

INFORMATIONEN

bewerten

finden

anwenden

verstehen

**Nationaler
Aktionsplan
Gesundheitskompetenz**

Die Gesundheitskompetenz
in Deutschland stärken

Impressum

Herausgeber:

Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann,
Ullrich Bauer und Kai Kolpatzik

Autorinnen und Autoren:

Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann,
Ullrich Bauer, Kai Kolpatzik, Attila Altiner,
Marie-Luise Dierks, Michael Ewers, Annett
Horn, Susanne Jordan, Ilona Kickbusch,
Bernadette Klapper, Jürgen M. Pelikan,
Rolf Rosenbrock, Alexander Schmidt-Gernig,
Sebastian Schmidt-Kaehler, Heide Weishaar,
Christiane Woopen

Die Robert Bosch Stiftung und der AOK-
Bundesverband haben die Erstellung des
Nationalen Aktionsplans Gesundheitskom-
petenz gefördert. Das Projekt wurde an der
Universität Bielefeld und der Hertie School of
Governance durchgeführt.

Bitte wie folgt zitieren:

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und
Kolpatzik, K. (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan
Gesundheitskompetenz. Die Gesundheits-
kompetenz in Deutschland stärken.
Berlin: KomPart 2018.

Geschäftsstelle

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Ansprechpartnerin:

Heide Weishaar
Hertie School of Governance
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
Telefon: +49 (0)30 259 219 432
E-Mail: weishaar@hertie-school.org
Internet: www.nap-gesundheitskompetenz.de

Produktion und Gestaltung:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin
www.kompart.de

Redaktion:

Silke Heller-Jung, Karola Schulte (verantwortlich)

Grafische Konzeption:

Sybilla Weidinger

Druck:

Richter Druck, Elkenroth

Stand: Februar 2018, Berlin

Grußwort	2
Vorwort der Herausgeber	3
Der Nationale Aktionsplan in Kürze	4
1 Warum benötigen wir einen Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz?	7
2 Was ist Gesundheitskompetenz?	10
3 Warum wird Gesundheitskompetenz immer wichtiger?	15
4 Wie gut ist die Gesundheitskompetenz in Deutschland?	19
5 Wie kann Gesundheitskompetenz gefördert werden?	28
6 Was ist bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zu beachten?	50
Die Empfehlungen im Überblick	54
Leitungsteam und Expertenbeirat	56
Literaturverzeichnis	60

Grußwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

eine gute Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, dass Menschen im Alltag gesund leben, ihre Gesundheit erhalten und sich im Krankheitsfall die richtige Hilfe holen. Sie ist zugleich der Schlüssel für eine hohe Lebensqualität. Mit dem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ liegt nun ein wissenschaftlicher Leitfaden vor, der den Verantwortlichen in Politik, Wissenschaft und Praxis zeigt, wie die Gesundheitskompetenz in unserem Land gestärkt werden kann. Dabei geht es um Bildung und Erziehung, um Verbraucherverhalten und Ernährung, um Wohnen und Arbeiten, um den Umgang mit Medien, aber auch um mehr Verständlichkeit im Austausch zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten.

Sehr gerne habe ich die Schirmherrschaft über den Aktionsplan übernommen, denn sein Anliegen ist auch mir persönlich besonders wichtig. Ich habe deshalb im Juni 2017 zusammen mit den Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ gegründet. Denn wir brauchen einen gemeinsamen Kraftakt von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Krankenhäusern, Krankenkassen, Apotheken, den Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen, aber auch den Behörden von Bund und Ländern, um die Gesundheitskompetenz in unserem Land deutlich zu stärken. Die Partner der Allianz haben bereits vielfältige neue Projekte dazu auf den Weg gebracht, und ich erhoffe mir, dass sie auch die vielen guten Ideen des Aktionsplans aufgreifen und in der Praxis vor Ort voranbringen werden.

Wenn wir alle gemeinsam an die Umsetzung der Empfehlungen gehen, können wir für die Gesundheitskompetenz der Menschen viel bewegen!

Es grüßt Sie herzlich

Hermann Gröhe, MdB
Bundesminister für Gesundheit

Vorwort der Herausgeber

Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Aufgabe, die alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens berührt und das Engagement vieler Akteure fordert – im Gesundheitswesen ebenso wie in den Bereichen Erziehung, Bildung, Arbeit, Forschung, Kommunikation oder Konsum.

Der hier vorliegende Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz stellt sich dieser Aufgabe. Er nimmt den Handlungsbedarf in der Prävention und Gesundheitsförderung in den alltäglichen Lebenswelten, im Gesundheitssystem, beim Leben mit chronischer Krankheit und in der Forschung in den Blick. In insgesamt 15 aufeinander abgestimmten Empfehlungen wird aufgezeigt, wie die Gesundheitskompetenz in Deutschland gestärkt werden kann.

Der Nationale Aktionsplan wurde von einer Gruppe von Wissenschaftlern und Praktikern entwickelt und ausgiebig mit Repräsentanten (*) aus Politik und Gesellschaft, Angehörigen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, Vertretern von zivilgesellschaftlichen Organisationen sowie Patienten- und Bürgervertretern diskutiert. Er steht unter der Schirmherrschaft des Bundesministers für Gesundheit Hermann Gröhe.

Als Initiatoren und Herausgeber bedanken wir uns für die vielfältigen Impulse und Beiträge aus dem Kreis der elf beteiligten Experten und der vielen Repräsentanten aus allen gesellschaftlichen Sektoren. Unser besonderer Dank gilt der Robert Bosch Stiftung und dem AOK-Bundesverband für die finanzielle Förderung. Nach einer eineinhalbjährigen Beratung freuen wir uns, den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz der Öffentlichkeit vorzustellen und gemeinsam mit Akteuren aus allen Bereichen an die Umsetzung der Empfehlungen zu gehen.

Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer, Kai Kolpatzik
Berlin, Februar 2018

(*) Wenn im Folgenden der einfacheren Lesbarkeit halber nur die männliche Bezeichnung verwendet wird, steht diese stets stellvertretend für Personen beider Geschlechter.

In Kürze

Der Nationale Aktionsplan

Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken

Etwa jeder Zweite in Deutschland weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Ihnen fällt es schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Lebenssituation anzuwenden. Ein Expertenkreis hat deshalb den vorliegenden Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz erarbeitet. Er benennt vier Handlungsfelder und formuliert dazu 15 konkrete Empfehlungen, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland gezielt zu fördern und zu stärken.

PROBLEM

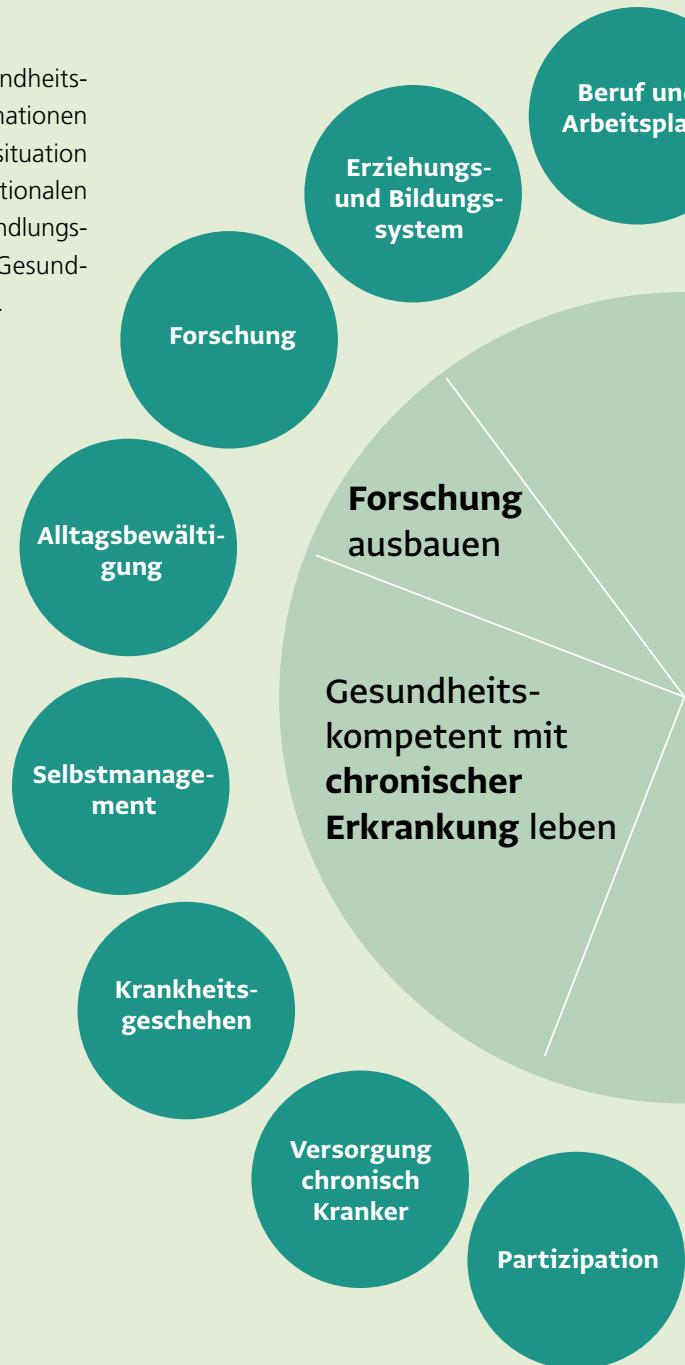
Was ist die Herausforderung?

54%

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland

verfügt über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz

EMPFEHLUNGEN



LUNGEN

Was ist zu tun?



PRINZIPIEN

Was ist wichtig?



Warum benötigen wir einen Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz?



Eine kürzlich veröffentlichte repräsentative Studie zeigt: Mehr als die Hälfte, nämlich über 54 Prozent, der Befragten weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Nur sieben Prozent verfügen über eine sehr gute, 38 Prozent über eine ausreichende Gesundheitskompetenz (1).

Wo liegt die Herausforderung?

Dies bedeutet: Die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland steht vor Problemen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, richtig einzuordnen, zu bewerten und zu nutzen, um beispielsweise bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen die passende Hilfe ausfindig zu machen. Das erschwert es ihnen, im Alltag Entscheidungen zu treffen, die für ihre Gesundheit förderlich sind. Kurz: Es mangelt ihnen an ausreichender „Gesundheitskompetenz“ (2).

Unzulängliche Gesundheitskompetenz ist nicht nur für den einzelnen Menschen bedeutsam, weil sie ihn daran hindert, sich gut um seine Gesundheit zu kümmern. Der Mangel an Gesundheitskompetenz stellt auch eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Denn die Ursachen für eine geringe Gesundheitskompetenz sind nicht ausschließlich in fehlendem Wissen, mangelnder Motivation oder unzureichenden Fähigkeiten des Einzelnen zu suchen. Vielmehr wird Gesundheitskompetenz entscheidend dadurch geprägt, unter welchen gesellschaftlichen, lebensweltlichen

”

Ein Mangel an Gesundheitskompetenz erschwert es Menschen, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen.

Kosten unzureichender Gesundheitskompetenz

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO werden zwischen drei und fünf Prozent der Gesundheitsausgaben durch unzureichende Gesundheitskompetenz verursacht (4). Allein für das deutsche Gesundheitssystem wären das zwischen neun und 15 Milliarden Euro pro Jahr.



Um die Gesundheitskompetenz zu verbessern, ist ein gesamtgesellschaftliches, koordiniertes Vorgehen notwendig.

und sozialen Bedingungen ein Mensch lebt und vor welche Anforderungen ihn seine Lebenssituation und sein Umfeld stellen (3). So kann zum Beispiel die Art und Weise, wie Ärzte oder Pflegende mit Patienten kommunizieren, die Aufnahme und Verarbeitung der vermittelten Gesundheitsinformationen enorm erschweren oder aber erleichtern.

Die Situation ist paradox: Einerseits gewinnt Gesundheitskompetenz in modernen Gesellschaften zunehmend an Bedeutung und wird zu einer immer wichtigeren, aber auch anspruchsvolleren Aufgabe. Gleichzeitig ist der Erwerb von Gesundheitskompetenz mit Herausforderungen verbunden, für die viele Menschen nur unzureichend gerüstet sind. Zwar stehen heute – allein über das Internet – so viele Informationen zur Verfügung wie noch nie. Doch sind diese Informationen nicht immer ohne Hürden auffindbar und nicht alle sind vertrauenswürdig und ausreichend qualitätsgesichert. Zudem sind sie oft stark durch wirtschaftliche Interessen beeinflusst. Und nicht zuletzt wird schon die schiere Fülle an Information oft eher als überfordernd denn als hilfreich wahrgenommen.

Offenbar bereitet unser Bildungssystem die Menschen nicht ausreichend auf diese Herausforderungen vor. Auch dem Gesundheitssystem gelingt es anscheinend nicht, den wachsenden Bedarf an Information und Unterstützung angemessen zu befriedigen. Das Gesundheitssystem erscheint den Nutzern zu kompliziert, und das gilt auch für die zur Nutzung erforderlichen Informationen. Dadurch kann es zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung kommen, die nicht nur vermeidbares Leid für die Betroffenen, sondern auch vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem verursachen können (4).

Es ist deshalb an der Zeit, die Gesundheitskompetenz jedes einzelnen Bürgers zu stärken. Gleichzeitig ist es unerlässlich, das Gesundheitssystem zu verändern und auch die Lebenswelten Bildung, Arbeit, Konsum, Kommunen und Medien in die Förderung der Gesundheitskompetenz einzubeziehen.

Was ist zu tun?

Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die einer systematischen Vorgehensweise bedarf und ein umfassendes bundesweites Programm erfordert. Mit dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz wird dafür nun eine Agenda vorgelegt.

Der Aktionsplan stellt zugleich die große politische Bedeutung der Problematik heraus. Sie wird auch durch Initiativen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstrichen, wie etwa die WHO-Faktensammlung zur Gesundheitskompetenz (4) und die 2016 veröffentlichte WHO-Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (5) wird Gesundheitskompetenz hier als eines von drei prioritären Handlungszielen benannt (6). Vorliegende Nationale Aktionspläne anderer Länder (7–13) beweisen ebenfalls den hohen politischen Stellenwert, den das Thema international erlangt hat.

Auch in Deutschland wird die Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz zunehmend erkannt. So wurde auf Initiative des Bundesministers für Gesundheit Hermann Gröhe Mitte 2017 mit den Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ ins Leben gerufen. Ihre Mitglieder haben sich in einer gemeinsamen Erklärung dazu verpflichtet, in ihrem Einflussbereich gezielt Vorhaben zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu initiieren und entsprechende Aktivitäten voranzutreiben und zu bündeln (14). Eine ähnliche Zielsetzung verfolgt die ebenfalls 2017 geschaffene Nationale Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance. Sie will die Umsetzung des Plans fördern und neue Forschungsvorhaben anstoßen.

Um die Ziele des Nationalen Aktionsplans nachhaltig umzusetzen, müssen über das Gesundheitswesen hinaus weitere Akteure aus anderen gesellschaftlichen Bereichen einbezogen werden. Denn nur durch das Engagement aller relevanten Akteure aus Politik, Wissenschaft und Praxis wird es möglich sein, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im kommenden Jahrzehnt deutlich und nachhaltig zu verbessern.

WHO-Erklärung von Shanghai

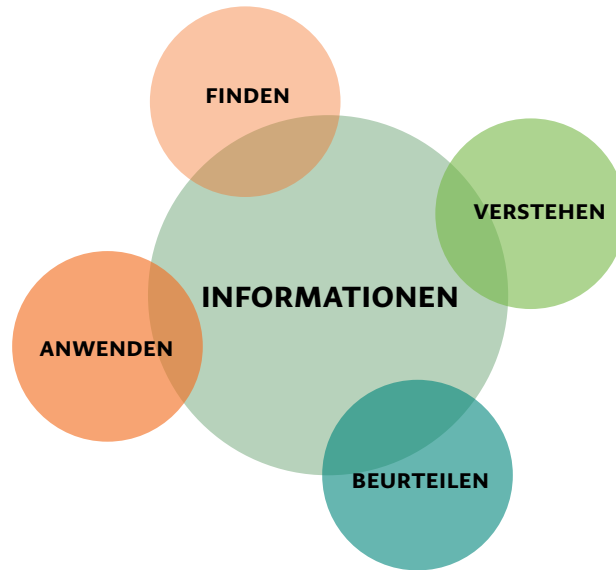
Die WHO-Erklärung von Shanghai wurde 2016 im Rahmen der Globalen Konferenz der WHO verabschiedet. Sie postuliert, dass Gesundheitskompetenz Chancengleichheit ermöglicht und stärkt. Mit der Erklärung verpflichten sich die WHO-Mitgliedsstaaten dazu, nationale und kommunale Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln und umzusetzen (6).

Ottawa-Charta

Mit der 1986 in Ottawa verabschiedeten Charta zur Gesundheitsförderung hat die WHO zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ aufgerufen. Gesundheitsförderung zielt demnach darauf, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (5).

2

Was ist Gesundheitskompetenz?



Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ basiert auf dem englischen Begriff „Health Literacy“.

Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ hat sich als Übersetzung des englischen Begriffs „Health Literacy“ in der deutschsprachigen Diskussion durchgesetzt und bedeutet wörtlich „auf Gesundheit bezogene Literalität“. Darunter wurden ursprünglich die grundlegenden Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten verstanden, die Menschen benötigen, um schriftliche Dokumente wie etwa Behandlungsinformationen oder Hinweise zur Medikamenteneinnahme lesen und verstehen zu können (15, 16, 17).

Dieses Begriffsverständnis, das sich eng an den Anforderungen der Krankenbehandlung und den traditionellen Vorstellungen von der Patientenrolle orientiert, hat inzwischen bedeutsame Erweiterungen erfahren. „Health Literacy“ schließt heute über die beschriebenen literalen Techniken hinaus auch die Fähigkeit ein, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, kritisch beurteilen, auf die eigene Lebenssituation beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können (18, 19).

Nach diesem Verständnis zielt Gesundheitskompetenz also auf den kompetenten Umgang mit gesundheitsrelevanter Information – nicht einzig, um die an Patienten gestellten Erwartungen erfüllen zu können, sondern vielmehr, um zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit beizutragen.

Gesundheitskompetenz bedeutet vor allem, dass Menschen angemessen mit gesundheitsrelevanten Informationen umgehen können.

Dieses umfassende Verständnis von Health Literacy/Gesundheitskompetenz spiegelt sich auch in der Definition wider, die das European Health Literacy Consortium auf der Basis einer umfassenden Literaturanalyse entwickelt hat:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (20).

In dieser Definition wird unter Gesundheitskompetenz die Fähigkeit zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen verstanden, und zwar in den drei Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Zuweilen wird der Begriff der Gesundheitskompetenz als Bezeichnung für die generelle Fähigkeit zum Umgang mit Gesundheit verwendet. Eine solche Überdehnung und gleichzeitige Überfrachtung ist jedoch nicht sinnvoll.

Warum ist Gesundheitskompetenz erforderlich?

Erforderlich ist Gesundheitskompetenz, um dem Zuwachs an Entscheidungsmöglichkeiten und den gestiegenen Anforderungen an die Entscheidungsverantwortung in modernen Gesellschaften entsprechen zu können (21). Denn in allen Alltagsbereichen und Lebenswelten hat die Entscheidungsverantwortung deutlich zugenommen, sei es im Gesundheitsbereich oder am Arbeitsplatz, im Freizeit- und Konsumbereich, bei der Nutzung der Medien oder im Bereich der Politik (22).

Gesundheitskompetenz ist immer relational zu verstehen, denn sie

- beruht auf den persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten jedes einzelnen Menschen,
- ist aber ebenso von den Anforderungen und der Komplexität der Systeme, Organisationen und Lebensumwelten abhängig, in denen Menschen sich aufhalten und Entscheidungen treffen (23).

Abbildung 1 veranschaulicht dieses relationale Verständnis von Gesundheitskompetenz, in das sowohl die individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten (die persönliche Gesundheitskompetenz) als auch die Anforderungen und die Komplexität der Systeme und Lebensumwelten (die systemische und organisationale Gesundheitskompetenz) einfließen.

”

Gesundheitskompetenz wird sowohl von den persönlichen Kompetenzen des Individuums als auch von den Anforderungen und der Komplexität der jeweiligen Lebensumwelt beeinflusst.

Abbildung 1. Das Zusammenspiel von persönlicher und systemischer/organisationaler Gesundheitskompetenz (4)



Im vorliegenden Aktionsplan wird von einem Zusammenspiel dieser beiden Aspekte – der persönlichen und der systemischen oder organisationalen Gesundheitskompetenz – ausgegangen. Auf diese Weise wird vermieden, dass Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz stigmatisiert werden, denn ihr Verhalten ist immer auch durch ihre Lebensverhältnisse geprägt.

Aus diesem Verständnis von Gesundheitskompetenz erwachsen Konsequenzen für die Entwicklung von Interventionen und Maßnahmen. Ansatzpunkte für Interventionen zur Förderung von Gesundheitskompetenz können sein,

- durch geeignete Strategien und Maßnahmen die persönliche Gesundheitskompetenz zu verbessern oder
- durch entsprechende System- oder Organisationsentwicklung, gezielte Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen und eine Verbesserung der Information und Kommunikation im Gesundheitswesen und in anderen gesellschaftlichen Bereichen die an die Nutzer gestellten Anforderungen zu reduzieren.

Beide Interventionsansätze sind gleichermaßen bedeutsam und sollten am besten kombiniert eingesetzt werden (24).

”
Interventionen können sowohl an der Verbesserung der persönlichen wie auch an der organisationalen oder systemischen Gesundheitskompetenz ansetzen.

Wie wird Gesundheitskompetenz gemessen?

Sowohl die persönliche Gesundheitskompetenz von Individuen und Bevölkerungsgruppen als auch die Gesundheitskompetenz von Organisationen können mit wissenschaftlichen Methoden erfasst und gemessen werden.

Studien zur persönlichen Gesundheitskompetenz erheben und quantifizieren die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, einschätzen und anwenden zu können. Auf diese Weise ist es möglich, Daten darüber zu erheben, wie schwierig oder einfach es für die Bevölkerung oder bestimmte Bevölkerungsgruppen ist, die Anforderungen im Umgang mit bestimmten gesundheitsrelevanten Informationen zu bewältigen.

Inzwischen stehen mehrere unterschiedliche Instrumente zur Erhebung der persönlichen Gesundheitskompetenz zur Verfügung. Das derzeit am besten erprobte und am häufigsten eingesetzte Messinstrument für umfassende Gesundheitskompetenz ist der Fragebogen des European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q) (25), der auf der schon zitierten Definition des European Health Literacy Consortium basiert. Der HLS-EU-Q erfasst subjektiv eingeschätzte Schwierigkeiten beim Management von gesundheitsrelevanten Informationen und bezieht damit ein, inwieweit ein System, eine Organisation oder Profession den Nutzern das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen ermöglicht und erleichtert oder erschwert.

Der Fragebogen wurde bisher in folgenden Erhebungen in Deutschland eingesetzt:

- European Health Literacy Survey (HLS-EU) aus dem Jahr 2011, durch den die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bulgarien, Deutschland (Nordrhein-Westfalen), Griechenland, Irland, den Niederlanden, Österreich, Polen und Spanien erhoben wurde (25);
- Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus dem Jahr 2014 (26) (Nutzung der Kurzversion HLS-EU-Q16);
- Erhebung „Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen (HLS-NRW)“ der Universität Bielefeld von 2014 (28);
- Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ des Robert Koch-Instituts (RKI) von 2015 (27) (Nutzung der Kurzversion HLS-EU-Q16) und
- Studie „Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung Deutschlands (HLS-GER)“ der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2016 (1).

”

Die Gesundheitskompetenz ist messbar.

2

”

Zurzeit werden Instrumente entwickelt, die aufzeigen, wie gesundheitskompetent das Gesundheitssystem ist.

Zur Erfassung der systemischen und der organisationalen Gesundheitskompetenz werden zurzeit noch geeignete methodische Verfahren und Erhebungsinstrumente erprobt (29). Mit ihnen soll beispielsweise erfasst werden,

- ob die jeweilige Organisation (zum Beispiel ein Krankenhaus) das Thema Gesundheitskompetenz in die strategische Planung einbezieht und Mitarbeiter entsprechend schult,
- ob das professionelle Personal auf die Bedürfnisse aller (auch vulnerabler) Patientengruppen eingeht,
- ob effektive Kommunikationsstrategien einschließlich Rückbestätigung verwendet werden,
- ob ein einfacher Zugang zu Informationen und Angeboten gewährleistet ist,
- ob die Navigation durch die Organisation leicht ist,
- ob leicht verständliche schriftliche und audiovisuelle Materialien zur Verfügung stehen und
- ob die Patienten in die Entwicklung von Materialien und Strategien einbezogen werden.

Warum wird Gesundheitskompetenz immer wichtiger?



Eine Reihe ganz unterschiedlicher gesellschaftlicher Entwicklungen führt dazu, dass Gesundheitskompetenz zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Anstieg der Lebenserwartung

Durch den demografischen Wandel erhält das Thema Gesundheitskompetenz einen immer größeren gesellschaftlichen Stellenwert. In den letzten hundert Jahren hat die Lebenserwartung in Deutschland um 30 Jahre zugenommen. Prognosen zufolge wird sie in den kommenden 40 Jahren um weitere sieben bis acht Jahre wachsen (30, 31). Auch der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist größer geworden und wird weiter zunehmen. Damit die gewonnenen Lebensjahre für die Mehrheit älterer Menschen mit einem Gewinn an Gesundheit und an Lebensqualität einhergehen, kommt der Förderung der Gesundheitskompetenz große Bedeutung zu.

Zunahme chronischer Krankheiten

Chronische Krankheiten sind in Europa und auch in Deutschland inzwischen für fast 90 Prozent aller Todesfälle verantwortlich (32). Aufgrund des medizinisch-pharmakologischen Fortschritts ist auch bei vielen chronischen Krankheiten ein

3

”

Immer mehr Menschen leben immer länger.

”

Immer mehr Menschen müssen dauerhaft mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben.

“
Patienten können und sollen
stärker mitentscheiden.

Gemeinsame Entscheidungsfindung

Gemeinsame Entscheidungsfindung (engl.: Shared Decision Making) ist ein Modell der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Patienten und Angehörigen von Gesundheitsberufen, die durch einen gemeinsamen, gleichberechtigten Prozess der Entscheidungsfindung gekennzeichnet ist. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung zu einer Zunahme des Wissens, einer aktiven Beteiligung am Behandlungsprozess und einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation führen kann (33).

Gewinn an Lebenszeit zu verzeichnen. Allerdings verläuft diese nicht zwingend beschwerdefrei. Vielmehr müssen sich die Erkrankten häufig damit arrangieren, über viele Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen und negativen Begleiterscheinungen ihrer Erkrankung zurechtzukommen.

Die Förderung der Selbstmanagementfähigkeit und der Gesundheitskompetenz ist daher zu einer wichtigen Aufgabe geworden. Dabei geht es zum einen darum, die Erkrankten darin zu unterstützen, mit ihrer chronischen Erkrankung leben zu lernen, immer wieder erforderliche Anpassungsprozesse vorzunehmen und die verbliebene Gesundheit zu erhalten. Zum anderen ist es wichtig, sie in die Lage zu versetzen, sich in dem nach wie vor nur unzureichend an die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung angepassten Gesundheitssystem zu bewegen.

Wandel der Patientenrolle

Die Rolle des Patienten hat sich gewandelt. Patienten sind nicht mehr als passive Leistungsempfänger, sondern als aktiv Handelnde und Kooperationspartner zu betrachten, die zahlreiche Mitwirkungsmöglichkeiten, Entscheidungsoptionen und Rechte haben.

Doch nicht alle Patienten verfügen über die nötigen Fähigkeiten und Voraussetzungen dafür, diese neu gewonnenen Optionen auch wirklich nutzen und innerhalb ihrer eigenen Lebenswirklichkeit aufgreifen zu können. Auch dies unterstreicht, wie wichtig die Förderung der Gesundheitskompetenz ist, und deutet darauf hin, dass das Gesundheitssystem noch nicht ausreichend auf diese Aufgabe eingestellt ist.

Komplexität des Gesundheitssystems

Gleichzeitig hat sich das Gesundheitssystem stark verändert: Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten haben sich innerhalb relativ kurzer Zeit vervielfacht. Damit einhergehend ist das Gesundheitssystem enorm gewachsen und hat sich gleichzeitig immer weiter ausdifferenziert und spezialisiert. Dadurch hat es an Leistungsfähigkeit gewonnen, zugleich haben aber auch Probleme wie Instanzenvielfalt, Zersplitterung und Unübersichtlichkeit zugenommen. Diese Entwicklung erschwert es den Nutzern, Zugang zum Gesundheitssystem zu finden, die richtige Anlaufstelle zu entdecken, und kann zu Über-, Fehl- und/oder Unterversorgung führen. Unter dieser unzureichenden Nutzerfreundlichkeit des Systems leiden insbesondere Menschen in schwierigen Lebenssituationen und mit geringer Gesundheitskompetenz.

Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass folgende Faktoren zu besseren Versorgungsergebnissen führen:

- ein nutzerfreundliches Gesundheits- und Versorgungssystem,
- gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making),
- die Einbindung der Nutzer als Ko-Produzenten und
- die Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Ein nutzerfreundliches, auf die Förderung der Gesundheitskompetenz zielendes Gesundheitssystem hätte also nicht nur Vorteile für den einzelnen Patienten und seine Angehörigen, sondern könnte außerdem dazu beitragen, die Sicherheit, Qualität und Kosteneffizienz des Gesundheitssystems zu verbessern (34).

Wachsende soziale Ungleichheit

Wie in den meisten hochentwickelten Gesellschaften hat auch in Deutschland die ökonomische und soziale Ungleichheit in den letzten drei Jahrzehnten zugenommen. Diese Entwicklung wirkt sich auch auf die Gesundheit der Bevölkerung aus: So liegt die Lebensdauer des reichsten Fünftels der Bevölkerung um rund zehn Jahre höher als die des ärmsten Fünftels. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind früher und stärker von Krankheiten, vor allem von chronischen Erkrankungen, betroffen. Trotz des flächendeckenden Versicherungsangebotes in Deutschland hat diese Ungleichheit im Krankheitsfall auch auf die Versorgung Auswirkungen. Die Gesundheitsversorgung der gut situierten Bevölkerungsgruppen ist deutlich effizienter als die der ärmeren.

Nur in Ansätzen ist es bisher gelungen, die gesundheitliche Ungleichheit durch niedrigschwellige Angebote und einen freien Zugang zum Gesundheitssystem abzumildern. Noch sind aber nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, durch die gezielte Stärkung der Gesundheitskompetenz sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen die gesundheitliche Ungleichheit zu beeinflussen. Deshalb sollten die Potenziale der Förderung von Gesundheitskompetenz genutzt werden, um diesen Gruppen gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen.

Kulturelle Diversifizierung der Gesellschaft

Über 17 Millionen Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund (35), und diese Zahl wird weiter ansteigen. Die kulturelle Diversifizierung der Gesellschaft hat zur Folge, dass unterschiedliche Sprachen, Bildungsniveaus, Lebensstile, Werte, Gesundheitsvorstellungen und -verhaltensweisen aufeinandertreffen. Dies stellt auch das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. So haben Menschen mit Migrationshintergrund oft größere Schwierigkeiten, den richtigen

“

Ärmere Menschen sind früher und stärker von chronischen Krankheiten betroffen.

“

Das Gesundheitssystem stellt Menschen mit Migrationshintergrund vor besondere Herausforderungen.

”
Je mehr Informationen zur Verfügung stehen, desto schwieriger ist es, die notwendigen und verlässlichen ausfindig zu machen.

Zugang zum Gesundheitssystem ausfindig zu machen. Zudem sind sie vielfach andere Kommunikations- und Interaktionsformen mit den Gesundheitsprofessionen gewohnt und tun sich häufiger schwer damit, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen.

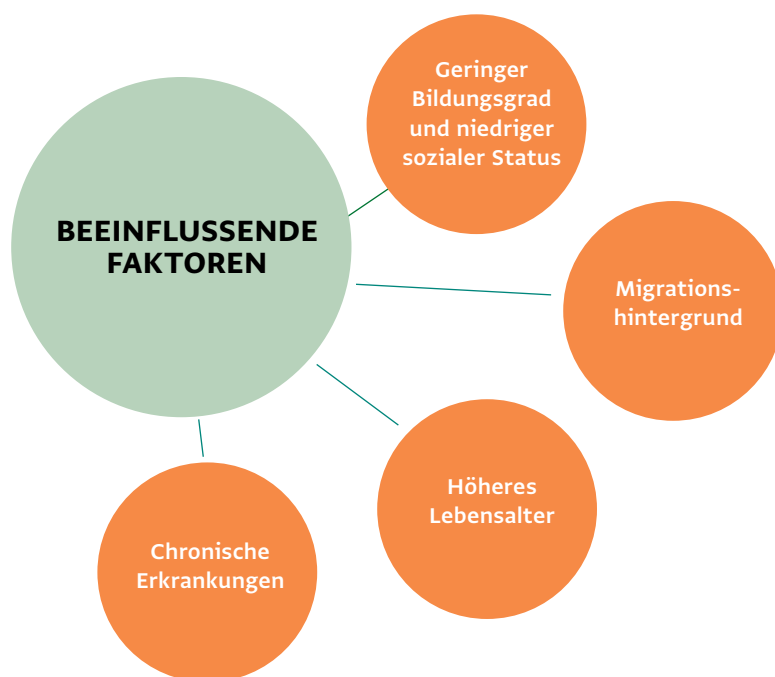
Damit auch Menschen mit Migrationshintergrund gut für ihre Gesundheit sorgen können, ist die Förderung ihrer Gesundheitskompetenz unverzichtbar. Auch die angebotenen Gesundheitsinformationen sollten der kulturellen Vielfalt Rechnung tragen. Außerdem sollten sich die Gesundheitsprofessionen der Vielfalt bewusst sein und Strategien entwickeln, um besser mit unterschiedlichen kulturellen Prägnungen und auch den Herausforderungen eingeschränkter Gesundheitskompetenz umgehen zu können.

Informationsflut in der digitalen Informations- und Wissensgesellschaft

Nicht zuletzt hat Gesundheitskompetenz durch die rasch voranschreitende Expansion von Wissen und verfügbaren Informationen an Bedeutung gewonnen. Noch nie war das Informationsangebot so groß wie heute. Die Digitalisierung hat dies enorm befördert. Durch sie ist der Zugang zu Informationen niedrighschwelliger geworden, sind mehr Informationskanäle, -medien und -quellen verfügbar und ist eine stetig wachsende Informationsmenge entstanden. Gleichzeitig verändert die Digitalisierung bestehende Behandlungs- und Interaktionsstrukturen im Gesundheitssystem. Diese Entwicklung setzt sich in großem Tempo weiter fort und bringt neue Chancen, aber auch neue Herausforderungen mit sich.

Ein Mehr an Informationen bedeutet nicht unbedingt, dass die vorhandenen Informationen auch produktiv genutzt werden können. Obwohl die gesundheitsbezogene Informations- und Wissensproduktion rasch wächst, zum Beispiel durch immer mehr Plattformen im Internet und immer neue Apps, gelangt neues Wissen nicht unbedingt zielgenau dorthin, wo es benötigt wird. Denn mit der Vielfalt an Informationen hat auch die Unübersichtlichkeit zugenommen. Hinzu kommt, dass viele Informationen schwer verständlich, nicht selten sogar qualitativ fragwürdig oder widersprüchlich sind. Auch die Verbreitung von Fehl- und Falschinformation hat zugenommen, wie beispielsweise die Kampagnen von Impfgegnern oder die Propagierung nicht evidenzbasierter Therapieoptionen zeigen. Verstärkt wird dies dadurch, dass in den Medien und der Werbung sowohl gesundheitsfördernde als auch schädigende Lebensweisen vermarktet werden. Ohne Hilfestellung und Einordnung sind derartige Informationen oft nur schwer zu beurteilen. Denn jeder Einzelne ist heute vor die Aufgabe gestellt, Informationen zu filtern, Alternativen zu bewerten und einzuschätzen – und dies setzt eine hohe kritische Urteilsfähigkeit voraus. Über sie verfügen jedoch längst nicht alle Menschen.

Wie gut ist die Gesundheitskompetenz in Deutschland?



In verschiedenen internationalen und nationalen Studien ist die Gesundheitskompetenz in den vergangenen Jahren untersucht worden. Insbesondere die Befunde des European Health Literacy Survey (HLS-EU) brachten in Deutschland eine intensive Diskussion über das bis dahin eher wenig beachtete Thema Gesundheitskompetenz in Gang. Für diesen Survey wurden im Jahr 2011 Menschen in Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, den Niederlanden, Österreich, Polen und Spanien befragt. Das Ergebnis dieser ersten europaweiten Studie: Mehr als 47 Prozent aller Teilnehmer über 15 Jahre verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Sie haben erhebliche Schwierigkeiten damit, angemessen mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen (25). Deutschland, das lediglich durch das Bundesland Nordrhein-Westfalen in der europaweiten Studie vertreten war, rangierte seinerzeit im unteren Mittelfeld (25).

Dieses Ergebnis wurde 2016 durch eine repräsentative Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in allen Bundesländern Deutschlands (HLS-GER)

HLS-EU-Q

Bei der europaweiten Studie zur Erfassung der persönlichen Gesundheitskompetenz kam der HLS-EU-Q-Fragebogen (European Health Literacy Survey Questionnaire) zum Einsatz (25). Er erfasst selbst eingeschätzte Schwierigkeiten beim Management von gesundheitsrelevanten Informationen. Die Gesundheitskompetenz der Befragten wird je nach Häufigkeit der mit „einfach“ oder „schwierig“ beantworteten Fragen in die Kategorien „exzellent“, „ausreichend“, „problematisch“ oder „inadäquat“ eingeteilt.

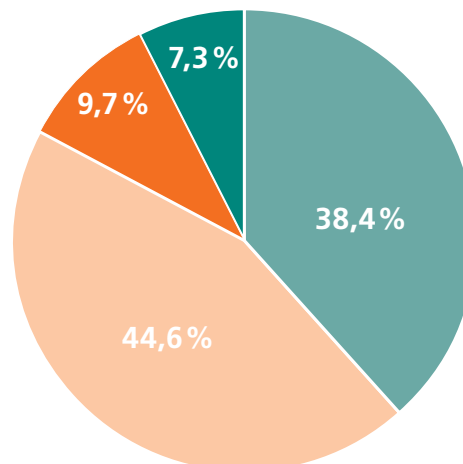
”
In Deutschland verfügt gut die Hälfte der Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz.

bestätigt. Sie wurde vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gefördert (1). Diese Studie knüpfte an die europäische Studie an und basierte auf deren Konzept.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil derjenigen mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz an der Gesamtbevölkerung in Deutschland sehr hoch ist (Abbildung 2):

- Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland – genau 54,3 Prozent – sieht sich im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt.
- Weniger als jeder Zehnte (7,3 Prozent) sieht keine Probleme im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen.

Abbildung 2: Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Deutschland (in Prozent der Bevölkerung) (1)



Gesundheitskompetenz

■ inadäquat ■ problematisch ■ ausreichend ■ exzellent

Wo liegen die Probleme im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen?

Die bundesweite Studie gibt klare Hinweise darauf, welche Themenfelder vielen Menschen besondere Probleme bereiten.

- Als besonders schwierig werden die Anforderungen im Bereich der Gesundheitsförderung eingeschätzt. Über 60 Prozent der Befragten finden es schwierig, hierzu gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.

- Nahezu jeder Zweite (etwa 47 Prozent) tut sich schwer damit, mit Informationen zur Krankheitsprävention umzugehen, etwa zur Änderung von gesundheitsgefährdendem Verhalten oder zur Notwendigkeit von Impfungen.
- Etwas leichter fällt es den Befragten dagegen, mit Informationen zur Krankheitsbewältigung und -versorgung umzugehen. Hier hatten nur 41 Prozent der Studienteilnehmer Probleme.

Der Prozess der Informationsverarbeitung wurde unterteilt in vier Schritte untersucht: Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden. Von diesen vier Schritten bereiten vor allem die Informationssuche und die Beurteilung der gefundenen Inhalte der Bevölkerung in Deutschland Probleme. Mehr als jeder Zweite findet es schwierig, gesundheitsrelevante Informationen zu finden. Ähnlich hoch ist der Anteil bei der Beurteilung relevanter Informationen. Mehr als ein Fünftel der Befragten findet es sehr schwer, gesundheitsrelevante Informationen einzuschätzen (1).

Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheitskompetenz?

Bestimmte soziodemografische Merkmale gehen häufiger mit einer unterdurchschnittlich ausgeprägten Gesundheitskompetenz einher (Abbildung 3). Dazu gehören ein geringer Bildungsgrad und ein niedriger sozialer Status, das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds, ein höheres Lebensalter und das Vorliegen chronischer Erkrankungen.

Niedriger sozialer Status

Die Gesundheitskompetenz steht in einem engen Zusammenhang mit sozialer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheit. Menschen, die aufgrund geringer Bildung oder begrenzter Zugriffsmöglichkeiten auf finanzielle und soziale Ressourcen benachteiligt sind, sehen sich vor größere Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen gestellt. Im Vergleich zu Menschen mit hohem Sozialstatus und guter Ressourcenausstattung weisen sie einen höheren Anteil an eingeschränkter Gesundheitskompetenz auf.

- Menschen mit niedrigem Bildungsgrad finden es doppelt so häufig schwierig, mit gesundheitsbezogenen Informationen umzugehen, wie Menschen mit einem hohen Bildungsgrad.
- Von den Menschen mit einem niedrigen sozialen Status verfügen 78 Prozent über eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz, bei jenen mit einem hohen sozialen Status sind es nur 38 Prozent.

Die Verknüpfung von sozialer Ungleichheit und Gesundheitskompetenz stellt in Zeiten wachsender soziodemografischer Unterschiede eine besondere Herausforderung dar. Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz und mangelnde Fähigkeiten, angemessen mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen, können bestehende gesundheitliche Ungleichheiten verstärken.

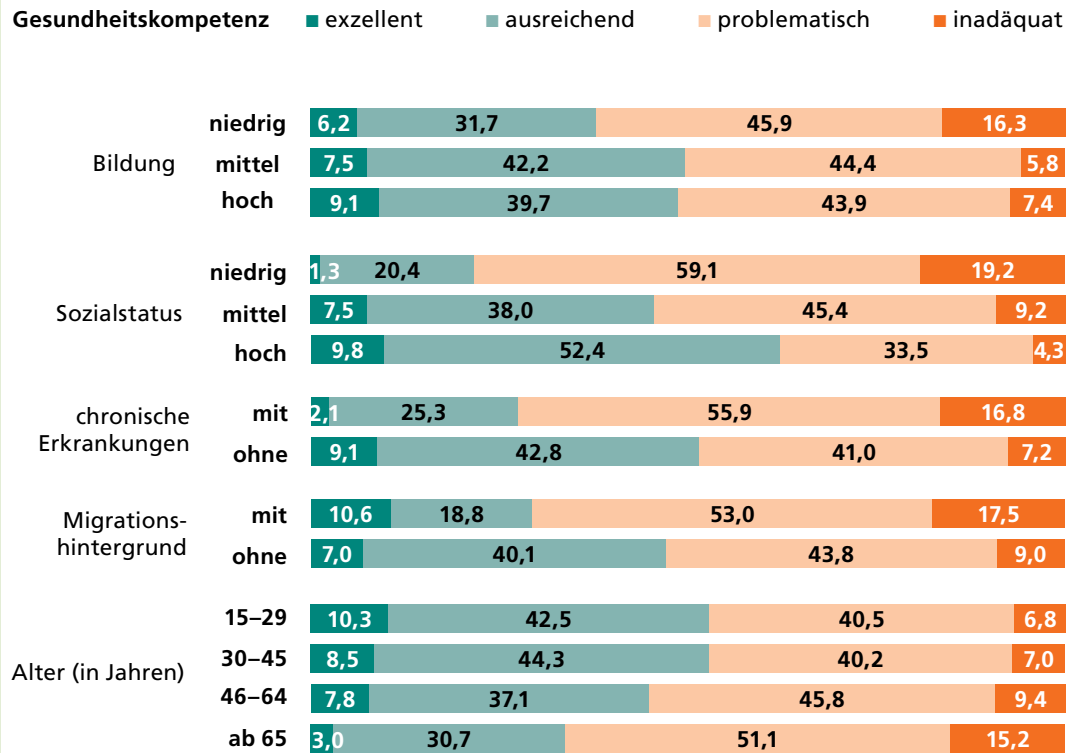
”

Bestimmte soziodemografische Merkmale gehen häufiger mit einer geringen Gesundheitskompetenz einher.

”

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und einer niedrigen Gesundheitskompetenz.

Abbildung 3: Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Deutschland, betrachtet nach Bildungsgrad, sozialem Status, chronischer Krankheit, Migrationshintergrund und Lebensalter (in Prozent) (1)



Vorhandensein eines Migrationshintergrunds

Menschen mit Migrationshintergrund schneiden im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung deutlich schlechter ab:

- Fast 18 Prozent von ihnen verfügen über eine inadäquate, 53 Prozent über eine problematische Gesundheitskompetenz (1).
- Dabei sind die Anforderungen im Bereich der Gesundheitsförderung aus ihrer Sicht am schwierigsten zu bewältigen: Knapp 70 Prozent verfügen auf diesem Gebiet über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz und haben beispielsweise erhebliche Schwierigkeiten damit, zu beurteilen, wie sich ihre Wohnumgebung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirkt.

”
Menschen mit Migrationshintergrund haben erhebliche Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen.

Weil der Anteil an Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund in Deutschland weiter steigt, bedarf diese Bevölkerungsgruppe künftig größerer Aufmerksamkeit – auch bei der Förderung von Gesundheitskompetenz. Dabei ist zu beachten, dass diese Gruppe in sich sehr heterogen ist und große kulturelle und sprachliche Vielfalt aufweist.

Höheres Lebensalter

Ältere Menschen gehören ebenfalls zu den Gruppen, für die der Umgang mit Gesundheitsinformationen Herausforderungen aufwirft.

- Zwei Drittel der älteren Bevölkerung in Deutschland haben eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz.
- Nur drei von 100 Menschen, die 65 Jahre oder älter sind, sehen keine Probleme damit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und umzusetzen.
- Bei den Älteren ab 75 Jahren liegt der Anteil der Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz bei über 75 Prozent (36).

Der hohe Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz älterer Menschen stellt insbesondere mit Blick auf den fortschreitenden demografischen Wandel eine Herausforderung dar.

Vorliegen chronischer Erkrankungen

Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sehen sich überdurchschnittlich häufig vor Probleme im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen gestellt.

- Nur eine Minderheit der Befragten, die mit einer chronischen Erkrankung lebt, findet es leicht, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen.
- Knapp drei Viertel – rund 73 Prozent – schätzen die damit einhergehenden Anforderungen als schwierig ein und weisen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf (1).

Eine der Ursachen dafür liegt in den höheren Anforderungen, mit denen Menschen mit einer chronischen Erkrankung bei der Krankheitsbewältigung und der Navigation im Gesundheitssystem konfrontiert sind.

”

Die Gesundheitskompetenz älterer Menschen ist geringer ausgeprägt als im Bevölkerungsdurchschnitt.

”

Menschen mit chronischen Erkrankungen stehen in gesundheitlichen Fragen ebenfalls oft vor Herausforderungen.

”
Menschen mit einer hohen Gesundheitskompetenz schätzen ihren Gesundheitszustand positiver ein.

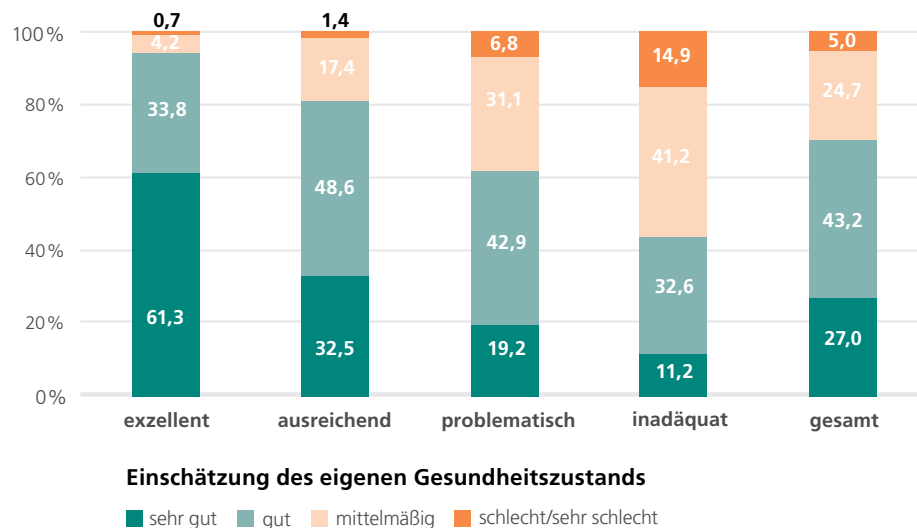
Wie wirkt sich die Gesundheitskompetenz auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten aus?

Je nachdem, wie ausgeprägt die Gesundheitskompetenz ist, zeigen sich Unterschiede bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und dem Gesundheitsverhalten, bei der Nutzung des Gesundheitssystems sowie beim Informationsverhalten.

Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und Gesundheitsverhalten

Gesundheitskompetenz und Gesundheitsstatus stehen miteinander in Verbindung. Bisherige Forschungsergebnisse deuten auf einen starken statistischen Zusammenhang hin. Menschen mit höherer Gesundheitskompetenz schätzen ihren subjektiven Gesundheitsstatus in der Regel als besser ein (siehe Abbildung 4) und verhalten sich auch eher gesundheitsförderlich als Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz.

Abbildung 4: Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz und die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (1)



Je nach Grad der Gesundheitskompetenz gibt es auch deutliche Unterschiede im Gesundheitsverhalten:

- Jeder Sechste mit einer exzellenten Gesundheitskompetenz ist fast jeden Tag körperlich aktiv. Bei den Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ist das nur bei vier Prozent der Fall.
- Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz ernähren sich gesünder: Sie verzehren zum Beispiel häufiger als andere täglich Obst und Gemüse und verzichten auf den Konsum von zuckerhaltiger Limonade.

Analog zu den ungünstigeren Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten ist der Anteil der Übergewichtigen unter den Befragten mit problematischer oder inadäquater Gesundheitskompetenz höher als unter denjenigen mit ausreichender und exzellenter Gesundheitskompetenz (1).

Art und Umfang der Nutzung des Gesundheitssystems

Auch zwischen dem Niveau der Gesundheitskompetenz und der Nutzung des Gesundheitssystems ist ein Zusammenhang zu erkennen. Menschen mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz nehmen das kurative Gesundheitssystem häufiger in Anspruch, nutzen aber Präventionsangebote seltener.

- Knapp jeder Dritte mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz berichtet von häufigen Arztbesuchen. Bei den Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz ist dies nur bei vier Prozent der Fall. Auch für ärztliche Notdienste, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahme ist mit abnehmender Gesundheitskompetenz eine häufigere Nutzung festzustellen.
- Deutliche Unterschiede zeigen sich bei den Krankenhausaufenthalten: Während weniger als zehn Prozent der Befragten mit sehr guter Gesundheitskompetenz im letzten Jahr einen Krankenhausaufenthalt hatten, waren es bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz fast 40 Prozent.

Aus diesen Befunden lässt sich schließen, dass Menschen, die häufiger auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sind, auch größere Schwierigkeiten beim Umgang mit Informationen haben als solche, die das Gesundheitssystem insgesamt nur selten in Anspruch nehmen. Eine mögliche Ursache dafür dürfte in der Komplexität des Gesundheitssystems liegen, dessen Nutzung mit hohen Anforderungen verbunden ist.

”

Mit dem Niveau der Gesundheitskompetenz hängt zusammen, wie das Gesundheitssystem genutzt wird.

4

”

Menschen mit höherer Gesundheitskompetenz nutzen das Internet häufiger.

”

Ärzte sind eine wichtige Informationsquelle, aber ihre Ausführungen werden häufig nicht verstanden.

Informationsverhalten

Bei der Frage danach, wer die wichtigste Anlaufstelle bei der Suche nach gesundheitsrelevanter Information ist, steht der Hausarzt an erster Stelle, gefolgt vom Facharzt. Das Internet steht auf Rang vier. Auch das soziale Netz und besonders die Familie stellen eine wichtige Informationsquelle in Krankheitsfragen dar (28, 37). Welche Quelle wie intensiv genutzt wird, fällt je nach Niveau der Gesundheitskompetenz unterschiedlich aus:

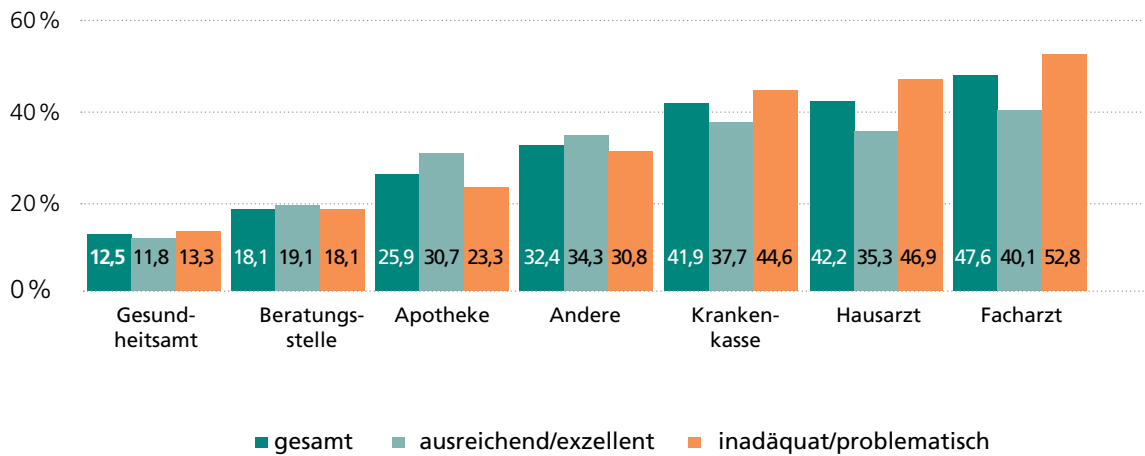
- Während fast jeder Dritte mit ausreichender Gesundheitskompetenz angibt, das Internet als Informationsquelle zu nutzen, trifft dies nur auf jeden Fünften mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu. Diese Unterschiede können als Hinweis darauf gesehen werden, dass eine „digitale Kluft“ existiert.
- Etwa 30 Prozent der Befragten wenden sich an ihre Familie, wenn sie Informationen über Gesundheitsfragen, körperliche Beschwerden und Krankheiten suchen. Bei Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz rangiert die Familie deutlich vor dem Internet als Informationsquelle (1).

Dass die Haus- und Fachärzte die wichtigste Informationsquelle sind, bedeutet nicht, dass sie auch immer verstanden werden. Wie Abbildung 5 zeigt, ist der Anteil derer, die Erklärungen ihres Haus- oder Facharztes schon einmal nicht verstanden haben, bedenklich hoch.

- Mehr als 40 Prozent der Befragten hatten bereits einmal Schwierigkeiten, den Erklärungen ihres Hausarztes zu folgen. Fachärzte werden noch häufiger nicht richtig verstanden. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt dieser Anteil noch höher. 53 Prozent verstanden ihren Fach-, 47 Prozent den Hausarzt nicht.
- Informationen von Krankenkassen werden ebenfalls häufig schlecht verstanden.

Dies deutet darauf, dass es wichtig ist, bei der Förderung der Gesundheitskompetenz auch das Gesundheitssystem einzubeziehen und die dort tätigen Professionen in ihrer Kommunikations- und Informationskompetenz zu stärken.

Abbildung 5: Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz und der Umgang mit wichtigen Informationsquellen – Anteil der Befragten, die schon einmal Erklärungen der jeweiligen Quelle nicht richtig verstanden haben, in Prozent (1)



Die dargestellten Ergebnisse belegen insgesamt, dass die Verbesserung der Gesundheitskompetenz künftig eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe darstellt, und zeigen, wie breit gefächert der Handlungsbedarf ist.

5

Wie kann Gesundheitskompetenz gefördert werden?



Um die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu stärken, ist ein umfassender gesamtgesellschaftlicher Ansatz mit einem breit angelegten Programm notwendig. Dabei ist das Gesundheitssystem mit seinen unterschiedlichen Teilbereichen besonders gefordert. Aber auch das Erziehungs- und Bildungssystem und viele andere Bereiche gesellschaftlichen Lebens sind tangiert und müssen für diese Aufgabe sensibilisiert werden.

Besonders in der persönlichen Lebensumwelt und im Alltagsleben sollte die Gesundheitskompetenz gefördert werden, zumal sie wesentlich durch die dort vorgefundenen Bedingungen geprägt wird. Deshalb konzentrieren sich die Empfehlungen in Abschnitt 5.1 auf die **alltäglichen Lebenswelten** und damit die Anforderungen außerhalb des Gesundheitssystems. In Abschnitt 5.2 stehen die Anforderungen innerhalb des **Gesundheitssystems** im Mittelpunkt. Dort wurde in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Reformen auf den Weg gebracht, um die Information der Nutzer zu verbessern. Doch sind die Bemühungen nicht ausreichend. Daher sind weitere Anstrengungen erforderlich, um das Gesundheitssystem gesundheitskompetenter und insgesamt nutzerfreundlicher zu gestalten und damit die Anforderungen an die Menschen zu reduzieren, die sich darin bewegen. Abschnitt 5.3 widmet sich dem **Leben mit chronischen Erkrankungen**. Ihnen wird spezielle Aufmerksamkeit geschenkt, weil sie heute die Mehrheit der Krankheiten ausmachen und hohe Anforderungen an die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement stellen. Zugleich geht der Umgang

mit gesundheitsrelevanten Informationen – etwa bei der Nutzung des Gesundheitssystems oder der Entscheidung über Behandlungs- und Versorgungsstrategien – hier mit besonderen Herausforderungen einher. Den Abschluss bilden im Abschnitt 5.4 Empfehlungen zur **Forschung** im Bereich der Gesundheitskompetenz. Sie ist Voraussetzung für die Entwicklung wirkungsvoller Interventionen, aber in Deutschland bislang erst rudimentär entwickelt.

Die Empfehlungen werden durch internationale und nationale Praxisbeispiele illustriert, die exemplarischen Charakter haben und interessante Ansätze verfolgen.

5.1 Die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern

Aus der deutschlandweiten Erhebung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung geht hervor, dass es den Befragten besonders schwer fällt, Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung und zur gesundheitsgerechten Gestaltung ihrer alltäglichen Lebenswelten zu finden, die sie verstehen, richtig einschätzen und auf ihre persönliche Situation beziehen können (1). Das gilt für Nachbarschaft und Wohnquartier ebenso wie für Kindertageseinrichtung und Schule, Arbeit und Freizeit sowie Konsum und Medien. Die Ausgestaltung der Bedingungen in diesen Lebenswelten prägt die bewussten und unbewussten Gesundheitsentscheidungen, die Menschen täglich fällen. Deshalb ist es wichtig, ihnen „vor Ort“ möglichst gute Bedingungen für den Zugang zu Gesundheitsinformationen und konkrete Anreize und Hilfen für gesundheitsförderliche Entscheidungen und Handlungen zu bieten.

EMPFEHLUNG 1

Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen

Warum ist das wichtig?

Die Institutionen des Erziehungs- und Bildungssystems haben große Bedeutung für die Förderung der Gesundheitskompetenz. Sie begleiten Menschen während ihres gesamten Lebenslaufs und unterstützen die Entwicklung von kognitiven, sozialen und emotionalen Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben. Die in den Kindertageseinrichtungen, Schulen, außerschulischen Bildungseinrichtungen, Hochschulen, Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätigen Professionen können daher viel zur Förderung der Gesundheitskompetenz beitragen.

”

Gesundheitskompetenz ist in der persönlichen Lebenswelt von großer Bedeutung.

1

”

Das Bildungssystem bietet viele Ansatzpunkte, um die Gesundheitskompetenz zu fördern.

Bisher mangelt es aber an einer abgestimmten Strategie, wie die Förderung von Gesundheitskompetenz im Fächerkanon und im Alltag von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen verankert werden kann.

Was ist zu tun?

- Gesundheitskompetenz fest in den Bildungs- und Lehrplänen von Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführenden Schulen, Hochschulen, Jugendbildungs- und beruflichen Ausbildungseinrichtungen sowie in der Erwachsenenbildung verankern
- Projektwochen zur Gesundheitskompetenz in Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen durchführen und Gesundheit langfristig möglichst als Schulfach etablieren, auf jeden Fall aber als fächerübergreifenden Querschnittsaspekt verbindlich in den Unterricht integrieren
- Erste Hilfe verbunden mit psychischer, pflegerischer und medizinischer Beratung in Form der Schulgesundheitspflege institutionell in den Erziehungs- und Bildungsinstitutionen verankern
- Mitarbeiter von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen durch Weiterbildungen in die Lage versetzen, gezielt zur Förderung der Gesundheitskompetenz beizutragen

Praxisbeispiel: ScienceKids

„ScienceKids: Gesundheit entdecken“ setzt konsequent auf Selbermachen und Ausprobieren. Als fundiertes, modular aufgebautes Lehrangebot zur handlungsorientierten Gesundheitsbildung richtet sich das Programm an Schüler der Klassen 1 bis 10 aller Schularten in Baden-Württemberg. Bei ScienceKids dürfen Schüler durch eigenes Erleben selbst Antworten auf Fragen im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und seelischem Wohlbefinden finden, verstehen sowie umsetzen, wie beispielsweise Lebensmittel selbst herstellen und genießen. Die Lehr- und Lernmaterialien sind bildungsplankonform (in Baden-Württemberg) und lassen sich unter anderem in unterschiedlichen Schulfächern des Regelunterrichts oder bei der Gestaltung von Projekttagen einsetzen. Das Programm wurde vom Ministerium für Jugend, Kultur und Sport und dem Landesinstitut für Schulsport, Schulkunst und Schulmusik Baden-Württemberg, Wissenschaftlern, Lehrern, Eltern und Schülern entwickelt. Es startete 2006 und wird in rund 1.000 Schulen in Baden-Württemberg eingesetzt. Die Evaluationen belegen unter anderem einen signifikant messbaren Wissenszuwachs der Schüler hinsichtlich ihres Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie zum Thema Gesundheit.

Weitere Informationen: www.scienceKids.de

EMPFEHLUNG 2

Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern

Warum ist das wichtig?

Gut die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland ist erwerbstätig. Berufstätige verbringen einen großen Teil ihres Lebens in Betrieben, Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen. Aus diesem Grund üben die Arbeitsanforderungen und Betriebsabläufe nachhaltigen Einfluss auf ihre Gesundheit aus. Entsprechend wichtig ist es, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Gesundheitskompetenz von Berufstätigen zu verbessern und sie direkt an ihrem Arbeitsplatz in die Lage zu versetzen, ihre gesundheitlichen Anliegen wahrzunehmen und zu vertreten. Das kann am besten dadurch geschehen, dass die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen in bereits bestehende Programme der Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz einbezogen wird.

Was ist zu tun?

- Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten stärker als bisher in die bestehenden Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Arbeitssicherheit integrieren
- Durch Organisationsentwicklung und Veränderungen von sozialen und zeitlichen Prozessen und Abläufen die Gesundheitskompetenz aller Beschäftigten direkt am Arbeitsplatz fördern und ihre aktive Mitwirkung intensivieren
- Die Führungskräfte in Unternehmen in ihrer Verantwortung für eine gesundheitskompetente Gestaltung der Arbeit unterstützen und sie für die gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten in den herausfordernden Phasen des Berufsstarts, der Familiengründung, der beruflichen Umorganisation, der Pflege von Angehörigen und des Übergangs in den Ruhestand sensibilisieren
- Interne und externe Angebote zur kostenlosen Gesundheitsberatung einrichten, die den Beschäftigten die Möglichkeit geben, sich unabhängige Informationen, Rat und Unterstützung bei Belastungen, Überforderungen und Krankheiten einzuholen

2

”

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden.

„
Es bedarf klarer gesetzlicher
Regeln für transparente
Gesundheitsinformationen zu
Konsum und Ernährung.“

Praxisbeispiel: Gesundheitskompetenz im Markt (GesiMa)

GesiMa ist eine Toolbox mit Instrumenten und Medien für Führungskräfte zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Mitarbeitern. Ein Handlungsleitfaden beschreibt, wie die Förderung von Gesundheitskompetenz in Unternehmen gestaltet und praktisch umgesetzt werden kann. Das Projekt zielt darauf, Führungskräfte und Personalverantwortliche für das Thema Gesundheitskompetenz zu sensibilisieren, sie zu motivieren, einen gesundheitsfördernden Führungsstil zu entwickeln, und sie zu befähigen, Informationen und Wissen über Gesundheit am Arbeitsplatz zu vermitteln. GesiMa wurde vom Gesundheitsmanagement einer Lebensmittelkette und dem Institut für gesundheitliche Prävention entwickelt.

Weitere Informationen: www.inqa.de

EMPFEHLUNG 3

Die Gesundheitskompetenz im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten stärken

Warum ist das wichtig?

Die Freizeit-, Konsum- und Nahrungsmittelindustrie bietet heute eine derart große Fülle an Produkten und Dienstleistungen an, dass es für Konsumenten immer schwieriger wird, deren Wirkungen zu bewerten und richtige Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise zu treffen. Der kompetente Umgang mit Nahrungs- und Genussmitteln ebenso wie ein anregendes und entspannendes Freizeitverhalten verlangen nach verlässlicher Information. Diese kann aus den heute zur Verfügung gestellten Produktangaben der Hersteller oft nicht abgeleitet werden, weil in sie einseitige Werbebotschaften und andere irreführende Sachverhalte eingehen. Deswegen sind klare gesetzliche Regeln für transparente Gesundheitsinformationen notwendig.

Was ist zu tun?

- Konsumprodukte – besonders Lebens-, Genuss- und Nahrungsergänzungsmittel – klar und verständlich kennzeichnen, zum Beispiel durch eine für Lebensmittelhersteller verbindlich einzuführende Lebensmittelampel
- Durch gezielte Anreize („Nudging“), zum Beispiel durch Preispolitik, transparente Informationen und klare Produktkennzeichnungen, gesunde Entscheidungen der Konsumenten herbeiführen

- Verbot von Werbung mit Falschinformationen und von an Kinder gerichtetem Marketing für ungesunde Lebensmittel in der Werbung im Fernsehen, im Internet, in Printmedien, auf Verpackungen, in Geschäften sowie im öffentlichen Raum
- Die Gesetzgebung, Regulierung und Besteuerung bei ungesunden Konsumgütern ausweiten, zum Beispiel durch die Festlegung von verbindlichen Zielen zur Reduktion von Salz, Fett und Zucker in Fertigprodukten und das Verbot von Falschwerbung

Praxisbeispiel: Die Lebensmittelampel

Die Lebensmittelampel stellt eine leicht verständliche Kennzeichnung der Nährstoffwerte auf Lebensmittelverpackungen dar. In den üblichen Ampelfarben Rot, Gelb und Grün wird auf den Gehalt verschiedener Nährstoffe (Fett, gesättigte Fettsäuren, Zucker und Salz) hingewiesen, sodass Verbraucher schon vor dem Erwerb erkennen können, ob das Produkt zu einer ausgewogenen Ernährung beiträgt. Die Ampelkennzeichnung erfolgt auf der Vorderseite der Verpackung. Die Lebensmittelampel wird seit 2006 in Großbritannien und seit 2016 auch in Frankreich eingesetzt.

Weitere Informationen: www.verbraucherzentrale.de

EMPFEHLUNG 4

Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern

Warum ist das wichtig?

Gesundheitsinformationen werden in immer größerem Maße über Massenmedien verbreitet. Die Nutzer sehen sich dort aber mit sehr vielen, oft widersprüchlichen und interessengeleiteten Informationen konfrontiert, deren Herkunft und Qualität sie vielfach nur schwer oder gar nicht einschätzen können. Nicht nur die Beurteilung, auch das Finden geeigneter und verständlicher Information in den Medien bereitet vielen Menschen Schwierigkeiten. Das gilt auch für gesundheitsbezogene und medizinische Apps. Bislang gibt es kaum Möglichkeiten, sich einen Überblick über diese Angebote zu verschaffen oder deren Qualität einzuschätzen.

4

”

Die Vielzahl an Gesundheitsinformationen unterschiedlicher Güte in den Medien erschwert die Auswahl relevanter und verlässlicher Inhalte.

”
Kommunen verfügen über vielfältige Möglichkeiten, die Gesundheitskompetenz ihrer Bürger zu stärken.

Was ist zu tun?

- Die Medienkompetenz und die kritische Urteilsfähigkeit der Bevölkerung im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen fördern, zum Beispiel durch systematische Aufklärungskampagnen zur Nutzung von sozialen Netzwerken und Gesundheits-Apps
- Die Verantwortlichen der Massenmedien für die Förderung von Gesundheitskompetenz und die gesundheitlichen Implikationen von Programmen sensibilisieren und qualitätsbasierte Kooperationen mit Akteuren des Gesundheitssystems sicherstellen
- Den Zugang zu audiovisuellen Gesundheitsinformationen vereinfachen und deren Verfügbarkeit verbessern, zum Beispiel durch die Beseitigung bestehender Löschpflichten der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten bei Gesundheitsinformationen und die dauerhafte Bereitstellung dieser Informationen in ihren jeweiligen Mediatheken
- Transparenz über das Angebot und die Qualität digitaler Gesundheitsanwendungen schaffen und Angehörige aller Gesundheitsprofessionen dazu befähigen, qualitätsgesicherte analoge und digitale Gesundheitsinformation zu empfehlen

EMPFEHLUNG 5

Die Kommunen befähigen, in den Wohnumfeldern die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu stärken

Warum ist das wichtig?

Die Kommunen sind die kleinste politisch-administrative Einheit in Deutschland. Sie sind die zentralen Orte für sozialen Zusammenhalt und Zugehörigkeit und bilden den geografischen Lebensmittelpunkt für praktisch alle Bürger. Sie tragen die maßgebliche Verantwortung für die Daseinsvorsorge: Die Kommunen koordinieren sektorenübergreifend die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Dienstleistungen für alle Einwohner, von den Erziehungs- und Bildungsinstitutionen über die Einrichtungen zur Familien-, Jugend- und Sozialarbeit, die Institutionen zum Umwelt- und Verbraucherschutz, die Freizeit-, Gesundheits- und Senioreneinrichtungen bis hin zum Städtebau und zur Städteplanung. Aufgrund dieser weitreichenden Aufgaben und Möglichkeiten kommt ihnen eine Schlüsselrolle zu, um die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu fördern und wohnortnah gut erreichbare Angebote zur Verbesserung der Gesundheitsinformation zu machen.

Was ist zu tun?

- In Kooperation mit Bildungsinstitutionen, Wohlfahrtsverbänden, Sportvereinen, Fitness-Studios, Bürgerinitiativen und Selbsthilfegruppen attraktive Veranstaltungen, wie zum Beispiel Ausstellungen, Messen und Aktionstage, entwickeln, um gesundheitliche Probleme im Wohnquartier zu diskutieren
- Über Prämien und öffentliche Auszeichnungen Anreize schaffen, um Restaurants, Cafés und Einkaufsläden, aber auch Freizeiteinrichtungen, Sportvereine, Beratungsstellen und Glaubensgemeinschaften zu motivieren, Aktionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz durchzuführen
- Die Sicherung der Gesundheitskompetenz in Projekte des Quartiersmanagements, des Programms „Soziale Stadt“, in kommunale Projekte im Rahmen des Präventionsgesetzes sowie des Netzwerks „Gesunde Städte“ integrieren und Anlaufstellen für Gesundheitsinformationen („Gesundheitskioske“) schaffen
- Ressourcen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bereitstellen, um gezielt Daten zur Gesundheitslage und Gesundheitskompetenz in der Kommune erheben und unter Beteiligung der Bürger Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickeln zu können

Praxisbeispiel: Optimising Health Literacy and Access to Health Information and Services (OPHELIA)

Das Projekt Ophelia widmet sich der Förderung der Gesundheitskompetenz in der Kommune. Mithilfe eines Toolkits und eines Handbuchs liefert Ophelia eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit chronischer Erkrankung in der Kommune. Das Konzept gliedert sich in drei Phasen: Zunächst werden Stärken und Schwächen der jeweiligen Kommune und wichtige tagespolitische Themen identifiziert. Dazu werden anhand von Fragebögen, Interviews und Gesprächsgruppen systematisch Daten von Vertretern aller Bereiche der Kommune gesammelt, analysiert und mit lokalen Stakeholdern diskutiert, um bestehende Projekte zu identifizieren und Ideen zur Verbesserung zu entwickeln. Im zweiten Schritt werden prioritäre Handlungsfelder festgelegt und Interventionen entwickelt, die in einem dritten Schritt umgesetzt und evaluiert werden. Ophelia wird im australischen Bundesstaat Victoria erprobt und wissenschaftlich begleitet.

Weitere Informationen: www.ophelia.net.au

Stakeholder

Als Stakeholder wird eine Person oder Gruppe bezeichnet, die von dem Verlauf oder dem Ergebnis eines Prozesses oder Projekts direkt oder indirekt betroffen ist oder irgendein Interesse an dem Prozess oder Projekt hat. Der Ausdruck Stakeholder basiert auf dem englischen Begriff „stake“, der mit Einsatz, Anteil oder Anspruch übersetzt werden kann. Im Deutschen werden manchmal Begriffe wie Interessenten, Betroffene oder Interessengruppen benutzt, wenn es um Stakeholder geht (38).

”

Das Gesundheitssystem
ist noch nicht
nutzerfreundlich.

6

”

Damit die Gesundheitsberufe
die Gesundheitskompetenz
fördern können, benötigen
sie entsprechende
Rahmenbedingungen.

Welche Akteure sind für die Umsetzung dieser Empfehlungen gefragt?

- Staatliche Institutionen und Gesetzgeber
- Träger von Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung und anderen Bildungseinrichtungen sowie die in diesen Einrichtungen tätigen Professionen
- Gemeinnützige und gewerbliche Unternehmen und Betriebe
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege
- Vereine
- Selbsthilfegruppen
- Kommunen
- Medien
- Journalisten
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

5.2 Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten

Das Gesundheitssystem spielt für die Förderung von Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle. Aufgrund seiner Komplexität und Unübersichtlichkeit stellt es zugleich hohe Anforderungen an die Nutzer. Deshalb ist es wichtig, das Gesundheitssystem mit seinen Organisationen und Akteuren in die Verbesserung der Gesundheitskompetenz einzubeziehen und darauf hinzuwirken, das System auf allen Ebenen nutzerfreundlich und gesundheitskompetent weiterzuentwickeln. Ziel sollte es sein, dass alle Nutzer ihre Bedürfnisse artikulieren, informierte Entscheidungen treffen und sich aktiv an der Behandlung und Versorgung beteiligen können.

EMPFEHLUNG 6

Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern

Warum ist das wichtig?

Um eine nachhaltige Förderung der Gesundheitskompetenz zu sichern, ist es notwendig, diese Aufgabe strukturell und programmatisch im Gesundheitssystem und seinen Organisationen zu verankern. Zugleich ist es notwendig, auch die darin tätigen Gesundheitsprofessionen entsprechend zu sensibilisieren und besser zu qualifizieren und Rahmenbedingungen herzustellen, die es ihnen ermöglichen, der Stärkung von Gesundheitskompetenz den erforderlichen Stellenwert einzuräumen.

Was ist zu tun?

- Die Förderung von Gesundheitskompetenz strukturell im Gesundheitssystem verankern und Hindernisse für die Umsetzung durch die Organisationen und Gesundheitsprofessionen abbauen, beispielsweise durch adäquate Weiterentwicklung des Vergütungssystems
- In allen Sektoren und Bereichen der Versorgung Standards für gesundheitskompetente Organisationen entwickeln und umsetzen
- Am Gemeinwohl orientierte Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem schaffen, die es allen Gesundheitsprofessionen – den ärztlichen wie den therapeutischen Gesundheitsberufen und auch der Pflege – ermöglichen, die Gesundheitskompetenz ihrer Adressaten durch Information, Beratung, Bildung und Anleitung aktiv zu fördern
- Adressatengerechte Strategien zur Förderung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz der unterschiedlichen Nutzergruppen im Gesundheitswesen entwickeln und umsetzen und dabei vulnerable Gruppen wie Menschen mit geringen sozio-kulturellen und ökonomischen Ressourcen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit chronischer Erkrankung oder im höheren Lebensalter besonders berücksichtigen

Praxisbeispiel: Die gesundheitskompetente Sozialversicherung

Eine gesundheitskompetente Sozialversicherung zeichnet sich dadurch aus, dass sie Versicherten die Suche, das Verständnis, die Bewertung und die Anwendung von Gesundheitsinformationen erleichtert. Ziel ist es, eigene Produkte und Dienstleistungen einfacher verständlich und nutzbar zu machen und Barrieren, die die Orientierung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem erschweren, zu reduzieren. Zur Unterstützung wurde 2016 vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Methodenbox herausgegeben, die Beispiele guter Praxis und Anregungen für die Gestaltung von Informationsmaterialien, die Kommunikation, die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Zugang zu Orientierungshilfen und die Einbeziehung der Zielgruppe enthält. Die Methodenbox „Die gesundheitskompetente Sozialversicherung“ ist an unterschiedliche Akteure des Gesundheitssystems gerichtet.

Weitere Informationen: www.hauptverband.at



Das deutsche Gesundheitssystem ist so komplex, dass die Nutzer Unterstützung bei der Orientierung benötigen.

EMPFEHLUNG 7

Die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern, Transparenz erhöhen und administrative Hürden abbauen

Warum ist das wichtig?

Das deutsche Gesundheitssystem zählt zwar zu den leistungsfähigsten der Welt, zeichnet sich jedoch gleichzeitig durch hohe Fragmentierung und sektorale Durchgliederung, sowie eine große Vielzahl an Einrichtungen, Zuständigkeiten, Regelungen und Verfahren aus. Hinzu kommen bürokratische Hürden, komplizierte Antragsverfahren und -prozesse, einzuhaltende Fristen und intransparente administrative Vorgaben. Für viele Menschen – besonders für solche mit geringer Gesundheitskompetenz – ist es schwer, den daraus erwachsenden Anforderungen nachzukommen. Deshalb ist es wichtig, die administrativen Voraussetzungen, aber auch den Zugang zum System so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, Transparenz herzustellen und gleichzeitig geeignete Unterstützung für all jene anzubieten, die mit diesen Anforderungen überfordert sind.

Was ist zu tun?

- Die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem und in den Versorgungseinrichtungen erleichtern, eine niedrigschwellige Erreichbarkeit sicherstellen, die Kontaktaufnahme vereinfachen und einfache Leitsysteme (Auschilderung) entwickeln und umsetzen
- Transparenz über die Funktionsweise und Qualität von Versorgungseinrichtungen sowie über Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen der unterschiedlichen Kostenträger schaffen und leicht zugängliche und verständliche Informationen und Beratung zur Verfügung stellen
- Antragsprozesse, Verfahren und administrative Instrumente wie Bescheide, Formulare und Verträge der Kosten- und Leistungsträger so weit wie möglich vereinfachen und nutzerfreundlich gestalten
- Sektorenübergreifende personale Unterstützungsangebote (wie zum Beispiel Case-Management oder Beratungsangebote) ausbauen und Versorgungspfade schaffen, die Menschen über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg unabhängig von Anlass und Ort der Leistungserbringung begleiten und die Navigation vereinfachen

Praxisbeispiel: The Health Literacy Environment Activity Packet: First Impressions & Walking Interview

Das Aktionspaket „The Health Literacy Environment Activity Packet: First Impressions & Walking Interview“ richtet sich an (leitende) Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen. Es hat zum Ziel, Feedback von Nutzern zur Navigation und zu den Abläufen in Gesundheitseinrichtungen einzuholen. Das Paket beinhaltet Instrumente, mit denen die Nutzerfreundlichkeit der Einrichtung sowie die der schriftlichen und mündlichen Kommunikation bewertet werden können. Es soll helfen, Veränderungen zur Erleichterung der Navigation einzuleiten und die Transparenz zu erhöhen. Das Aktionspaket wurde von der Harvard T.H. Chan School of Public Health entwickelt.

Weitere Informationen: www.hsph.harvard.edu

EMPFEHLUNG 8

Die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen und Nutzern verständlich und wirksam gestalten

Warum ist das wichtig?

Seit Langem wird die hohe Bedeutung verständlicher Kommunikation betont. Zugleich werden vielfältige Verständigungs- und Verständnisprobleme zwischen den Nutzern und den Gesundheitsberufen beklagt – hervorgerufen unter anderem durch die Verwendung von Fachsprache, abstrakte Ausdrucksweise, Zeitmangel und ein Vergütungssystem, das nur wenig Anreize für Patientenzentrierung setzt. Kommunikationsprobleme können sich direkt auf die Behandlung und Versorgung auswirken und deren Qualität senken oder die Patientensicherheit gefährden. Sie verhindern auch, dass die Betroffenen aktiv und koproduktiv an ihrer Behandlung und Versorgung mitwirken und dadurch Gesundheitskompetenz erwerben. Dies unterstreicht die Bedeutung einer an den Wissensstand und an die individuellen Lernvoraussetzungen der Erkrankten angepassten Kommunikation. Sie erfordert aufseiten der Gesundheitsprofessionen eine hohe Kommunikations- und Vermittlungskompetenz sowie eine starke Patientenorientierung.

Was ist zu tun?

- Eine patientenzentrierte, barrierefreie, kultur- und gendersensible Kommunikation durch die Gesundheitsprofessionen über theoretisch und methodisch fundierte Gesprächsführungstechniken und wissenschaftliche Standards verbindlich sicherstellen
- Wissenschaftlich fundierte Standards für die Qualifizierung aller Gesundheitsprofessionen im Bereich der Kommunikations- und Vermittlungskompetenz

8

”

Verständigungsprobleme können sich negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken.

entwickeln, erproben und fest in den Curricula, den Lehrplänen und Bildungsstandards der Hochschulen und Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen der Gesundheitsprofessionen verankern

- Als Unterstützung für eine wirksame und nutzerfreundliche Kommunikation didaktisch aufbereitete Arbeitshilfen, Medien und Materialien erarbeiten, erproben und systematisch einführen
- Dolmetscherleistungen und Übersetzungshilfen und die verbindliche Einführung einfach verständlicher Sprache etablieren, damit die Sprache für Migranten, Zugewanderte und Flüchtlinge keine Barriere bildet

Praxisbeispiel: Feedback zum Verständnis des Gesagten – „Teach Back“

„Teach Back“ („Zurückklären“) ist eine Gesprächsführungstechnik. Sie dient der Rückversicherung darüber, ob Patienten vermittelte Inhalte verstanden haben, sie erinnern und abrufen können. Darüber hinaus soll sie die Kommunikationsfähigkeiten der Gesundheitsprofessionen überprüfen. Die Methode kann über ein einfaches, interaktives Lernmodul vermittelt werden. Die American Medical Association stellt eine Webseite mit Informationen, interaktiven Lernmodulen, Videos, Literatur und einer Checkliste zur Selbstevaluation zur Verfügung. Eine Beschreibung der Teach-Back-Methode ist auch in der von der Universität Bielefeld 2017 veröffentlichten deutschsprachigen Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz enthalten.

Weitere Informationen: www.teachbacktraining.org

9

EMPFEHLUNG 9

Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestalten

Warum ist das wichtig?

Dass die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland Schwierigkeiten hat, gesundheitsrelevante Information zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen, stellt neue Anforderungen an die Gestaltung solcher Informationen. Dies gilt für gesundheitsrelevante Informationen in den Medien ebenso wie für Packungsbeilagen von Arzneimitteln, Aufklärungsbögen oder sozialrechtliche Informationsangebote, die derzeit besonders für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz kaum verständlich sind. Dazu gehören eine nutzerfreundliche Aufbereitung von Informationen sowie eine laienverständliche Sprache und Textstruktur. Darüber hinaus ist erforderlich, die Gestaltung von Information an den Rezeptionsgewohnheiten,

”
Um das Verständnis gesundheitsrelevanter Informationen zu erleichtern, sollen sie nutzerfreundlich aufbereitet werden.

Kompetenzvoraussetzungen und Präferenzen der unterschiedlichen Nutzergruppen auszurichten und Nutzer in die Erstellung von Information einzubeziehen. Auch ist zu beachten, dass viele Menschen Unterstützung bei der Informationssuche und -verarbeitung benötigen und insbesondere die Einschätzung von Informationen auf Schwierigkeiten stößt.

Was ist zu tun?

- Verbindliche Standards für die Erstellung von wissenschaftlich fundierten, verständlichen, erfahrungsnahen und lebensweltorientierten Patientinformationen und deren Gebrauchstauglichkeit („usability“) auf nationaler Ebene weiterentwickeln und dabei die Informationsbedürfnisse unterschiedlicher Ziel- und Adressatengruppen sowie die kulturelle Diversität berücksichtigen
- Gesundheitsrelevante Informationen vereinfachen, etwa indem sie in einfacher Sprache verfasst werden; außerdem sollten multimediale Formate eingesetzt werden, sodass auch Menschen mit eingeschränkten Lesefähigkeiten die Informationen nutzen können
- Die Informationsbeschaffung und -verarbeitung durch individuelle und flexible Beratungsangebote gezielt unterstützen; die Nutzer zugleich in einem problemlösungsorientierten Beratungsprozess begleiten und sie vor Ort im persönlichen Gespräch, aber auch mittels Telefon, Videoberatung und medialer Angebote effektiv unterstützen
- Potenzielle Nutzer (und auch Selbsthilfeinitiativen) von Anfang an in die Erstellung und Gestaltung von Informationen einbeziehen und dabei die Möglichkeiten der Digitalisierung nutzen

Praxisbeispiel: Vereinfachung von Formularen und anderen schriftlichen Materialien

Durch die systematische Einbeziehung von Patienten und Nutzern in die Entwicklung und Überarbeitung von Formularen und anderen schriftlichen Materialien können gesundheitsrelevante Informationsmaterialien verbessert werden. Hierdurch kann man sie an individuelle Bedürfnisse und verschiedene Zielgruppen anpassen. Besonders Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz können so beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen unterstützt werden.

Weitere Informationen: www.healthliteracy.com

Einfache Sprache

Einfache Sprache beschreibt einen betont klaren und deutlichen Sprach- und Schreibstil. Er vermeidet sehr lange Sätze, unübersichtliche Satzstrukturen, Fremdwörter und ungebräuchliche bildhafte Wendungen (39). Die Wortwahl der Einfachen Sprache orientiert sich an der gesprochenen Sprache. Dabei erfolgt lediglich eine sprachliche, jedoch keine inhaltliche Reduktion. Durch die Einfache Sprache sollen schwierige Texte an die Lesekompetenz breiter Bevölkerungsgruppen angepasst werden.



Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Patienten selbstbestimmt über den Umgang mit Gesundheitsproblemen entscheiden können.

Partizipation

Bei Partizipation handelt es sich um die individuelle oder auch kollektive Teilhabe an Entscheidungen, die für die eigene Gesundheit, die eigene Lebensgestaltung und/oder die eigene soziale, ökonomische und politische Situation relevant sind – insbesondere an Entscheidungen in Situationen und Lebensbereichen, in denen Gesundheit explizit ein Thema ist (40).

EMPFEHLUNG 10

Die Partizipation von Patienten erleichtern und stärken

Warum ist das wichtig?

Partizipation ist für einen selbstbestimmten Umgang mit Gesundheitsproblemen und bei der Bewältigung von Krankheit überaus wichtig. Auch die Qualität der Versorgung kann daran bemessen werden, wie weit sie Nutzern Partizipation ermöglicht und diese damit in ihrer Gesundheitskompetenz stärkt. Bei den Bemühungen um Partizipation ist darauf zu achten, dass Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz besonders gefördert werden. Das ist besonders bei der Wahrnehmung von Patientenrechten und bei der Einbindung in die Behandlung und Versorgung eine Herausforderung.

Was ist zu tun?

- In den Versorgungseinrichtungen Standards entwickeln, wie das Votum von Patienten in allen Phasen des Behandlungs- und Versorgungsprozesses erfasst und berücksichtigt werden kann („Keine Entscheidung über mich ohne mich“) und zugleich die Unterstützung bei der Wahrnehmung von Patientenrechten gegenüber Leistungserbringern ausbauen
- Zur Verbesserung der Chancengleichheit auch bei der Partizipation sozial benachteiligten Gruppen besondere Aufmerksamkeit widmen und für sie gezielte Unterstützungsmaßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickeln – besonders für Menschen mit Behinderung, mit kognitiven Einschränkungen oder mit einer anderen Muttersprache als der deutschen Sprache
- Die kommunikative und kritische Gesundheitskompetenz und die Befähigung zu informierter Entscheidungsfindung bei Nutzern und ihrem sozialen Umfeld stärken und durch verständliche und didaktisch gut aufbereitete multimediale Angebote unterstützen
- Nutzer als „Eigentümer“ der über sie gesammelten Informationen anerkennen und ihnen ohne Hürden uneingeschränkte Einsicht in die (elektronische) Patientenakte und vergleichbare Dokumente (zum Beispiel auch die Pflegedokumentation) gewährleisten

Welche Akteure sind für die Umsetzung dieser Empfehlungen gefragt?

- Gesetzgeber und die Vertreter der Politik
- Fachverbände, Hochschulen, Länder, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen
- Träger von Gesundheitseinrichtungen
- Krankenkassen
- Gesundheitseinrichtungen, zum Beispiel Krankenhäuser, Arztpraxen, Physio-, Ergotherapiepraxen, Logopädiepraxen, Pflegeeinrichtungen

- Angehörige der Gesundheitsberufe
- Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen
- Patienten
- Peers, soziales Umfeld, Familie, Angehörige

5.3 Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben

Chronische Krankheiten haben weltweit an Bedeutung gewonnen und betreffen auch in Deutschland schon fast ein Drittel der Bevölkerung. Aufgrund der vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen haben chronische Krankheiten eine besondere Brisanz für die Lebensführung und gehen mit zahlreichen Herausforderungen für die Erkrankten und ihr soziales Umfeld (Angehörige, Freunde und Bekannte) einher. Für deren Bewältigung ist ausgeprägte Gesundheitskompetenz erforderlich. Menschen mit chronischer Erkrankung können somit zwar von den vorgenannten Empfehlungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz profitieren, benötigen aber zusätzlich gezielte Unterstützungsmaßnahmen, die über diese Empfehlungen hinausgehen.

EMPFEHLUNG 11

Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren

Warum ist das wichtig?

Chronische Krankheiten zeichnen sich durch hohe Komplexität und Langfristigkeit aus. Das Krankheitsgeschehen ist nicht gleichförmig, sondern verändert sich im Verlauf der Zeit und geht mit mal mehr, mal weniger ausgeprägten Symptomen und Einschränkungen einher, die sich in den Spätstadien aufschichten und verdichten. Dies alles unterscheidet sich von Person zu Person. Menschen mit chronischen Erkrankungen benötigen deshalb eine auf Kontinuität angelegte, bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung, die der individuellen Problemsituation entspricht und darauf zielt, sie in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken.

Was ist zu tun?

- Versorgungsstrukturen und -prozesse so ausrichten, dass sie Menschen mit chronischer Erkrankung eine langfristig angelegte, präventiv ausgerichtete Versorgung ermöglichen, hinreichende Patientensicherheit gewährleisten und die Gesundheitskompetenz stärken



Der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen ist für Menschen mit chronischer Erkrankung besonders wichtig.

11



Menschen mit chronischer Erkrankung benötigen eine Versorgung, die sich im gesamten Verlauf an ihrer individuellen Situation orientiert.

”
Menschen mit chronischer
Erkrankung benötigen eine
gute Gesundheitskompetenz,
um mit der Krankheit
umgehen zu können.

- Gesundheitskompetenz verbessern, indem die Versorgung so gestaltet wird, dass sie neben den körperlichen auch den besonderen lebensweltlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Herausforderungen beim Leben mit chronischer Erkrankung entspricht und zum Erhalt von Autonomie trotz bedingter Gesundheit beiträgt
- Menschen mit chronischer Erkrankung und ihre Angehörigen in die Versorgungsgestaltung einbeziehen und sie zu einem kompetenten, partnerschaftlichen und kritischen Umgang mit dem Versorgungssystem und seinen Akteuren befähigen und ermutigen
- Kommunikation und Information verbessern, um auch in fortgeschrittenen Krankheitsphasen und am Lebensende informierte Entscheidungen treffen, behandlungsbedingte Belastungen und unnötiges Leid vermeiden oder verringern und gute Lebensqualität erhalten zu können

EMPFEHLUNG 12

Einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen ermöglichen und unterstützen

Warum ist das wichtig?

Um konstruktiv mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen umgehen und größtmögliche Stabilität erhalten zu können, benötigen Menschen mit chronischer Erkrankung und ihre Angehörigen grundlegendes Krankheits- und Gesundheitswissen und eine solide Gesundheitskompetenz. Die Herausforderung besteht für sie darin, Auswirkungen der Krankheit und Krankheitssymptome sorgfältig beobachten und sicher einordnen zu können, aber auch Verschlechterungen oder Krisen frühzeitig zu erkennen und die eigene Situation gut und nachvollziehbar gegenüber den Gesundheitsprofessionen kommunizieren zu können.

Was ist zu tun?

- Flexible Informations- und Lernangebote bereitstellen, die – am individuellen Bedarf orientiert – Krankheitswissen vermitteln, zum Umgang mit Wissen befähigen und Menschen mit chronischer Erkrankung darin unterstützen, ein Verständnis für die Chronizität ihrer Erkrankung und die Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz zu entwickeln
- Mehr interessenunabhängige Patienteninformationszentren einrichten, die leicht auffindbar, jederzeit zugänglich und gut mit unterschiedlichen, nutzerfreundlich aufbereiteten Medien (wie Broschüren oder Filmen) zur gezielten Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronischer Erkrankung ausgestattet sind und in denen neben gesundheitsrelevantem Wissen auch einschlägige Fertigkeiten vermittelt werden

- Bedingungen für eine zeitnahe, angemessene Risikokommunikation schaffen, die Menschen mit chronischer Erkrankung und ihre Angehörigen dabei unterstützt, die eigene Sicherheit im Umgang mit der Krankheit und deren Auswirkungen im Blick zu behalten und kritisch zu reflektieren
- Initiativen fördern, die Medikamentenregime (insbesondere bei Mehrfacherkrankungen) verstehbar und mitgestaltbar machen (zum Beispiel durch Packungsbeilagen in verständlicher und einfacher Sprache) und der Förderung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung im Umgang mit Medikamenten dienen

EMPFEHLUNG 13

Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien stärken

Warum ist das wichtig?

Menschen mit chronischer Erkrankung stehen vor der schwierigen Aufgabe, über einen langen, für sie unüberschaubaren Zeitraum ein Leben mit Gesundheitseinbußen gestalten zu müssen. Immer wieder sind dabei Anpassungsprozesse notwendig, Entscheidungen zu treffen, gesundheitsbedingte Einschränkungen zu kompensieren oder Verluste an Lebensqualität zu verarbeiten. Selbstmanagement ist deshalb eine wichtige und anspruchsvolle Aufgabe der Erkrankten, die hohe Gesundheitskompetenz erfordert. Ähnliches gilt für den Wandel der Patientenrolle. Sie umfasst heute bei chronischer Krankheit sehr viele aktive Elemente und fordert den Erkrankten großes Engagement ab, um die Krankheitssituation unter Kontrolle halten oder sich aktiv an der Behandlung und Versorgung beteiligen zu können.

Was ist zu tun?

- Krankheitsunspezifische Programme zur Förderung des Gesundheits- und Selbstmanagements von Menschen mit chronischen Erkrankungen ausbauen, die nicht die Expertensicht, sondern die Perspektive und die Probleme der Erkrankten und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt rücken
- Die Strukturen der Selbsthilfe stärken und Peers/Mitpatienten sowie hauptamtliches Personal in diesem Bereich in Methoden der Förderung von Gesundheitskompetenz qualifizieren und einsetzen
- Leicht erreichbare alltags- und lebensweltnahe Hilfen zum Selbstmanagement zur Verfügung stellen (zum Beispiel Checklisten, Planungshilfen, Entscheidungshilfen, Faktenboxen)
- Lernangebote anbieten, die Menschen mit chronischer Erkrankung wie auch Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit in die Lage versetzen, auf Augenhöhe mit den Gesundheitsprofessionen und den Instanzen des Gesundheitssystems zu interagieren

Medikamentenregime

Als Medikamentenregime wird das Regelwerk oder Schema bezeichnet, an dem sich die Einnahme von Medikamenten orientiert. Das Medikamentenregime beinhaltet beispielsweise die Dosierung, Art und Dauer der Medikamenteneinnahme (41).

13



Gesundheitskompetenz erleichtert das Selbstmanagement.

Praxisbeispiel: Das „Chronic Disease Self-Management Program“ (CDSMP) der Universität Stanford

Das CDSMP des Stanford Patient Education Center (USA) ist ein Kursprogramm für Menschen mit chronischer Erkrankung, in dem diese Selbstmanagementfähigkeiten erlernen und erproben können. Die sechswöchigen Kurse finden direkt in der Kommune statt und vermitteln unter anderem Techniken zur Problemlösung, Kommunikation oder Entscheidungsfindung. Es existieren auf spezifische Erkrankungen zugeschnittene Programme (zum Beispiel zu Diabetes, chronischem Schmerz, Krebserkrankungen oder HIV-Infektion). Auf der Basis kontrollierter Studien wurden die Kurse kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt. Sie sind mittlerweile auch international verbreitet. Seit 2014 wird im Rahmen der Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben (INSEA) an der deutschlandweiten Etablierung eines Selbstmanagement-Programms gearbeitet.

Weitere Informationen: www.insea-aktiv.de

14

EMPFEHLUNG 14

Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung fördern

Warum ist das wichtig?

Chronische Krankheiten beeinflussen und irritieren das gesamte Alltagsleben. Auswirkungen können sich in der individuellen Lebensumwelt zeigen, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, in der Familie und der Beziehung, bei der Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben oder auch bei der Arbeit. Die meisten dieser Herausforderungen müssen im Zuhause der Erkrankten und an alltäglichen Orten bewältigt werden, in die Gesundheitsprofessionen aber nur wenig Einblicke haben. Die Informationen und Wissensgrundlagen, die sie vermitteln, sind daher selten auf die individuellen lebens- und alltagsweltlichen Bedingungen der Betroffenen abgestimmt. Die Anpassung dieser Informationen an die individuelle Lebenssituation müssen die Erkrankten meist selbst vornehmen, und das ist insbesondere für Menschen mit chronischer Erkrankung und niedriger Gesundheitskompetenz nicht einfach.

Was ist zu tun?

- Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz stets auch die Alltagsbereiche der Menschen mit chronischer Erkrankung – Wohnen, Einkaufen, Arbeiten, Freizeit – beachten und Familienangehörige, Freunde sowie Nachbarschaften konsequent einbeziehen

”
Menschen mit chronischer Erkrankung stehen vor der Herausforderung, die Krankheit in ihren Alltag zu integrieren.

- Zielgruppenspezifische Medien und Materialien zur Förderung von Gesundheitskompetenz bei chronischer Krankheit erarbeiten und verbreiten, die auf die Vielfalt von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen abgestimmt sind und in barrierefreien Formaten zur Verfügung gestellt werden
- Die Öffentlichkeit durch massenmediale Kommunikation über die Bedeutung und die Auswirkungen von chronischer Krankheit informieren, dabei Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihre Angehörigen sichtbar machen, sie gezielt einbinden und so für ihre Belange sensibilisieren

Praxisbeispiel: Mental Health First Aid – Empfehlung zum gesundheitskompetenten Leben mit chronischer Krankheit

„Mental Health First Aid“ ist ein Erste-Hilfe-Programm für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Das Programm bietet verschiedene evidenzbasierte Kurse an, in denen Informationen und Strategien zum Umgang mit psychischen Problemen vermittelt werden. Betroffene sollen so bei der Krankheitsbewältigung und Inanspruchnahme von Hilfeleistungen unterstützt werden. Kursinhalte sind zum Beispiel das Erkennen von Symptomen, Behandlungsmöglichkeiten, erste Hilfe und Unterstützung bei psychischen Problemen sowie der Umgang mit Krisensituationen. Ein weiteres Ziel ist es, geeignete Berufsgruppen auszubilden, um die Kursinhalte im Alltagsleben und am Arbeitsplatz zu vermitteln. „Mental Health First Aid“ wurde 2000 in Australien entwickelt. Mittlerweile haben 22 Länder den Ansatz übernommen.

Weitere Informationen: www.mentalhealthfirstaid.org

Welche Akteure sind für die Umsetzung dieser Empfehlungen gefragt?

- Vertreter der Politik, zum Beispiel Gesundheitsministerien, Kultusministerien, Kommunen, Bundesländer
- Akteure der Selbstverwaltung
- Allianz für Gesundheitskompetenz
- Nationale Koordinierungsstelle für Gesundheitskompetenz
- Angehörige der Gesundheitsberufe
- Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen, Volkshochschulen
- Träger der Einrichtungen im Gesundheitswesen und Einrichtungen der Akutversorgung, Langzeitversorgung und der Pflege
- Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen
- Patienten
- Peers, soziales Umfeld, Familie, Angehörige

”
Die Forschung zur Gesundheitskompetenz wurde bislang vernachlässigt.

5.4 Gesundheitskompetenz systematisch erforschen

Um die Gesundheitskompetenz in Deutschland verbessern und die zuvor dargestellten Empfehlungen umsetzen zu können, ist es notwendig, die Forschung auszubauen. Die Entstehung, Verbreitung und Förderung der Gesundheitskompetenz wurde in Deutschland – anders als etwa im anglo-amerikanischen Raum – bislang nur vereinzelt und noch nicht systematisch erforscht. Daher fehlen für viele Aspekte der Umsetzung noch ausreichende wissenschaftliche Grundlagen. Deshalb ist es notwendig, deutlich mehr als bisher in die Grundlagenforschung, die Bedarfserhebung, die Interventionsentwicklung und in die Evaluationsforschung zu investieren.

EMPFEHLUNG 15

Die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen

Warum ist das wichtig?

Grundlagenforschung zur Gesundheitskompetenz ist wichtig, um eine geeignete Datenbasis für die Entwicklung von Strategien zur Förderung von Gesundheitskompetenz schaffen und evidenzbasierte Interventionen entwickeln und planen zu können. Eine regelmäßige Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist daher ein entscheidender Baustein auf dem Weg zu einer gesundheitskompetenten Gesellschaft.

Die bisherige Forschung zeigt, dass der Erwerb und die Anwendung von Kompetenzen eng mit der Persönlichkeit von Menschen, ihrer Biografie, ihren individuellen und sozialen Möglichkeiten, ihren Lebensbedingungen und Lebensumwelten verbunden sind. Die Erforschung der individuellen, organisationalen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren, die bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenz eine Rolle spielen, ist daher wichtig, um die Ursachen von unzureichender Gesundheitskompetenz zu erfassen und die Entwicklung von effektiven Interventionen zu ermöglichen.

Was ist zu tun?

- Regelmäßig Daten zur Gesundheitskompetenz in Deutschland nach Bevölkerungsgruppen und Regionen im Sinne eines Monitorings erheben
- Vorliegende Erhebungsinstrumente weiterentwickeln und neue Instrumente zur Messung spezifischer Aspekte der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen konzipieren
- Die Forschung zu Einflussfaktoren auf die persönliche und organisationale Gesundheitskompetenz und die Wirkung von Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitsverhalten, Morbidität und Mortalität sowie die Lebensqualität intensivieren
- Eine gesundheitsbezogene Bildungsforschung aufbauen, um Lernvoraussetzungen, Lernbedingungen und Lernmöglichkeiten für gesundheitskompetentes Verhalten erfassen und beeinflussen zu können
- Die Forschung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen (zum Beispiel Menschen mit chronischer Krankheit, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedriger Bildung, älteren Menschen, Kindern) intensivieren
- Forschung zur Gesundheitskompetenz von Organisationen und der Professionen im Gesundheitssystem etablieren
- Wirkmodelle für Interventionen entwickeln und erproben, die sowohl die persönliche als auch die organisationale Gesundheitskompetenz berücksichtigen
- Partizipative Forschung fördern, damit Interventionen den Präferenzen und lebensweltlichen Bedingungen der Adressaten entsprechen
- Den Ausbau der Implementations- und Evaluationsforschung vorantreiben, auch zur Umsetzung des Nationalen Aktionsplans

Welche Akteure sind für die Umsetzung dieser Empfehlung gefragt?

- Forschungsförderer und Stiftungen
- Wissenschaftsministerien
- Wissenschaftliche Einrichtungen
- Wissenschaftler
- Akteure aus der Praxis und Politik

”

Um passende Interventionen entwickeln zu können, sollte die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausgebaut werden.

6

Was ist bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zu beachten?



Bei der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans und generell bei der Förderung von Gesundheitskompetenz sind fünf grundlegende Prinzipien zu beachten, die Voraussetzung für das Gelingen guter Praxis sind:

Prinzip 1: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringern

Die schlechteren sozioökonomischen Grundvoraussetzungen benachteiligter Bevölkerungsgruppen spiegeln sich meist auch in eingeschränkter Gesundheitskompetenz wider. Die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten ist deshalb eine Kernforderung bei der Förderung von Gesundheitskompetenz.

Für die Umsetzung ist es unabdingbar, sozial benachteiligten Gruppen, die meist auch schwieriger erreichbar sind, besondere Beachtung zu schenken. Dabei sollte nach dem Prinzip des „proportionalen Universalismus“ (42) verfahren werden: Das heißt, Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten so ausgerichtet werden, dass sie die gesamte Bevölkerung adressieren, dabei aber zugleich schwer erreichbare Gruppen intensiver ansprechen und ihre jeweilige Lebenswelt beachten, um so die Erreichbarkeit dieser Gruppen zu verbessern.

„
Sozial benachteiligte
Gruppen bedürfen
besonderer Beachtung.“

Prinzip 2: Sowohl die individuellen als auch die strukturellen Bedingungen verändern

Strategien zur Stärkung von Gesundheitskompetenz, die ausschließlich auf die Verbesserung persönlicher Fähigkeiten ausgerichtet sind, können nur begrenzte Effekte erzielen. Dem relationalen Verständnis von Gesundheitskompetenz folgend sollten deshalb neben den persönlichen immer auch die strukturellen Bedingungen einbezogen werden.

Der Erwerb und die Anwendung von Gesundheitskompetenz ist von den Lebenswelten der Menschen abhängig und variiert je nach ihrem sozioökonomischen Status. Menschen, die über wenig Selbstwertgefühl, Zukunftsorientierung, Selbstwirksamkeitsgefühl und Erfahrungen mit der Verankerung in hilfreichen sozialen Netzen verfügen, fällt es bedeutend schwerer, Gesundheitsinformationen ausfindig zu machen, zu beurteilen und anzuwenden. Die Steigerung dieser „Basisressourcen“ ist Voraussetzung zum Erwerb von Gesundheitskompetenz. Dazu gehört zum Beispiel die Bildung von Gelegenheitsstrukturen zur Selbst- und Gruppenerfahrung, die aktive, auf Selbstbestimmung orientierende Gestaltung der Lebenswelt und die Schaffung von materiellen und immateriellen Anreizen aus der sozialen und physischen Umwelt.

Diese Basisressourcen können auf vielen Wegen gestärkt werden. Einer dieser Wege verläuft über lebensweltbezogene Projekte, wie sie der im Jahr 2015 novellierte Paragraf 20 SGB V (43) vorsieht. Lebensweltbezogene Ansätze, etwa in den Bereichen Bildung, Arbeit und Freizeit, können die Voraussetzungen für den Erwerb und die Anwendung der persönlichen Gesundheitskompetenz verbessern.

Prinzip 3: Partizipation und Teilhabe ermöglichen

Gesundheitskompetenz hängt stark von der Überzeugung des einzelnen Menschen ab, dass es möglich ist, durch eigene Aktivitäten ein höheres Maß an Lebensqualität zu erreichen. Dies wiederum setzt die Einschätzung voraus, dass man die eigene Gesundheit in relevantem Ausmaß durch das eigene Verhalten selbst beeinflussen kann (40).

”

In welchem Umfang ein Mensch Gesundheitskompetenz erwirbt und anwendet, hängt auch von seiner Lebensumwelt ab.

”

Die Erfahrung, selbst etwas für seine Gesundheit und Lebensqualität tun zu können, stärkt die Gesundheitskompetenz.

”
Die fortschreitende
Digitalisierung bietet
große Chancen für
die Förderung der
Gesundheitskompetenz.

Eine solche Überzeugung ist in erster Linie das Ergebnis von positiven Erfahrungen und gelebter Praxis. Gesundheitsförderung zielt daher seit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation WHO (5) vor allem auf die Vermittlung der Erfahrung von Selbstbestimmung ab. Dies gelingt besonders über die Möglichkeit, tatsächlich und mit erlebbaren Folgen individuell oder auch kollektiv an Entscheidungen mitzuwirken, die für die eigene soziale, ökonomische und politische Situation, die eigene Lebensgestaltung und damit auch die eigene Gesundheit bedeutsam sind (40).

Partizipation ist deshalb eine Voraussetzung für den Erfolg von Initiativen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz innerhalb und außerhalb der Krankenversorgung. Die direkte Teilhabe an Entscheidungen sollte sich dabei auf alle Phasen und Schritte des jeweiligen Ablaufs beziehen – von der Situationsanalyse und Zielfestlegung über den Maßnahmenentwurf bis hin zur Umsetzung und zur Evaluation der Wirkungen der Intervention.

Prinzip 4: Chancen der Digitalisierung nutzen

Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz sollte die rasch voranschreitende Digitalisierung intensiv genutzt werden. So kann etwa der Einsatz audiovisueller Medien (Ton- und Bildaufnahmen) die Rezeption und die Vermittlung von Gesundheitsinformationen merklich verbessern. Digitale Anwendungen können Alltagshilfe leisten und das Selbstmanagement von Patienten unterstützen. Durch die Möglichkeit, mit ihnen auch größere räumliche Distanzen zu überbrücken, eröffnen digitale Anwendungen zudem die Chance, den Zugang zum Gesundheitssystem und zu Versorgungsleistungen zu erleichtern und auch zeitlich bedingte Nutzungsschwellen zu senken.

Gleichzeitig geht die Digitalisierung mit neuen Herausforderungen einher: Sie erhöht die Anforderungen an die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und auch das Risiko einer digitalen Kluft aufgrund divergierender Kompetenzen und Zugänge bei der Mediennutzung. Diese beiden Aspekte bedürfen bei der Förderung der Gesundheitskompetenz besonderer Beachtung.

Prinzip 5: Die Kooperation von Akteuren aus allen Bereichen der Gesellschaft herstellen

In Deutschland existieren bereits etliche Einzelinitiativen zur Förderung von Gesundheitskompetenz. Viele sind innovativ und erfolgreich. Einzelinitiativen reichen jedoch nicht aus. Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, ist ein umfassendes, kooperatives Vorgehen erforderlich, in das Akteure aller Bereiche der Gesellschaft einbezogen sind.

Die Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ und der „Nationalen Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz“ markieren wichtige Schritte auf dem Weg zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Beide können dazu beitragen, die Ziele des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz umzusetzen. Auch an die Vorarbeiten der Initiative „gesundheitsziele.de“ sollte angeknüpft werden.

Wichtig ist jedoch, darüber hinaus relevante Akteure aus anderen Sektoren einzubeziehen, etwa aus dem Bildungssystem, der Arbeitswelt, dem Freizeit-, dem Konsum- und dem Medienbereich.

Übergeordnetes Ziel sollte es sein, Akteure in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu einem gemeinsamen, kooperativen Vorgehen bei der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans zu motivieren, das über die Grenzen von Sektoren und sozialrechtlichen Regelungen hinwegreicht.

”

In Deutschland gibt es bereits verschiedene gute und wichtige Initiativen. Nun geht es darum, die Kräfte zu bündeln.

Der Nationale Aktionsplan

Die Empfehlungen im Überblick

Empfehlungen 1-5

Die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern

1. Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen
2. Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern
3. Die Gesundheitskompetenz im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten stärken
4. Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern
5. Die Kommunen befähigen, in den Wohnumfeldern die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu stärken

Empfehlungen 6-10

Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten

6. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern
7. Die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern, Transparenz erhöhen und administrative Hürden abbauen
8. Die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen und Nutzern verständlich und wirksam gestalten
9. Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestalten
10. Die Partizipation von Patienten erleichtern und stärken

Empfehlungen 11-14

Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben

11. Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren
12. Einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen ermöglichen und unterstützen
13. Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien stärken
14. Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung fördern

Empfehlung 15

Gesundheitskompetenz systematisch erforschen

15. Die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen

Prinzipien

Grundlegende Prinzipien für die Umsetzung der Empfehlungen in gute Praxis

1. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringern
2. Sowohl die individuellen als auch die strukturellen Bedingungen verändern
3. Partizipation und Teilhabe ermöglichen
4. Chancen der Digitalisierung nutzen
5. Die Kooperation von Akteuren aus allen Bereichen der Gesellschaft herstellen

Das Leitungsteam



Sprecherin

Prof. Dr. Doris Schaeffer

ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.



Stellvertretender Sprecher

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

ist Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin.



Prof. Dr. Ullrich Bauer

ist Professor für Sozialisationsforschung an der Fakultät für Erziehungswissenschaften und Leiter des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter der Universität Bielefeld.



Dr. Kai Kolpatzik, MPH, EMPH

leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.

Der Expertenbeirat



Prof. Dr. Attila Altiner

ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock.



Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

ist Leiterin des Arbeitsschwerpunkts Patientenorientierung und Gesundheitsbildung an der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.



Prof. Dr. Michael Ewers, MPH

ist Professor für Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik und Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin.



Susanne Jordan, MPH

ist stellvertretende Leiterin des Fachgebiets 27 „Gesundheitsverhalten“ der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI).



Prof. Dr. Ilona Kickbusch

ist Vorstandsmitglied der Careum Foundation, Zürich, Direktorin des Zentrums Globale Gesundheit des Genfer Hochschulinstituts für internationale Studien, Direktorin der Kickbusch Health Consult und Beraterin der WHO.



Dr. Bernadette Klapper

ist Bereichsleiterin „Gesundheit“
der Robert Bosch Stiftung.



Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan

ist Univ.-Prof. i. R. für Soziologie der Universität Wien
und Direktor des WHO-Kooperationszentrums für
Gesundheitsförderung im Krankenhaus und Gesund-
heitswesen an der Gesundheit Österreich GmbH in Wien.



Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

ist Gesundheitswissenschaftler und Vorsitzender des
Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e. V.



**Ministerialrat
Dr. Alexander Schmidt-Gernig**

ist Leiter des Referats „Verbindung zwischen Bund und
Ländern/Gesellschaftspolitische Grundsatzfragen“ in
der Abteilung „Grundsatzfragen der Gesundheitspoli-
tik/Telematik“ des Bundesministeriums für Gesundheit.



Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler

ist geschäftsführender Gesellschafter der Patientenprojekte GmbH.



Prof. Dr. Christiane Woopen

ist geschäftsführende Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres) der Universität zu Köln und Vorsitzende des Europäischen Ethikrates, der die Europäische Kommission berät.



Dr. Heide Weishaar

leitet die Geschäftsstelle des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz.



Dr. Annett Horn

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld und hat die Arbeiten am Aktionsplan unterstützt.

Literatur

- 1. Schaeffer D., Vogt D., Berens E.-M., Hurrelmann K.:** Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht 2016. Im Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf; Stand: 15.11.2017.
- 2. Schaeffer D., Pelikan J. M. (Hrsg.):** Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe 2017.
- 3. Bauer U.:** The Social Embeddedness of Health Literacy: Transition and Human Socialisation in Context of Health and Well-being. In: Okan O., Bauer U., Pinheiro P., Levin-Zamir D., Sørensen K. (Hrsg.): International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy across the Lifespan. Bristol: The Policy Press, University of Bristol 2018.
- 4. Kickbusch I., Pelikan J. M., Haslbeck J., Apfel F., Tsouros A. (Hrsg.):** Gesundheitskompetenz. Die Fakten 2016. Im Internet: www.careum.ch/documents/20181/113461/KPB_WHO_Gesundheitskompetenz_Fakten/1b5693c2-cfa7-4c8c-82a1-e6edf4dab1db; Stand: 13.02.2017.
- 5. World Health Organization Europe:** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen: WHO 1986.
- 6. World Health Organization:** Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development 2016. Im Internet: www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/; Stand: 15.11.2017.
- 7. New Zealand Ministry of Health:** A Framework for Health Literacy. Wellington: New Zealand Ministry of Health 2015.
- 8. Public Health Association of British Columbia:** An Approach for Improving Health Literacy for Canadians. A Discussion Paper. Victoria: University of Victoria 2012.
- 9. Public Health England and UCL Institute of Health Equity:** Local Action on Health inequalities. Improving Health Literacy to Reduce Health Inequalities. London: Public Health England 2015.
- 10. Puntoni S.:** Health Literacy in Wales. A scoping document for Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government 2010.
- 11. The Scottish Government:** Making it Easier. a health literacy action plan for Scotland 2017-2025. Im Internet: <http://www.gov.scot/Publications/2017/11/3510>; Stand: 11.01.2018.
- 12. U.S. Department of Health and Human Services:** National Action Plan to Improve Health Literacy 2010. Im Internet: <https://health.gov/communication/initiatives/health-literacy-action-plan.asp>; Stand: 15.11.2017.

13. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care: Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality 2014. Im Internet: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications/health-literacy-taking-action-to-improve-safety-and-quality/>; Stand: 27.03.2017.

14. Bundesministerium für Gesundheit: Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung 2017. Im Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf; Stand: 31.07.2017.

15. Nutbeam D.: The Evolving Concept of Health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2072–2078.

16. Parker R. M., Baker D. W., Williams M. V., Nurss J. R.: The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine* 1995;10(10):537–541.

17. Dierks M.-L., Schwartz F. W.: Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz F. W., Walter U., Siegrist J., Kolip P., Leidl R., Dierks M.-L., Busse R., Schneider N. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. München: Urban & Fischer, 3. Auflage, 2012, S. 352–359.

18. World Health Organization: The WHO Health Promotion Glossary. Genf: WHO 1998.

19. U.S. Institute of Medicine: Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington DC: National Academies Press 2004.

20. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J. M., Slonska Z., Brand H., HLS-EU Consortium: Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* 2012;12(1):1–13.

21. Pelikan J. M., Ganahl K.: Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D., Pelikan J. M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe 2017, S. 93–126.

22. Kickbusch I.: Health Literacy: Engaging in a Political Debate. *International Journal of Public Health* 2009;54(3):131–132.

23. Parker R., Ratzan S. C.: Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. *Journal of Health Communication* 2010;15(sup2):20–33.

24. Brach C., Keller D., Hernandez L. M., Baur C., Parker R., Dreyer B., Schyve P., Lemerise A. J., Schillinger D.: Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations 2012. Im Internet: <https://nam.edu/perspectives-2012-ten-attributes-of-health-literate-health-care-organizations/>; Stand: 02.08.2017.

25. Sørensen K., Pelikan J. M., Rothlin 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., HLS-EU Consortium: Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 2015;25(6):1053–1058.

26. Kolpatzik K., Zok K.: Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten – Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativumfrage unter GKV-Versicherten. In: Schaeffer D., Pelikan J. M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe 2017, S. 145–155.

27. Jordan S., Hoebel J.: Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2015;58(9):942–950.

28. Quenzel G., Schaeffer D.: Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen 2016. Im Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf; Stand: 03.07.2017.

29. Dietscher C., Pelikan J. M.: Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhäusern. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2016;11(1):53–61.

30. Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsentwicklung bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2015.

31. Statistisches Bundesamt: Kohortensterbetafeln für Deutschland. Methoden- und Ergebnisbericht zu den Modellrechnungen für Sterbetafeln der Geburtsjahrgänge 1871–2017. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2017.

32. World Health Organization: Der europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz. Kopenhagen: WHO 2015.

33. Härter M.: Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2004;98(2):89–92.

34. Hurrelmann K., Baumann E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber 2014.

35. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf Rekordniveau, Wiesbaden: 2017. Im Internet: www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/09/PD16_327_122.html; Stand: 31.07.2017.

36. Vogt D., Schaeffer D., Messer M., Berens E.-M., Hurrelmann K.: Health Literacy in Old Age: Results of a German Cross-sectional Study. Health Promotion International 2017; doi: 10.1093/heapro/dax012.

37. Baumann E., Hastall M. R.: Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann K., Baumann E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber 2014, S. 451–466.

38. Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg.): Anspruchsgruppen. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag. Im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/anspruchsgruppen.html>; Stand: 08.01.2018.

39. Bredel U., Maaß C.: Leichte Sprache. Theoretische Grundlagen. Orientierung für die Praxis. Berlin: Duden 2016.

40. Rosenbrock R., Hartung S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber 2012.

41. Müller-Mundt, G., Schaeffer, D.: Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter. Förderung des Selbstmanagements als Aufgabe der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2011;44(1):6–12.

42. UK Department for International Development: Fair Society, Healthy Lives: the Marmot Review: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 2010. Im Internet: <https://www.gov.uk/dfid-research-outputs/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review-strategic-review-of-health-inequalities-in-england-post-2010>; Stand: 02.08.2017.

43. Deutscher Bundestag: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg). Bundesgesetzblatt 2015; Teil 1(31).

www.nap-gesundheitskompetenz.de

