in Ergänzung zur individuellen Gesundheitskompetenz ein Konzept der Public Health Literacy vor: Public Health Literacy ist das Ausmaß, in dem Individuen und Gruppen die Informationen finden, verstehen, bewerten und anwenden können, die notwendig sind, bevölkerungsbezogene gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen, von denen das Gemeinwesen profitiert. Primäres Ziel ist die Einbindung von Akteuren in Public Health-Interventionen auf der Meso- und Makroebene und

5 Geringe oder unzureichende Gesundheitskompetenz, von der in Europa in etwa die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung betroffen ist (Sørensen u. a. 2015), ist assoziiert mit geringer Inanspruchnahme präventiver Leistungen, risikoreicheren Verhaltensweisen, häufigeren Arbeitsunfällen und schlechterem Selbstmanagement chronischer Erkrankungen (Kickbusch u. a. 2013; Berkman u. a. 2011).

das Adressieren sozialökologischer Determinanten von Gesundheit und Krankheit.

Wie die bevölkerungsbezogene und eine individuelle, pädagogische Perspektive sinnvoll und wirkmächtig verknüpft werden können, möchten wir am Beispiel der US-amerikanischen Kampagne »The Bigger Picture« zeigen.

»The Bigger Picture« – Youth Speaks

»The Bigger Picture« sagt dem Typ 2 Diabetes mellitus und seiner epidemischen Ausbreitung in den USA den Kampf an. Sie richtet sich an Jugendliche ethnischer Minderheiten und bestärkt diese, das Schweigen über Typ 2 Diabetes mellitus (DM2) zu brechen, die öffentliche und private Diskussion über DM2 zu initiieren und die sozialen sowie umweltbezogenen Faktoren, die für die epidemische Ausbreitung von Typ 2 Diabetes mellitus in den USA verantwortlich sind, zu verändern.

Diabetes mellitus Typ 2 – Medizinische Ausgangslage in den USA, zitiert nach Rogers u. a. (2014): *In den USA steigt die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) sehr stark und das vor allem bei Minderheiten Jugendlicher und junger Erwachsener. Nach Schätzungen des CDC wird von den im Jahr 2000 geborene Hispano-amerikanern und Schwarzen in etwa jede zweite Person im Laufe des Lebens einen DM2 entwickeln, unter Weißen ist es jede Dritte. In 2008 hatten 23 % der Jugendlichen im Alter zwischen 12–19 Pre-Diabetes oder manifesten DM2, in*

2000 waren es noch 9 %. Allein auf Individuen ausgerichtete Interventionen sind ungeeignet, diesen epidemischen Trend umzukehren. Angezeigt sind vielmehr umfassende Ansätze, die eine sozialökologische Perspektive einnehmen und einen Fokus auf umweltassoziierte und soziale Bedingungen legen.

Es handelt sich um eine Zusammenarbeit zwischen Youth Speaks⁶ und der University of California, Center for Vulnerable Population at the San Francisco General Hospital (Youth Speaks 2016). Die Kampagne wurde unter Rückgriff auf die von Freedman u. a. (2009) vorgeschlagenen theoretischen Elemente einer Public Health Literacy entwickelt (Rogers u. a. 2014).

In sieben Schreibworkshops schrieben Jugendliche vulnerabler Populationen, moderiert und unterstützt von einem medizinischen/künstlerischen Tandem, Gedichte (Poetry, Rap Lyrics) und verarbeiteten darin medizinische und statistische Fakten zu DM2. Zu den besten dieser Texte produzierten die Organisatoren mehr als 20 künstlerisch hochwertige Videos, in denen die jugendlichen Autorinnen und Autoren selbst ihre Texte präsentierten. Diese als sogenannte public service announcements (PSA) frei im Netz auf der Webpage der Kampagne verfügbaren Filme mit einer Dauer von 30 Sekunden bis zu 5 Minuten bilden das Herzstück der Kampagne.⁷

Um diese Filme herum haben die Autorinnen und Autoren der Kampagne ein Format für (in Deutschland unübliche) Schulversammlungen entwickelt. Diese dauern etwa eine Stunde und beinhalten

6 Youth Speaks, 1996 in San Francisco als Non-Profit-Organisation gegründet, ist einer der weltweit größten Organisatoren von Poetry Slam-Festivals. Youth Speaks schafft nach eigenen Aussagen an der Schnittstelle zwischen künstlerischer Bildung, Jugendentwicklung, Strategien zur Stärkung bürgerlichen Engagements und künstlerisch hochwertigen Präsentationen sichere Räume, in denen Jugendliche ihre Stimme finden, entwickeln, öffentlich präsentieren und nutzen können und sollen, um soziale Veränderungen zu starten (Youthspeaks 2016).

7 Im Zusammenhang mit dem Thema des vorliegenden Artikels sehr sehenswert: Health Justice Manifesto von Jade Cho (<http://youthspeaks.org/thebiggerpicture/health-justice-manifesto>).

Basisinformationen zu Typ 2 Diabetes, Zahlen und Fakten zu den sozialen und ökologischen Variablen der Erkrankung sowie Materialien und Beispiele für Aktivitäten in der Gemeinde und Politik. Ergänzend gibt es aufbereitete Unterrichtseinheiten für Lehrerinnen und Lehrer, die als Schreibwerkstätten jeweils um eines der PSAs konstruiert sind, sowie Angebote für Schülerinnen und Schüler.

Aktuell haben die Autorinnen und Autoren die Ergebnisse einer Studie zur Reichweite und Akzeptanz der Kampagne aus den ersten 12 Monaten vorgestellt (Rogers u. a. 2016). Schulversammlungen wurden in 13 Schulen durchgeführt, insgesamt wurden mehr als 2.400 Schülerinnen und Schüler erreicht, von denen sich 93 % als »nicht-weiß« bezeichnen, die Videos wurden mehr als eine Million Mal betrachtet. Im unkontrollierten prä-post Vergleich nahm das Wissen um DM2 als prävenierbare Erkrankung, deren Erkrankungsrisiko durch umwelt- und soziale Faktoren mitbestimmt wird, sehr stark und statistisch signifikant zu, ebenso veränderten sich Einstellungen der Jugendlichen.

Diese ersten Ergebnisse sind ermutigend. Die Autorinnen und Autoren der Kampagne sind sich im Klaren darüber, dass es, um das Ziel »Stop der DM2-Epidemie« zu erreichen, eines langen Atems bedarfs, umfassender und breiter disseminierter Interventionen und nicht zuletzt auch gesetzgeberischer Veränderungen der Rahmenbedingungen. Parallelen zu den weltweiten Aktivitäten, das Rauchen einzudämmen, liegen auf der Hand und mit ihnen auch die Fragen nach den zuschreibbaren Wirkungen, der angemessenen Form der Evaluation solcher Kampagnen und der Dauer, bis das Ziel erreicht ist. Um die epidemische Ausbreitung des DM2 in den USA zu stoppen, rechnen die Autoren selbst mit 10 bis 20 Jahren und sehen in der Kampagne nur eine von mehreren Interventionen auf dem Weg (Dean Schillinger, mündliche Mitteilung).

Die mittlerweile vielfach preisgekrönte Kampagne ist aus unserer Sicht eine überzeugende Public Health-Intervention auf der Meso-Ebene, die junge, vulnerable Bevölkerungsgruppen erreicht und kunst- und kraftvoll, aber eben auch gesundheitskompetent und evidenzbasiert Öffentlichkeit für ein in den USA drängendes, beeinflussbares Gesundheitsproblem schafft.

Fazit: Was macht Menschen (gesundheits-)kompetent?

Man kann nicht »nicht lernen«, die Frage ist vielmehr: Was wird gelernt? Menschen eignen sich Gesundheitskompetenz in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt an, beiläufig und durch gezielte Interventionen oder Anlässe in der natürlichen Umwelt. Für Interventionen auf der individuellen Ebene folgern wir: Information und Wissensvermittlung allein reicht nicht. Ziel muss die Förderung der individuellen produktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt sein. Und dazu müssen Lernanlässe in und außerhalb institutioneller Bezüge kreiert werden, die kognitiv aktivierend sind, die Aneignung von fach- bzw. problemspezifischen Wissen erleichtern und die Vermittlung fach- bzw. problemspezifischer Fertigkeiten unterstützen. Für Public Health-Interventionen heißt dies vor allem und hauptsächlich eine möglichst breite Implementation positiv evaluierter bevölkerungsbezogener Strategien und die Implementation von Strukturen, die helfen, dass die in ihnen agierenden Menschen an und mit ihnen ihre Gesundheitskompetenz erhöhen können.

>> Literatur

- Abel, T.; Sommerhalder, K. (2015):** Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 9, S. 923–929.
- Abel, T.; Sommerhalder, K.; Bruhin, E. (2011):** Health Literacy/Gesundheitskompetenz: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Berkman, N. D.; Sheridan, S. L.; Donahue, K. E.; Halpern, D. J.; Viera, A.; Crotty, K.; Holland, A.; Brasure, M.; Lohr, K. N.; Harden, E.; Tant, E.; Wallace, I.; Viswanathan, M. (2011):** Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. In: Evidence report/technology assessment, No. 199, S. 1–941.
- Bitzer, E. M. (2010):** Versorgungsforschung aus Public Health Perspektive – Forschungsansätze mit patientennahen Ergebnisparametern und Routinedaten von Krankenkassen. Hamburg.
- Bitzer, E. M.; Spörhase, U. (2015):** Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation und die Bedeutung für die Patientenschulung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 9, S. 983–988.
- Brach, C.; Keller, D.; Hernandez, L. M.; Baur, C.; Parker, R.; Dreyer, B. P.; Schyve, P.; Lemeriese, A. J.; Schillinger, D. (2012):** Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine. Online verfügbar unter <http://iom.edu/Global/Perspectives/2012/HealthLitAttributes.aspx> [Zugriff am 23.08.2013].
- Brand, M.; Markowitsch, H. J. (2006):** Was weiß die Hirnforschung über Lernen? In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, No. 5, S. 21–42.
- Brenner, M. H.; Curbow, B.; West; Legro, M. (1995):** The proximal-distal continuum of multiple health outcome measures: The case of cataract surgery. In: Medical Care, Vol. 33, 4 Suppl, S. AS236–AS244.
- Camerini, A.-L.; Schulz, P. J. (2015):** Health literacy and patient empowerment: separating con-jointed twins in the context of chronic low back pain. In: PloS one, Vol. 10, No. 2, S. e0118032.
- Chamberlain, C.; O'Mara-Eves, A.; Oliver, S.; Caird, J. R.; Perlen, S. M.; Eades, S. J.; Thomas, J. (2013):** Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. In: The Cochrane database of systematic reviews, Vol. 10, S. CD001055.
- Cullinan, S.; O'Mahony, D.; Byrne, S. (2016):** Application of the structured history taking of medication use tool to optimise prescribing for older patients and reduce adverse events. In: International journal of clinical pharmacy, epub ahead of print.
- DGPH – Deutsche Gesellschaft für Public Health (2010):** Was ist Public Health? Online verfügbar unter www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/informationen/public-health [Zugriff am 31.01.2016].
- Duit, R.; Häussler, P.; Prenzel, M. (2014):** Schulleistungen im Bereich der naturwissenschaftlichen Bildung. In: Weinert (Hg.): Leistungsmessung in Schulen, S. 169–186.
- Europäische Kommission (Hg.) (2008):** Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_de.pdf [Zugriff am 11.06.2015].

- Feicke, J.; Spörhase, U. (2012):** Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen. In: Die Rehabilitation, Vol. 51, No. 5, S. 300–307.
- Freedman, D. A.; Bess, K. D.; Tucker, H. A.; Boyd, D. L.; Tuchman, A. M.; Wallston, K. A. (2009):** Public health literacy defined. In: American journal of preventive medicine, Vol. 36, No. 5, S. 446–451.
- Jäncke, L. (2013):** Lehrbuch Kognitive Neurowissenschaften. Bern.
- Jarvis, W. R. (2003):** Benchmarking for prevention: the Centers for Disease Control and Prevention's National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system experience. In: Infection, 31 Suppl 2, S. 44–48.
- Joseph-Williams, N.; Edwards, A.; Elwyn, G. (2014):** Power imbalance prevents shared decision making. In: BMJ (Clinical research ed.), Vol. 348, S. g3178.
- Joseph-Williams, N.; Elwyn, G.; Edwards, A. (2014):** Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. In: Patient education and counseling, Vol. 94, No. 3, S. 291–309.
- Kickbusch, I.; Pelikan, J.; Apfel, F.; Tsouros, A. D. (2013):** Health literacy. The solid facts. Online verfügbar unter www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf [Zugriff am 04.04.2016].
- Kowalski, C.; Lee, S.-Y. D.; Schmidt, A.; Wesselmann, S.; Wirtz, M. A.; Pfaff, H.; Ernstmann, N. (2015):** The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. In: BMC health services research, Vol. 15, S. 47.
- Kunz, A. (2015):** Kfz-Versicherungen bricht das Geschäftsmodell weg. Die Welt vom 30. Oktober 2015. Online verfügbar unter www.welt.de/148269148 [Zugriff am 31.01.2016].
- Kurtz, V.; Dierks, M. L. (2007):** Empowerment im Gesundheitsversorgungssystem. Umsetzungen auf individueller und organisatorisch-gesellschaftlicher Ebene im deutschen Gesundheitswesen. In Lengerke, T. v. (Hg.): Public Health-Psychologie: Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Weinheim und München, S. 160–170.
- Lenartz, N. (2012):** Gesundheitskompetenz und Selbstregulation, Göttingen.
- Nutbeam, D. (2000):** Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International, Vol. 15, No. 3, S. 259–267.
- Obermann, K.; Fischer, J. (2012):** Gesundheit als Menschenrecht und Grundlage ökonomischer Entwicklung. In Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena, S. 30–33.
- Okan, O.; Pinheiro, P.; Zamora, P.; Bauer, U. (2015):** Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen: Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 9, S. 930–941.
- Pelikan, J. M.; Dietscher, C. (2015):** Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 9, S. 989–995.
- Quenzel, G.; Schaeffer, D.; Messer, M.; Vogt, D. (2015):** Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher: Einflussfaktoren und Folgen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 9, S. 951–957.

- Rappaport, J. (1987):** Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. In: American Journal of Community Psychology, Vol. 15, No. 2, S. 121–148.
- Rogers, E. A.; Fine, S.; Handley, M. A.; Davis, H.; Kass, J.; Schillinger, D. (2014):** Development and early implementation of the bigger picture, a youth-targeted public health literacy campaign to prevent type 2 diabetes. In: Journal of health communication, 19 Suppl 2, S. 144–160.
- Rogers, E. A.; Fine, S. C.; Handley, M. A.; Davis, H. B.; Kass, J.; Schillinger, D. (2016):** Engaging minority youth in diabetes prevention efforts through a participatory, spoken-word social marketing campaign. In: American journal of health promotion: AJHP, epub ahead of print.
- Schulz, P. J.; Nakamoto, K. (2013):** Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. In: Patient education and counseling, Vol. 90, No. 1, S. 4–11.
- Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.) (2012):** Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena.
- Seel, N. M.; Hanke, U. (2015):** Erziehungswissenschaft: Lehrbuch für Bachelor-, Master- und Lehramtsstudierende. Berlin.
- Seidel, G.; Dierks, M. L. (2012):** Gesundheitskompetenz fördern – Patientensouveränität stärken. In: Pundt, J. (Hg.): 4. APOLLON Symposium »Patientenorientierung oder Patientenignorierung? Positionen, Potenziale, Perspektiven«. Bremen, S. 138–168.
- Singer, W. (2002):** Der Beobachter im Gehirn: Essays zur Hirnforschung. Frankfurt am Main.
- Soellner, R.; Huber, S.; Lenartz, N.; Rudinger, G. (2009):** Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Vol. 17, No. 3, S. 105–113.
- Soellner, R.; Huber, S.; Lenartz, N.; Rudinger, G. (2010):** Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. In: Zeitschrift für Pädagogik, Vol. 56, S. 109.
- Sood, N.; Bendavid, E.; Mukherji, A.; Wagner, Z.; Nagpal, S.; Mullen, P. (2014):** Government health insurance for people below poverty line in India: quasi-experimental evaluation of insurance and health outcomes. In: BMJ (Clinical research Hg.), Vol. 349, S. g5114.
- Sørensen, K.; Broucke, S.; van den Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012):** Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health, Vol. 12, S. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80 [Zugriff am 23.08.2013].
- Sørensen, K.; Pelikan, J. M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agrafiotis, D.; Uiters, E.; Falcon, M.; Mensing, M.; Tchamov, K.; van den Broucke, S.; Brand, H. (2015):** Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: European journal of public health, Vol. 25, No. 6, S. 1053–1058.
- Spitzer, M. (1996):** Geist im Netz: Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Heidelberg.
- Spitzer, M. (2003):** Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg.
- Spörhase, U. (Hg.) (2013a):** Biologie Didaktik, 6. Ausgabe, Berlin.
- Spörhase, U. (2013b):** Welche allgemeinen Ziele verfolgt Biologieunterricht? In: Spörhase, U. (Hg.): Biologie Didaktik. 6. Ausgabe, Berlin, S. 24–61.
- Süddeutsche Zeitung (2014):** Baden-Württemberg Grün-Rot streicht »sexuelle Vielfalt« aus dem Bildungsplan. Online verfügbar unter www.sueddeutsche.de/bildung/2.220/baden-wuerttemberg-gruen-rot-streicht-sexuelle-vielfalt-aus-dem-bildungsplan-1.1933026 [Zugriff am 05.01.2015].

- Valderas, J. M.; Alonso, J. (2008):** Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. In: *Quality of Life Research*, Vol. 17, No. 9, S. 1125–1135. DOI: 10.1007/s11136-008-9396-4.
- Weinert, F. E. (Hg.) (2001):** Leistungsmessung in Schulen. Weinheim.
- Wilson, I. B.; Cleary, P. D. (1995):** Linking clinical variables with health-related quality of life. In: *Journal of the American Medical Association*, Vol. 273, No. 1, S. 59–65.
- Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K. (2009):** Gesundheitserziehung: Konzeptionelle und disziplinäre Grundlagen. In: Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K. (Hg.): *Handbuch Gesundheitserziehung*, Bern, S. 9–34.
- Youth Speaks (2016):** The Bigger Picture – About. Online verfügbar unter <http://youthspeaks.org/thebiggerpicture/about> [Zugriff am 01.02.2016].

» 02.3

Gesundheitsinformationen richtig anbieten und Kompetenzen fördern

David Klemperer

Der Gedanke, Bürger und Patienten in ihrer Position im Gesundheitssystem durch Informationen zu stützen und zu stärken hat in den letzten zwei Jahrzehnten an Einfluss gewonnen. Hintergrund ist der zunehmende Wunsch nach Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen und die schwindende Akzeptanz einer Arzt-Patient-Beziehung, die vom Paternalismus geprägt ist. Der Wunsch und das Bedürfnis, sich eigenständig über Gesundheitsfragen zu informieren sind weit verbreitet, ebenso wie der Wunsch, bei gegebenen unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten darin unterstützt zu werden, eine informierte Entscheidung zu treffen. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist darauf noch nicht ausreichend vorbereitet. Eine kritische Gesundheitskompetenz auf Seiten von Bürgern und Patienten bzw. ihren Vertretern stellt ein wichtiges Element zur Durchsetzung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen dar.

» Zum Begriff Gesundheitskompetenz

Health Literacy, in diesem Beitrag gleichbedeutend mit Gesundheitskompetenz verwandt, ist ein Konzept, das in den 1980er Jahren entwickelt wurde und im Zusammenhang mit dem Autonomiebestreben und der schwindenden Akzeptanz des Paternalismus in der Medizin an Bedeutung gewonnen hat. Die Diskussion unterschiedlicher Konzepte und Definitionen von Gesundheitskompetenz würde einen eigenen Beitrag füllen. Verwiesen sei hierzu auf den Report »Health Literacy: A Prescription to End Confusion« des Institute of Medicine, Publikationen der Weltgesundheitsorganisation (z. B. Kickbusch u. a. 2013) und das Schwerpunktheft des Bundesgesundheitsblattes vom September 2015, insbesondere auf den Beitrag von Abel und Sommerhalder (2015).

Gesundheitskompetenz soll in diesem Beitrag als ein Merkmal von Individuen, aber auch von Organisationen verstanden werden, Probleme von Gesundheit und medizinischer Versorgung sowohl auf der Ebene des Individuums als auch der Gesellschaft zu erkennen, zu beeinflussen und im günstigsten

Fall zu lösen. Daher folgt dieser Beitrag der Definition von Nutbeam (2000), der Gesundheitskompetenz explizit als Public Health-Ziel beschreibt und dafür die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung einbezieht. Nutbeam unterscheidet drei Ebenen von Gesundheitskompetenz:

- Funktionale Gesundheitskompetenz (functional health literacy) entstammt der traditionellen Gesundheitserziehung und bezeichnet die Kompetenz, Sachinformationen über gesundheitliche Themen zu lesen und zu verstehen, um z. B. das Gesundheitsverhalten zu verbessern und das Gesundheitssystem bedarfsgerecht in Anspruch zu nehmen.
- Interaktive Gesundheitskompetenz (interactive health literacy) setzt die funktionale Gesundheitskompetenz voraus und umfasst zusätzlich fortgeschrittene kognitive und auch soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Verbesserung interaktiver Kommunikation, z. B. mit Ärzten.
- Kritische Gesundheitskompetenz (critical health literacy) bezeichnet Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die auf soziale und politische Veränderungen zielen. Kritische Gesundheitskompetenz befähigt zu individuellem und gemeinschaftlichem Handeln, das sich auf die Bedingungen von Gesundheit und somit auf die sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit bezieht.

Gesundheitskompetenz in diesem Sinne geht weit über Konzepte von Gesundheitserziehung (Ebene 1) hinaus. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die alleinige Kommunikation von Gesundheitsinformationen ohne Bezug zur Lebenswelt keine nachhaltigen Effekte auf das Gesundheitsverhalten erbringt. Vielmehr müssen die Informationen Teil einer Kompetenzentwicklung sein, die sich auf Kommunikation (2. Ebene) bzw. soziale Veränderung (3. Ebene) bezieht. Kritische

Gesundheitskompetenz gilt in erster Linie als ein Konzept zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung. Für Nutzer von Gesundheitsleistungen wird der kritischen Gesundheitskompetenz in Verbindung mit dem Konzept der Evidenzbasierten Medizin und des Shared Decision Making das Potenzial zugesprochen, einen wesentlichen Beitrag zur Patientenorientierung und gleichzeitig zur Qualitätsentwicklung leisten zu können.

» Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung

Qualität in der Gesundheitsversorgung ist durch Leistungen gekennzeichnet, die dem Patienten einen von ihm erwünschten, durch Evidenz belegten Nutzen erbringen (SVRG 2001, Band II, Ziffer 127; Lohr 1990, S. 21). Da der Wunsch und die Präferenz eines Patienten in einer medizinischen Entscheidungssituation nur durch Kommunikation über die Behandlungsoptionen und ihre zu erwartenden Ergebnisse erfahrbar sind, ist Shared Decision Making Teil dieses Qualitätsverständnisses. Medizinischer Nutzen kann als das durch Studien begründete Versprechen betrachtet werden, durch medizinische (Be-)Handlungen Verbesserungen der Lebensdauer und/oder der Lebensqualität zu erzielen, für die sich der Patient nach Abwägung mit den möglichen Schäden der (Be-)Handlung entscheidet. Medizinischer Nutzen wird im Zusammenhang mit seiner Bewertung als »kausal begründete positive Effekte« einer medizinischen Intervention auf patientenrelevante Endpunkte definiert. Als patientenrelevant gelten Mortalität, Morbidität und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Als Schaden werden die entsprechenden negativen Effekte bezeichnet (IQWiG 2015, S. 38 ff.).

Das nutzenstiftende Potenzial der Medizin hat sich unter anderem durch die Impfprävention, die antibiotische Behandlung von Infektionskrankheiten oder die medikamentöse Therapie psychischer Störungen erheblich erweitert. Der bestmöglichen Ausschöpfung dieses Potenzials stehen jedoch Entwicklungen entgegen, die in den letzten zwei Jahrzehnten immer deutlicher geworden sind und mit den Begriffen Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben werden. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat den nicht indikations- und situationsbezogenen Einsatz medizinischer Leistungen gar als das zentrale Problem in der Gesundheitsversorgung bezeichnet (SVRG 2014, Ziffer 4).

Hinweise für Über-, Unter- und Fehlversorgung kennt die Medizin schon seit geraumer Zeit. Regionale Versorgungsunterschiede, wie sie in den USA seit Anfang der 1970er-Jahre systematisch erhoben werden, sind mittlerweile auch für Deutschland belegt (Grote u. a. 2015). Unterschiede in Operationsraten auf Kreisebene um den Faktor 8 für die Tonsillektomie, die Appendektomie, die Entfernung der Prostata und die Implantation eines externen Defibrillators sind jedenfalls nicht mit entsprechenden Unterschieden in den Krankheitshäufigkeiten zu erklären, ebenso wenig wie der Anstieg der Zahl chirurgischer Eingriffe um 30 Prozent zwischen 2005 und 2013 (Statistisches Bundesamt 2014).

>> Patientenorientierung

Als Gründe für die Über-, Unter- und Fehlversorgung hat der Sachverständigenrat Gesundheit in seinen Gutachten 2000/2001 und 2003 Mängel in der Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems, die schwache Position der Patientinnen und Patien-

ten und die unzulängliche Patientenorientierung genannt. Die Forderung nach Patientenorientierung im Gesundheitswesen stehe im Widerspruch zu einer Reihe von Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen bei Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens (SVRG 2001, Ziffer 237).

Der Forderung nach Nutzerbeteiligung auf der Makro-, Meso- und Mikroebene des Gesundheitssystems ist der Gesetzgeber gefolgt, die Voraussetzungen für eine Patientenorientierung wurden durch eine Reihe von Maßnahmen verbessert. Dazu zählt die Einsetzung eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung, die Etablierung der Unabhängigen Patientenberatung als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Entwicklung eines Angebots evidenzbasierter Gesundheitsinformationen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und nicht zuletzt die Aufnahme von Patientenvertretern in die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere in den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Den emanzipatorischen, zum Empowerment beitragenden Charakter von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen betont die »Gute Praxis Gesundheitsinformation«, ein Positionspapier, das unter Federführung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin von einer Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern, Klinikern, Patientenvertretern, Verfassern und Herausgebern von Gesundheitsinformationen erstellt wurde (DNEBM 2015, siehe Seite 90). Neben den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen (wie z. B. systematische Recherche, kritische Bewertung, Transparenz) wird die verständliche Darstellung von Ergebnissen betont, die für die Patientinnen und Patienten relevant sind. Damit sollen die Voraussetzungen für Entscheidungen verbessert werden, die nach

Abwägen von Nutzen und Schäden den Präferenzen der Patientinnen und Patienten entsprechen. Am Beispiel der perkutanen Intervention bei Patientinnen und Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit soll im Folgenden gezeigt werden, dass die Patientenorientierung im klinischen Alltag nicht durchgehend sichergestellt ist.

» Defizite in der Patientenorientierung am Beispiel der perkutanen Intervention bei Patientinnen und Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit

Perkutane Intervention (PCI) bezeichnet die Einsetzung einer Gefäßstütze (Stent) in ein verengtes Herzkranzgefäß. Bei einem akuten Herzinfarkt stellt die PCI eine Maßnahme dar, die zur Senkung der Sterblichkeit und zur Minderung von Schäden am Herzmuskel beiträgt. Das Überwiegen des Nutzens ist in dieser Situation unstrittig.

Grundlegend unterschiedlich ist jedoch die stabile koronare Herzkrankheit. Damit wird das Vorhandensein einer Verengung oder mehrerer Verengungen an den Herzkranzgefäßen bezeichnet, einhergehend mit oder ohne Angina Pectoris-Beschwerden bei körperlicher Belastung. Eine Senkung der Sterblichkeit und eine Minderung von Beschwerden sind hier durch eine Therapie mit einer Kombination von Medikamenten zu erzielen. Die PCI hingegen verbessert die Prognose nicht, mindert weder die Sterblichkeit noch das Risiko für künftige Herzinfarkte oder Schlaganfälle, kann aber etwaig vorhandene Beschwerden zusätzlich lindern, wenn

die medikamentöse Therapie nicht ausreicht (Bundesärztekammer u. a. 2014, S. 47 f.). Da die PCI allein zur Beschwerdelinderung beiträgt, ist sie nur indiziert, wenn der Patient nach Ausschöpfen der medikamentösen Therapie noch Beschwerden hat und sich nach Abwägen von Nutzen und Schäden für die PCI entscheidet. Diese Entscheidung sollte im wesentlichen davon abhängen, in welchem Ausmaß die Beschwerden den Patienten in seiner Lebensführung beeinträchtigen – ein Urteil, das nur der Patient selber treffen kann.

Die interventionelle Kardiologie fokussiert jedoch zumeist allein auf die Verengung von Herzkranzgefäßen, handelt beim Erblicken von Verengungen reflexartig – vor fast 30 Jahren wurde hierfür der ironisch gemeinte Begriff »Oculostenotischer Reflex« geprägt (Topol 1988) – und lässt sich darin vom fehlenden Patientennutzen nicht irritieren.

Wie weit der klinische Alltag von der Patientenorientierung entfernt ist, zeigen einige neuere Studien. Eine Befragung von Medicare-Patienten nach Einsetzen eines Stents ergab, dass die Mehrzahl vor dem Eingriff keine Herzbeschwerden hatten – der Eingriff war somit überflüssig –, dass die Informationen für den Stent ausführlich dargelegt wurden, die Informationen zu den Risiken, wenn überhaupt, in knapper Form. Über andere Behandlungsmöglichkeiten und über den Wert der medikamentösen Behandlung waren nur sehr wenige Patienten informiert (Fowler 2012).

Die Analyse der Tonbandmitschnitte von 40 Aufklärungsgesprächen zur PCI zeigte, dass die Kardiologen den Nutzen bei stabiler KHK in nur zwei der Gespräche zutreffend darlegten, in fünf Gesprächen explizit und in 17 Gesprächen implizit übertrieben. Die Mehrheit der beschwerdefreien Patientinnen und Patienten wurde trotz fehlendem Nutzen einer Koronarangiographie zugewiesen. Eine nicht ausgeschöpfte medikamentöse Therapie, die bei den meisten Patienten vorlag, sprachen

die Kardiologen nur in wenigen Fällen an, darüber hinaus stellten sie die medikamentöse Therapie als minderwertige Maßnahme im Vergleich zur PCI dar. In 30 der 40 Gespräche (75 %) wurden die Patienten von der Mitsprache bei der Entscheidung eher abgehalten [Goff 2014].

In einer Befragung wenige Stunden nach Erhalt eines Stents erweisen sich die Patientinnen und Patienten in einem kaum noch zu steigenden Ausmaß als desinformiert. 90 % nahmen fälschlich als Nutzen die Verlängerung des Lebens an, 88 % fälschlich die Verhütung künftiger Herzinfarkte und 67 % zutreffend die Symptomlinderung. Nur 9 von 991 Befragten (1 %) waren zutreffend darüber informiert, dass die Symptomlinderung der alleinige Nutzen in ihrer Situation ist. 77 % gaben an, Informationen über den Nutzen und nur 16 % über Risiken erhalten zu haben. 85 % gaben an, vor der PCI Angina pectoris gehabt zu haben [Kureshi u. a. 2014] – 15 % hatten also keinerlei Nutzen zu erwarten.

In einer Befragung von Kardiologen sowie ihren Patientinnen und Patienten vor einer diagnostischen Koronarangiographie mit Zustimmung zu einer gegebenenfalls erfolgenden PCI meinten 96 % der 153 Patienten, ausreichend informiert zu sein. 88 % glaubten, mit der PCI einen nichttödlichen und 82 % einen tödlichen Herzinfarkt verhindern zu können. 77 % der Patientinnen und Patienten gaben Angina pectoris an, Kardiologen meinten jedoch, 98 % dieser Patienten hätten Angina pectoris. Anhand der Fallvignetten sahen acht von 27 Kardiologen einen Nutzen der PCI in der Verhinderung von Herzinfarkten, neun in der Senkung der Mortalität. 17 Kardiologen (63 %) sahen den alleinigen Nutzen der PCI in der Beschwerdelinderung. 19 Kardiologen erkannten in zwei Fallvignetten keinen Nutzen für den Patienten, acht Kardiologen würden die PCI trotzdem durchführen [Rothberg u. a. 2010].

Das Fazit aus dem Beispiel stabile KHK lautet: Ärzte informieren Patientinnen und Patienten über

die medizinischen Handlungsmöglichkeiten weit überwiegend einseitig, verzerrt und falsch. Patientinnen und Patienten verfügen folgerichtig über ein einseitiges, verzerrtes und falsches Wissen über Nutzen und Schaden der PCI. Sie erklären ihr Einverständnis somit auf Grundlage falscher Tatsachen. Dieser Sachverhalt ist befremdlich und auch durchaus skandalös.

Defizite in den Informationen zur Entscheidungsfindung sind auch in anderen klinisch-medizinischen Bereichen deutlich, so z. B. in der Chemotherapie bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen [Weeks u. a. 2012]. Zu nennen ist auch die Krebsfrüherkennung, der Patientinnen und Patienten fast regelhaft aufgrund von Angst und übertriebenen Hoffnungen, nicht aber auf Grundlage der Fakten und eines zutreffenden Wissens um Nutzen und Schaden zustimmen [Klemperer 2014].

>> Schritte zur Lösung

Notwendige Voraussetzung für Lösungen ist ein öffentliches Bewusstsein über die Defizite in der medizinischen Entscheidungsfindung und ein politischer Wille, diese Defizite zu beheben. Wenn die betroffenen Institutionen und Personen – Gesundheitsminister, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, die ärztliche Selbstverwaltung (Ärztikammern, Kassenärztliche Vereinigungen), Krankenkassen, die gemeinsame Selbstverwaltung, medizinische Fachgesellschaften, Patientenvertretung, Patientengruppen, gesundheitliche Selbsthilfe, Ärzte, Patienten, Bürger – ihre Verantwortung erkennen und sich ihr stellen, indem sie die Patienteninteressen über ihre Eigeninteressen stellen, dürfte die entscheidende Hürde genommen sein.

Mit der Veröffentlichung einer evidenzbasierten Entscheidungshilfe (»Katheter-Untersuchung bei Koronarer Herzkrankheit: Stents einsetzen oder erst mal abwarten?«) als Bestandteil der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische koronare Herzkrankheit haben die beteiligten Fachgesellschaften kürzlich beispielhaft gezeigt, wie eine patientenorientierte Information zur oben dargelegten Frage der Behandlung der chronischen stabilen KHK auszusehen hat (Bundesärztekammer u. a. 2014).

Patientinnen und Patienten müssen für ihre Gesundheitsentscheidungen verständliche, evidenzbasierte Informationen erhalten (DNEBM 2015) und im Sinne des Shared Decision Making (Elwyn u. a. 2012) ermuntert und befähigt werden, sich über ihre individuellen Präferenzen klar zu werden. Der Erwerb funktionaler und interaktiver Gesundheitskompetenz verbessert die Voraussetzungen, eigene Interessen zu erkennen, wahrzunehmen und durchzusetzen. Zur Orientierung des Gesund-

heitssystems auf die Interessen der Nutzer und Patienten sind weitergehende, tiefgreifende Veränderungen erforderlich.

Dafür müssen Patientenvertreter, Patientenorganisationen sowie Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen über die funktionale und interaktive Gesundheitskompetenz hinaus auch eine kritische Gesundheitskompetenz erwerben und anwenden. Bestandteil der kritischen Gesundheitskompetenz ist u. a. ein Wissen über die Strukturen und Funktionsweisen des Gesundheitssystems, über die Akteure und ihre Eigeninteressen sowie über Ansatzpunkte und Hebel für die Implementation von Patientenorientierung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte überlegen, welche Rolle sie bei der Verbreitung funktionaler, interaktiver und kritischer Gesundheitskompetenz spielen kann. Für die Vermittlung und für den Erwerb kritischer Gesundheitskompetenz steht ein Lehrbuch zur Verfügung (Klemperer 2015).

» Literatur

- Abel, T.; Sommerhalder, K. (2015):** Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2015, 58, S. 923–929.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2014):** Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK – Langfassung. 3. Auflage, Version 1. 2014.
- DNEBM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015):** Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin. Online verfügbar unter www.ebm-netzwerk.de/gpggi [Zugriff am 01.11.2015].
- Elwyn, G.; Frosch, D.; Thomson, R.; Joseph-Williams, N.; Lloyd, A.; Kinnersley, P.; Cording, E.; Tomson, D.; Dodd, C.; Rollnick, S. u. a. (2012):** Shared Decision Making: a model for clinical practice. In: Journal of General Internal Medicine 2012, 27, S. 1361–1367.
- Goff, S. L.; Mazor, K. M.; Ting, H. H.; Kleppel, R.; Rothberg, M. B. (2014):** How cardiologists present the benefits of percutaneous coronary interventions to patients with stable angina: A qualitative analysis. In: JAMA Internal Medicine 2014, 174, S. 1614–1621.

- Gorenoi, V.; Schönermark, M. P.; Hagen, A. (2011):** Perkutane Koronarinterventionen zusätzlich zur optimalen medikamentösen Therapie bei stabiler Angina pectoris. In: DIMDI: HTA-Bericht 115.
- Grote Westrick, M.; Zich, K.; Klempner, D.; Schwenk, U.; Nolting, H. D.; Deckenbach, B.; Schiffhorst, G. (2015):** Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2015):** Allgemeine Methoden. Version 4.2 vom 22.4.2015.
- Kickbusch, I.; Pelikan, J.; Apfel, F.; Tsouros, A. D. (2013):** Health literacy. The solid facts. Online verfügbar unter www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf [Zugriff am 04.04.2016].
- Klempner, D. (2015):** Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitsförderung. 3. Auflage, Bern.
- Klempner, D. (2014):** Physicians' and patients' knowledge of cancer screening – A Wake-Up Call. In: Oncology Research and Treatment 2014, 37(Suppl. 3), S. 8–10.
- Kureshi, F. u. a. (2014):** Variation in patients' perceptions of elective percutaneous coronary intervention in stable coronary artery disease: cross sectional study. BMJ. Sep 8;349:g5309. doi: 10.1136/bmj.g5309.
- Lohr, K. N. (1990):** Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, (IOM) IoM. Medicare: a strategy for quality assurance, Volume I. In: National Academy Press, ed. Washington, DC: Institute of Medicine (IOM).
- Medizinischer Fakultätentag und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (2015):** Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog für Medizin.
- Nutbeam, D. (2000):** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15(3), S. 259–267.
- Rothberg, M. B.; Sivalingam, S. K.; Ashraf, J.; Visintainer, P.; Joelson, J.; Kleppel, R.; Vallurupalli, N.; Schweiger, M. J. (2010):** Patients' and cardiologists' perceptions of the benefits of percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. In: Annals of Internal Medicine 2010, 153, S. 307–313.
- Statistisches Bundesamt (2014):** Im Fokus 23.10.2014. Operationen in Krankenhäusern: Plus von 30 % zwischen 2005 und 2013. Online verfügbar unter <http://tinyurl.com/hb1t7kc> [Zugriff am 01.11.2015].
- SVRG – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001):** Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II, Ziffer 127.
- SVRG – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014):** Sondergutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Langfassung.
- Topol, E. J. (1988):** Coronary angioplasty for acute myocardial infarction. In: Ann Intern Med 1988, 109, S. 970–980.

03

Diskurse

» 03.1

Arbeitsgruppe 1: Gesundheitskompetenz messen

Berichterstatterin: Susanne Jordan; Moderation: Susanne Jordan und Thomas Abel

In der Arbeitsgruppe wurde angeregt und kritisch über das Thema »Gesundheitskompetenz messen« diskutiert. Von Anfang an ging es nicht nur um die Messbarkeit von Gesundheitskompetenz, sondern zugleich um grundsätzliche Fragen der Konzeption und Ziele von Gesundheitskompetenz bis hin zur Frage, woher das starke Interesse an Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren in Politik und Wissenschaft rührt.

In der Diskussion wurde deutlich, dass das Konzept Health Literacy/Gesundheitskompetenz offensichtlich gut in den aktuellen Zeitgeist passt, der

zunehmend von Eigenverantwortung und von den Anforderungen einer Wissensgesellschaft geprägt ist. Für die Gesundheitsversorgung, wie auch für die Prävention und Gesundheitsförderung, spielen die allgegenwärtige Verfügbarkeit von vielerlei Gesundheitsinformationen, insbesondere im Internet, eine wichtige Rolle. Hinzu kommt die zunehmende Anforderung an die Einzelnen, eigenständig informierte Entscheidungen zu fällen. Vor diesem Hintergrund ist die Beobachtung einzuordnen, dass das Thema Gesundheitskompetenz von der Politik gerade jetzt wahrgenommen wird.

Dementsprechend fielen die Ergebnisse des von der Europäischen Union finanzierten »Europäischen Health Literacy Surveys« (HLS-EU), der in acht europäischen Ländern durchgeführt wurde, auf sehr breite Resonanz. Ein scheinbar leicht zu messendes Konstrukt wie Health Literacy/Gesundheitskompetenz soll Antworten auf aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen liefern.

Allerdings wurde in der Diskussion der Arbeitsgruppe die Gefahr thematisiert, die Ergebnisse ohne die Berücksichtigung struktureller Bedingungen sowie sozialer, kultureller und ökonomischer Kontexte zu interpretieren. So sind beispielsweise in die Fragen des HLS-EU nicht die länderspezifischen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und Prävention eingegangen. So kann bei derart vergleichenden Ergebnisdarstellungen die Gefahr bestehen, normative Standards zur Gesundheitskompetenz zu setzen, für die es noch keine abgesicherten und theoretisch konzeptionellen Grundlagen gibt.

Gleichzeitig ist noch nicht ausreichend geklärt, was genau mit den verschiedenen Mess- und Erhebungsinstrumenten von Gesundheitskompetenz erhoben und gemessen wird. Andererseits gibt es durchaus Instrumente zur Erfassung von Gesundheitskompetenz, die testspezifische Kriterien erfüllen. Die Unklarheit trifft besonders auf Fragebogeninstrumente zu, die eine subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz messen.

Gegenwärtig ist das Messen von Gesundheitskompetenz wie »Messen im Nebel«, beschreibt es einer der Moderatoren der Arbeitsgruppe. Auch die ersten theoretischen Fundierungen verschiedener Messinstrumente können die »Black Box« zwischen Fragebogeninstrumenten und Messergebnis noch nicht ausreichend erhellen. Auch bei dem aktuell populären Fragebogeninstrument des HLS-EU trifft dies zu. Es ist bei diesem beispielsweise nicht endgültig geklärt, ob die Personengruppen, deren

Messergebnis nach der Beantwortung des Fragebogens die Zuschreibung »ausreichende Gesundheitskompetenz« erhält, tatsächlich in der Lage wären, alle Anforderungen hinsichtlich Gesundheitskompetenz im Alltag und im Versorgungssystem »ausreichend« zu bewältigen.

Einige Vorschläge für mögliche Items wurden ad hoc diskutiert: »Wie lautet die Telefonnummer des Notarztes?«, »Mit welchem Symptomen sollten Sie eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen?« oder »Woran erkennen Sie, von wem die Informationen auf einer Gesundheitsinternetseite stammen?« In der Diskussion wurde deutlich, dass auch für solch scheinbar einfache Frageformulierungen die Kontexte im Erhebungsinstrument zu erfassen sind und nur im Rahmen eines Validierungsprozesses eine weitere Reduktion auf zentrale Items erfolgen kann.

Die Unklarheiten, die sich in der Messung von Gesundheitskompetenz zeigen, hängen mit den konzeptionellen Unklarheiten von Gesundheitskompetenz in der Wissenschaft, Praxis und Politik zusammen. In der Arbeitsgruppendifkussion wurde festgestellt, dass es Überschneidungen mit Konzepten aus der Gesundheitsförderung, aber auch aus der Versorgung, insbesondere der Rehabilitation gibt. Allgemein wurde bedauert, dass weder der deutsche Begriff »Gesundheitskompetenz« noch der angelsächsische Begriff »Health Literacy« das Konstrukt ideal darstellen. Es sollen weder nur individuelle Fähigkeiten noch nur Literalität ausgedrückt werden, doch das suggerieren die beiden Begriffe jeweils. Vielmehr geht es auch um das, was im Englischen mit »meaning making« bezeichnet wird.

Ein Aspekt stellte sich in der Diskussion als besonders wichtig für die weitere Konzeption von Gesundheitskompetenz dar, der auch für die Weiterentwicklung von Messinstrumenten dafür zu beachten ist: Zukünftig sollten neben der allgemeinen

Konzeption besonders die spezifischen Konzepte und damit verbunden die spezifischen Kontexte von Gesundheitskompetenz stärker Berücksichtigung finden. Spezifische Kontexte bedeutet, dass verschiedene Settings (Lebenswelten) berücksichtigt werden sollten. Dazu gehört es zu beachten, ob die Gesundheitskompetenz im Hinblick auf Versorgung oder Prävention relevant ist. Nicht zuletzt sollten die verschiedenen Lebenslagen und Lebenssituationen von Bevölkerungsgruppen mit in die Konzeption eingehen.

Die Berücksichtigung des Kontexts und der Verhältnisse sollte es so ermöglichen, zu identifizieren, wie Entscheidungsspielräume und Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Personen im Hinblick auf Gesundheitskompetenz erhöht werden können. Dabei sollten für die Gesundheit relevante Institutionen und Strukturen Voraussetzungen schaffen, im Sinne von Gesundheitskompetenz fördernden Organisationen. Dementsprechend sollten bei der Entwicklung und Operationalisierung von Erhebungsinstrumenten der soziale, kulturelle und ökonomische Kontext der zu untersuchenden Personengruppe Eingang finden. Außerdem sei es wichtig, die Zielsetzung einer Konzeption und das damit verbundene Instrument von Anfang an transparent zu machen.

In der Arbeitsgruppe war es Konsens, dass noch viel unklar ist und dieses Forschungsfeld erst am Anfang steht. Die Konzeptualisierung und das Erhebungsinstrument des HLS-EU sind als eine Art Pionierleistung mit allen Stärken und Schwächen zu sehen, von dem wichtige Impulse für eine Weiterentwicklung des Feldes ausgegangen sind. Die Ergebnisse des Instruments dürften nicht überbewertet werden und es sollte die normative Kraft, die dahintersteht, kritisch reflektiert werden.

Insgesamt scheint es noch offen, welche Entwicklung das Konstrukt Health Literacy/Gesundheitskompetenz und die damit verbundenen Erhebungsinstrumente nehmen werden. Das Konstrukt Gesundheitskompetenz muss seinen Mehrwert noch zeigen, aber es besteht die reale Chance, mit ihm die Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung zu stärken. Dabei sollten die Gesundheitskompetenz vermittelnden Fähigkeiten auch in Organisationen der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung eine größere Rolle spielen.

» 03.2

Arbeitsgruppe II: Kompetenzentwicklung fördern

Berichtersteller: Martin Salaschek; Moderation: Eva-Maria Bitzer und Ulrike Spörhase

» Prinzip der kognitiven Aktivierung

Thema der Arbeitsgruppe war, wie Kompetenzentwicklung gefördert werden kann – nicht nur im Kontext von Gesundheitskompetenz, sondern auch allgemein. Die vorgestellte Methode zur Förderung der Kompetenzentwicklung nutzt das Prinzip der kognitiven Aktivierung.

Kognitive Aktivierung als zentrales Wirkprinzip der Methode zur Förderung der Kompetenzentwicklung ist ein Begriff aus der Lern- und Gedächtnisforschung. Lerngelegenheiten sind danach dann kognitiv aktivierend, wenn sie zur aktiven Auseinandersetzung mit den Inhalten anregen (vgl. z. B. Baumert und Köller 2000; Kunter u. a. 2005). Dies kann über emotionale Fragen geschehen, die über reinen Wissensabruf hinausgehen. Ein Beispiel: »Was könnten Gründe für den Befund sein? Wie beurteilen Sie den Befund aus Ihrer Erfahrung?« Wirkmechanismus der kognitiven Aktivierung ist, dass eine aktive Auseinandersetzung mithilfe von emotionalen Fragen zu einer tieferen Informationsverarbeitung und somit zu einem besseren Lernerfolg führt.

Zusätzlich nutzt die vorgestellte Methode Erkenntnisse über die Rolle von Motivation und die bewusste, willentliche Umsetzung von Zielen und Motiven in Resultate durch zielgerichtetes Handeln (Volition) als wichtige Faktoren bei der Verhaltensänderung (vgl. den Vortrag von Prof. Dr. Spörhase und Prof. Dr. Bitzer auf Seite 21). Es werden emotionale, zum Teil polarisierende Fragen gestellt, die den Weg zu einer intensiven Beschäftigung mit dem Thema ebnet. Beispiele: »Welche Rolle spielen Fast-Food-Ketten bei der Verbreitung von Typ-II Diabetes?« »Welche Bevölkerungsgruppen sind besonders betroffen?« Die Beschäftigung mit solchen Fragen beinhaltet das Erarbeiten von vielfältigen Argumenten, deren Aufarbeitung in einer Diskussion sowie das Ziehen von Konsequenzen.

» Anwendung im Themenfeld der Health Literacy/ Gesundheitskompetenz

Vielfältige Anwendungsmöglichkeiten dieses Modells im Bereich der Health Literacy sind vorstellbar und wurden in der Gruppe diskutiert. Im Mittelpunkt steht dabei stets die Frage, wie man eine Information so darbieten kann, dass sie kognitiv aktivierend ist. Besonders geeignet erscheint die Schule als Setting: Einerseits werden alle gewünschten Zielgruppen im Kindes- und Jugendalter erreicht. Andererseits kann zusätzlich gewährleistet werden, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema sowohl intensiv ist als auch trotz Emotionalität auf der Sachebene geführt wird.

» Kognitive Aktivierung und informierte Entscheidungen

Wenn Informationsgabe zum Ziel hat, dass Rezipientinnen und Rezipienten informierte Gesundheitsentscheidungen treffen, stellt sich die Frage nach der Bewertung von Informationen, Argumenten und Entscheidungen. Üblicherweise sollen hierbei Rezipientinnen und Rezipienten auf Basis der gegebenen Informationen selbstständig zu einer Bewertung – also einem persönlichen Fazit – gelangen. Die Informationen sollten daher nicht selbst wertend sein oder eine bestimmte Wertung implizieren.

Im Kontext der kognitiven Aktivierung ist daher besonders zu beachten, wie eine aktivierende Information oder Frage beschaffen sein muss, damit diese Bewertung durch Rezipientinnen und Rezipienten trotzdem zuverlässig erfolgen kann. Je nach Zielgruppe, Setting und Thema (z. B. Komplexität des Themas, Vorwissen der Rezipientinnen und Rezipienten) können Anpassungen notwendig sein. Bei manchen Informationen ist ggf. auch eine vorgegebene Bewertung sinnvoll um Entscheidungen der Rezipientinnen und Rezipienten zu erleichtern (z. B. bei der Einschätzung von Risikofaktoren oder den möglichen Folgen einer bestimmten Handlung).

» Literatur

- Baumert, J.; Köller, O. (2000):** Unterrichtsgestaltung, verständnisvolles Lernen und multiple Zielerreichung im Mathematik- und Physikunterricht der gymnasialen Oberstufe. In: Baumert, J.; Bos, W.; Lehmann, R. (Hg.): TIMSS/III, 2, Opladen, S. 271–315.
- Kunter, M.; Brunner, M.; Baumert, J.; Klusmann, U.; Krauss, S.; Blum, W.; Jordan, A.; Neubrand, J. (2005):** Der Mathematikunterricht der PISA-Schülerinnen und -Schüler. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 8 (4), S. 502–520.

>> 03.3

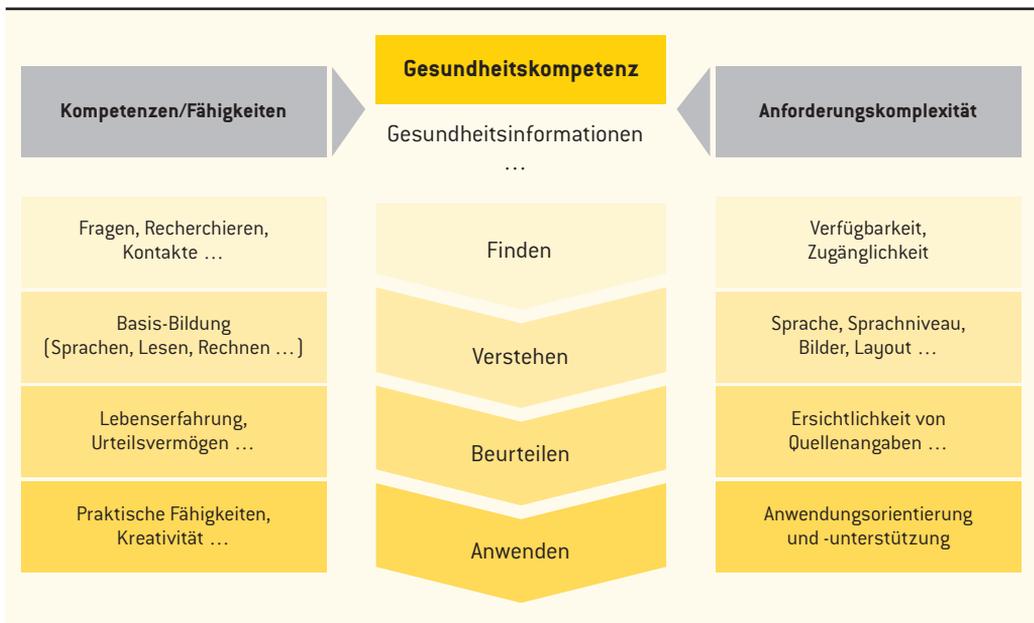
Arbeitsgruppe 3: Gesundheitsinformationen gestalten

Berichterstellerinnen und Moderation: Gina Haack und Sonja Siegert

Um eine anregende Diskussion einzuleiten, stellte Frau Dr. Haack zu Beginn der Arbeitsgruppe die

verschiedenen Aspekte der Gesundheitskompetenz anhand der folgenden Abbildung dar:

Aspekte von Gesundheitskompetenz



>> Abb. 1: Aspekte von Gesundheitskompetenz (nach Dietscher und Pelikan, Linzer Forum 23.10.2014)

Stichworte zum Themenblock Verständlichkeit



» Abb. 2: Stichworte zum Themenblock Verständlichkeit

Stichworte zum Themenblock Transparenz



» Abb. 3: Stichworte zum Themenblock Transparenz

Gesundheitskompetenz wird dabei als Zusammenspiel vom Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen verstanden. In der Abb. 1 werden die individuellen Fähigkeiten, welche zu Gesundheitskompetenz führen, auf der linken Seite dargestellt. Auf der rechten Seite stehen die Anforderungen an Gesundheitsinformationen und damit Kriterien, die aus institutioneller Sicht eine Rolle spielen.

Als Diskussionsgrundlage zur Gestaltung von Informationen wurden die Aspekte Verständlichkeit (Sprache, Sprachniveau, Bilder, Layout) und Transparenz (Ersichtlichkeit von Quellenangaben, Informationen über den Ersteller) aus diesen Kriterien ausgewählt und näher dargestellt. Dazu erhielten die Diskussionsteilnehmenden als Anregung verschiedene Stichworte zu den Themenblöcken Verständlichkeit und Transparenz.

Die Moderation der Arbeitsgruppe übernahm Frau Siegert. Herr Prof. Klemperer von der Universität Regensburg hatte bereits am Vormittag einen Vortrag zum Thema »Gesundheitsinformationen richtig anbieten und Kompetenzen fördern« gehalten. Mit seinem Fachwissen unterstützte er die Gruppendiskussion und gab neue Impulse.

Anfangs lag der Schwerpunkt auf den Aspekt der Verständlichkeit. Auf den Aspekt der Transparenz angesprochen, erläuterten die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe, dass sie keinen Diskussionsbedarf dazu haben, da Transparenz in der BZgA und auch von den anwesenden Vertreterinnen und Vertretern anderer Institutionen (Krankenkassen, Universitäten) als selbstverständlich angesehen wird. Es wurde allerdings betont, dass die Zielgruppen Transparenz explizit einfordern.

Es wurde auch berichtet, dass die BZgA-Kampagnen sehr bekannt sind, die BZgA als Institution jedoch als seriöser Anbieter stärker etabliert werden sollte. Das sei eine Voraussetzung um ihre hochwertigen und evidenzbasierten Informationen von den zahlreichen und weniger verlässlichen Angeboten anderer Anbieter abzuheben.

Ausgehend von der Eingangsfrage »Wie stellen wir sicher, dass wir gute Informationen für bestimmte Zielgruppen anbieten?« wurde der Aspekt nach der Erreichbarkeit der Zielgruppen herausgegriffen. Es wurde als essentiell angesehen, vor der Erstellung von Gesundheitsinformationen eine Bedarfserhebung durchzuführen, wie es in der BZgA gängige Praxis ist. Dies schließt eine exakte

Definition der Zielgruppe und die Festlegung geeigneter Kommunikationswege und -mittel ein.

Um sicherzustellen, dass die Informationen für die Zielgruppe relevant und hilfreich sind, wurde die große Bedeutung der Partizipation der Zielgruppen in diesem Prozess besonders hervorgehoben. Dabei wurde auch betont, dass inzwischen besser von »Dialoggruppen« statt von »Zielgruppen« gesprochen werden sollte. Dieser Begriff mache deutlich, dass Gesundheitsinformationen immer in Zusammenarbeit mit den Adressaten erstellt werden sollten. In diesem Zusammenhang wurde auch festgestellt, dass »bildungsferne« Menschen kompetent dabei sind, unverständliche Texte zu erkennen, und damit wertvolle Ansätze zu ihrer Verständlichkeit beitragen können.

In der Arbeitsgruppe wurde außerdem die Herausforderung angesprochen, dass Gesundheitsinformationen auch für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen verständlich sein müssen. Einerseits wurde die Verwendung von »Leichter Sprache« und ganz allgemein die Darstellung von Gesundheitsinformationen in kurzer, klarer und verständlicher Form diskutiert. Die Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass es wünschenswert ist, alle Informationen so einfach wie möglich zu formulieren. Dies auch deshalb, weil von verständlichen, einfachen und klar strukturierten Texten alle Menschen profitieren können.

Diskutiert wurde auch der Einfluss von »Narrativen« (also vor allem von Erfahrungsberichten). Laut der neuen Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation konnte kein relevanter Nutzen von ergänzenden »Narrativen« nachgewiesen werden. Da sie leicht zur Manipulation eingesetzt werden können, stuft diese Leitlinie ihre Verwendung nicht als empfehlenswert ein. Jedoch werden »Narrative« von vielen Zielgruppen gut angenommen und

auf Nachfrage auch gewünscht. Hier ist weitere Forschung und Diskussion nötig.

Festgestellt wurde auch, dass eine konsequente Evaluation der entwickelten Informationsangebote essentiell ist. Sie sollte nicht nur die Reichweite, sondern auch Aspekte der Wirkung, des Nutzens und der Akzeptanz sowie potenziell schädliche Wirkungen erfassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass geeignete Gesundheitsinformationen die Zielgruppe tatsächlich erreichen.

Es wurde auch diskutiert, wie Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen mit einer emotional ansprechend Gestaltung in Einklang gebracht werden können. Hintergrund der Fragestellung ist das Problem, dass evidenzbasierte Darstellungen oft komplex sind und manche Zielgruppe(n) damit vor große Herausforderung gestellt werden, mit Unsicherheiten umgehen müssen.

Erörtert wurde unter anderem, ob und wie durch emotionale und/oder humorvolle Gesundheitsinformationen die Motivation, sich mit Gesundheitsthemen zu befassen, gefördert werden kann. Als Vorbild wurden US-amerikanische Kampagnen genannt. In diesem Zusammenhang wurde allerdings bemerkt, dass überzogener Humor auch zu Missverständnissen führen kann und Informationen nicht manipulativ sein sollten.

Zudem wurde noch einmal betont, dass die Informationskanäle je nach Adressatinnen und Adressaten sehr spezifisch gewählt werden sollten und nicht ein Format für alle passt.

Viele Aspekte sind für die Gestaltung guter Gesundheitsinformationen wichtig – so das Resümee der Arbeitsgruppe. Unverzichtbar sind dabei zentrale Verfahrensschritte wie Partizipation, Bedarfserhebung, das Sichern der Verständlichkeit sowie eine Evaluation.

» Weiterführende Informationen

AOK: Entscheidungshilfen. Online verfügbar unter www.aok.de/bundesweit/gesundheit/aok-entscheidungshilfen-28557.php.

Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Gesundheit: Entscheidungshilfen. Online verfügbar unter <https://faktencheck-gesundheit.de/de/entscheidungshilfen>.

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin: Gute Praxis Gesundheitsinformation, Version 2.0. Online verfügbar unter www.ebm-netzwerk.de/aktuelles/news2015-11-16.

Dietscher, C.; Pelikan, J. M.: Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: Bundesgesundheitsblatt 58, S. 989–995.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin: Online verfügbar unter www.patienten-information.de.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen des IQWiG: Online verfügbar unter www.gesundheitsinformation.de.

Universität Hamburg: Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Online verfügbar unter www.leitlinie-gesundheitsinformation.de.

>> 03.4

Abschlussdiskussion

Teilnehmende:

- Prof. Dr. Eva-Maria Bitzer, Professorin für Medizin in der Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.
- Prof. Dr. David Klemperer, Professor für Sozialmedizin und Public Health an der Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg.
- Dr. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband.
- Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- Prof. Dr. Stefan Ludwigs, Professor für Medientheorie, Mediendidaktik und -psychologie und Kommunikationsmanagement an der Rheinischen Fachhochschule Köln.
- Moderation: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Medizinsoziologe und ehemaliger Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf der Universität Hamburg.

Moderator: Wie viel innovativer Gehalt steckt in dem Konzept Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz?

Bitzer: Ganz neu ist das Konzept nicht. Don Nutbeam¹ und Ilona Kickbusch² beispielsweise diskutieren über Health Literacy schon seit vielen Jahren. Aktualität hat das Konzept bei uns durch den Europäischen Health Literacy Survey (HLS) gewonnen. 2009 bis 2012 wurde erstmals ein spezifisches Instrument zur Messung der Gesundheitskompetenz eingesetzt. Der Aspekt der Messbarkeit von Gesundheitskompetenz ist neu und sehr interessant. Problematisch finde ich dagegen, in dieser Allgemeinheit und für ganz Europa von Gesundheitskompetenz zu sprechen. Ich weiß gar nicht, was bei aller Verschiedenheit

der Menschen und der Gesundheitssysteme damit gemeint sein soll. Hilfreicher wäre es, wenn man konkret sagen könnte, was jemand in welchem Kulturkreis wissen muss und welche Kompetenzen helfen bzw. erforderlich sind, um ein bestimmtes gesundheitliches Problem zu lösen bzw. in einer bestimmten gesundheitlichen Situation »eine gute Entscheidung« zu treffen.

Kolpatzik: Ich kenne kein besseres und – trotz aller berechtigter Kritik – akzeptierteres Instrument als den Europäischen Health Literacy Survey. Auch wenn er nicht vollständig aussagekräftig ist, haben wir damit doch eine Idee und einen Ansatzpunkt von Gesundheitskompetenz, mit dem wir arbeiten können. Aus meiner Sicht besteht das Neue darin, dass wir mit dem Konzept von Health Literacy eine

1 Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion* 15(3), S. 259–267.

2 Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Werbach-Gamburg.

Art Dach haben, unter dem wir viele andere Aspekte wie die informierte Einwilligung (Informed Consent), Empowerment oder die partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) subsumieren können. Das macht es möglich, neue Gesundheitsthemen aufzugreifen und neue Wege in der Kommunikation zu beschreiten. Wir als AOK-Bundesverband haben im Kontext der Diskussion über partizipative Entscheidungsfindung als eines der Ergebnisse ein neues Informationstool, die AOK-Faktenboxen entwickelt, zum Beispiel zu den Themen Impfung gegen Influenza oder Eierstockkrebs-Früherkennung per Ultraschall. In komprimierter Form vermitteln wir damit nicht nur für Laien, sondern auch für Ärzte und andere, die im Gesundheitswesen arbeiten, verständliches Wissen, um im Alltag adäquat Entscheidungen treffen zu können, die für die eigene Gesundheit förderlich sind.

Klemperer: Ich kenne die verschiedenen Konzepte und Ansätze für Gesundheitskompetenz nicht im Detail und trage auch keine Verantwortung für die Entwicklung von entsprechenden Interventionen und Instrumenten. Es kommt aber immer darauf an, ob sie sich bewähren oder nicht. Neu ist die Idee von Health Literacy sicher nicht, außerdem überschneidet sie sich mit anderen Konzepten der Gesundheitsförderung. Für mich ist entscheidend, dass wir uns dabei nicht auf Risikofaktoren fokussieren, sondern eine Vorstellung von Gesundheit und Krankheit mit allen ihren Determinanten berücksichtigen.

Ludwigs: Als Medienmacher verfolge ich die Diskussion der Qualified-Self-Bewegung und habe den Eindruck, dass ich meinen Studierenden nicht viel Neues über Gesundheitsrisiken oder die Schädlichkeit von rauchen oder trinken erzählen muss. Vielmehr geht es ihnen um ihre intellektuelle und körperliche Selbstoptimierung. Mit speziellen Methoden sowie mit Hard- und Softwarelösungen zeichnen sie umwelt- und personenbezogene

Gesundheitsdaten von sich auf und werten sie aus. Das ist aus meiner Sicht ein wichtiges Feld für gesundheitliche Aufklärung – mit dem Blick auf das ganzheitliche und salutogenetische Bild vom Menschen. Gesundheit entsteht eben nicht durch Vermessen und auch nicht durch algorithmisch analysierte Körperwerte. Gesundheit ist weit mehr; das dürfen die Jugendlichen nicht übersehen.

Kuhn: In einer Zeit der ausgeprägten gesellschaftlichen Individualisierung wird die Notwendigkeit immer größer, eigene Entscheidungen zu treffen. Gleichzeitig gibt es eine verwirrende Mehrstimmigkeit: Zu jedem Gesundheitsthema gibt es unterschiedliche und sich zum Teil widersprechende Gutachten und Informationen. Die Menschen müssen deswegen vor allem auch befähigt werden, mit solchen Widersprüchen und Unsicherheiten umzugehen, um entscheiden zu können, welche Informationen sie für ihre individuelle Entscheidung brauchen. Das muss ein primäres Ziel von Gesundheitskompetenz sein.

Bitzer: Nach meiner Überzeugung ist das Konzept Health Literacy in der Lage, zum Beispiel Patientenschulungen oder eine Kampagne zu HIV unter ein gemeinsames theoretisches Dach zu bringen, also Gesundheitskompetenz und ihre Facetten kontextspezifisch zu entfalten und trotzdem unter einem allgemeinen theoretischen Bezugsrahmen einzuordnen. Bei Interventionen zur Erhöhung individueller Gesundheitskompetenz müssen die Umstände und Verhältnisse, in denen gesundheitskompetentes Verhalten erforderlich ist, immer mit berücksichtigt werden. Denn sie prägen maßgeblich, ob überhaupt, und wenn ja, welches individuelle gesundheitskompetente Verhalten möglich ist.

Klemperer: Es gibt eine systematische Übersichtsarbeit von Stacy und anderen über Decision Aids³, also Entscheidungshilfen für Patienten. Darin sind 115 randomisierte kontrollierte Studien von 46 Entscheidungssituationen mit 34.444 Patien-

tinnen und Patienten ausgewertet worden. Die Interventionsgruppen zeigen im Vergleich zu den Kontrollgruppen durch Entscheidungshilfen einen Wissenszuwachs, eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation und eine höhere Zufriedenheit mit der individuellen Entscheidung. Auf der anderen Seite konnte eine Verminderung chirurgischer Eingriffe und die Inanspruchnahme einiger Früherkennungsuntersuchungen festgestellt werden, die sich nicht negativ auf die Gesundheit ausgewirkt haben. Auch im Deutschen Ärzteblatt⁴ war vor einiger Zeit ein Artikel, in dem bessere Ergebnisse durch die Praktizierung von Shared Decision Making festgestellt wurden.

Moderator: Die Wirksamkeit scheint offensichtlich zu sein. Was hat das aber mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz zu tun, bzw. wie weit sind das nur Ergebnisse einzelner kleiner, aber wirksamer Interventionen?

Kuhn: Vielleicht bewährt sich Health Literacy nicht als großes Rahmenkonzept für Gesundheitskompetenz als einer allgemeinen und übergreifenden psychischen Disposition. Ich glaube nicht, dass wir eine im Individuum verkörperte Gesundheitskompetenz neurophysiologisch oder anderweitig festmachen können. Die Diskussion erinnert mich an die Intelligenzforschung, als die Psychologen irgendwann gesagt haben: Intelligenz ist das, was der Intelligenztest misst. Die Forderung nach Gesundheitskompetenz kann dennoch als gesellschaftlicher und politischer Appell durchaus sinnvoll sein. Vielleicht eignet sich das Konzept als konkrete Intervention, wenn es zum Beispiel um den vernünftigen Umgang mit vielfältigen und zum

Teil widersprüchlichen und verwirrenden Informationen beispielsweise über Diabetes oder HIV geht.

Aus dem Publikum: Theorie und Praxis müssen zusammengebracht werden. Auf der einen Seite die Diskussion über theoretische Konzepte und auf der anderen Seite die praktische Arbeit beispielsweise der BZgA. Mein Eindruck ist, dass solche allgemeinen Diskussionen wie über die Gesundheitskompetenz uns dazu anregen können, etwas genauer hinzuschauen, was wir bei der Gesundheitsförderung praktisch und konkret machen. Wie können wir bestimmte Zielgruppen ansprechen, bezogen etwa auf Männer und Frauen? Was hat ihr Gesundheitsverhalten mit den Verhältnissen zu tun, in denen sie leben?

Aus dem Publikum: Es wäre überlegenswert, darüber nachzudenken, ob und wie weit sich unsere konkrete Arbeit in der BZgA an solchen Konzepten wie Gesundheitskompetenz ausrichten lässt. Wenn wir zum Beispiel Kampagnen zu AIDS oder Alkohol initiieren, müssen wir uns Gedanken darüber machen, über welche Zugangswege wir bestimmte Zielgruppen erreichen können: Wie müssen unsere Inhalte kommuniziert werden, damit sie verstanden und angenommen werden? Es stellt sich also die Frage nach der Relevanz der jeweiligen Information und ob sie eine Verhaltensänderung auslöst. In dem, was wir alltäglich machen, sind viele Elemente des Konzeptes enthalten, und wir tragen damit zur Gesundheitskompetenz bei. Spannend wäre es aber auch herauszufinden, ob Verhaltensänderungen zum Beispiel bei der AIDS- oder Alkoholprävention auch darüber hinaus und grundsätzlich zu mehr Gesundheitskompetenz beitragen.

3 Stacey D.; Légaré, F.; Col, N. F.; Bennett, C. L.; Barry, M. J.; Eden, K. B.; Holmes-Rovner, M.; Llewellyn-Thomas, H.; Lyddiatt, A.; Thomson, R.; Trevena, L.; Wu, J. H. C. [2014]: Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.

4 Hauser, K.; Koerfer, A.; Kuhr, K.; Albus, C.; Herzig, S.; Matthes, J. [2015]: Outcome-relevant effects of shared decision making-a systematic review. Deutsches Ärzteblatt, 112: S. 665–671.

Bitzer: Im Hinblick auf die Ergebnisse des Europäischen Health Literacy Survey finde ich zweifelhaft, dass hier den Menschen in halb Europa Gesundheitskompetenz abgesprochen wird. Wenn dem tatsächlich so sei, warum leben dann die Menschen heutzutage viel länger als noch vor 20 Jahren? Die Ergebnisse der Studie sagen eventuell mehr über die Gesundheitssysteme aus, als über die Menschen, die sie nutzen.

Aus dem Publikum: Man könnte vermuten, dass Health Literacy kein wissenschaftliches, sondern ein politisches Konzept ist, um das Thema Gesundheitskompetenz auf die Tagesordnung zu setzen.

Aus dem Publikum: Wenn ich nach Gesundheitskompetenz frage, sollte ich nicht nur messen, was ich den Menschen vorher vielleicht vermittelt habe. Ich möchte auch Kompetenzen und Ressourcen erfragen, die ich vielleicht noch gar nicht kenne. Damit greife ich den Gedanken auf, der heute schon häufiger formuliert wurde: Statt von Zielgruppen sollten wir von Dialoggruppen sprechen. Denn das bedeutet, dass ich nicht nur etwas vermitteln, sondern auch etwas erfahren möchte. Zum Beispiel was die Menschen im Sinne von Gesundheitskompetenz richtig machen, obwohl sie in ungünstigen Verhältnissen leben. Das ist ein Ansatz für einen gemeinsamen Lernprozess.

Kolpatzik: Bei unseren Apps und Faktenboxen geht es um andere Zugangswege und neue Medien für die Gesundheitsinformation. Denn wir wissen, dass wir mit unseren traditionellen Medien nicht alle Menschen erreichen. Besonders für jüngere Zielgruppen setzen wir deshalb auf Apps und mobile Endgeräte. Beim Einkauf von Lebensmitteln kann man zum Beispiel mit einer App die Inhaltsstoffe eines Produktes einsehen. Wir haben eine App entwickelt, mit der man den ganzen Einkauf visualisieren kann, ob er zum Beispiel zu salz- oder zuckerhaltig ist. Eine andere Zielgruppe sind Menschen mit Migrationshintergrund, für die wir Apps

oder Faktenboxen mehrsprachig entwickelt haben. Mit anderen Worten: Wir schauen uns die Zielgruppen sehr genau an und entwickeln zielgruppenspezifische Medien für die jeweiligen Gesundheitsinformationen.

Klemperer: Prävention ist mittelschichtorientiert, weshalb damit soziale Unterschiede der Gesundheit vergrößert werden können. Weiß zum Beispiel die BZgA, welche unterschiedlichen sozialen Zielgruppen sie mit welcher Kampagne und mit welchen Ergebnissen erreicht? Wir wissen sehr wenig darüber, welchen Beitrag zum Beispiel Kampagnen zu Verhaltensänderungen beitragen können. Die Kampagne »Kenn dein Limit« macht einen guten Eindruck, und der Alkoholkonsum bei Jugendlichen geht zurück. Aber ist tatsächlich eine Kausalität zwischen der Kampagne und dem Trinkverhalten von Jugendlichen feststellbar? Das müsste man sich genauer anschauen. Eine meiner Hypothesen ist: Wenn Informationen für Menschen mit weniger Bildung verständlich sind, verstehen sie auch die Menschen mit mehr Bildung besser.

Ludwigs: Ich möchte noch einmal auf die neuen Medien zurückkommen. Wir haben uns vor zwei Jahren ausführlich mit den deutschen Question- und Answer-Foren beschäftigt und einen Monat lang alle Fragen und Antworten ausgezählt und die Inhalte qualitativ ausgewertet. Ein Ergebnis, das sich auch mit anderen Studien deckt: Etwa 40 Prozent der Antworten in solchen Foren sind zweifelhaft bis dubios. Daraus ist in der Arbeitsgruppe der BZgA die Idee des Social Media-Streetworkings entstanden: Wir warten nicht, bis die Nutzer in ein Diskussionsforum der BZgA kommen, sondern gehen dorthin, wo sie sowieso sind. Die BZgA stellt ihren Aufklärungsauftrag also um und mischt sich kommentierend unter das Volk, wo es sich aufhält. Bei der Diskussion über neue Medien sollte man allerdings Film und Video nicht vergessen, die bei der BZgA nach meinem Eindruck vernachlässigt

werden. Das sind Medien, die emotional und kognitiv sehr stark wirken.

Aus dem Publikum: Der Zusammenhang zwischen Apps und Gesundheitskompetenz ist vermutlich eher locker. Ich nehme an, dass es solche Apps auch ohne das Konzept der Gesundheitskompetenz geben würde. Solche Angebote sind nicht konzept-, sondern technikgetrieben: Es gibt diese technischen Möglichkeiten, das ist modern, und deswegen werden solche Apps entwickelt. Ob und wie sie tatsächlich wirken, muss man sich genauer anschauen. Neue Medien können Gesundheitskompetenz unterstützen, aber auch das Gegenteil erreichen. Wenn man zum Beispiel nach den Stichworten »Impfen« oder »Impfschäden« im Internet sucht, findet man genauso viele vernünftige wie völlig irrationale Ratschläge. Es gibt beides, weil die Technik beides möglich macht.

Bitzer: Ich möchte in diesem Zusammenhang auf ein neues Projekt von Google hinweisen, dass der Konzern auf der International Conference of Health Care vorgestellt hat: Derzeit arbeiten 40 bis 50 Ärzte mit Google zusammen, um die Gesundheitsprobleme der ganzen Welt anschaulich darzustellen und Informationen darüber zugänglich zu machen. So wie wir Google kennen, wird es das zuerst für die USA geben, anschließend vermutlich Schritt für Schritt auch für die meisten Länder der Erde.

Moderator: Abschließend möchte ich die Teilnehmenden an unserer Runde fragen, was sie von dem Werkstattgespräch mitnehmen und welche Aufgaben sie für die BZgA sehen.

Kuhn: Nach meiner Einschätzung wird das Thema Gesundheitskompetenz enorm an Bedeutung gewinnen. Unsere gemeinsame Aufgabe besteht darin, die Menschen zu befähigen, seriöse von unseriösen Informationen unterscheiden zu können, also die Spreu vom Weizen zu trennen.

Ludwigs: Ich frage mich, ob wir bei der gesundheitlichen Aufklärung die Einheit von Körper, Geist

und Seele ausreichend im Blick haben oder ob sie nicht zu defizit- und problemorientiert ist – gerade die Werkzeuge des Quantified-Self könnten hier Versprechungen einer vermessenen Gesundheit machen, die zu eindimensional sind. Einen zweiten Aspekt finde ich wichtig: Beim Thema Social Media sollte die BZgA in den Dialog gehen. Es kann sogar sein, dass sie sich zukünftig eher auf eine kuratierende Rolle einlassen muss. In dieser würde man quasi als eine Art Informationsmanager die vielfältig vorhandenen Meinungen und Publikationen aggregieren, kommentieren, bewerten und nicht in der Publikationsrolle verharren.

Klemperer: Zur Bilanz des Werkstattgesprächs fallen mir zwei Stichworte ein: Erstens sollten wir dem Problem der sozialen Ungleichheit bei der Gesundheit einen höheren Stellenwert einräumen. Zweitens sollte die BZgA sehr viel mehr evaluieren, ob und wie ihre Informationen und Kampagnen ankommen und das Verhalten der Menschen tatsächlich beeinflussen. Das ist kein Luxus, sondern eine wichtige Voraussetzung, um gute Informationen und Kampagnen zu entwickeln. Das bedeutet auch, die potenziellen Zielgruppen von Anfang an bei der Entwicklung von Informationsmaterialien einzubeziehen.

Kolpatzik: Ich sehe die Diskussion über Gesundheitskompetenz als große Chance, die wir nutzen sollten. Wir sollten es als Dachkonzept sehen und nicht wieder in kleinteilige Konzepte zurückfallen. Diskutieren sollten wir auch über eine nationale Strategie oder einen nationalen Aktionsplan zur Gesundheitskompetenz.

Bitzer: Wenn es einen nationalen Aktionsplan zur Gesundheitskompetenz gibt, muss er unbedingt auch verhältnisbezogene Ansätze berücksichtigen. Wir müssen die Umwelt so gestalten und entsprechende Lernanlässe bieten, dass die Menschen sich mit Interesse und Spaß mit dem Thema beschäftigen.

04

Erweiterungen

» 04.1

Health Literacy und Selbstmanagement^{*}

Christopher Kofahl und Alf Trojan

» Health Literacy: Konzept und Definitionen

Kaum ein Begriff hat in den letzten Jahren eine so große Verbreitung in den Gesundheitswissenschaften gefunden wie der der Health Literacy (Nutbeam 2000; Kickbusch 2000; Nutbeam

2008). Der Suchbegriff »Health Literacy« führt in PubMed zu 4.834 Treffern (4. Februar 2016) und ist über die Jahre hinweg exponentiell steigend. In PubMed findet man diesen Begriff erstmalig in einer malayischen Publikation aus dem Jahre 1985 (Yap 1985), danach erst wieder 1993 in der Übersetzung eines deutschen Artikels von Sass

^{*} Dieser und der folgende Beitrag sind eine überarbeitete und erweiterte Fassung von Passagen aus unserem Artikel »Health Literacy und Selbstmanagement im Kontext von Kooperation und Integration«. In: Brandhorst, A.; Luthé, E-W; Hildebrandt, H. (Hg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden 2016.

(1993). Bis einschließlich 1999 existierten nur 34 PubMed-gelistete Publikationen, die dann jedoch sprunghaft anstiegen von noch 17 in 2000 bis 871 im Jahre 2015.

Somit handelt es sich bei Health Literacy immer noch um einen recht jungen Begriff. Doch was sagt dieser überhaupt aus? Bei näherer Betrachtung finden sich verschiedene Konzepte unterschiedlicher Komplexität und Weite (vgl. Abel und Sommerhalder 2015), vor allem aber unterschiedlicher Pointierungen bezüglich des sich jeweils dahinter befindlichen Menschenbildes. Letzteres wird unseres Wissens zwar an keiner Stelle expliziert, aber die weiter unten dargestellten Operationalisierungen der Health Literacy und die Ziele von Health Literacy-steigernden Maßnahmen implizieren eher das naturwissenschaftlich-technische Menschenbild aus der Epoche der Aufklärung, in dem sich der Mensch als rational handelndes, kritisch reflektierendes Wesen versteht, das sich (unter anderem auch zum Erhalt seiner Leistungs- und Überlebensfähigkeit) seinen umweltlichen Herausforderungen möglichst optimal anpasst und sich in eigenem wie im gesellschaftlichen Interesse »vernünftig« verhält. Hier werden also eher die kognitiven Facetten des Seins adressiert und die emotional-affektiven Komponenten eher vernachlässigt. Der kleinste gemeinsame Nenner der verschiedenen Konzepte ist vermutlich, dass die Health Literacy ein multidimensionales Konstrukt darstellt, dessen Unterdimensionen in mehr oder weniger enger Beziehung zueinander stehen. In seiner inhaltlichen Verortung ist es im Bereich der verschiedenen Humanwissenschaften am ehesten der Psychologie zuzuordnen, die Kongruenz mit anderen großen psychologischen Konstrukten wie »Intelligenz« oder »Persönlichkeit« ist unverkennbar.

Inzwischen existieren zahlreiche Übersichtsarbeiten, die sich mit der Konzeptionierung und Definition der Health Literacy auseinandersetzen;

angesichts des drastischen Anstiegs derartiger Abhandlungen – zu denen diese natürlich auch hinzuzuzählen ist – wird angesichts der damit verbundenen Selbstreferenzialität sogar Kritik laut und die Frage erhoben, »ob es denn nicht Sinnvolleres zu tun gäbe« (Weiss 2015, Übersetzung der Verfasser). Auch im deutschsprachigen Raum finden sich zahlreiche Erörterungen und Diskussionen. Hier hat sich der Begriff Gesundheitskompetenz durchgesetzt, der jedoch nach Auffassung einiger Autoren nur bedingt als Synonym für Health Literacy zu verstehen ist (Soellner u. a. 2009). Denn dieser sei im Vergleich mit den ursprünglichen Definitionen von Health Literacy mehr in Richtung einer allgemeinen, im Wesentlichen durch Kultur, Bildung und Erziehung vermittelten Lebenskompetenz zu betrachten, in Abgrenzung zu einer tendenziell eher gesundheitskontextspezifischen Lese- und Schreibfähigkeit der ursprünglichen Definitionen von Health Literacy wie sie vor allem durch Nutbeam (2000) geprägt wurden. Im Folgenden bleiben wir bei dem Begriff Health Literacy und verwenden »Gesundheitskompetenz« nur dann, wenn diese sich inhaltlich in besonderer Form von Health Literacy abhebt oder im spezifisch deutschsprachigen Kontext Anwendung findet.

Angesichts der Fülle der existierenden theoretischen Arbeiten wollen wir nur die am häufigsten zitierten Definitionen ansprechen. Eine wesentliche Wegbereitung des Health Literacy-Begriffs erfolgte 1998 durch die WHO: »Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.« (WHO 1998, S. 10) In den darauffolgenden Jahren folgten viele Erweiterungen und Modifikationen. In einer relativ aktuellen Übersichtsarbeit analysierten Sørensen u. a. (2012) insgesamt 17 weitere Definitionen und Konzepte von Health Literacy und synthetisierten

diese in einer neuen integrierten Definition: »Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.« [S. 3]

Diese kompromissartige Definition verdeutlicht bereits ein Kernproblem der Health Literacy: Sie umfasst nahezu alles, was Menschen zu ihrer Daseinsbewältigung benötigen. Die Fokussierung auf Health ist nach unserer Auffassung angesichts der hier beschriebenen grundsätzlichen Kernkompetenzen im Wesentlichen nur eine sprachlich willkürliche Eingrenzung zur Rechtfertigung des Begriffs Health in Health Literacy. So erscheint hier die Frage angebracht, ob sich hinsichtlich der mit diesen Konzepten zu messenden Befähigung von Menschen, sich mit gesundheitsbezogenen Aspekten auseinanderzusetzen, tatsächlich substanzuell etwas ändern würde, wenn man auf den Begriff Health verzichten würde.

Denn was ist an der Health Literacy eigentlich spezifisch »Health«? Ist die Gesundheitskompetenz im Lichte der gängigsten Definitionen nicht eigentlich Lebenskompetenz im weitesten Sinne? Tatsächlich hat die immer stärkere definitorische Ausdehnung der Health Literacy Anlass zu teils deutlicher Kritik gegeben (vgl. Wills 2009). Schon vor 15 Jahren war von dem »alten Wein in neuen Schläuchen« die Rede: »The Health Literacy 'movement' and those influenced by it [...] have moved so far away from the original conception of health literacy that the term has become almost synonymous with the concept of empowerment.« (Tones 2002, S. 289) Sogar Nutbeam selbst hat diesen Umstand recht freimütig eingeräumt: »Health literacy is a concept that is both new and old. In essence it involves some repackaging of established ideas

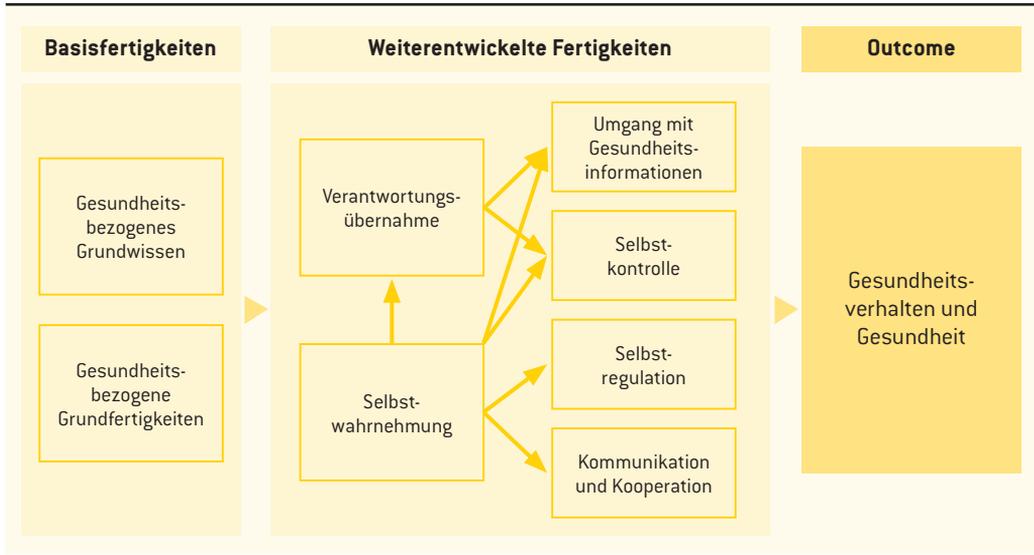
concerning the relationship between education and empowerment.« (Nutbeam 2000, S. 265)

Ein Argument für die Fokussierung auf Health Literacy ist die nicht unumstrittene These, dass die gängigen Theorien und Konzepte der Gesundheitsförderung die erzieherischen bzw. bildenden Aspekte insbesondere auf individueller Ebene vernachlässigen würden: »Disappointingly, the potential of education as a tool for social change, and for political action has been somewhat lost in contemporary health promotion.« (Nutbeam 2000, S. 265) Ein Hauptgrund für die intensive langjährige Diskussion um Health Literacy und Gesundheitskompetenz mag in deren Komplexität liegen, die eine definitorische Grenzziehung erschwert (Mackert u. a. 2015).

Neuere Theorie-Modelle wie z. B. das umfassende Konzept der Gesundheitskompetenz von Lenartz, Soellner und Rudinger (2014) (siehe Abb. 1) integrieren vor allem psychologische Faktoren wie Verantwortungsübernahme, Selbstkontrolle und Selbstregulation, die insofern bedeutsam sind, weil die reinen Basisfertigkeiten wie Lesekompetenz und Wissen nicht per se ein Garant für gesundheitsbewusstes Verhalten und Selbstmanagement sind (siehe S. 69).

In der Tat ergab die empirische Überprüfung mit 337 Erwachsenen, dass dieses Strukturmodell der Gesundheitskompetenz 26 % der Unterschiede der körperlichen und 42 % der Unterschiede der psychischen Gesundheit (gemessen mit dem WHO-BREF 26) (Skevington u. a. 2004) aufzuklären vermag. Doch auch ungeachtet derartiger empirisch geprüfter Bestätigungen kann man sich durchaus fragen, ob Health Literacy und Gesundheitskompetenz angesichts ihrer großen Faszination und ihrer inhärenten Logik überhaupt eine wissenschaftliche Überprüfung oder Evidenzbasierung benötigen. Oder will man etwa abstreiten, dass jemand, der sich klug, besonnen und gesundheitsförderlich ver-

Strukturmodell der Gesundheitskompetenz



>> Abb. 1: Strukturmodell der Gesundheitskompetenz (nach Lenartz u. a. 2014, S. 30)

hält, bessere Gesundheitschancen hat als jemand mit gesundheitsschädigendem Verhalten?

Die schier unendliche Weite der Facetten von Health Literacy macht diese in den Gesundheitswissenschaften für so vieles einsetzbar. Sie wird in der klinischen wie in der Versorgungsforschung zum Proxy-Begriff für fast alles, was Versagen und Erfolg gesundheitsfördernder, präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu erklären verspricht – sofern der betroffene Patient wahrgenommen und berücksichtigt wird. Und dies ist die eigentliche Besonderheit der Health Literacy: Der Patient rückt in das Zentrum der Betrachtung, er wird zur kompetent oder eben nicht kompetent handelnden Person, salutogenetisch wie pathogenetisch, er selbst wird zum Verursacher oder Verhinderer seiner Krankheiten oder seiner Gesundheit. Die Konzeptionierung der Health Literacy wertet die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen auf,

macht diesen zum ganzheitlichen Wesen mit nahezu gleichwertiger Verantwortung in Gesundheits- und Krankheitsentwicklung und deren Bewältigung.

Sicherlich ist es kein Zufall, dass die Diskussionen und Studien zum Thema Health Literacy eng gekoppelt sind mit der nahezu zeitgleichen Entwicklung der Patient Centeredness (Ishikawa u. a. 2013; Scholl u. a. 2014; Zill u. a. 2015), im Deutschen in der Regel mit Patientenorientierung, zuweilen auch Patientenzentrierung übersetzt, in seiner politischen Dimension auch mit Patientenbeteiligung (in Annäherung zu patient oder public involvement). Der Perspektivenwechsel zum Patienten im Zentrum des Versorgungsgeschehens hat nicht nur viele patientenseitige Konsequenzen, sondern auch Konsequenzen auf Seiten der Leistungserbringer und -träger. Sowohl Behandelnde als auch die Kranken- und Pflegekassen sowie die öffentlichen Gesundheitsdienste bis hin zu den In-

formations- und Aufklärungseinrichtungen wie der BZgA unternehmen zahlreiche Anstrengungen, die Gesundheitskompetenz von Bürgerinnen und Bürgern, von Patientinnen und Patienten zu steigern. Nicht zu vergessen sind in diesem Kontext auch die zahlreichen Selbsthilfeorganisationen und -gruppen, die ebenfalls eine Steigerung der Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder zum Ziel haben (Renner 2013; Kofahl u. a. 2016). Methoden, dieses Ziel zu erreichen, sind neben allgemeinen Informationen zu Krankheitsbildern und -risiken insbesondere Schulungen, aber auch Beratungskonzepte wie z. B. das motivational interviewing (Miller und Rollnick 1999; Körkel und Veltrup 2003).

Die Motivation der Leistungserbringer und -träger, kompetenzsteigernd auf die betroffenen Patientinnen und Patienten einzuwirken, ist durchaus auch ökonomisch begründet. Die Auswirkungen einer geringen Health Literacy auf die Gesundheitskosten können allerdings nur grob geschätzt werden, belastbare empirische Grundlagen hierzu sind (noch) nicht ausreichend genug, um valide Aussagen treffen zu können. Spycher (2006, S. III) schätzte z. B. für die Schweiz den Anteil der Gesundheitskosten, der durch geringe Health Literacy verursacht wird, auf rund 3 %. Eine aktuelle gesundheitsökonomische Analyse aus den USA kommt zu einer Hochrechnung von zusätzlichen 215,1 Milliarden \$ (ca. 8 % der gesamten Gesundheitsgaben) in der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit unterdurchschnittlicher Health Literacy allein für Medikamentenverschreibungen, Arztkonsultationen und Behandlungen in Notaufnahmen (Rasu u. a. 2015); zu gleichen Ergebnissen kommt auch eine andere Studie unter 92.749 US-Veteranen (Haun u. a. 2015). Ein Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Health Literacy sowie Alter und Health Literacy ist – nicht überraschend – mehrfach nachgewiesen worden (Wang und Schmid 2007; Kutner u. a. 2006).

» Wie misst man Health Literacy?

Die Mehrdimensionalität des Konstrukts Health Literacy erschwert dessen Operationalisierung und Messung. Ein wesentliches Problem sind hierbei die performanten Aspekte der Health Literacy. Für eine zuverlässige Messung, die über eine reine Selbsteinschätzung der Probanden hinausgeht, bedarf es also Tests. Eine objektive Messung wiederum benötigt Voraussetzungen, die Verfälschungen verhindern – bei Tests in der Regel einen Untersucher oder ein Setting, innerhalb dessen die Tests von allen Probanden gleich durchgeführt werden. Dies macht die Messung von Health Literacy aufwendig und teuer.

Die bekanntesten und verbreitetsten Health Literacy-Instrumente stammen allesamt aus dem US-amerikanischen Raum. Bereits 1992 starteten die USA bevölkerungsrepräsentative Erhebungen im Rahmen des National Adult Literacy Surveys (NALS). Module zur Messung der Health Literacy wurden 2003 im National Assessment of Adult Literacy (NAAL) integriert. Gemessen wurde das Verständnis von gesundheitsbezogenen und -relevanten Informationen auf Basis von Textvignetten, Broschüren, Tabellen, klinischen Formularen etc. Die Probanden mussten dazu Fragen beantworten, die sich auf das jeweilige Material bezogen. Diese Konzeption entspricht in etwa der Messmethodik, wie sie auch später in den weltweiten OECD-PISA-Studien mit 15-Jährigen angewendet wurde.

Vor allem aus Gründen der Erhebungsökonomie gibt es verschiedene Versuche, Health Literacy mit vollstandardisierten Instrumenten zu messen. Eines der frühen und fast schon »klassischen« Instrumente ist das Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Davis u. a. 1991; Davis

u. a. 1993; Institute of Medicine 2004). Hierbei handelt es sich um einen Test des (medizinischen) Vokabulars anhand von 66 Worterkennungs- und Wiedergabeaufgaben. Die Durchführung von REALM ist vergleichsweise unaufwendig, über die kriteriumsbezogene Validität von REALM bestehen jedoch erhebliche Zweifel.

Neben NAAL und REALM hat sich auch der Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Parker u. a. 1995) durchgesetzt. Dieses Instrument ist wesentlich umfangreicher als die anderen Testverfahren. Es umfasst sowohl Aufgaben zum Umgang mit Zahlen, dem Umgang mit und dem Wissen über öffentliche Gesundheitsversorgung, als auch umfangreiche Aufgaben zum Textverständnis (beispielsweise müssen die Patientinnen und Patienten einen Lückentext ausfüllen). Hierbei wird geprüft, inwieweit sie etwa Packungsbeilagen und ärztliche Verschreibungen verstehen und umsetzen können. Von TOFHLA gibt es inzwischen auch eine Kurzversion S-TOFHLA (Baker u. a. 1999).

Zu den bisher vorgestellten Instrumenten stellt Newest Vital Sign eine Alternative dar (Weiss u. a. 2005; Shealey und Threatt 2016). In diesem Test werden den Patientinnen und Patienten eine Nährwertinformationstabelle einer Eispackung überreicht und ihnen zu den darin enthaltenen Informationen sechs Fragen gestellt, z. B. wie viel Prozent eines täglichen Kalorienkonsums von 2.500 Kalorien pro Tag sie mit einer Packung Eis zu sich nehmen. Die Durchführung des Tests dauert circa drei Minuten.

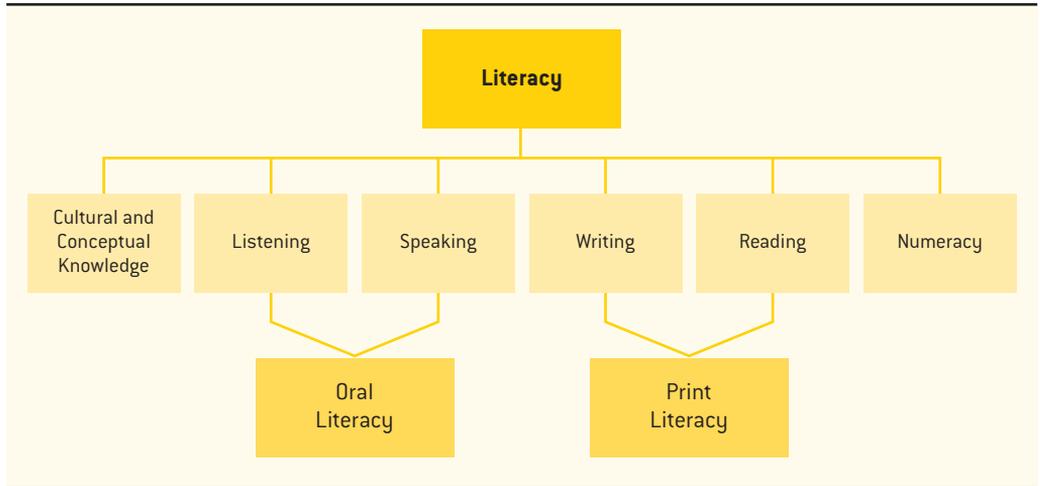
Den oben genannten Instrumenten zur Health Literacy-Messung wird vorgeworfen, dass sie die Breite und Komplexität von Health Literacy nicht ausreichend widerspiegeln (Baker 2006; Nutbeam 2008), da in der Regel nur die Fähigkeit, Niedergeschriebenes wiederzugeben, erfasst wird. Die Fähigkeit zur gesundheitsbezogenen Interaktion wird in den etablierten Messinstrumenten für Health

Literacy nicht erhoben. Auch die weiteren eingangs beschriebenen Faktoren wie soziale und kulturelle Kompetenz, sprachliches Ausdrucksvermögen und biologisches Basiswissen werden in die vorhandenen Messinstrumente nicht einbezogen. Zugute muss man diesen Verfahren jedoch halten, dass sie sich eng an dem Begriff Literacy orientieren wie er in der Abb. 2 konzipiert ist.

Einen methodisch anderen Ansatz verfolgte die größte jemals in Europa durchgeführte Health Literacy-Studie, das European Health Literacy Project 2009 bis 2012 (Sørensen u. a. 2015). Basierend auf einem eigens dafür entwickelten Instrument, dem HLS-EU-Q47 mit seinen 12 Subdimensionen (Sørensen u. a. 2013), wurden jeweils ca. 1.000 Menschen ab 15 Jahre in acht europäischen Ländern untersucht. Die Studie basiert auf dem theoretischen Konzept von Pleasant u. a. (2011) und der Health Literacy-Definition von Sørensen u. a. (2012), die bereits oben eingeführt wurde.

Alle oben beschriebenen Instrumente kritisch rezipierend erhebt das HLS-Konsortium den Anspruch, Health Literacy in all seinen wesentlichen Facetten und Dimensionen zu erfassen. Allerdings – und dies ist unseres Erachtens doch ein ganz wesentlicher Schwachpunkt – basiert die Health Literacy-»Messung« auf Selbsteinschätzungen. Die Untersuchten wurden gebeten, auf einer Vier-Item-Likert-Skala anzugeben, wie leicht bis wie schwierig sie es finden, gesundheitsbezogene Sachverhalte zu finden, zu verstehen, umzusetzen etc. Das heißt, hier wird nicht im Sinne einer objektiven Testung gemessen, und es liegt auf der Hand, dass zum einen die Selbstbewertungen als solche einer nicht unerheblichen Varianz unterliegen, zum anderen aber auch die nicht in der Person liegenden Faktoren eine große Rolle spielen. So hängt z. B. die Befähigung, sich Informationen zu beschaffen, auch entscheidend von den äußeren Angeboten und Möglichkeiten ab, oder die Kompetenz, Informati-

Components of Literacy



» Abb. 2: Components of Literacy (Institute of Medicine 2004, S. 38)

onen zu verstehen, auch von der Art der Informationsvermittlung, z. B. durch mehr oder wenig gut darin geschulte Ärzte. Dies mögen wesentliche Gründe für die teils erheblichen Länderunterschiede sein, die in dieser Studie gemessen wurden.

In diesem Kontext würden auch die von Bitzer und Spörhase aufgegriffenen Theorien des informellen Lernens greifen (Seite 21 in diesem Heft). Der Gedanke von der Umwelt als »der beste Lehrer« impliziert natürlich, dass die Umwelt spezifische Lern- und Erfahrungsprozesse auslöst. Diese können äußerst vielfältig, aber zwischen verschiedenen Ländern, Gesellschaftssystemen und Kulturkreisen auch sehr unterschiedlich sein. Öffentliche Gesundheitsinformations- und -aufklärungskampagnen sowie gesundheitsförderliche Verhältnisse tragen einen Teil dazu bei, ein erheblicher Teil wird aber auch – im Guten wie im Schlechten – durch Medien und die Industrie insbesondere durch Produktwerbung (Lebensmittel, Pharmazeutika,

Fitnessangebote, Sportgeräte, Pflegemittel wie z. B. Zahnbürsten etc.) beigesteuert.

» Was bringt die Förderung von Health Literacy für die Gesundheit?

Es ist im gewissen Sinne faszinierend zu sehen, dass es trotz außerordentlich vieler Studien und systematischer Reviews bis heute kaum gelungen ist, die Zusammenhänge zwischen Health Literacy und gesundheitsbezogenen Outcomes eindeutig abzubilden. Signifikante, jedoch meist geringgradige Zusammenhänge zwischen Health Literacy und Gesundheitsoutcomes lassen sich zwar durchaus finden, es wurden aber auch viele

Studien publiziert, die keine signifikanten Assoziationen zeigen konnten (Berkman u. a. 2011). So errechneten beispielsweise Zhang u. a. (2014) in einer großen Meta-Analyse nur Korrelationen in der Größenordnung zwischen 0,06 und 0,09 – das ist trotz gegebener Signifikanz eher kein Zusammenhang, zumindest kein praxisrelevanter. Ähnlich schillernd fallen Studien zu Zusammenhängen zwischen Health Literacy und der Inanspruchnahme von empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aus; auch hier gibt es keine oder nur geringe Zusammenhänge (Oldach und Katz 2014). Interessanterweise kritisieren die Autoren hier insbesondere die für die Health Literacy-Messung eingesetzten Instrumente, am häufigsten betraf dies das S-TOFHLA, und fordern Instrumente mit höherer kriteriumsbezogener Validität.

Auch das European Health Literacy-Project förderte viele interessante, wenngleich überwiegend deskriptive Ergebnisse zu Tage. Subgruppenanalysen und Ländervergleiche zeigen deutliche Unterschiede, Bezüge zu Health-Outcomes existieren in dieser querschnittlichen Untersuchung zwar nicht, sehr wohl aber positive Korrelationen zwischen selbst eingeschätztem Gesundheitsstatus und Health Literacy. Letzteres gilt aber insbesondere auch für die recht deutlichen Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz und Sozialstatus, wirtschaftlicher Situation, Bildung, Alter und von der Tendenz her auch ein bisschen für das Geschlecht (Männer schneiden hier etwas schlechter ab) (Sørensen u. a. 2015). Die Länderunterschiede wiederum sind teilweise sehr deutlich, zumindest was die Niederlande im positiven sowie Bulgarien und Spanien im negativen Sinne betrifft. Deutschland rangiert in diesem Acht-Länder-Vergleich nach Holland und Irland auf dem dritten Platz. Liegt dies nun an den Menschen in den verschiedenen Ländern oder doch eher an den unterschiedlichen Systemen? Vielleicht auch an den doch etwas

unterschiedlichen Erhebungsmethoden, vor allem in den Niederlanden? Vermutlich an all diesen Aspekten, insbesondere ihren Wechselwirkungen.

Beeindruckend sind allerdings die intranationalen Ergebnisse, zeigen sie doch starke Unterschiede zwischen den Ländern in ihrer jeweiligen sozialen Ungleichheit. Die betrifft insbesondere Bulgarien, aber auch Österreich sticht durch eine auffallend hohe Spreizung hervor.

In einer weiteren Vertiefungsstudie haben Quenzel und Schaeffer (2016) Health Literacy in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund bei 15- bis 25-Jährigen mit unterdurchschnittlicher Bildung (maximal Hauptschulabschluss) und 65- bis 80-Jährigen analysiert. Im Ergebnis lagen die Health Literacy-Scores bei den Migrantinnen und Migranten in beiden Gruppen deutlich unter denen der jeweils einheimischen Bevölkerung. Da die Unterschiede zwischen Zugewanderten und Einheimischen sich nicht allein durch Sozialstatusunterschiede erklären lassen, könnte man vermuten, dass sich auch hier unterschiedliche Sozialisationsprozesse im oben beschriebenen Umweltlernen in verschiedenen Kulturkreisen niederschlagen. Am Offensichtlichsten ist dies nach unserer Auffassung auch durch das Leben in fremder Sprache begründet. Selbst jemand, der die Sprache des Landes, in das er oder sie eingewandert ist, sehr gut beherrscht, wird die vielen nebenbei und im Hintergrund ablaufenden Informationen nicht so beiläufig (im wahrsten Sinne des Wortes) auffassen und wieder abrufen können wie ein Muttersprachler.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Gesundheitskompetenz mit Krankheit und Gesundheit assoziiert ist, aber eben auch mit Sozialstatus, Einkommen und Bildung. Letztere sind in ihrer niedrigen Ausprägung allerdings per se eigenständige starke Risikofaktoren für Krankheit. Aus diesem Grunde macht es – z. B. zur Messung

der Effekte von Schulungsmaßnahmen – meistens mehr Sinn, Gesundheitskompetenz indikations- und zielgruppenspezifisch zu fördern und zu erfassen.

» Selbstmanagement – eine Umsetzung von Health Literacy?

In Deutschland leidet mehr als ein Drittel der Bevölkerung an mindestens einer chronischen Erkrankung (Robert Koch-Institut 2010). Ein Großteil der chronischen Erkrankungen erfordert aktives Handeln und Mitwirkung der betroffenen Patientinnen und Patienten, um Progredienz zu verzögern oder zu verhindern und das Risiko von Folgeerkrankungen zu minimieren. Von Patientinnen und Patienten wird heutzutage erwartet, dass sie sich um sich selbst kümmern und ihre Erkrankung und die damit verbundenen notwendigen Maßnahmen weitestgehend selbst organisieren.

Diese gesellschaftliche Erwartung ist unter anderem als Rechtsnorm im § 1 des fünften Sozialgesetzbuches verankert: »Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen

zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.«

Als Soll-Formulierung sind diese Forderungen an die Bürgerinnen und Bürger freilich nur sehr begrenzt sanktionsfähig (ein paar Möglichkeiten finden sich in den §§ 60 ff. im SGB I), doch Appell und Erwartung sind deutlich. Aber auch die an die gesetzliche Krankenversicherung gerichteten Erwartungen werden eindeutig formuliert: Aufklärung, Beratung, Leistungen, auf gesunde Lebensverhältnisse hinwirken. § 1 SGB V enthält im Grunde ein Kooperationsgebot für die Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Versicherten. Neben anderen Leistungen zur Prävention und der Gesundheitsförderung können das Selbstmanagement und die Förderung des Selbstmanagements als ideale Formen der Konkretisierung und Umsetzung des § 1 angesehen werden.

Selbstmanagement meint die Befähigung, die eigene persönliche Entwicklung weitgehend unabhängig von äußeren Einflüssen zu gestalten. Die alternativen Begriffe Selbststeuerung, -regulierung und -führung werden vergleichsweise selten verwendet. Selbstmanagement ist eine Meta-Kompetenz, die sich in nahezu allen Lebensbereichen niederschlägt, alltagsnah ausgedrückt könnte man auch von der Fähigkeit, sein Leben in den Griff zu bekommen, sprechen. Beruf, Familie, Hobbies, aber insbesondere Krankheit und Gesundheit sind Bereiche, in denen wir uns regulieren müssen, was den einen besser und den anderen schlechter gelingt.

Das gesundheitsbezogene Selbstmanagement besteht in diesem Sinne aus einem Paket verschiedener Maßnahmen, die sich insbesondere im Kontext spezifischer Erkrankungen nochmals ganz unterschiedlich konkretisieren. Basis dieser verschiedenen Maßnahmen sind jedoch weit überwiegend jeweils rationale Entscheidungen.

Diese reichen von der Kontaktierung von Ärzten, Terminierung von Behandlungen, über regelhafte Einnahme von Medikamenten bis zur Durchführung von RehaMaßnahmen.

Einem Psoriasis-Patienten, der sein Selbstmanagement schleifen lässt, sei es, weil es gestern Abend wieder spät wurde und keine Zeit und Lust für notwendige zusätzliche Körperpflege und Salbungen bestand, sei es, dass er versäumt hat, seine Pflegemittel und Medikamente abzuholen, dem folgt die »Strafe auf dem Fuße«, und er wird durch das Leiden an seinen Schuppenflechte-Symptomen unmittelbar an die Bedeutung dieser Selbstdisziplinierung erinnert. Ein anderer Prototyp, der an Diabetes mellitus Erkrankte, kann sich im Gegensatz dazu wochen- bis monatelang »unvernünftig« verhalten und wird die Konsequenz in der Regel in Form einer nüchternen Rückmeldung bis hin zur Moralpredigt von seinem Hausarzt oder Diabetologen angesichts des nach oben geschossenen HbA1c-Werts erfahren. Das tut zunächst nicht weh, erst die Hyperglykämie – unter Umständen mit Krankenhauseinweisung – oder eine der vielen möglichen Folgeerkrankungen wie Nephropathie, Retinopathie, diabetisches Fußsyndrom etc. führen ihm seine gesundheitliche Situation wieder unmittelbar vor Augen.

Diese Beispiele sind zugegebenermaßen sehr verkürzt und zugespitzt, helfen aber, eine grundlegende Problematik nachzuzeichnen. So ist gerade der Prototyp »Diabetiker« recht typisch für viele komplexe chronische Erkrankungen, die nicht unmittelbar und zeitnah mit Leiden verbunden sind. In diesen Fällen setzt das Selbstmanagement sehr stark auf kognitive Fähigkeiten und Prozessen auf. Im Wesentlichen geht es hier darum, die relevanten Risiken zu kennen, diese zu verstehen, ihre Relevanz für die eigene Person zu erkennen und diese schließlich als persönliche Bedrohung zu bewerten. »Ich tue heute etwas nicht (z. B. Cola

trinken), damit morgen etwas nicht passiert (z. B. Nierenschaden), dessen Folgen ich mir heute nicht vorstellen kann und will (z. B. Dialyse).« (Kalvelage und Kofahl 2013, S. 78)

Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung von Bildung und Abstraktionsvermögen deutlich. Da Menschen unterschiedliche Fähigkeiten haben, sich mit einer sie betreffenden Erkrankung und deren mögliche Konsequenzen auseinanderzusetzen, ja mehr noch auch eine ganz unterschiedliche Motivation haben, dieses überhaupt zu tun, existieren hierzu verschiedene Unterstützungsmaßnahmen (McGowan 2012). Grundsätzlich ist zunächst die Ärzteschaft gehalten, informierend und beratend auf ihre Patientinnen und Patienten einzuwirken, um Verhaltensänderungen oder -anpassungen herbeizuführen. Angesichts ihrer begrenzten zeitlichen Ressourcen, aber auch mangels pädagogischer, beraterischer und/oder psychotherapeutischer Qualifikation sind sie auf Teamarbeit und Kooperationen angewiesen. Gesundheitskompetenzsteigernde Maßnahmen sind am ehesten in multidisziplinären integrierten Versorgungsmodellen umzusetzen.

Eines dieser Modelle sind die 2003 in Deutschland eingeführten Disease-Management-Programme (DMP). Den DMP inhärent ist eine aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Formulierung von individuellen Therapiezielen sowie durch ausführliche Patientenschulungen, was sie von herkömmlichen Behandlungskonzepten unterscheidet (Ullrich u. a. 2007; Graf 2008; Neumeyer-Gromen u. a. 2004). Es existieren natürlich auch jenseits der DMPs zahlreiche weitere Schulungs- und Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten. Der Vorteil der integrierten Versorgungsformen liegt jedoch in der besseren und in der Regel systematischen und Versorgungsalgorithmus-geleiteten Abstimmung der verschiedenen beteiligten Professionen (z. B. Arzt – Physiotherapeut – Rehaberater – Ökotrophologe).

Zielsetzung der integrierten Schulungs- und Beratungsangebote ist die Steigerung der indikationsspezifischen Gesundheitskompetenz und das damit verbundene verbesserte Selbstmanagement. Idealerweise sollte sich dies in besseren Gesundheitsoutcomes niederschlagen und messen lassen, und in der Tat konnte eine ganze Reihe von Studien den Benefit von Schulungen für Patientinnen und Patienten nachweisen, am deutlichsten beim indikationsspezifischen Wissen. Bei Outcomes wie Lebensqualität oder Morbidität ließen sich dagegen nur geringe bis keine Effekte zeigen (Shah und Abu-Amara 2013; Kofahl u. a. 2013; Quiñones u. a. 2014; Peytremann-Bridevaux u. a. 2015).

Eines der wenigen bewährten, nicht indikationsbezogenen Programme ist INSEA (Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben; www.insea-aktiv.de). INSEA ist ein evidenzbasiertes Stanford-Selbstmanagementprogramm, gefördert von der Schweizer Stiftung Careum (www.evivo.ch). Die Umsetzung in Deutschland (seit 2014 in mehreren Modellregionen) wird ermöglicht durch die Robert Bosch Stiftung und die BARMER GEK. Das Programm soll chronisch erkrankte Menschen und/oder ihre Angehörigen und Freunde im Umgang mit der Erkrankung unterstützen. Die Kurse wurden Ende der 1990er Jahre an der Stanford Universität (USA) im Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) entwickelt. Dort konnte nachgewiesen werden, dass sich die Lebensqualität der Teilnehmenden verbessert und die Energie sowie das psychische Wohlbefinden steigen. Erschöpfung und soziale Isolation nehmen dagegen ab. Auch verbessert sich die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Das Programm wurde immer wieder wissenschaftlich überprüft und ist mittlerweile evidenzbasiert und lizenziert. Zu den Anwendern des Programms in Deutschland gehören unter anderem die Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover (Koordinati-

on), die Selbsthilfekontaktstellen (SEKO) in Bayern und das »Gesunde Kinzigtal«.

» Gesundheitskompetente Organisationen

Eine große allgemeine Gefahr des Konzepts Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz besteht darin, dass Personen in inadäquater Weise als »defizitär« klassifiziert oder etikettiert werden und dass – nun unter einer neuen Überschrift – mehr oder weniger paternalistische, »moderne« Formen des Victim-Blaming auf sie angewendet werden (Abel und Sommerhalder 2015; gleichsinnig und speziell mit Blick auf E-Health-Literacy: Lupton 2014).

Dagegen gilt es, ein Verständnis von Gesundheitskompetenz zu entwickeln, das den Blick auf die Anforderungen eröffnet, die nicht nur an den Einzelnen sondern auch an seine unterschiedlichen Umwelten zu stellen sind. Für Patientinnen und Patienten sind ihre Behandlungsinstitutionen ein hochrelevanter Teil dieser Umwelt. Behandlungsnetzwerke, -Systeme oder -Organisationen können und müssen daher systematisch in Richtung von mehr Gesundheitskompetenz-Orientierung bzw. -Förderung entwickelt werden. Pelikan und Dietscher (2015) haben dies mit Bezug auf Krankenhäuser getan und konkretisiert, wie das Konzept der »Gesundheitskompetenten Organisation« genutzt werden kann, um für den Patienten eine gesundheitskompetenzfördernde Umwelt zu bieten.

Begonnen haben sie mit der Rezeption der zehn Merkmale einer Health Literacy-kompetenten Krankenbehandlungsorganisation des US-amerikanischen Institute of Medicine (Brach u. a. 2012). Dieser erste systematische Versuch ist inzwischen so formuliert, dass er auf Krankenbehandlungsor-

ganisationen allgemein angewendet werden kann. Das von ihnen daraus weiter entwickelte »Wiener Konzept des Gesundheitskompetenten Krankenhauses« (Pelikan und Dietscher 2015, S. 992) ist deswegen auch für integrierte Versorgungssysteme so interessant, weil es alle Stakeholder und Aufgaben nicht nur des Krankenhauses, sondern auch in der Region berücksichtigt. Die strategischen Maximen sind:

1. Managementgrundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren.
2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren.
3. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patientinnen und Patienten qualifizieren.
4. Eine unterstützende Umwelt schaffen – Navigationshilfen.
5. Mit Patientinnen und Patienten gesundheitskompetent kommunizieren.
6. Die persönliche Gesundheitskompetenz von (chronischen) Patientinnen und Patienten und Angehörigen verbessern.
7. Die persönliche Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern.
8. Zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Region beitragen.
9. Dissemination des Konzepts und Vorbildwirkung durch Best-Practice-Modelle.

Die neun hier nur summarisch aufgeführten Bereiche werden als Module verstanden, die entweder einzeln, besser aber als Gesamtprogramm von Leistungsanbietern einer Versorgungsregion umgesetzt werden sollen. Zur Hilfestellung für Organisationsdiagnosen in den neun Bereichen wurde auf Basis umfassender Literaturrecherchen ein Selbstbewertungsinstrument erarbeitet, dessen Testung offenbar kurz vor dem Abschluss steht.

Kooperative integrierte Versorgungssysteme, die das Konzept der Health Literacy systematisch für

ihre Arbeit nutzen wollen, sollten das Selbstbewertungsinstrument adaptieren und für eine gezielte Status-Quo-Diagnose einsetzen. Auf dieser Basis können sie sich zu einem gesundheitskompetenten regionalen Versorgungsnetzwerk entwickeln.

» Health Literacy und Selbstmanagement zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Health Literacy und Selbstmanagement sind vielversprechende Konzepte, und kaum jemand wird ihre große Bedeutung im Kontext gesundheitlicher Versorgung bestreiten. Doch warum werden die Versprechungen bisher nur so geringfügig eingelöst, warum sind die gemessenen Wirkungen von Health Literacy und Patientenschulungen meist nur schwach?

Wir möchten die These aufstellen, dass in der Theorie und Praxis der Health Literacy-Forschung aufgrund ihrer Betonung der kognitiv-rationalen Aspekte menschlichen Verhaltens und Handelns die Einflüsse von weiteren psychologischen und Persönlichkeitsfaktoren zu wenig berücksichtigt werden. Plakativ (und durchaus karikierend) möchten wir dies an ein paar Stereotypen verdeutlichen. Diese Typen entspringen Beobachtungen und Erfahrungen aus der Praxis. (Ähnliche Typologien lassen sich an verschiedenen Stellen finden, z. B. Block 2011; systematische Studien hierzu sind allerdings rar [z. B. Marstedt u. a. 2007] und konnten auch viele relevante psychologische Dimensionen nicht erschöpfend erfassen.)

– Der Konstruktive ist so etwas wie der Wunschpatient des Systems. Auf ihn richten sich die erfolgreichsten Bemühungen, Health Literacy und Selbstmanagement zu verbessern. Verständnis-

- voll, bemüht und kooperativ folgt er Anweisungen und Empfehlungen und passt sein Leben den gesundheitlichen Bedarfen an. Würden alle Menschen so empfinden, erleben und handeln wie er, ließen sich vermutlich die potenziellen Effekte von Health Literacy und Selbstmanagement klar und deutlich nachweisen. Doch es gibt auch andere; so ist ...
- ... der (Selbst-)Destruktive das genaue Gegenteil des Konstruktiven. Psychodynamisch eher thanatologisch verortet lehnt er gesundheitsfördernde Maßnahmen ab und fühlt sich mit seinen eindeutigen Krankheitssymptomen sicherer als mit für ihn uneindeutigen Chancen, den Krankheitsverlauf in die eine oder andere Richtung zu beeinflussen. Seine Kommunikation ist durch Zynismus geprägt. Seine Behandelnden fühlen sich ohnmächtig und hilflos.
 - Den gebildeten Andersdenkenden könnte man auch als *Enfant Terrible* der Ärzteschaft bezeichnen. Er kennt sich gut aus, würde jeglichen Health Literacy-Test problemlos bestehen, weiß aber grundsätzlich alles besser als seine Ärzte und Therapeuten und erfüllt alle Kriterien einer »intelligenten Non-Compliance«.
 - Dem Ignoranten oder Desinteressierten ist im Wesentlichen alles egal. Grundsätzlich könnte er eine hohe Health Literacy aufweisen, doch es interessiert ihn gar nicht, ihm sind andere Dinge wichtiger. Auf Seiten der Behandelnden löst er Frustration oder sogar Wut aus.
 - Der Naturbegabte ist ein Phänomen, das die Assoziationen zwischen Health Literacy und Gesundheitsoutcomes im statistischen Aggregat in die andere Richtung nivelliert. Er produziert gute »Outcomes«, weil er sich gesundheitsbewusst verhält, compliant ist, in der Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung grundsätzlich alles richtig macht, ansonsten eher selten Ärzte aufsucht (die er ja auch nicht braucht), all dies aber gar nicht reflektiert. Und so würde er in einem Health Literacy-Test trotz vorbildlichen Verhaltens vermutlich nicht gut abschneiden.
 - Der Unbedarfte zeichnet sich ebenfalls durch eine hohe Compliance aus, ist weitgehend unkritisch und hinterfragt wenig. Die meisten Ärzte mögen ihn, nimmt er doch alle Vorschläge an, auch die IGe-Leistungen. Chat-Foren und Gesundheits-Apps würde er ebenfalls nutzen, ohne sich Sorgen zu machen, was mit seinen Daten passiert und wen diese – aus welchen unlauteren Motiven auch immer – sonst noch interessieren könnten. Seine Health Literacy ist dennoch eher mäßig, da er sich eher steuern lässt als sich selbst zu steuern.
 - Der Nicht-Wissen-Wollende nimmt sein ihm zustehendes Recht auf Nicht-Wissen in Anspruch. Dies kann unterschiedlich motiviert sein, z. B. aus Angst, sich mit medizinischen Informationen überfordert zu fühlen, aus Sorge, dass diese ihn nachhaltig belasten könnten bis hin zu einer tiefen und persönlichen moralisch-ethischen Reflexion zur Bedeutung der auf Wahrscheinlichkeiten basierenden medizinischen (Risiko-)Information für das eigene Verhalten und die eigenen Einstellungen und Entscheidungen. Letzteres ist vor allem in den Bereichen Pränataldiagnostik oder Früherkennungsuntersuchungen besonders bedeutsam. Ist das beanspruchte Recht auf Nicht-Wissen nun ein Indikator für eine besonders hohe oder doch eher niedrige Gesundheitskompetenz?
- Die Beispiele sollen veranschaulichen, dass eine ganze Reihe von menschlichen Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmalen die gesundheitsfördernden und präventiven Angebote wie auch alle Empowerment-Versuche unterlaufen können. In unseren subsidiär wie solidarisch angelegten Sozialsystemen lassen sich soziale Normen und soziale Rollen sowie deren Bewertung nicht vermeiden. Es wird viel Fingerspitzengefühl dafür notwendig

sein, Menschen, die nicht gesundheitskompetent sein können oder wollen, anzusprechen, zu motivieren oder auch sein zu lassen, wie sie sind. Ob die bereits bestehenden Bonussysteme oder mögliche (noch) nicht existierende Malus-Systeme die Betroffenen auf den sozial-normativ geforderten Weg bringen können, ist eine offene Frage. Bonussysteme verbessern hauptsächlich die Situation derjenigen, die ohnehin schon dem Idealbild des mündigen Bürgers bzw. Patienten nahe kommen, Malus-Systeme würden vermutlich die Situation der nicht systemkompatiblen Bürger bzw. Patienten weiter verschlimmern.

Maßnahmen zur Steigerung von Health Literacy und Unterstützung von Selbst-Management sind Strategien, Autonomie und Empowerment von Patientinnen und Patienten zu stärken. Durch die neuen sozialen Medien und digitalen Anwendungen insbesondere der sogenannten Mobile Health entstehen grundlegend neue Ansätze, diese Strategien neu zu gestalten und zu intensivieren – immer im Wissen darum, nicht jeden erreichen zu können. Trotz vieler offener Fragen und mancher Vorbehalte sind Gesundheitsdienstleistende gut beraten, das innovative Potenzial für die verstärkte, kompetentere und nachhaltigere Zusammenarbeit mit ihren Patientinnen und Patienten zu nutzen und kontinuierlich evidenzbasiert auszubauen.

>> Literatur

- Abel, T.; Sommerhalder, K. (2015):** Health literacy: An introduction to the concept and its measurement. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58(9), S. 923–929.
- Baker, D. W. (2006):** The meaning and the measure of health literacy. In: Journal of General Internal Medicine 21, S. 878–883.
- Baker, D. W.; Williams, M. V.; Parker, R. M.; Gazmararian, J. A.; Nurss, J. (1999):** Development of a brief test to measure functional health literacy. In: Patient Education and Counseling, 38(1), S. 33–42.
- Belliger, A.; Krieger, D. J. (Hg.) (2014):** Gesundheit 2.0. Das ePatienten-Handbuch. Bielefeld.
- Berkman, N. D.; Sheridan, S. L.; Donahue, K. E.; Halpern, D. J.; Crotty, K. (2011):** Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: Annals of Internal Medicine, 155(2), S. 97–107.
- Bitzer, E. M.; Spörhase, U. (2016):** Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und Public-Health Perspektive. In: BZgA (Hg.) »Health Literacy/Gesundheitsförderung«, Reihe Gesundheitsförderung Konkret, Band 20, S. 21–39.
- Block, B. (2011):** Dr. Block's Patiententypologie. 1. Auflage, Ostfildern.
- Brach, C.; Keller, D.; Hernandez, L. M.; Baur, C.; Parker, R. u. a. (2012):** Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine, New York.
- Davis, T. C.; Crouch, M. A.; Long, S. W.; Jackson, R. H.; Bates, P.; George, R. B. u. a. (1991):** Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. In: Family Medicine 23(6), S. 433–435.
- Davis, T. C.; Long, S. W.; Jackson, R. H.; Mayeaux, E. J.; George, R. B.; Murphy, P. W. u. a. (1993):** Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. In: Family Medicine 25(6), S. 391–395.

- Europäische Kommission (2012):** eHealth Action Plan. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf [Zugriff am 03.02.2016].
- Graf, C. (2008):** Verbesserung der Chronikerversorgung – welchen Einfluss haben DMP und Hausarztmodelle? In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R.: Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh, S. 122–141.
- Haun, J. N.; Patel, N. R.; French, D. D.; Campbell, R. R.; Bradham, D. D.; Lapcevic, W. A. (2015):** Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Services Research* 15:249.
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohman, L.; Panzer, A. M.; Kindig, D. A. (Hg.) (2004):** Health Literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC.
- Ishikawa, H.; Hashimoto, H.; Kiuchi, T. (2013):** The evolving concept of »patient-centeredness« in patient-physician communication research. In: *Social Science and Medicine* 96, S. 147–153.
- Kalvelage, B.; Kofahl, C. (2013):** Behandlung von Migrantinnen und Migranten mit Diabetes. In: Petrak, F.; Herpertz, S. (Hg.): *Handbuch der Psychodiabetologie*. 1. Auflage, Berlin/Heidelberg, S. 73–92.
- Kickbusch, I. S. (2000):** Health literacy: addressing the health and education divide. In: *Health Promotion International* 3, S. 289–297.
- Kofahl, C.; von dem Knesebeck, O.; Hollmann, J.; Mnich, E. (2013):** Diabetesspezifische Gesundheitskompetenz: Was wissen türkischstämmige Menschen mit Diabetes mellitus 2 über ihre Erkrankung? In: *Das Gesundheitswesen* 75(12), S. 803–811.
- Kofahl, C.; Schulz-Nieswandt, F.; Dierks, M.-L. (Hg.) (2016):** Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Reihe Medizin-Soziologie, Band 24, Münster.
- Kutner, M.; Greenberg, E.; Jin, Y.; Paulsen, C. (2006):** The health literacy of america's Adults – results from the 2003 national assessment of adult literacy. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Lenartz, N.; Soellner, R.; Rudinger, G. (2014):** Gesundheitskompetenz – Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben. In: *DIE Zeitschrift* 2014(2), S. 29–32.
- Lupton, D. (2014):** Health promotion in the digital era: a critical commentary. In: *Health Promotion International*, online first, DOI:10.1093/heapro/dau091.
- Mackert, M.; Champlin, S.; Su, Z.; Guadagno, M. (2015):** The many health literacies: advancing research or fragmentation? In: *Journal of Health Communication* 30(12), S. 1161–1165.
- Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007):** Eine Patiententypologie: Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R.: *Gesundheitsmonitor 2007*. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh, S. 231–256.
- McGowan, P. T. (2012):** Self-management education and support in chronic disease management. In: *Primary Care* 39(2), S. 307–325.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (1999):** Motivierende Gesprächsführung. Freiburg.
- Neumeyer-Gromen, A.; Lampert, T.; Stark, K.; Kallschnigg, G. (2004):** Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Medical Care* 42(12), S. 1211–1221.

- Nutbeam, D. (2000):** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International* 15(3), S. 259–267.
- Nutbeam, D. (2008):** The evolving concept of health literacy. In: *Social Science and Medicine* 67, S. 2072–2078.
- Oldach, B. R.; Katz, M. L. (2014):** Health literacy and cancer screening: a systematic review. In: *Patient education and counseling* 94(2), S. 149–157.
- Parker, R. M.; Baker, D. W.; Williams, M. V.; Nurss, J. R. (1995):** The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. In: *Journal of General Internal Medicine* 10(10), S. 537–541.
- Pelikan, J. M.; Dietscher, C. (2015):** Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: *Bundesgesundheitsblatt* 58, S. 989–995.
- Peytremann-Bridevaux, I.; Ardit, C.; Gex, G.; Bridevaux, P.-O.; Burnand, B. (2015):** Chronic disease management programmes for adults with asthma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 5, CD007988.
- Pleasant, A.; McKinney, J.; Rikard, R. V. (2011):** Health literacy measurement: a proposed research agenda. In: *Journal of Health Communication* 16, Suppl 3, S. 11–21.
- Quenzel, G.; Schaeffer, D. (2016):** Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld. Online verfügbar unter www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf [Zugriff am 22.04.2016].
- Quiñones, A. R.; Richardson, J.; Freeman, M.; Fu, R.; O'Neil, M. E.; Motu'apuaka, M.; Kansagara, D. (2014):** Educational group visits for the management of chronic health conditions: a systematic review. In: *Patient Education and Counseling* 95(1), S. 3–29.
- Rasu, R. S.; Bawa, W. A.; Suminski, R.; Snella, K.; Warady, B. (2015):** Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. In: *International Journal of Health Policy and Management* 4(11), S. 747–755.
- Renner, A. (2013):** Die Gesundheitsselbsthilfe in Deutschland als Brücke zwischen Betroffenen, Fachleuten und Politik. In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 23(05), S. 307–311.
- Robert Koch-Institut (2010):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Berlin.
- Sass, H. M. (1993):** Ethics in epidemiology. In: *Gesundheitswesen* 55(3), S.119–126.
- Scholl, I.; Zill, J. M.; Härter, M.; Dirmaier, J. (2014):** How do health services researchers understand the concept of patient-centeredness? Results from an expert survey. In: *Patient Prefer Adherence* 8, S. 1153–1160.
- Shah, H. A.; Abu-Amara, M. (2013):** Education provides significant benefits to patients with hepatitis B virus or hepatitis C virus infection: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. In: *The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association* 11(8), S. 922–933.
- Shealy, K. M.; Threatt, T. B. (2016):** Utilization of the Newest Vital Sign (NVS) in Practice in the United States. In: *Health Communication* 31(6), S. 679–687.

- Skevington, S. M.; Lotfy, M.; O'Connell, K. A.; WHOQOL Group (2004):** The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. In: *Quality of Life Research* 13(2), S. 299–310.
- Soellner, R.; Huber, S.; Lenartz, N.; Rudinger, G. (2009):** Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 17(3), S. 105–113.
- Sørensen, K.; Pelikan, J. M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; HLS-EU Consortium (2015):** Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: *European Journal of Public Health* 25(6), S. 1053–1058.
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z. and Consortium Health Literacy Project European (2012):** Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12:80.
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Pelikan, J. M.; Fullam, J.; Doyle, G.; Slonska, Z.; HLS-EU Consortium (2013):** Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In: *BMC Public Health* 13:948.
- Spycher, S. (2006):** Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern, 15. März 2006.
- Tones, K. (2002):** Health literacy: new wine in old bottles? In: *Health Education Research* 17(3), S. 287–290.
- Ullrich, W.; Marschall, U.; Graf, C. (2007):** Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. In: *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 16, S. 407–414.
- Weiss, B. D. (2015):** Health Literacy Research: Isn't there something better we could be doing? In: *Health Communication* 30(12), S. 1173–1175.
- Weiss, B. D.; Mays, M. Z.; Martz, W.; Castro, K. M.; DeWalt, D. A.; Pignone, M. P.; Hale, F. A. (2005):** Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. In: *Annals of Family Medicine* 3(6), S. 514–522.
- WHO. (1998):** The WHO Health Promotion Glossary. Online verfügbar unter www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf [Zugriff am 04.02.2016].
- Wills, J. (2009):** Health literacy: new packaging for health education or radical movement? In: *International Journal of Public Health* 54(1), S. 3–4.
- Yap, Sim Bee (1985):** Health literacy and food beliefs among Ibans, Sarawak. In: *Medical Journal of Malaysia* 40(4), S. 294–300.
- Zhang, N. J.; Terry, A.; McHorney, C. A. (2014):** Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. In: *The Annals of Pharmacotherapy* 48(6), S. 741–751.
- Zill, J. M.; Scholl, I.; Härter, M.; Dirmaier, J. (2015):** Which dimensions of patient-centeredness matter? – results of a web-based expert delphi survey. *PLoS One* 10(11):e0141978.

>> 04.2

Digitale Medien als Instrument der Förderung von Health Literacy

Alf Trojan und Christopher Kofahl

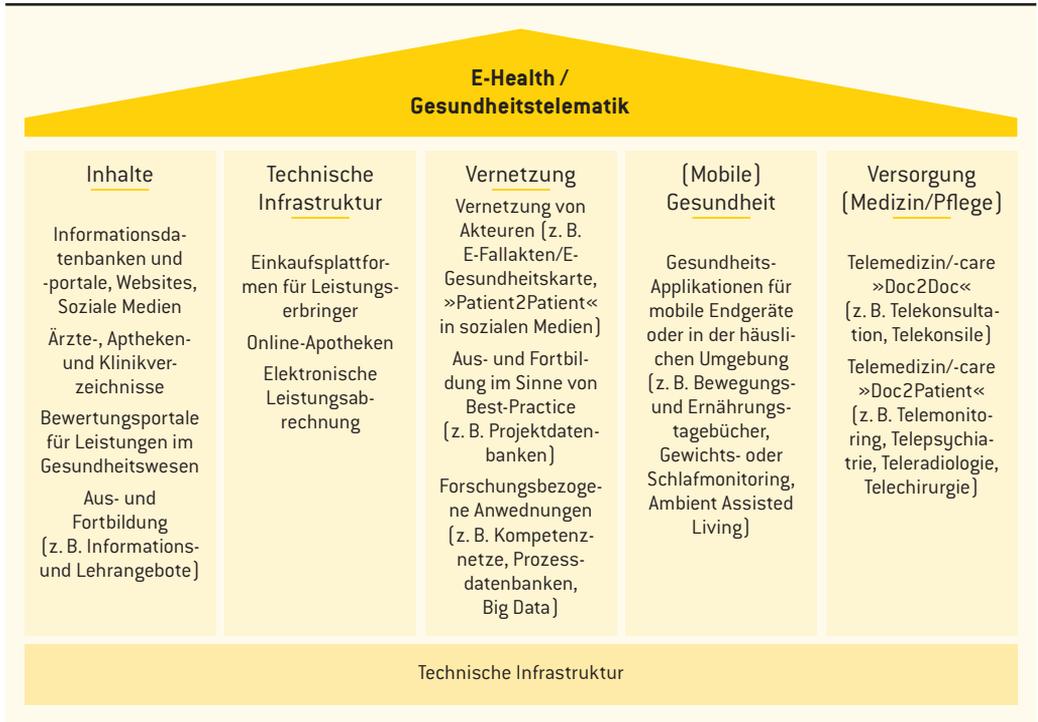
In diesem Beitrag geht es um digitale Medien und Kommunikationskanäle, die für Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement relevant sind. Grundlage ist die Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT). Im Dezember 2015 wurde das »Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen« verabschiedet (www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2408.pdf), Kurzbezeichnung: »E-Health-Gesetz«. Die Europäische Union (EU) nannte ihre Strategie zur Förderung und Entwicklung dieses Bereichs »Health Action Plan 2012–2020«. Neben den auch oft als Sammelbegriff für die neuen Technologien benutzten Ausdrücken Telematik und Telemedizin scheint sich damit ein »offizieller« Oberbegriff etabliert zu haben. Im Anschluss an WHO und EU definieren Dockweiler und Razum (2016) E-Health als jeglichen Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie im Bereich Gesundheit und Krankheit. In Anlehnung an einen früheren Versuch der Strukturierung (Kacher u. a. 2000) unterscheiden sie in der Abb. 1 fünf Gestaltungsbereiche.

Auch wenn diese Einteilung nicht trennscharf ist, eignet sie sich doch recht gut für die folgende Zusammenfassung dessen, was der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen für die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten bietet: Säulen 1, 3 und 4 sind für die Gesundheitskompetenz von Versicherten und Kranken besonders interessant. Diese drei Säulen machen den Kern von E-Health Literacy aus. E-Health Literacy bezeichnet die Fähigkeit, E-Health-Angebote optimal nutzen zu können. Computer-Literacy wird dabei als die grundlegende von insgesamt sechs erforderlichen Teilkompetenzen aufgefasst (Ludwigs und Nöcker 2015).

Eine andere, nur auf Apps konzentrierte empirisch fundierte Einteilung kommt zu sieben Anwendungstypen, die es ermöglichen sollen, das unübersichtliche digitale Angebot zu strukturieren (Bertelsmann-Stiftung 2015):

- Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Analyse und Erkenntnis
- Indirekte Intervention: Förderung der Selbstwirksamkeit, Adhärenz und Sicherheit

Strukturierung von E-Health-Leistungen



» Abb. 1: Strukturierung von E-Health-Leistungen (nach Dockweiler und Razum 2016, S. 6)

- Direkte Intervention: Veränderung von Fähigkeiten, Verhalten und Zuständen
- Dokumentation von Gesundheits- und Krankheitsgeschichte
- Organisation und Verwaltung
- Einkauf und Versorgung

Eine allgemein akzeptierte verbindliche Strukturierung von E-Health gibt es derzeit allerdings nicht.

» Das Web 1.0 – Der sich informierende Patient

Das Internet stellt eine unermesslich große potentielle Informationsquelle dar. Sie wird inzwischen von fast allen Bürgern benutzt (nach Statistisches Bundesamt 2014 verfügten im Jahr 2013 82 % aller Haushalte über einen Internetzugang). Der internetkompetente Nutzer des weltweiten Netzes wird Informationsportale und Datenbanken zu Gesundheit und Krankheit nutzen, um seine Beschwerden einzuordnen und zu diagnostizieren.

Beispiele sind Gesundheitsplattformen (z. B. www.onmeda.de, www.gesundheit.de), Suchtreffs (z. B. www.forum-alkoholiker.de), geschlechtsspezifische Communitys (z. B. www.gofeminin.de) sowie Frage- und Antwortseiten (z. B. www.gutefrage.net), die das Bindeglied zwischen reinen Informationsseiten und interaktiven Internet-Adressen darstellen. Im April 2014 erreichte die größte deutsche Question- and Answer-Plattform (www.gutefrage.net) mit rund 17,5 Millionen »Unique Usern« (= Besucher wird nur einmal registriert) fast ein Drittel aller deutschen Internetnutzerinnen und -nutzer (AGOF internet facts 2014-4, zitiert nach Ludwigs und Nöcker 2015). Auf 13 Millionen Fragen, die dort bis Juli 2014 gestellt wurden, ist knapp über 50 Millionen Mal geantwortet worden. Allein zum Stichwort »Drogen« fanden sich zu diesem Zeitpunkt über 100.000 Fragen.

Mehr als zwei Drittel (71 %) der Deutschen recherchieren inzwischen Gesundheitsinformationen ausschließlich oder überwiegend im Internet, und 52 % würden gerne mit ihrem Haus- oder Facharzt digital in Kontakt treten, sei es für eine Terminvereinbarung oder für die Zusendung regelmäßiger Rezepte (Techniker Krankenkasse 2015). Diese Zahlen zeigen eine Entwicklung auf, die sich vermutlich auch weiter fortsetzen wird.

Hauptproblem für die Nutzer des Internets als Informationsquelle ist es, die Qualität der gefundenen Informationen zu beurteilen. Inzwischen helfen ihnen dabei bestimmte Qualitätslabel (z. B. HON Code = Health on the Net oder afgis e.V.). Für Ärzte ist die Auseinandersetzung mit den Patientinnen und Patienten über ihr aus dem Internet generiertes Wissen oft nicht unproblematisch; es kann jedoch auch eine Hilfe sein, besonders bei seltenen Krankheiten.

Eine wichtige, einfache und eher unproblematische Hilfe kann das Internet sein, wenn ein Patient oder eine Patientin im Gesundheitswesen

»navigiert«, d. h. eine für ihn gut erreichbare und geeignete Institution finden möchte. Solche Portale (z. B. www.weisse-liste.de) sind jedoch inzwischen häufig gleichzeitig als Bewertungsportale konzipiert. Sie geben nicht nur Informationen über die Lage und das Angebot von Dienstleistungen, sondern bewerten die Einrichtungen. Solche Bewertungsportale sind immer noch umstritten (Kofahl und Horak 2010). Sie haben sich aber weitgehend als legitime Hilfestellung für die Patientinnen und Patienten erwiesen. Für die Gesundheitsdienstleister bringen sie eine zusätzliche Aufgabe mit sich: das Bild der eigenen Institution in solchen Bewertungsportalen im Auge zu behalten und das eigene Erscheinungsbild zu steuern. Es ist zurzeit eine offene Frage, ob das Arzt-Patient-Verhältnis durch Bewertungsportale verbessert oder verschlechtert wird. Generelle Aussagen werden vermutlich auch in Zukunft schwer sein.

Aus- und Fortbildung wird Patientinnen und Patienten gelegentlich auch im Internet zugänglich gemacht, z. B. auf den Internetseiten von Selbsthilfvereinigungen, die sich mit ihrer Krankheit befassen (z. B. www.rheuma-liga.de oder www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de). Von der einfachen Informationssuche gibt es fließende Übergänge zu Fortbildungen im Internet und von dort wiederum zur Interaktion, d. h. zum Austausch vermittelt des Mediums Internet.

>> Das Web 2.0 (»Social Web«) – der sich austauschende Patient

Das Social Web besteht nach Ebersbach u. a. (2008) aus internetbasierten Anwendungen, die

Menschen bei Informationsaustausch, Beziehungsaufbau und -pflege, Kommunikation sowie Zusammenarbeit in einem gesellschaftlichen oder gemeinschaftlichen Kontext unterstützen, sowie den Daten, die dabei entstehen, und den Beziehungen zwischen den Menschen, die diese Anwendungen nutzen.

Austausch, Herstellung und Verbreitung von »nutzergenerierten Inhalten« erfolgen dabei mit Hilfe von Internetanwendungen, die unter dem Begriff Social Media-Technologien zusammengefasst werden. Dazu zählen Soziale Netzwerkseiten (v. a. Facebook), Foren (auf einzelnen Internetseiten oder davon losgelöst wie v. a. Twitter), Weblogs (Blogs), Wikis, mobile Apps (siehe weiter unten), Podcasts, Bookmarking und Social-News-Dienste, interaktive Ratgeber und Rechner (z. B. für den Body-Mass-Index) (Ludwigs und Nöcker 2015).

Auf einer ersten Stufe des Austauschs (Interaktion) offerieren Anbieter von Gesundheitsdiensten z. B. Kalorienrechner oder Selbstbewertungstests. Aus Sicht der Informationsanbieter geht es darum, ein Publikum zu erreichen, zu involvieren und eventuell persönliche Motivation für ein Gesundheitsziel zu generieren. Die klassische Sender-Empfänger-Konstellation wird nur kurz und sehr partiell aufgehoben.

Auf der nächsten Stufe vernetzen sich Menschen untereinander – unabhängig von Sendern wie Internetportalen, Unternehmen oder Gesundheitseinrichtungen. Jedes Netzwerkmitglied kann beide Positionen (Sender und Empfänger) zugleich besetzen: die Kommunikation wird reziprok (z. B. Facebook, Frage-Antwort-Foren, Communitys). In solchen Netzwerken wird auch die besondere Rolle von Leistungsanbietern der Gesundheitsversorgung gegenüber den Leistungsempfängern tendenziell aufgehoben: In der Kommunikation sind sie auf Augenhöhe. Und eine zweite Besonderheit macht die Diskursteilnahme in Kommunikationsnetzwer-

ken oder Blogs für Gesundheitsanbieter interessant: Man erreicht nicht nur die Person, auf die man reagiert, sondern eine erweiterte Adressatengruppe, nämlich die übrigen Kommunikationsteilnehmer des jeweiligen Kontextes. Man begibt sich mit seinem Wissen, seinen Anleitungen, Appellen etc. sozusagen auf einen mehr oder weniger öffentlichen »Informationsmarkt«.

Ein besonders interessantes Beispiel für einen Blog, der unmittelbar auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten ausgerichtet ist, firmiert unter www.epatientdave.com. Der Autor Dave deBronkart erkrankte 2007 an schwerem Nierenkrebs, wurde geheilt und ist seitdem »Aktivist und Anwalt« für bessere Gesundheitsinformationen und Empowerment im umfassenden Sinne (vgl. Belliger und Krieger 2014).

Web 2.0 bzw. das »Social Web« hebt primär sehr stark auf die sich mit anderen Betroffenen austauschenden ab (bzw. auf die an ihrer Gesundheit Interessierten). Es kann aber auch genutzt werden für den Austausch mit den Behandlern, ad hoc z. B. in den genannten Netzwerken oder in Bewertungsportalen. Systematisch kann der Austausch in Vorsorge, Behandlung oder Rehabilitation im Rahmen eines sogenannten Telemonitoring/Telecoaching genutzt werden.

In den Vereinigten Staaten gibt es mittlerweile eine Pflicht zur elektronischen Patientenakte samt Patientenportal, die auf das HITECH-Gesetz (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act) aus dem Jahr 2009 zurückgeht (Höhl 2016). Um zu prüfen, ob solche Portale einen Mehrwert bringen, haben US-Forscher noch vor Beginn der Portal-Pflicht eine qualitative Befragung (N = 20) von Behandlungspersonal vorgenommen – und zwar in Kliniken und Praxen, die überwiegend Patientinnen und Patienten mit niedrigeren Einkommen betreuen. Das Personal sah durchaus beträchtliches Potenzial, Kommunikation und

Informationsaustausch zu verbessern. Sie äußerten aber auch Sorgen, dass das Portal mehr Arbeit machen, Patientinnen und Patienten verwirren und gesundheitliche Ungleichheiten verstärken könnte. Angesichts solcher unerwünschter Nebenwirkungen wird ein insgesamt eher begrenzter Nutzen angenommen (Miller u. a. 2016).

Eine andere qualitative Studie aus den USA untersuchte die Einstellungen von Patientinnen und Patienten, die über ein Portal Zugang zu den Eintragungen ihrer Ärzte der Primärversorgung hatten (576 Freitext-Aussagen). Die vollständig transparenten Akten (»The OpenNotes Movement«) brachten viele positive Wirkungen in den Patientenaussagen zum Vorschein. Auch wenn die Studie nur wenig verallgemeinerungsfähig ist, wird angenommen, dass »OpenNotes« nicht nur informiertere Patientinnen und Patienten hervorbringen, sondern durch verstärkte Aktivierung auch zu besseren Behandlungsergebnissen führt (Esch u. a. 2016).

Diese Interventionsform durch Ärzte oder andere Behandler wird vermutlich in Zukunft die größte Bedeutung bekommen. In diesem Bereich gibt es fließende Übergänge zum folgenden Thema.

>> M-Health – Der sich selbst messende Bürger und Patient

M-Health ist eine Komponente von E-Health. Der Begriff umfasst den Einsatz diverser mobiler Endgeräte wie z. B. Smartphone, Tablet, Armbänder, Uhren, Wearables (z. B. Kleidung, die Körperparameter messen und senden kann) oder eigens für bestimmte Patientengruppen konstruierte Überwachungsgeräte zur Selbstkontrolle und Interaktion (manchmal auch PDA = Personal Digital Assistant genannt). Mobile Anwendungen (Applikationen,

»Apps«) sind kleine Softwareprogramme, die spezifische Aufgaben übernehmen. Sie reichen von eindimensionalen Werteaufzeichnungen bis hin zu Programmpaketen mit umfangreichen Fähigkeiten und Interaktionsfunktionen (Bundesrat 2014).

Laut Marktforschungsinstitut Research2Guidance (2015) gibt es rund drei Milliarden Nutzer von Gesundheits-Apps; 2015 sind rund 103.000 Gesundheits-Apps neu publiziert worden. Die Hauptzielgruppe der Anbieter seien mit 48 % chronisch kranke Menschen. In der einen oder anderen Weise sind diese Apps alle auf Selbstmanagement in einem umfassenden Sinne ausgerichtet. Das kann viele Facetten umfassen: Selbstvermessung (self-tracking), Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle, Selbstoptimierung.

»Lifestyle-Apps« (synonym: Gesundheits-, Fitness-Apps), die eine Vielzahl von Vitalwerten (z. B. Puls, Temperatur, Blutdruck) und andere Daten übertragen, sind auf (individuelle) Gesundheitsförderung ausgerichtet (Ludwigs und Nöcker 2015). Die personenspezifischen Daten werden manchmal explizit im Hinblick auf Gesundheit, meist aber unter der Überschrift Fitness gesammelt (Pulsmesser, Schrittzähler, Kalorienzähler etc.), um das eigene Verhalten quantifizierbar, transparent und vergleichbar zu machen. Die App übernimmt dabei die Interpretation von Daten und bietet manchmal auch direkte, individuell zugeschnittene Handlungsempfehlungen. Teilweise geschieht dies in einer Gruppe Gleichgesinnter, um sich wechselseitig für Fitness- oder Gesundheitsziele zu motivieren.

Im Auftrag der deutschen Techniker Krankenkasse wurde von Forschern am Universitätsklinikum Freiburg eine Studie zu Gesundheits- und Versorgungs-Apps durchgeführt (Lucht u. a. 2015). Medizin- und Versorgungs-Apps (die Kategorisierung zwischen diesen beiden Typen in der Studie ist wenig trennscharf) dienen meistens dem Self-Tracking und dem Selbstmanagement chronisch

kranker Patientinnen und Patienten. Wichtigste Teilfunktionen des Selbstmanagements sind Dokumentation, Informationssuche und interaktive Informationsvermittlung, Erinnerungshilfen und Arzt-Patienten-Informations-Austausch.

Die Analyse zu Status Quo und Trends im Markt der Gesundheits- und Medizin-Apps enthält auch zahlreiche quantitative Überblicke zu den hauptsächlichlichen Anwendungsbereichen, für die Apps entwickelt werden (Impfen und Vorsorge, Entspannung, Bewegung, Raucherentwöhnung, Schmerz, Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen etc.). Trotz einiger positiver Evaluationsergebnisse bleibt die Studie skeptisch hinsichtlich des Mehrwerts für Patientinnen und Patienten und empfiehlt »Usern« (sowohl den damit arbeitenden Behandlern wie auch Endadressaten) eine kritische Überprüfung, welche Apps sie wirklich verwenden wollen.

Bei der Vorstellung der Freiburger Studie am 17. Juni 2015 in Berlin wurden Ansätze für Qualitätsstandards und eine Checkliste für Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheits- und Medizin-Apps präsentiert. Dabei wurde stark auf schon breit akzeptierte Basiskriterien für gute Informationen im Internet zurückgegriffen: Sachverständigkeit des Verfassers, Komplementarität (kein Ersatz für Arzt), Belegbarkeit (Seriosität von Quellen und Evidenzangaben), Transparenz der Herkunft (Impressum etc.), Finanzierung/Interessenkonflikte, oder Werbepolitik.

Der Arzt wird heute zunehmend mit Berichten zu einzelnen Apps konfrontiert, deren Wirkung jeweils mehr oder weniger wissenschaftlich untersucht ist, tendenziell aber eher positiv eingeschätzt wird. Das Deutsche Ärzteblatt (Heft 4, 2016) stellte allein vier Neuigkeiten vor: eine Smartphone-App zur Unterstützung der Eltern von Frühchen, eine App zur Berechnung der individuellen Milzgröße, um überflüssige Diagnostik und Therapie wegen vermeintlicher Megalosplenie zu vermeiden, eine

zum Zyklusmonitoring als Hilfe bei der Schwangerschaftsverhütung sowie ein in einem Projekt der Schwenninger Krankenkasse erfolgreich getestetes Telemonitoring und Telecoaching zum Abnehmen bei stark Übergewichtigen und zur Vermeidung bariatrischer Chirurgie (Anlegen eines Magenbands).

Das Versorgungssystem wird sich den aktuell sehr rasch fortschreitenden Entwicklungen im Bereich von Gesundheits- und Medizin-Apps als Instrumente des gesundheitsförderlichen und krankheitsbewältigenden Selbstmanagements nicht entziehen können. Kontinuierlicher Überblick und sinnvolle Auswahl des wirklich Nützlichen können in kooperativen integrierten Versorgungsnetzwerken sehr wahrscheinlich ökonomischer und besser organisiert werden als in einzelnen Einrichtungen der präventiven, ambulanten, stationären oder rehabilitativen Versorgung.

Besonders bei den Selbstvermessungs- und Fitness-Apps gibt es erhebliche Qualitäts- und Datenschutzprobleme, die in den folgenden Abschnitten in allgemeiner Form angesprochen werden.

» Probleme und Herausforderungen

Der sich mittels neuer Technologien informierende Patient kann durch seine Behandler informiert und angeleitet werden, wie er das Internet als Informationsquelle am besten nutzt und welche Erkennungsmerkmale es für Qualität gibt. Die Gestaltung eines Internetauftritts von Gesundheitsdienstleistern, z. B. in einem Versorgungs-Netzwerk, dient nicht nur der werbenden Außendarstellung, sondern kann auch ein maßgebliches Element der Heranbildung gesundheitskompetenter Patientinnen und Patienten in der Region sein. Das wird dann

allerdings auch Investitionen und kontinuierliche professionelle Pflege erfordern.

Das Social Web bietet Gesundheitsdienstleistern nicht nur die Möglichkeit, durch interaktive Angebote die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern, sondern auch die Chance, Identifikation als Mitglied eines virtuellen und bzw. oder faktischen Netzwerks zu erzeugen und auf diese Weise mit den (potenziellen) Patientinnen und Patienten eine kooperative integrierte Allianz für bessere Gesundheitsversorgung zu schmieden.

Soziale Netzwerke wie Facebook oder Google+ bieten ihren Mitgliedern, zu denen zunehmend auch Institutionen gehören, die Möglichkeit, untereinander Inhalte auszutauschen und diese zu verlinken oder zu »liken«. Besucherinnen und Besucher eines Mitglieds-Profiles können öffentlich sichtbare Nachrichten auf der Pinnwand des Profils hinterlassen oder Beiträge der Profilinhaberin bzw. des Profilinhabers kommentieren.

Ob Anbieter von Gesundheitsdiensten durch Einrichtung eines eigenen Profils in den Sozialen Netzwerkseiten einen direkten Zugang zu Patientinnen und Patienten bzw. zu bestimmten Zielgruppen herstellen wollen, ist derzeit sicher noch keine leichte Entscheidung, da es keine systematischen Evaluationen des Nutzens gibt. Eine Pilot-Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat 2013 Erfahrungen mit der »Foren-Webcare« im Sinne einer »virtuellen Streetwork« gesammelt (in nicht selbst betriebenen Foren wurden Fragen zu gesundheitlichen Themen identifiziert und beantwortet). Diese Social Media-Interventionen stießen auf positive Akzeptanz. Ein weiteres Ergebnis war, dass die Rückmeldung aus den Foren zur Erweiterung institutioneller Gesundheitskompetenz (in diesem Fall der BZgA) beitragen kann (Quast und Nöcker 2015).

Eine aktuelle Studie der Bertelsmann-Stiftung bilanziert als zentrale Aussage: »Digitale Gesund-

heits-Anwendungen haben substanzielles Potenzial, Patienten in ihrer Rolle zu stärken und damit die Versorgung zu verbessern. Das Potenzial wird allerdings bei weitem noch nicht ausgeschöpft; wenige relevante Anwendungen kommen bereits in der Breite zum Einsatz. Damit die Anwendungen für die Versorgung nutzbar werden, müssen die Akteure des Gesundheitssystems selbst gestaltend tätig werden und Strategien sowie Mechanismen für den Einsatz der Anwendungen entwickeln.« (Bertelsmann-Stiftung 2015)

M-Health stellt die Gesundheitsdienstleister vor allem vor die Frage, welche Medizin-, Gesundheit- und Versorgungs-Apps tatsächlich für ihre jeweilige Klientel oder sie selbst einen Mehrwert haben. Bisher erfolgt die Erfindung neuer Apps überwiegend von der Industrie getrieben. Der Mehrwert für die Anbieter von Dienstleistungen könnte in Imagegewinnen, Zeitgewinnen oder auch ökonomischem Nutzen durch verbesserte und effektivere Versorgungsprozesse liegen.

Die Freiburger Studie zeigte viele Mängel und Probleme des großen Angebots von Apps auf. Aber sie zeigt auch, dass es nützliche Apps gibt – ganz abgesehen davon, dass viele Nutzerinnen und Nutzer eine positive Meinungen darüber haben und sie als Hilfe und Unterstützung empfinden. In der Studie wird eine neue App-Empfehlungsplattform IMS Appscript (www.appscript.net) empfohlen. Diese könnte es für Ärztinnen und Ärzte leichter machen, sinnvolle und nützliche Apps zu finden und ihren Patientinnen und Patienten zur Krankheitsbewältigung »zu verordnen« bzw. zu empfehlen. In die Auswahlkriterien der IMS-Experten fließen dabei unter anderem die Bewertungen der App-Nutzer, die Anzahl der Downloads, die Häufigkeit und Intensität der App-Nutzung durch die Anwender sowie die Ergebnisse eines noch nicht näher beschriebenen Prüfprozesses ein.

Ein weiteres Orientierungsportal hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingerichtet (www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Abgrenzung/medical_apps/_node.html). Auch das vom eHealth-Journal »JMIR mHealth and uHealth« angebotene (allerdings freiwillige und kostenpflichtige) Peer-review-Verfahren für Health-Apps könnte helfen, die Spreu vom Weizen zu trennen. Direkt für Nutzer gedachte Auswahlhilfen (Übersicht über die eigenen App-Angebote und Checkliste) stellt die Techniker Krankenkasse auf ihren Internetseiten zur Verfügung (www.tk.de).

Das deutsche Telemedizin-Portal bietet Informationen (<http://telemedizin.fokus.fraunhofer.de>) zu laufenden und neuen Projekten der Telemedizin in Deutschland an.

» Diskussion

Eine Reihe von grundsätzlichen Problemen stellt sich derzeit noch der breiten Nutzung von E-Health-Anwendungen entgegen.

Datenschutz: Laut der Untersuchung »Gesundheits- und Versorgungs-Apps« des Universitätsklinikums Freiburg im Auftrag der Techniker Krankenkasse fehlten bei 60 % der untersuchten Gesundheits-Apps im Bereich Impfen und Vorsorge die Datenschutzhinweise. Bei einer Untersuchung von 140 Apps waren bei 80 % Login-Daten und bei 52 % Gesundheitsdaten auslesbar. Von Behörden zugelassene Apps waren nicht weniger risikobehaftet als andere (Krüger-Brand 2016). Die AV-Test GmbH untersuchte neun Fitness-Armbänder und empfiehlt mehreren Anbietern dringend Verbesserungen ihres Sicherheitskonzepts (www.av-test.org/de/news/news-single-view/test-fitness-armbaender-legen-daten-offen). Die Nutzerinnen

und Nutzer erwarten jedoch, dass ihre Gesundheitsdaten gegen Missbrauch gesichert werden.

Qualität: Ein großer Teil der Health-Apps kann weder inhaltlich noch technisch überzeugen. Das geht hin bis zur mangelnden Präzision der Messungen und teilweisen Schadstoffbelastungen (Der Spiegel 2016 und Stiftung Warentest 2016). Daraus resultiert ein schwer durchdringbares Dickicht von Health-Apps unterschiedlicher Qualitätsniveaus, in dem Nutzer bisher weitgehend auf sich selbst gestellt sind. Dies liegt sicher zum großen Teil auch daran, dass die meisten Entwicklungen Industriegetrieben erfolgen und nicht auf medizinische Bedarfe ausgerichtet sind. Digital-Health-Anwendungen, die als Medizinprodukte eingestuft werden, müssen regulatorischen Vorgaben genügen. Relevante Verfahren gibt es hierzu in den USA und in der EU. Aber schon die Zuordnung zu der Kategorie »Medizinprodukt« ist nicht einfach zu treffen. Für den normalen Verbraucher ist in der Regel nicht erkennbar, ob und nach welchen Kriterien Anwendungen zugelassen wurden und welche Aussagekraft die Zulassung hat.

Nutznachweise: Zum Nutzen von Digital-Health-Anwendungen gibt es nur wenige Studien. Das liegt nicht nur daran, dass die Anwendungen noch »jung« sind, sondern auch an den reduzierten (finanziellen) Möglichkeiten vieler Anbieter. Deshalb ist es sehr schwer, echte Innovationen zu identifizieren und diese in die Regelversorgung zu übernehmen. Die meisten Apps werden bisher ohne Beteiligung von Public Health-Experten oder Psychologen entwickelt. Ob die Effekte, die sich in einzelnen Studien gezeigt haben, wirklich nachhaltig sind und ob Disease-Management-Apps tatsächlich Krankheitsparameter oder die Lebensqualität von Chronikern positiv beeinflussen, werden kontrollierte Studien zeigen müssen.

Sowohl die Bertelsmann- wie auch die TK-Studie setzen auf eine Strategie der Qualifizierung von Ver-

braucherinnen und Verbrauchern, damit sie sich im rasch wachsenden Angebot digitaler Gesundheitsinformationen und -anwendungen zurechtfinden und sachgerecht auswählen können. Dies ist sicher eine zu einfache Strategie: Dem Versicherten/Bürger wird damit zugemutet, sich zunächst mediale Kompetenz anzueignen und darauf aufbauend zum gesundheitskompetenten Manager seiner (mangelnden) Gesundheit zu werden – keine ganz kleine Forderung.

Auf jeden Fall ist es unumgänglich, dass die Leistungsanbieter eine Lotsenfunktion übernehmen. Dazu müssen die meisten allerdings erst einmal selbst Medienkompetenz erwerben. Integrierte kooperative Systeme wie Ärztenetze sind hierbei im Vorteil, weil sie diese Kompetenz »einkaufen« können, eine Option, die kleineren Versorgungseinrichtungen aus ökonomischen Gründen sehr viel schwerer fallen dürfte.

Eine abschließende Bemerkung noch zu einem allgemeinen, nicht nur die oben schon angeklungene Fachdiskussion dieses Artikels betreffenden Dilemma der E-Health-Anwendungen: Die vielfältigen Probleme von Daten- und Persönlichkeitsschutz konnten wir hier nicht hinreichend würdigen, dies bedürfte einer eigenen Abhandlung. Die Nutzung

von Social Media, M-Health-Apps und anderen internetgestützten Applikationen birgt erhebliche Risiken in sich. Nahezu alle Anbieter »tracken« ihre Nutzer, die meisten verlangen zudem die Preisgabe persönlicher Daten bis zur Einsicht in die Adressbücher, Standorte und gespeicherten Medien. Sich hinter Avataren und Nicknamen zu verstecken, nützt wenig, da viele weitere Informationen, die eindeutig auf die reale Person schließen lassen, im Hintergrund gesammelt und verknüpft werden. Aus gut nachvollziehbaren Gründen wird die Freiwilligkeit der Daten-Hergabe von Patientinnen und Patienten an ihre Versicherungen nicht als ausreichender Schutz vor für sie nachteilige Nutzung angesehen (<http://linksfraktion.de/im-wortlaut/mein-herzschlag-gehoert-mir/?drucken>).

Ist das eine Sicherheits-Paranoia? Eher nicht. Menschen mit Stigma-behafteten Diagnosen sollten sich z. B. zweimal überlegen, wie weit sie sich zum homo patiens publicus machen. Eine freie Entscheidung hierfür ist die Mindestvoraussetzung. Nicht mehr frei entscheiden können aber diejenigen, die »nur« als Kontakte oder Kommunikationspartner durch Naivität, Unbedarftheit oder unzulängliche Qualität ihrer Hard- und Software »geoutet« werden.

» Literatur

- Belliger, A.; Krieger, D. J. (Hg.) (2014):** Gesundheit 2.0. Das ePatienten-Handbuch. Bielefeld.
- Bertelsmann-Stiftung. (2015):** Gesundheits-Apps: Bedeutender Hebel für Patient Empowerment – Potenziale jedoch bislang kaum genutzt. In: SPOTLIGHT Gesundheit 02/2016. Online verfügbar unter www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-gesundheits-apps/ [Zugriff am 02.02.2016].
- Bundesrat (2014):** Drucksache 167/14, Grünbuch der Kommission über Mobile-Health-Dienste (>mHealth<) 2014. Online verfügbar unter www.umwelt-online.de/PDFBR/2014/0167_2D14.pdf [Zugriff am 02.02.2016].
- Der Spiegel (2016):** Trends – Sportlich vermessen: Viele Deutsche erheben mit Fitnesstrackern ihre persönlichen Daten. Doch einige Geräte sind fehleranfällig oder enthalten gefährliche Weichmacher. Nr. 5/2016, S. 88.
- Deutsches Ärzteblatt (Heft 4, 2016), A 142 – A144:** Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=5926 [Zugriff am 27.04.2016].
- Dockweiler, C.; Razum, O. (2016):** Digitalisierte Gesundheit: neue Herausforderungen für Public Health. In: Gesundheitswesen 2016; 78, S. 5–7; DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-110679> [Zugriff am 22.12.2015].
- Ebersbach, A.; Glaser, M.; Heigl, R. (2008):** Social web. Konstanz.
- Esch, T.; Mejilla, R.; Anselmo, M.; Podtschaske, B.; Delbanco, T.; Jan Walker, J. (2016):** Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. BMJ Open 2016;6: e010034. DOI:10.1136/bmjopen-2015-010034.
- Europäische Kommission:** eHealth Action Plan, 2012. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf [Zugriff am 03.02.2016].
- Höhl, R (2016):** Patientenportale mit Nebenwirkungen. Ärzte Zeitung vom 9.2.2016. Online verfügbar unter www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/904550/e-health-patientenportale-nebenwirkungen.html [Zugriff am 27.04.2016].
- Kacher, C.; Wiest, A.; Schumacher, N. (2000):** E-Health: Chancen und Risiken für Ärzte, Patienten und Kostenträger. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 76, S. 607–613.
- Kofahl, C.; Horak, I. (2010):** Arztbewertungsportale. Neue Wege im Gesundheitswesen bei Information, Bewertung und Suche im Internet. In: Koch, C. (Hg.): Achtung: Patient online!: Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Heidelberg, S. 105–126.
- Krüger-Brand, H. E. (2016):** Apps in der Medizin – viele Sicherheitsrisiken. In: Deutsches Ärzteblatt 113(5), S. A 174–175.
- Lucht, M.; Bredenkamp, R.; Boeker, M.; Kramer, U. (o.J., vorgestellt am 17.6. 2015):** Gesundheits- und Versorgungs-Apps. Hintergründe zu deren Entwicklung und Einsatz. Online verfügbar unter www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/724464/Datei/143238/Studie-Gesundheits-und-Versorgungs-Apps.pdf [Zugriff am 02.02.2016].

- Ludwigs, S.; Nöcker, G. (2015):** Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. Internetversion der Leitbegriffe für Gesundheitsförderung und Prävention. Online verfügbar unter www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=210 [Zugriff am 02.02.2016].
- Miller, D. P. Jr. u. a. (2016):** Primary care providers. Views of patient portals: interview study of perceived benefits and consequences. In: *J Med Internet Res* 2016;18(1):e8 (DOI:10.2196/jmir.4953).
- Quast, T.; Nöcker, G. (2015):** Social Media – Foren-Webcare als proaktive Informationsstrategie in der Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus einem Pilotprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In: *Bundesgesundheitsblatt* 2015, 58:966–975. DOI 10.1007/s00103-015-2203-9.
- Research2Guidance (2015):** mHealth App Developer Economics 2015 – The current status and trends of the mHealth app market. Online verfügbar unter <http://research2guidance.com/r2g/r2g-mHealth-App-Developer-Economics-2015.pdf> [Zugriff am 02.02.2016].
- Statistisches Bundesamt (2014):** Fachserie 15, Reihe 4.
- Stiftung Warentest (2016):** Fitness-Armbänder: Nur zwei von zwölf sind gut. Online verfügbar unter www.test.de/Fitnessarmbaender-Nur-zwei-von-zwoelf-sind-gut-4957497-0 [Zugriff am 04.03.2016].
- Techniker Krankenkasse (Hg.) (2015):** Trendmonitor der TK. Online verfügbar unter www.tk.de/tk/themen/digitale-gesundheit/infografiken/723194 [Zugriff am 02.02.2016].

» Im Text erwähnte Internetquellen

www.appscript.net

www.bfarm.de

www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Abgrenzung/medical_apps/_node.html

www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2408.pdf

www.test.de/Fitnessarmaender-Nur-zwei-von-zwoelf-sind-gut-4957497-0/

www.tk.de

<http://telemedizin.fokus.fraunhofer.de/>

www.av-test.org/de/news/news-single-view/test-fitness-armaender-legen-daten-offen/

www.onmeda.de

www.forum-alkoholiker.de

www.gesundheit.de

www.gofeminin.de

www.gutefrage.net

www.healthonnet.org

www.afgis.de

www.weisse-liste.de

www.rheuma-liga.de/startseite/

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/

www.epatientdave.com

<http://linksfraktion.de/im-wortlaut/mein-herzschlag-gehört-mir/?drucken>

» 04.3

Positionspapier »Gute Praxis Gesundheitsinformationen«

Arbeitsgruppe GPGI – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.*

» Zusammenfassung

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zeichnen sich durch eine unverzerrte und zuverlässige Darstellung des aktuellen medizinischen Wissensstands aus. Sie ermöglichen es Menschen, ihr Wissen über Gesundheit und Krankheit zu verbessern und eigenständig oder gemeinsam mit anderen Entscheidungen über Gesundheitsfragen zu treffen, die den Einstellungen und der Lebenssituation entsprechen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, müssen Gesundheitsinformationen Anforderungen an die Evidenzbasierung erfüllen.

Um Ersteller und Herausgeber von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen zu unterstützen, hat eine Arbeitsgruppe des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin die erste Version der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* weiterentwickelt. An der Gruppe waren Wissenschaftler, Patientenvertreter, Journalisten und Ersteller von Gesundheitsinformationen beteiligt. Die Anforderungen an evidenzbasierte Gesundheitsinformationen wurden

innerhalb der Autorengruppe im Konsens formuliert und anschließend zur öffentlichen Konsultation gestellt. Eingehende Stellungnahmen wurden dokumentiert und auf Änderungs- und Ergänzungsbedarf ausgewertet. Die Umsetzung der Änderungen wurde erneut in der Autorengruppe konsentiert.

Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* fordert ein transparentes methodisches Vorgehen der Erstellung von Gesundheitsinformationen. Um das zu gewährleisten, beruhen evidenzbasierte Informationen auf (a) einer systematischen Recherche, (b) einer begründeten Evidenzauswahl, (c) einer unverzerrten Darstellung der relevanten Ergebnisse, (d) angemessener inhaltlicher und sprachlicher Darstellung von Unsicherheiten, (e) entweder Verzicht auf direktive Empfehlungen oder klare Trennung zwischen der Darstellung von Ergebnissen und der Ableitung von Empfehlungen, (f) Berücksichtigung der aktuellen Evidenz zur Kommunikation von Zahlen, Risikoangaben und Wahrscheinlichkeiten und (g) transparenten Angaben über Verfasser und Herausgeber der Gesundheitsinformation und deren Finanzierung.

* Nachdruck aus: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFO), Band 110–111, Arbeitsgruppe GPGI, *Gute Praxis Gesundheitsinformation*, S. 85–92 (2016), mit freundlicher Genehmigung von Elsevier.

Inhaltsverzeichnis des Positionspapiers

1. Vorwort
- 1.1. Vorgehen zur Erstellung der Guten Praxis Gesundheitsinformation
2. Was sind Gesundheitsinformationen?
- 2.1 Abgrenzung von offener oder verdeckter Werbung
3. Anforderungen an Transparenz, Inhalt und Vermittlung
4. Gestaltungsspielraum
5. Methodenpapiere: Welche Aspekte sollen angesprochen werden?
- 5.1 Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse
- 5.2 Systematische Recherche
- 5.3 Auswahl der Evidenz
- 5.4 Auswahl der dargestellten Ergebnisse (Endpunkte)
- 5.5 Wahl und Darstellung von Vergleichen
- 5.6 Umgang mit Zahlen und Risikoangaben
- 5.7 Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden
- 5.8 Anpassung an die Zielgruppe
- 5.9 Sachlich angemessene Darstellung
- 5.10 Ableitung von Bewertungen und Empfehlungen
- 5.11 Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen
- 5.12 Transparenz über Verfasser und Herausgeber
- 5.13 Darlegung von Interessenkonflikten
- 5.14 Beschreibung der typischen Formate und Inhalte
- 5.15 Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen
- 5.16 Aktualisierung von Methodenpapieren
6. Folgende Personen waren beteiligt
7. Literatur

Insgesamt führt die GutePraxis 16 Aspekte auf, die in Methodenpapieren adressiert werden sollen.

Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* ist eine Hilfestellung, welche methodischen Aspekte bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen beachtet werden sollen. Die transparente Beschreibung der zugrundeliegenden Methoden und Prozesse erfordert die Veröffentlichung frei zugänglicher Methodenpapiere, die die allgemeine Vorgehensweise beschreiben.

»» 1. Vorwort

Alle Menschen haben ein Recht auf umfassende Informationen zu Fragen, die ihre Gesundheit und Krankheiten betreffen. Ebenso haben sie ein Recht auf eine verständliche Vermittlung dieser Informationen und auf eine Beteiligung an allen Entscheidungen, die ihre Gesundheit oder Krankheiten

betreffen. Diese Grundsätze sind im deutschen Patientenrechtegesetz verankert [1].

Für die Wahrnehmung ihres Rechts auf Information und Beteiligung benötigen Bürgerinnen und Bürger evidenzbasierte Informationen. Diese zeichnen sich durch eine unverzerrte und zuverlässige Darstellung des aktuellen medizinischen Wissensstands aus [2, 3].

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen ermöglichen es den Menschen, ihr Wissen über Gesundheit und Krankheit zu verbessern und eigenständig oder gemeinsam mit anderen Entscheidungen über Gesundheitsfragen zu treffen. Diese Entscheidungen sollen den Einstellungen, Wertvorstellungen und der Lebenssituation der jeweiligen Person entsprechen [3–5].

Grundlegendes Wissen über Gesundheit und Krankheit ist zudem eine wichtige Voraussetzung für die Teilhabe am Gesundheitssystem. Gute Gesundheitsinformationen sollen es Bürgerinnen und Bürgern auch ermöglichen, die Einrichtungen des Gesundheitssystems sinnvoll zu nutzen [6].

Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* (GPGI) – beschreibt Anforderungen an die Qualität von Gesundheitsinformationen und – unterstützt Verfasser und Herausgeber bei der Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen.

Gesundheitsinformationen, die auf der Grundlage der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* entstehen, sollen entscheidungsrelevante Informationen in verständlicher Art und Weise und unter Berücksichtigung der Kompetenzen der Zielgruppen (»Health Literacy«) aufbereiten. Unter »Health Literacy« (Gesundheitsbildung) versteht man die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu lesen, zu verstehen und zu nutzen, um angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und umsetzen zu können [7, 8]. Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* zielt darauf, die Kommu-

nikation von Erkrankten und ihren Angehörigen mit Behandelnden zu verbessern. Das erhöht die Chance, eine möglichst sinnvolle und den individuellen Präferenzen entsprechende Behandlung zu finden und Schaden durch Über-, Unter- oder Fehlbehandlung zu minimieren. Auf diese Weise soll die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* auch zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung beitragen.

Qualität der Versorgung wird hier in Anlehnung an die Definition der amerikanischen National Institutes of Health (NIH) verstanden. Qualität ist demnach die Wahrscheinlichkeit, solche Behandlungsergebnisse zu erzielen, in denen (a) die gesundheitliche Versorgung mit dem aktuellen Wissensstand übereinstimmt, und die (b) den persönlichen Präferenzen der betroffenen Menschen entsprechen [9]. Nach dieser Begriffsbestimmung entsteht eine gute Versorgungsqualität aus der Verbindung der bestverfügbaren Evidenz mit professioneller Expertise und der Berücksichtigung der persönlichen Präferenzen von Patientinnen und Patienten.

1.1 Vorgehen zur Erstellung der Guten Praxis Gesundheitsinformation

Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* wurde von einer Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern, Klinikern, Patientenvertretern, Verfassern und Herausgebern von Gesundheitsinformationen unter Federführung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. erarbeitet.

Es gab kein formales Verfahren zur Auswahl der Beteiligten. Die Gruppe bestand primär aus Personen, die bereits an der »Guten Praxis 1« [10] beteiligt waren und die Interesse an evidenzbasierter Medizin und an einer Qualitätsverbesserung

von Gesundheitsinformationen haben. Aussagen zur Wirkung einzelner Elemente evidenzbasierter Gesundheitsinformationen beruhen auf systematischen Recherchen im Rahmen der »Leitlinie Patienteninformation« [11].

Die Inhalte der GPPI wurden in drei Treffen vorbereitet und in einem mehrstufigen schriftlichen Konsensprozess abgestimmt, in den die gesamte Gruppe eingebunden war. Der Entwurf wurde im März 2015 zur öffentlichen Stellungnahme auf der Website des DNEbM veröffentlicht.

Die Stellungnahmen wurden nach Argumenten ausgewertet, sich daraus ergebende Änderungen flossen in die vorliegende Fassung ein. Die Stellungnahmen und eine Würdigung sind im getrennten Dokument »Gute Praxis Gesundheitsinformation – Dokumentation der Stellungnahmen« veröffentlicht. (www.ebm-netzwerk.de/gppi)

» 2. Was sind Gesundheitsinformationen?

Gesundheitsinformationen sind Informationen, die sich insbesondere beziehen auf

- das allgemeine Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf,
- Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung),
- Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Palliation, Rehabilitation und Nachsorge von Krankheiten und damit im Zusammenhang stehenden medizinischen Entscheidungen,
- Pflege und
- Krankheitsbewältigung und den Alltag mit einer Erkrankung.

Gesundheitsinformationen können in sehr unterschiedlichen Situationen, Formaten und für sehr

verschiedene Zielgruppen eingesetzt werden. Für die Zwecke der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* ist eine Unterscheidung nach Herausgebern hilfreich, um »Experten« von anderen Anbietern abzugrenzen. Mit Experten sind hier alle Personen und Institutionen mit einer professionellen Verantwortung gemeint: Dazu gehören zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe, aber auch Institutionen und Organisationen, die Gesundheitsinformationen erstellen und öffentlich verbreiten. Expertinnen und Experten können in zwei Rollen auftreten:

- Information individueller Personen: Das umfasst zum Beispiel die persönliche Information von Patientinnen und Patienten, aber auch das Angebot individueller telefonischer und elektronischer Beratung.
- Information einer breiten Zielgruppe: Das umfasst alle schriftlichen Informationen (gedruckt und in digitaler Form), aber zum Beispiel auch Audio- oder Videoformate, die sich an viele Personen gleichzeitig richten. Dazu gehören auch dynamische Internetformate, wie zum Beispiel interaktive Entscheidungshilfen.

Davon abzugrenzen sind zum Beispiel Formate wie Chats und Foren im Internet, die auch »Nicht-Experten« die Möglichkeit geben, als Absender von Gesundheitsinformationen aufzutreten und untereinander Erfahrungen auszutauschen. Bei diesen Formaten kann die Grenze zwischen persönlichem Erfahrungsbericht und Gesundheitsinformation im engeren Sinne verschwimmen. Sie stehen daher nicht im Fokus der *Guten Praxis Gesundheitsinformation*.

Die Anforderungen der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* gelten für alle Formate, die von Expertinnen und Experten herausgegeben werden und die für Gesundheitsentscheidungen relevante Inhalte haben. Wie diese Anforderungen umgesetzt werden können, hängt im Detail vom jeweiligen Format ab.

Auch Medien sind prominente Herausgeber von Informationen zu Gesundheitsfragen. Die Anforderungen der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* können auch für Journalistinnen und Journalisten in der Erstellung von Beiträgen zu Gesundheitsthemen hilfreich sein [12].

2.1 Abgrenzung von offener oder verdeckter Werbung

Abzugrenzen von Gesundheitsinformationen ist offene oder verdeckte Werbung. Informationen (gleich welchen Formats) zu Produkten oder Leistungen, die direkt oder indirekt (zum Beispiel durch das Umfeld, in dem sie veröffentlicht sind) der Vermarktung dienen, können die Anforderungen der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* nicht erfüllen.

>> 3. Anforderungen an Transparenz, Inhalt und Vermittlung

Grundlage der Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen ist ein transparentes methodisches Vorgehen mit dem Ziel, den aktuellen Stand des Wissens verständlich, transparent und unverzerrt darzustellen.

Um das zu gewährleisten, beruhen evidenzbasierte Informationen auf folgenden Grundsätzen [2–4, 13–15]:

- Systematische Recherche entsprechend der für die Zielgruppe relevanten Fragestellungen.
- Begründete Auswahl der für die Fragestellung geeigneten Evidenz.

- Unverzerrte Darstellung der für Patientinnen und Patienten relevanten Ergebnisse, wie zum Beispiel Sterblichkeit (Mortalität), Beschwerden und Komplikationen (Morbidität) und gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- Angemessene inhaltliche und sprachliche Darstellung von Unsicherheiten.
- Entweder Verzicht auf direktive Empfehlungen oder klare Trennung zwischen der Darstellung von Ergebnissen und der Ableitung von Empfehlungen.
- Berücksichtigung der aktuellen Evidenz zur Kommunikation von Zahlen, Risikoangaben und Wahrscheinlichkeiten.
- Transparente Darstellung der Angaben über Verfasser und Herausgeber der Gesundheitsinformation und deren Finanzierung.

Den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin zufolge soll das methodische Vorgehen zur Erstellung der Gesundheitsinformation der Fragestellung und den Zielen angemessen sein. Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* schreibt deshalb Verfassern und Herausgebern nicht vor, welche Methoden und Prozesse verwendet werden müssen.

Eine unverzichtbare Anforderung ist aber, dass Verfasser und Herausgeber von Gesundheitsinformationen ihr Vorgehen nachvollziehbar darlegen und durch eine transparente Beschreibung der zugrunde liegenden Methoden und Prozesse begründen.

Das erfordert die Veröffentlichung frei zugänglicher Methodenpapiere, in denen Verfasser und Herausgeber ihre allgemeine Vorgehensweise beschreiben.

Aspekte, die in Methodenpapieren angesprochen werden sollen, werden in Abschnitt 5. näher ausgeführt.

» 4. Gestaltungsspielraum

Die Qualität einer Gesundheitsinformation hat mehrere Dimensionen. Dazu gehören neben der inhaltlichen Korrektheit, Aktualität und Vollständigkeit auch Aspekte der Verständlichkeit, des angemessenen Umfangs, der Gestaltung und der Barrierefreiheit. Nicht alle Dimensionen lassen sich gleichzeitig optimieren. In der Realität sind Kompromisse erforderlich.

Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* macht keine Vorgaben, in welcher Weise Herausgeber von Gesundheitsinformationen diesen Kompromiss für sich definieren.

Wie diese Dimensionen für sich optimiert und miteinander in Einklang gebracht werden können, ist selbst Gegenstand aktiver Forschung. Zur »Gute Praxis« gehört es deshalb, die Weiterentwicklung der Standards evidenzbasierter Gesundheitsinformationen auf geeignete Weise zu beobachten und die eigenen Methoden bei Bedarf an den Stand des Wissens anzupassen.

Eine Basis dafür bietet die ebenfalls unter dem Dach des EbM-Netzwerks erstellte Leitlinie »Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen« [11]. Der aktuelle Stand der Leitlinie ist online unter www.leitlinie-gesundheitsinformation.de abrufbar.

Die Umsetzung der Kriterien der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* führt nicht automatisch dazu, dass sich so erstellte Informationen im Wettbewerb mit anderen Informationen durchsetzen, zum Beispiel auf Trefferlisten von Internet-Suchmaschinen. Herausgeber sollten schon bei der Planung

von evidenzbasierten Informationen dafür Sorge tragen, dass ihre Informationen gefunden und breit genutzt werden können.

» 5. Methodenpapiere: Welche Aspekte sollen angesprochen werden?

Den Grundsätzen der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung zufolge sollen die Methoden der Erstellung einer Information der Fragestellung und den Zielen angemessen sein. Dafür ist eine transparente Beschreibung der gewählten Methoden und Prozesse sowie deren frei zugängliche Publikation zum Beispiel als Methodenpapier¹ unverzichtbar.

Methodenpapiere sollen mindestens darlegen, wie Verfasser und Herausgeber die folgenden Aspekte bei der Erstellung der Informationen berücksichtigen:

5.1 Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen orientieren sich auch an den Informationsbedürfnissen der Zielgruppe. Neben allgemeinen, bei den meisten Themen für alle Zielgruppen gleich relevanten Aspekten, kann es bei jedem Thema zum Beispiel spezifische Probleme und Fragen, verbreitete Miss-

1 Zu unterscheiden ist hier zwischen Methodenpapieren und Methodenreports. Mit Methodenpapieren sind Dokumente gemeint, die allgemein die Methoden und Prozesse der Qualitätssicherung eines Informationsanbieters beschreiben. Mit Methodenreports sind Dokumente gemeint, die die für eine einzelne Information konkret eingesetzten Methoden dokumentieren (wie zum Beispiel die Suchstrategie etc.). Die Gute Praxis Gesundheitsinformation überlässt es dem einzelnen Verfasser oder Herausgeber, zusätzlich auch Methodenreports zu veröffentlichen.

verständnisse und Wissenslücken geben. Methodenpapiere sollen die Methoden zur Identifizierung solcher Aspekte beschreiben.

5.2 Systematische Recherche

Grundlage der Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen ist eine systematische Recherche der für die Fragestellung angemessenen aktuellen Literatur. Eine systematische Recherche bedeutet nicht zwangsläufig, dass die gesamte medizinische Literatur in mehreren Datenbanken gesucht werden muss. Je nach Fragestellung kann eine systematische Recherche zum Beispiel auf wenige Datenbanken, kurze Zeiträume, wenige Sprachen, bestimmte Studientypen oder Teilfragestellungen eingeschränkt sein. Entscheidend ist, dass der Umfang der Recherche und die Ein- und Ausschlusskriterien den Zielen der Information entsprechen und bei der Darstellung der Ergebnisse angemessen berücksichtigt werden.

5.3 Auswahl der Evidenz

Für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind die für die Zielgruppe relevanten, vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den aktuellen und ausreichend zuverlässigen Studien zu berücksichtigen. Welche Studientypen angemessen sind, hängt von der Fragestellung ab. Für Aussagen zum Nutzen diagnostischer, präventiver und therapeutischer sowie rehabilitativer Methoden gelten im allgemeinen Unterlagen der Evidenzstufe I (systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien oder einzelne randomisierte kontrollierte Studien) mit patientenrelevanten Endpunkten (zum Beispiel Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) als beste Informationsbasis.

Unsicherheiten und die Möglichkeit von Verzerrungen (Bias) sind grundsätzlich bei der Erstellung der Gesundheitsinformation zu berücksichtigen. Wenn Unterlagen der »besten« Evidenzstufe fehlen, schließt das die Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen nicht aus. Das gilt auch, wenn Informationen nur auf Grundlage von Unterlagen niedriger Evidenzstufen verfügbar sind (z. B. Beobachtungsstudien, Fallserien) oder wenn bekannt ist, dass Studienergebnisse nicht vollständig vorliegen.

5.4 Auswahl der dargestellten Ergebnisse (Endpunkte)

Informationen über Behandlungsergebnisse sollen sich auf Endpunkte beziehen, die für Patientinnen und Patienten relevant sind, also insbesondere auf die Sterblichkeit (Mortalität), die Beschwerden und Komplikationen (Morbidität), die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Begleitumstände der Behandlung (z. B. Zeitaufwand, körperliche, seelische, soziale und auch finanzielle Belastungen). Liegen zu diesen Endpunkten keine ausreichend verlässlichen Ergebnisse vor, ist dieser Umstand in der Gesundheitsinformation anzusprechen. Wenn mangels klinischer Endpunkte nur bestimmte eng damit zusammenhängende Ersatzendpunkte (Surrogatparameter, Biomarker) wie etwa Blutwerte herangezogen werden, ist auf die sich daraus ergebenden Unsicherheiten hinzuweisen. Methodenpapiere sollen die allgemeinen Kriterien zur Auswahl dargestellter Endpunkte beschreiben.

5.5 Wahl und Darstellung von Vergleichen

Für die individuelle Abwägung von Nutzen und Schaden einer medizinischen Maßnahme (Intervention) sind Informationen über die patientenrelevanten Ergebnisse im Vergleich zu einer Scheinintervention (zum Beispiel Placebo) oder zu einer anderen Behandlungsoption erforderlich. Eine Information sollte auch beinhalten, welche Ergebnisse zu erwarten sind, wenn keine medizinische Intervention gewählt wird (Verzicht auf eine Behandlung). Methodenpapiere sollen beschreiben, wie diese Anforderungen bei der Suche und Auswahl nach Studien umgesetzt werden.

5.6 Umgang mit Zahlen und Risikoangaben

Auch für Behandlungen mit einem nachgewiesenen Nutzen gilt, dass nicht bei allen Patientinnen oder Patienten positive Effekte eintreten, manche erleiden sogar einen Schaden. Deshalb ist eine ausgewogene Darstellung des möglichen Nutzens und Schadens einer Intervention für jede Gesundheitsinformation erforderlich. Das Methodenpapier eines Herausgebers soll erläutern, wie eine realistische Einschätzung der Vor- und Nachteile gesundheitsbezogener und medizinischer Maßnahmen erreicht werden soll.

Allgemein sollte deutlich werden,

- dass die in Studien gefundenen Ergebnisse keine sichere (ja/nein) Vorhersage über das Eintreten eines Ereignisses (Behandlungserfolg, Nebenwirkung etc.) für das Individuum erlauben,
 - dass sich evidenzbasierte Gesundheitsinformationen auf öffentlich zugängliche Studienergebnisse stützen, die an bestimmten Gruppen von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern gewonnen wurden, und
 - dass für die Übertragung auf eine individuelle Person eine Bewertung der Gültigkeit (Validität) und Relevanz der Studienergebnisse nötig ist.
- Für die Kommunikation von Zahlenangaben und Wahrscheinlichkeiten gelten unter anderem folgende Grundsätze:
- Zahlen mit einer sinnvollen Bezugsgröße ermöglichen es, die Größenordnung eines Problems bzw. der Effektivität einer Maßnahme zu erkennen.
 - Für Nutzen und für Schaden sollten – soweit möglich – einheitliche Bezugsgrößen gewählt werden. Ausgangspunkt der Information sollte ein Basisrisiko sein (zum Beispiel der »natürliche Krankheitsverlauf«). Dies meint die Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Beschwerdebild auch ohne medizinische Intervention verbessert, verschlechtert oder konstant bleibt. Die Information, dass sich viele Beschwerdebilder auch ohne Behandlung bessern können, sollte den Nutzerinnen und Nutzern vermittelt werden.
 - Der Effekt einer medizinischen Maßnahme sollte durch Darstellung der absoluten Ereignishäufigkeiten in den zu vergleichenden Gruppen angegeben werden. Welches Maß an Sicherheit die Zahlen haben, sollte benannt werden. Auf Daten, die nicht ausreichend sicher sind, sollte verzichtet werden.
 - Die Veränderungen der Wahrscheinlichkeiten von Ergebnissen sollten als absolute Risikoänderung dargestellt werden.
 - Je nach Kontext kann es sinnvoll sein, zusätzlich zur absoluten Risikoänderung auch relative Änderungen darzustellen. Die alleinige Darstellung der relativen Risikoänderung ist jedoch zu vermeiden, weil damit die Größenordnung von Effekten nicht vermittelt wird.
 - Angemessen kann die Kombination von Darstellungen sein (zum Beispiel absolutes Risiko, relatives Risiko, unterstützt durch grafische Darstellung).

Behandlungsergebnisse können als Nutzen und Schaden ausgedrückt werden – beispielsweise »x von 100 Patienten überleben« bzw. »y von 100 Patienten versterben« (Bezugsrahmensetzung, »Framing«). Unterschiedliches Framing desselben Sachverhalts kann unterschiedliche Effekte bei Patientinnen und Patienten bewirken, z. B. in der Risikowahrnehmung, dem Verständnis und der Motivation. Ausgewogenheit beim Framing ist erforderlich, um Patienten und Patientinnen nicht einseitig zu beeinflussen.

5.7 Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden

Der natürliche Krankheitsverlauf, die Risiken, Symptome, Morbidität, Mortalität, Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von Interventionen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Begleitumstände einer Behandlung können je nach Alter oder Geschlecht variieren. Sofern in der identifizierten Literatur bedeutsame Unterschiede beschrieben werden, sollen diese bei der Erstellung einer Information berücksichtigt werden.

5.8 Anpassung an die Zielgruppe

Gesundheitsinformationen sollen in Komplexität, Inhalten und Verständlichkeit an die Bedürfnisse und Kompetenzen der Zielgruppe angepasst sein. Auch Besonderheiten wie muttersprachlicher und kultureller Hintergrund können für bestimmte Zielgruppen von Bedeutung sein.

Zur Erhöhung der Relevanz, Verständlichkeit und Gebrauchstauglichkeit der Gesundheitsinformationen soll die Perspektive von Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzern in die Entwicklung einer Information einbezogen werden.

Die Auswahl beteiligter Personen hängt auch davon ab, in welcher Funktion sie einbezogen werden sollen (z. B. bei der Erstellung des redaktionellen Konzepts, Koautorenschaft, Begutachtung, Nutzertestung oder der Auswertung der Rückmeldungen von Nutzerinnen und Nutzern). Die Gewinnung von Nutzerinnen und Nutzern soll in einem transparenten Prozess erfolgen und deren Auswahl begründet sein. Methodenpapiere sollen die Art des Einbezugs und den Auswahlprozess beschreiben.

5.9 Sachlich angemessene Darstellung

Informationen im Zusammenhang mit Entscheidungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollen ein realistisches, in neutraler Sprache und in einem angemessenen Bezugsrahmen (»Framing«) dargestelltes Bild vermitteln. Tendenziöse und insbesondere unangemessen beunruhigende Formulierungen sind ebenso zu vermeiden wie verharmlosende Darstellungen. Bedeutsame Unsicherheiten sollen inhaltlich und sprachlich in geeigneter Form umgesetzt werden. Methodenpapiere sollen redaktionelle Prozesse und Instrumente zur Qualitätssicherung der sprachlichen Angemessenheit beschreiben.

5.10 Ableitung von Bewertungen und Empfehlungen

Grundlage für eine individuelle Abwägung von Nutzen und Schaden sind möglichst genaue Informationen über patientenrelevante Ergebnisse. Damit sollen die Nutzerinnen und Nutzer die Möglichkeit erhalten, Entscheidungen zu treffen, die ihren Werten und Präferenzen entsprechen. Informationen sollen deshalb inhaltlich und sprachlich neutral

formuliert werden. Sofern ein Herausgeber eigene zusammenfassende Bewertungen oder Empfehlungen formuliert, sollten diese in den Informationen klar erkennbar und abgegrenzt sein. Methodenpapiere sollen eine Beschreibung enthalten, wie Bewertungen und Empfehlungen abgeleitet und wie sie von der Darstellung der Informationen abgegrenzt werden.

5.11 Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen

Entscheidungshilfen sind Materialien (»Tools«), die dazu dienen, dass Personen über gesundheitsbezogene Maßnahmen mitentscheiden können. Sie bieten Informationen über verschiedene Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, unterstützen beim individuellen Abwägen zwischen Entscheidungsoptionen und helfen Patienten dabei, ihre persönlichen Werte bzw. Präferenzen im Hinblick auf die verschiedenen Optionen zu klären und zu kommunizieren. Für die Evidenzbasierung der Inhalte gelten die Anforderungen der *Guten Praxis Gesundheitsinformation*. Der Prozess der Entwicklung sollte sich darüber hinaus an den Standards der International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration orientieren (<http://ipdas.ohri.ca>) [16, 17].

5.12 Transparenz über Verfasser und Herausgeber

Angaben über Verfasser und Herausgeber und ihre Finanzierung sollen transparent sein. Pflichtangaben über den Herausgeber einer Information sind durch rechtliche Vorgaben geregelt, die jeder Herausgeber einhalten muss. Um Transparenz zu schaffen, sind aber weitergehende Angaben nötig

(wie etwa Angaben über die Finanzierung eines Angebots, die Qualifikation der Verfasser, mögliche Interessenkonflikte etc.). Eine Orientierung bieten die für Internetangebote in Deutschland vom Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. entwickelten Transparenzkriterien (www.afgis.de).

5.13 Darlegung von Interessenkonflikten

Interessenkonflikte können das Urteilsvermögen eines Verfassers beeinträchtigen, eine Fehleinschätzung von Nutzen und Schaden bewirken und dadurch Nutzerinnen und Nutzer einer Information gefährden. Interessenkonflikte können sich beispielsweise aus finanziellen Interessen, Karrierestreben oder Eigeninteressen einer Organisation oder Berufsgruppe ergeben [18, 19].

Die *Gute Praxis Gesundheitsinformation* fordert daher von Verfassern und Herausgebern von Gesundheitsinformationen die Vermeidung von Interessenkonflikten. Wenn dies nicht möglich ist, sind Vorgehensweisen nötig, die das Risiko von Bias minimieren, wie z. B. das Hinzuziehen neutraler Expertinnen und Experten, eine externe Begutachtung oder öffentliche Konsultation. In jedem Fall müssen Verfasser (Personen und/oder Institutionen) und die Quellen der Finanzierung genannt werden.

Im Vordergrund stehende kommerzielle Interessen (zum Beispiel an Produkten oder Leistungen) sind mit den Grundsätzen der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* nicht vereinbar.

Methodenpapiere sollen den Umgang mit Interessenkonflikten beschreiben.

5.14 Beschreibung der typischen Formate und Inhalte

Gesundheitsinformationen können sehr unterschiedliche Formate und Inhalte haben, zum Beispiel Informationen zu Ursachen, Krankheitshäufigkeit, Erscheinungsbild (Symptomatik), Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Verlauf, Prognose, Sterblichkeit (Mortalität), Krankheitsvorbeugung (Prävention), Früherkennung (Screening), Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung (Coping), Beratungs- und Kontaktmöglichkeiten. Methodenpapiere von Verfassern und Herausgebern sollen insbesondere Bezug nehmen auf die von ihnen vorgehaltenen Inhalte und gewählten Formate.

5.15 Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen

Methodenpapiere sollen beschreiben, wann und in welchen Fällen (z. B. neue aktuelle Datenlage) Aktualisierungen der Gesundheitsinformationen vorgesehen sind.

5.16 Aktualisierung von Methodenpapieren

Das Methodenpapier eines Herausgebers soll beschreiben, wie die Methoden der Informationsrecherche, der Informationspräsentation und der Qualitätssicherung selbst aktualisiert werden.

>> 6. Folgende Personen waren beteiligt

- Sunya-Lee Antoine
- Maria Beckermann
- Gregor Bornes
- Frank Brunsmann
- Monica Burkhardt
- Marie-Luise Dierks
- Udo Ehrmann
- Judith Günther
- Martin Härter
- Dagmar Hertle
- Birgit Hiller
- David Klemperer
- Klaus Koch
- Ina Kopp
- Britta Lang
- Ingrid Mühlhauser
- Edmund Neugebauer
- Sylvia Sänger
- Jörg Schaaber
- Corinna Schaefer
- Gisela Schott
- Simone Steinhausen
- Anke Steckelberg
- Barbara Tödte
- Andreas Waltering
- Christian Weymayr

Korrespondenzadresse: Dr. rer. medic. Klaus Koch, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Im Mediapark 8, 50670 Köln, E-Mails: kontakt@ebm-netzwerk.de, klaus.koch@iqwig.de, Onlinequelle: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921715300015/.

» 7. Literatur

- [1] **Bundesministerium für Gesundheit (2014)**: Ratgeber für Patientenrechte. Informiert und selbstbestimmt. Online verfügbar unter www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMG/_45.html [Zugriff am 19.04.2016].
- [2] **Bunge, M.; Mühlhauser, I.; Steckelberg, A. (2010)**: What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. In: *Patient Educ Couns* 2010; 78(3), S. 316–328.
- [3] **Steckelberg, A.; Berger, B.; Köpke, S.; Heesen, C.; Mühlhauser, I. (2005)**: Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. In: *ZaeFQ* 2005; 99, S. 343–351.
- [4] **ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008)**: Handbuch Patientenbeteiligung. Beteiligung am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Online verfügbar unter www.aeqz.de/mbd/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe33.pdf [Zugriff am 06.03.2015].
- [5] **Sepucha, K. R.; Fowler, F. J., Jr.; Mulley, A. G. (2004)**: Policy support for patient-centered care: the need for measurable improvements in decision quality. In: *Health Aff (Millwood)* 2004; Suppl Variation: Var 54–62.
- [6] **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001)**: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/056/1405661.pdf> [Zugriff am 06.03.2015].
- [7] **Health Literacy (2004)**: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: The National Academies Press; 2004. Online verfügbar unter www.nap.edu/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion [Zugriff am 06.03.2015].
- [8] **Nutbeam, D. (200)**: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International* 2000; 15(3), S. 259–267.
- [9] **Lohr K. N. (1991)**: Medicare: a strategy for quality assurance. In: *J Qual Assur* 1991; 13(1), S. 10–13.
- [10] **Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2010)**: Gute Praxis Gesundheitsinformation. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2010, 104(2), S. 66–68.
- [11] **Leitlinie Gesundheitsinformation**: Online verfügbar unter www.leitlinie-gesundheitsinformation.de [Zugriff am 08.09.2015].
- [12] **Medien-Doktor**: Online verfügbar unter www.medien-doktor.de/medizin [Zugriff am 06.03.2015].
- [13] **Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE)**: Kriterien für Patientenorientierte Krankheitsbeschreibungen. Online verfügbar unter www.achse.info/help/display/123720#sect3 [Zugriff am 24.02.2015].
- [14] **IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2014)**: Allgemeine Methoden. Entwurf der Version 4.2 vom 18.06.2014.
- [15] **Nilsen, E. S.; Myrhaug, H. T.; Johansen, M.; Oliver, S.; Oxman, A. D. (2006)**: Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Online verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004563.pub2/abstract> [Zugriff am 24.02.2015].

- [16] IPDAS – International Patient Decision Aid Standards (2012):** Collaboration. What are patient decision aids? Online verfügbar unter <http://ipdas.ohri.ca/what.html> [Zugriff: 07.09.2015].
- [17] Joseph-Williams, N.; Newcombe, R.; Politi, M.; Durand, M. A.; Sivell, S.; Stacey, D. et al. (2013):** Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process. In: *Med Decis Making* 2013; 34(6), S. 699–710.
- [18] Klemperer, D. (2008):** Interessenkonflikte. Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105(40), S. A 2098–2100.
- [19] Strech, D.; Klemperer, D.; Knüppel, H.; Kopp, I.; Meyer, G.; Koch K. (o. J.):** Interessenkonfliktregulierung: Internationale Entwicklungen und offene Fragen. Online verfügbar unter www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/pdf/interessenkonfliktregulierung-2011.pdf [Zugriff: 06.03.2015].

05

Anhang

» 05.1

Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. med Eva-Maria Bitzer, MPH, seit 2009 Professorin für Medizin in der Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg, Leiterin der Fachrichtung Public Health und Health Education sowie des Studienprogramms Gesundheitspädagogik. Zu ihren Forschungsgebieten gehören Messen und Fördern von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement, Erstellen und Bewerten von Gesundheitsinformation und Patientenedukation sowie Evaluieren der Wirksamkeit edukativer Interventionen.

Dr. Gina Haack ist wissenschaftliche Referentin im Referat Forschung; Qualitätssicherung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Dipl.-Sozialwirtin Susanne Jordan, MPH; stellvertretende Leiterin Fachgebiet Gesundheitsverhalten, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin; seit über 20 Jahren in Wissenschaft und Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung tätig; Arbeitsschwerpunkte: Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten, Public Health, Gesundheitsberichterstattung.

Prof. Dr. med. David Klemperer, Hochschullehrer für Sozialmedizin, Public Health und Gesundheitswissenschaften. Seit 2001 ist er Professor an der Ostbayerischen Technische Hochschule Regensburg. Zu seinen Forschungsinteressen zählen die evidenzbasierte berufliche Praxis, Patienten-

orientierung, Shared Decision Making, regionale Versorgungsunterschiede und Interessenkonflikte. Er ist past president des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Internetseite: www.davidklemperer.de.

Dr. phil Christopher Kofahl, Diplompsychologe, stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Leiter der AG Patientenorientierung und Selbsthilfe; Forschungsschwerpunkte: Gemeinschaftliche Selbsthilfe, pflegende und betreuende Angehörige, Versorgung von Demenzkranken, Familien mit chronisch kranken und pflegebedürftigen Kindern; Lehre in Medizinischer Soziologie, Sozialmedizin, Public Health und Methoden.

Dr. Kai Kolpatzik, MPH, Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband.

Dr. Joseph Kuhn, Diplompsychologe, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsberichterstattung, Öffentlicher Gesundheitsdienst.

Prof. Dr. Stefan Ludwigs lehrt seit 2005 an der Rheinischen Fachhochschule Köln die Fächer Medientheorie, Kommunikationsmanagement und Medienpsychologie. Seit 2006 leitet er den Studiengang Mediendesign. Seine Arbeitsschwerpunkte sind strategische Beratung, Untersuchungen und Gutachten im Bereich E-Learning und Kommunikation im Social Web. Vor seiner Lehrtätigkeit war er Managing Director der Internetagentur Pixelpark AG in Köln.

Dr. Guido Nöcker, Sozialwissenschaftler, ist Referatsleiter für Fortbildung, Qualifizierung und Hochschulkooperation in der Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Er ist verantwortlich für die Werkstattgespräche mit Hochschulen und für die Fachheftreihen »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung« und »Gesundheitsförderung konkret« sowie die »Leitbegriffe der Gesundheitsförderung«.

Dr. Martin Salaschek, Diplompsychologe, ist wissenschaftlicher Referent bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Evaluation und Qualitätssicherung, Prinzipien digitaler Vernetzung, Gesundheitsförderung von geflüchteten Menschen.

Sonja Siegert ist wissenschaftliche Referentin im Referat Familienplanung und Verhütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Prof. Dr. rer. nat. Ulrike Spörhase, Neurobiologin und Lehrerin, seit 2003 Professorin für Biologie und ihre Didaktik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg, Dekanin der Fakultät für Mathematik, Naturwissenschaften und Technik; lehrt und forscht in verschiedenen Studiengängen der Lehrerbildung und dem BA und MA Gesundheitspädagogik. Arbeitsschwerpunkte: Allgemeine Biologiedidaktik, Lern- und Leistungsaufgaben im Kontext von Diagnose und Förderung, Patientenedukation.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan, M.Sc. (London), Mediziner, Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; seit über 40 Jahren Forschung und Lehre in Medizinischer Soziologie, Sozialmedizin und Public Health. Arbeitsschwerpunkte: Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen; Kommunale und quartiersbezogene Gesundheitsförderung; Patienten- und Mitarbeiterbefragungen.

» 05.2 Tagungsprogramm

TAGUNGSTHEMA:
HEALTH LITERACY/GESUNDHEITSKOMPE-
TENZ – WISSENSCHAFTLICHE DEFINITIONEN,
EMPIRISCHE BEFUNDE UND GESELLSCHAFT-
LICHER NUTZEN

Das 4. Werkstattgespräch greift die aus dem Wissenschaftsbereich angestoßene Debatte um den Begriff Health Literacy/Gesundheitskompetenz auf. Diese hat mit der Veröffentlichung des Europäischen Health Literacy Survey (HLS) eine neue, politisch relevante Dimension erreicht. Während in Österreich und Spanien die meisten Menschen mit den größten Defiziten in der Gesundheitskompetenz (von acht EU-Ländern) leben, bewegt sich Deutschland auf einem mittleren Niveau hinter dem Spitzenreiter Niederlande, das die Bevölkerung mit dem höchsten »Kompetenzniveau« hat. Die Ergebnisse des HLS-Survey haben in Österreich bereits zu einer sichtbaren politischen Reaktion zugunsten der Gesundheitsförderung und Prävention geführt (prioritäres Gesundheitsziel Gesundheitskompetenz). In Deutschland sind die Ergebnisse dagegen jenseits gesundheitswissenschaftlicher Diskurse (siehe Bundesgesundheitsblatt Heft 58, 2015) in Politik und Praxis noch wenig beachtet worden.



Allerdings ist mit zunehmender Bedeutung europapolitischer Initiativen zur Angleichung sozialer, ökonomischer und gesundheitlicher Lebensbedingungen in Europa zu erwarten, dass das Instrument des HLS zunehmend Beachtung finden und handlungsleitend werden wird. Schließlich ergibt sich aus der Perspektive einer Leiteinrichtung des Bundes für die gesundheitliche Aufklärung die Notwendigkeit, die mit dem Konstrukt »Gesundheitskompetenz« verbundenen inhaltlichen Fragen (Validität, Praxisrelevanz, Innovationspotential) einer genaueren Analyse zu unterziehen.

ERÖFFNUNG

9:45 Begrüßung und Eröffnung
Dr. H. Thaiss, Leiterin der BZgA
Einführung
Dr. G. Nöcker

I. VORTRÄGE

10:15 Gesundheitskompetenz/Health Literacy:
Von Definitionen über Konzepte zu den
Operationalisierungen – und zurück
Prof. Dr. T. Abel

10:55 Was macht Menschen gesundheitskompe-
tent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer
und Public Health-Perspektive
Prof. Dr. U. Spörhase und Prof. Dr. E. M. Bitzer

12:00 Gesundheitliche Aufklärung als institutio-
nelle Herausforderung: Gesundheitsinfor-
mationen richtig anbieten und Kompeten-
zen fördern
Prof. Dr. D. Klemperer

12:40 Mittagspause

II. ARBEITSGRUPPEN

In den Arbeitsgruppen am Nachmittag erfolgt eine vertiefende Diskussion zu den Vortragsthemen in zwei Runden. Dabei soll untersucht werden:

- Wie ausgereift ist das Konzept?
- Wie ist der Zusammenhang von Gesundheitssta-
tus und Kompetenz?
- Wer bestimmt was Gesundheitskompetenz ist?
- Welche neuen Anforderungen entstehen aus HL
für die Anbieterseite von PGF-Maßnahmen.
- Was braucht es für Kompetenzentwicklung aus
pädagogischer, Public Health-Perspektive (in
Kindheit, Jugend, Alter)?
- Kann man Kompetenz lehren?
- Wie ordnet sich der Begriff informierte Ent-
scheidung ein? Wie kann der Zugang zur Infor-
mation erleichtert werden?

13:45 AG I–III: 1. Runde

15:00 AG I–III: 2. Runde
Ein Wechsel der Teilnehmer nach der ersten
Runde ist vorgesehen
AG 1: Gesundheitskompetenz messen
Moderation: Jordan/Abel
AG II: Kompetenzentwicklung fördern
Moderation: Bitzer/Spörhase
AG III: Gesundheitsinformation gestalten
Moderation: Siegert/Haack/Klemperer

16:00 Kaffeepause

III. PLENUM

16:15 Kurzberichte aus den Arbeitsgruppen

16:30 Abschlusspodium: »Pisa« für Gesundheit?
Neue Daten für andere Taten?
Bitzer/Klemperer/Kolpatzik/Kuhn/
Wegwarth

17.30 Ende der Veranstaltung

Das Werkstattgespräch soll Gelegenheit geben:

- Die Entwicklung des Begriffs und die darin
enthaltenen theoretischen Konzeptualisierungen
genauer zu betrachten.
- Das Konstrukt »Gesundheitskompetenz« –
operationalisiert durch den EUQ47 – kennenzu-
lernen und nachzuvollziehen was gemessen und
wie Kompetenz definiert wird.
- Die Frage nach der Handlungsrelevanz der für die
Praxis der Gesundheitsförderung zu stellen.
- Die Rolle der Anbieter von Gesundheitsinfor-
mationen zu reflektieren, d. h. zu fragen, wie der
Zugang zu Wissen erleichtert sowie Verständlich-
keit und Transparenz (der Wissensproduktion)
verbessert werden kann.

» 05.3 Teilnehmerliste

Prof. Dr. Thomas Abel

Universität Bern

Stefanie Amann

BZgA, 4-401 Prävention von sexuellem Missbrauch

Prof. Dr. Kerstin Baumgarten

Hochschule Magdeburg-Stendal

Prof. Dr. med Eva-Maria Bitzer

Pädagogische Hochschule Freiburg

Stephan Blümel

BZgA, 2-24 Qualifizierung, Fortbildung,
Hochschulkooperationen

Janine Bröder

Universität Bielefeld

Sebastian Ehlen

KATALYSE Institut

Anke Erath

BZgA, 4-42 Familienplanung und Verhütung

Ute Fillinger

BZgA, 1-11 Medizinische Grundsatzfragen,
Präventiv-medizinische Aufgaben der gesundheit-
lichen Aufklärung, Gesundheitsförderung

Dr. Beate Grossmann

Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung (BVPG)

Dr. Burkhard Gusy

Freie Universität Berlin

Dr. Gina Haack

BZgA, 2-25 Forschung; Qualitätssicherung

Michael Hahn

BZgA, 4-402 Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Gisela Hartmann-Kötting

BZgA, 4-402 Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Dr. Wolfgang Haß

BZgA, 2-25 Forschung, Qualitätssicherung

Prof. Dr. Holger Hassel

Hochschule Coburg

Susanne Jordan

Robert Koch-Institut

Prof. Dr. Lotte Kaba-Schönstein

Hochschule Esslingen

Birgit Kaiser

Medizinische Hochschule Hannover

Andreas Kalbitz

BZgA, 1-13 Prävention des Substanzmissbrauchs,
Suchtprävention

Prof. Dr. David Klemperer

Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

Dr. Klaus Koch

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG)

Dr. Kai Kolpatzik

AOK Bundesverband Berlin

Dr. Monika Köster

BZgA, 2-22 Zusammenarbeit mit Ländern,
Krankenkassen und Verbänden, Gremien, Gesundes
Alter, Frauengesundheit, Männergesundheit

Prof. Dr. Joseph Kuhn

Bayrisches Landesamt für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit

Lydia Lamers

BZgA, 4-41 Umsetzen des Schwangeren- und
Familienhilfegesetzes im Bereich der Sexualauf-
klärung

Peter Lang

BZgA, AL 1 Themen- und zielgruppenspezifische
gesundheitliche Aufklärung

Dr. Frank Lehmann

BZgA, 2-21 Aufgabenplanung und -koordinierung,
Projekttafelplanung, Task-force-Aufgaben

Elke Lewicki

BZgA, 3-31 Neue Medien, AV-Medien

Susanne Linden

BZgA, 1-13 Prävention des Substanzmissbrauchs,
Suchtprävention

Dr. Stefan Ludwigs

Rheinische Fachhochschule Köln

Dr. Eveline Maslon

BZgA, AL3 Kommunikationsmethoden und
Neue Medien in der gesundheitlichen Aufklärung,
Telefonberatung

Inga Münch

Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Guido Nöcker

BZgA, 2-24 Qualifizierung, Fortbildung,
Hochschulkooperationen

Orkan Okan

Universität Bielefeld, Fakultät für
Erziehungswissenschaft

Dr. Oliver Ommen

BZgA, 1-11 Medizinische Grundsatzfragen,
Präventiv-medizinische Aufgaben der gesundheit-
lichen Aufklärung, Gesundheitsförderung

Boris Orth

BZgA, 2-25 Forschung, Qualitätssicherung

Dr. Britta Reckendrees

BZgA, 1-11 Medizinische Grundsatzfragen,
Präventiv-medizinische Aufgaben der gesundheit-
lichen Aufklärung, Gesundheitsförderung

Helene Reemann

BZgA, 2-23 Internationale Beziehungen

Theresia Rohde

BZgA, 2-22 Zusammenarbeit mit Ländern,
Krankenkassen und Verbänden, Gremien, Gesundes
Alter, Frauengesundheit, Männergesundheit

Dr. Martin Salaschek

BZgA, 2-24 Qualifizierung, Fortbildung,
Hochschulkooperationen

Kristina Schmid

BZgA, 1-13 Prävention des Substanzmissbrauchs,
Suchtprävention

Christine Schoelen

BZgA, 1-13 Prävention des Substanzmissbrauchs,
Suchtprävention

Eckhard Schroll

BZgA, AL4 Sexualaufklärung, Verhütung,
Familienplanung

Dr. Uta Schwarz

BZgA, 3-31 Neue Medien, AV-Medien

Yvette Shajanian Zarneh

BZgA, 2-23 Internationale Beziehungen

Sonja Siegert

BZgA, 4-42 Familienplanung und Verhütung

Prof. Dr. Ulrike Spörhase

Pädagogische Hochschule Freiburg

Dr. med. Heidrun Thaiss

BZgA, Leiterin

Claudia Tobis

Barmer GEK

Mirjam Tomse

BZgA, 4-41 Umsetzen des Schwangeren- und
Familienhilfegesetzes im Bereich der Sexualauf-
klärung

Jürgen Töppich

BZgA, AL2 Effektivität und Effizienz der
gesundheitlichen Aufklärung

The logo for BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) consists of the letters 'BZgA' in a white, bold, sans-serif font, set against a grey rectangular background.

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Dieses Fachheft dokumentiert die Veranstaltung »Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen«, die im Rahmen der »Werkstattgespräche mit Hochschulen« von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung am 5. November 2015 in Köln durchgeführt wurde. Der Begriff Health Literacy hat in der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Auch in der Gesundheitsförderung und -prävention in Deutschland rückt er – übersetzt als »Gesundheitskompetenz« – zunehmend in den Fokus von Praxis und Politik. Es liegt daher nahe, den Begriff, seine theoretischen Annahmen und Definitionen einer tiefergehenden Betrachtung zu unterziehen und nach seinem praktischen Nutzen für Aufklärungsmaßnahmen zu fragen.

Im Mittelpunkt der Vorträge und Diskussionen standen daher Fragestellungen, die darauf abzielen zu klären, wie Gesundheitskompetenz gemessen, gelehrt und durch spezifische Aufbereitung von Gesundheitsinformationen vermittelt werden kann. Die Dokumentation enthält nicht nur einige Antworten, sondern wirft auch neue Fragen auf. Sie regt damit dazu an, das Thema Health Literacy in Forschung und Praxis weiterhin zu verfolgen.