

DIE FAKTEN



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



BUNDESVERBAND

GESUNDHEITS- KOMPETENZ



Gesundheits- kompetenz Die Fakten

Herausgegeben von
Ilona Kickbusch, Jürgen Pelikan, Jörg Haslbeck, Franklin Apfel und Agis D. Tsouros

Deutsche Fassung veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz, und gefördert vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem AOK-Bundesverband, Deutschland.

Zusammenfassung

Diese Veröffentlichung liefert Fakten für Maßnahmen der Politik, um Gesundheitskompetenz zu fördern. Es werden Erkenntnisse vorgelegt, die einen umfassenderen, die gesamte Gesellschaft betreffenden Ansatz zu Gesundheitskompetenz unterstützen, der sowohl das Niveau der Gesundheitskompetenz des Einzelnen als auch die Komplexitäten der Lebenswelten berücksichtigt, innerhalb derer Personen handeln. Zu diesen Erkenntnissen zählen die Ergebnisse des European Health Literacy Surveys (HLS-EU) sowie repräsentativer Erhebungen aus dem deutschsprachigen Europa. Die Daten zeigen, dass fast die Hälfte der Bevölkerung in der Europäischen Region über unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz verfügt. Unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz steht in einem Zusammenhang mit riskanterem Verhalten, schlechterer Gesundheit, weniger Selbstmanagement sowie mehr Krankenhauseinweisungen und höheren Kosten. Erwiesenermaßen stärkt Gesundheitskompetenz die Widerstandsfähigkeit der einzelnen Person und der Gemeinschaft, trägt zu gesundheitlicher Chancengleichheit bei und verbessert die Gesundheit sowie das Wohlbefinden. Es werden praxisorientierte und wirksame Ansätze und Strategien aufgezeigt, wie Gesundheitsbehörden und andere öffentliche Einrichtungen und Akteure Maßnahmen ergreifen können, um die Gesundheitskompetenz anhand konkreter Erkenntnisse in unterschiedlichen Settings zu fördern. Zu diesen gehören das Bildungs- und Gesundheitssystem, die Arbeitswelt, der Privatsektor und die Kommunikations- und Informationswelt.

Die Originalausgabe in Englisch wurde 2013 vom WHO-Regionalbüro für Europa unter dem Titel «Health Literacy. The Solid Facts» herausgegeben.

© Weltgesundheitsorganisation 2013

Dank an das WHO-Regionalbüro für Europa für die Genehmigung der Übersetzung und Adaption in eine deutsche Fassung, gefördert und erarbeitet von der Careum Stiftung, Schweiz, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem AOK-Bundesverband, Deutschland.

Anfragen zur deutschen Fassung der WHO Solid Facts Health Literacy richten Sie bitte an:

Kompetenzzentrum Patientenbildung
Careum Forschung, Forschungsinstitut der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
Pestalozzistr. 3
CH-8032 Zürich
Tel. +41 43 222 5000
www.careum.ch/forschung

© World Health Organization 2016

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anfragen bezüglich einer Genehmigung zur partiellen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Publikationen.

Die in dieser Publikation verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird das veröffentlichte Material ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und Verwendung des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus der Verwendung des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Sachverständigengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Textredaktion: David Breuer (englische Fassung), Jörg Haslbeck (deutsche Fassung)

Gestaltung von Titel und Innenteil: Christophe Lanoux, Paris, Frankreich; Layout: Phoenix Design Aid; Klaus Birker (deutsche Fassung)

Übersetzung aus dem Englischen: Klaus Birker

Fotos auf Titel (von links nach rechts): Weltgesundheitsorganisation/Leo Weakland; Weltgesundheitsorganisation/Connie Petersen; Weltgesundheitsorganisation; World Health Communications Associates

Inhalt

Vorwort.....	iv
Mitwirkende.....	vii
Einführung.....	1
A. Gründe, in die Förderung von Gesundheitskompetenz zu investieren	5
1 Der European Health Literacy Survey	6
2 Gesundheitskompetenz – eine wichtige Gesundheitsdeterminante	10
Beispiel: nichtübertragbare Krankheiten.....	16
3 Begrenzte Gesundheitskompetenz – unterschätzt und herausfordernd für gesundheitliche Chancengleichheit	20
Beispiel: Migration und Minderheiten	24
4 Gesundheitskompetenz stärkt den Einzelnen und die Gemeinschaft	28
Beispiel: Niederländische Allianz für Gesundheitskompetenz	30
B. Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings fördern – Planen und Handeln .	33
5 Merkmale gesundheitskompetenter Settings	35
6 Gesundheitskompetenz als Merkmal gesunder Städte	36
7 Merkmale von gesundheitskompetenten Organisationen	38
8 Settings im Bildungsbereich	42
9 Markt- und Community Settings	47
10 Arbeitswelt	51
11 Gesundheitssektor	56
Beispiel: Therapiemotivation	62
Beispiel: Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit	64
12 Medien und Kommunikation	67
13 Soziale Medien und mobile Gesundheit	72
C. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz lokal, national und in der europäischen Region entwickeln	79
D. Befunde zu Gesundheitskompetenz in Deutschland, Österreich und der Schweiz	87

Vorwort

Die Fakten-Reihe der WHO wurde vor 15 Jahren eingeführt als eine Quelle von Erkenntnissen über wichtige und vielversprechende Themen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, bei denen ein Bedarf an mehr Aufmerksamkeit und Aktivitäten der Politik gesehen wurde. Sie dient zwei Zwecken: Erstens zielt sie darauf ab, die besten verfügbaren Erkenntnisse über diese Themen auf der Grundlage häufig komplexer wissenschaftlicher Studien und Untersuchungen herauszufiltern. Zweitens beschreibt sie politische Konsequenzen und Handlungsansätze, um diese Ideen Wirklichkeit werden zu lassen. Die Fakten-Reihe würdigt zugleich die Relevanz der vorliegenden Erkenntnisse und zeigt auf, wo es weiterer Forschung und stichhaltiger Fakten bedarf. Erkenntnisse herauszufiltern, ist besonders schwierig bei richtungsweisenden Konzepten im Bereich der öffentlichen Gesundheit und wenn die Aufmerksamkeit von Entscheidungsträgern gewonnen werden muss. Die Aussagekraft und der Umfang verfügbarer Erkenntnisse können abhängig von Themenbereich, Setting, Gesundheitssystem oder angewendeten Methoden variieren.

Mehrere Faktoren machen Gesundheitskompetenz zu einem hoch relevanten Thema in der Fakten-Reihe der WHO. Bildung und Gesundheitskompetenz sind grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlbefinden in der modernen Gesellschaft. Unsere Gesellschaften werden komplexer und

die Menschen mit Gesundheitsinformationen beziehungsweise Fehlinformationen überflutet. Zugleich sehen sie sich zunehmend komplexer werdenden Gesundheitssystemen gegenüber. Sich gesundheitskompetent zu verhalten wird dadurch zur Herausforderung. Heute wissen wir, dass sich problematische Gesundheitskompetenz auf die Gesundheit von Menschen auswirkt. Neben Einkommen, Beschäftigungsstatus, Bildungsniveau und Rasse oder Ethnie ist Gesundheitskompetenz nachweislich einer der aussagekräftigsten Prädiktoren für den Gesundheitszustand. Zwar wächst das Verständnis zur Relevanz von Bildung und Gesundheitskompetenz als Gesundheitsdeterminanten. Trotzdem sind dies immer noch vernachlässigte Bereiche im Gesundheitswesen und in der Forschung. Diese Veröffentlichung will dazu beitragen, das zu ändern.

Zu diesem Zweck bündelt sie aktuelle Erkenntnisse zu Gesundheitskompetenz. Lange Zeit kamen die meisten Erkenntnisse aus den Vereinigten Staaten. Sie konzentrierten sich hauptsächlich auf die funktionale Gesundheitskompetenz von Menschen (das heißt auf ihre Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen zu lesen und zu verstehen) und auf die Versorgung bei chronischen Krankheiten. Hier werden nachfolgend Befunde des European Health Literacy Surveys vorgestellt. Er ist eine reichhaltige neue Quelle für qualitativ hochwertige Daten

zur umfassenden Gesundheitskompetenz von Allgemeinbevölkerungen. Sie machen sowohl länderspezifische als auch -übergreifende Vergleiche möglich und haben deutliche Unterschiede aufgezeigt. Von Bedeutung ist, dass die Instrumente des European Health Literacy Surveys die Basis sein können: Für Kapazitäten, um die Wirksamkeit der vielen erfolgversprechenden Interventionen auf die Gesundheit in der Bevölkerung nachzuweisen, die hier beschrieben sind.

Diese Veröffentlichung bietet Hinweise zu praktischen und wirksamen Ansätzen für öffentliche Gesundheitsbehörden und andere Akteure im Gesundheits- und Bildungssektor, um Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu ergreifen. Sie konzentriert sich auf verschiedene Settings, in denen Menschen leben, spielen sowie arbeiten, und geht dabei der Frage nach, inwieweit diese die Gesundheitskompetenz fördern. Dabei stützt sie sich auf die Werte und Prinzipien, die in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung postuliert wurden. Wir hoffen, dass die Veröffentlichung dazu beitragen wird, Bewusstsein zu verbreiten, Diskussion und Forschung anzuregen sowie vor allem die Entwicklung und Umsetzung politischer Strategien anzustoßen.

Gesundheitskompetenz ist eine Kerndimension von „Gesundheit 2020“, des 2012 von den Mitgliedsstaaten angenommenen Rahmenkonzepts

für die Europäische Region der WHO. Gesundheitskompetenz ist sowohl ein Mittel als auch ein Ergebnis von Maßnahmen, um Menschen zu fördern und zu befähigen, sich aktiv in ihren Gemeinschaften zu engagieren und an ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Gesundheitskompetenz aktiv zu fördern bietet für den Gesundheitssektor sowie seine Organisationen und Fachkräfte eine einzigartige Plattform, ihre Führungskompetenz zu zeigen. Diese Veröffentlichung verdeutlicht, dass Gesundheitskompetenz mit einem gesamtgesellschaftlichen Ansatz gefördert werden muss: Viele Sektoren, Settings und Akteure müssen zusammenarbeiten, um die Gesundheitskompetenz von Menschen und Gemeinschaften zu verbessern. Zugleich gilt es die oft komplexen Kontextbedingungen einfacher zu gestalten, die Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen nehmen.

Diese Veröffentlichung ist das Resultat einer systematischen und umfassenden Vorhabens. Sein Ziel: die wissenschaftlichen und empirischen Erkenntnisse zu sichten und Konsequenzen für Handlungskonzepte und Interventionen zu ermitteln. Dieser Band stützt sich auf Fachwissen, Hinweise und Beiträge von Personen aus vielen akademischen Einrichtungen und Fachdisziplinen sowie der Praxis in verschiedenen Sektoren und Settings.

Wir haben noch viel zu lernen, was die Wirksamkeit und die Effizienz von Interventionen in verschiedenen Settings wie Massenmedien und sozialen Medien betrifft. Trotzdem bietet die wachsende Zahl an Studien, Umfragen und Erfahrungen aus der Europäischen Region und der ganzen Welt eine reichhaltige und vielversprechende Erkenntnisgrundlage, auf die wir uns stützen können.

Zu guter Letzt möchte ich den Herausgebern für ihre ausgezeichnete und effektive Arbeit danken, mit der sie den gesamten Veröffentlichungsprozess vorangebracht und koordiniert haben.

Zsuzsanna Jakab

WHO-Regionaldirektorin für Europa

Hinweis

Obwohl aus den Aktivitäten anderer viel gelernt werden kann, befürwortet dieser Band nicht, einen Ansatz oder eine Intervention vollumfänglich zu übernehmen. Politische Strategien sind abhängig vom jeweiligen politischen System und seinen Akteuren. Diesen Kontext, in dem Veränderungen erzielt werden sollen, gilt es zu verstehen. Jede Intervention sollte auch die potenziellen Auswirkungen kultureller Unterschiede auf die

Vermittlung und das Verständnis von Gesundheitsinformationen berücksichtigen. Muttersprache, sozioökonomischer Status, Geschlecht, Rasse und Ethnizität sowie die Massenkultur – Medien, Werbung, Marketing und die Vielzahl über elektronische Kanäle verfügbarer Quellen für Gesundheitsinformationen – beeinflussen, welche Ansätze zur Förderung von Gesundheitskompetenz ausgewählt werden.

An dieser Publikation haben mitgewirkt:

Thomas Abel

Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, Schweiz

Franklin Apfel

World Health Communication Associates, Axbridge, Vereinigtes Königreich

Jan Böcken

Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Deutschland

Antonio Chiarenza

Regionaler Gesundheitsdienst Emilia-Romagna, Reggio Emilia, Italien

Gerardine Doyle

Quinn School of Business, Dublin, Irland

Stefan Edgeton

Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Deutschland

Gauden Galea

Abteilung für nicht übertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung, WHO-Regionalbüro für Europa

Jean Gordon

European Institute of Education and Social Policy, Paris, Frankreich

Jörg Haslbeck

Careum Stiftung, Zürich, Schweiz

Maged N. Kamel Boulos

University of Plymouth, Plymouth, Vereinigtes Königreich

Ilona Kickbusch

Global Health Programme, The Graduate Institute, Genf, Schweiz

Kai Kolpatzik

AOK-Bundesverband, Berlin, Deutschland

Jaap Koot

Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Niederlande

Diane Levin-Zamir

Clalit Health Services Department of Health Education and Promotion, Tel Aviv; School of Public Health, University of Haifa, Israel; und Globale Arbeitsgruppe über Gesundheitskompetenz der IUHPE

Paul Litchfield

British Telecommunications Group, London, Vereinigtes Königreich

John Lucy

Liverpool Primary Care Trust, Liverpool, Vereinigtes
Königreich

Richard Osborne

Deakin University, Melbourne, Australien

Linda O'Toole

Universal Education Foundation – Learning for
Well-Being, Brüssel, Belgien

Ruth M. Parker

Department of Medicine an der Emory University
School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA

Jürgen M. Pelikan

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion
Research, Wien, Österreich

Alison Petrie-Brown

Liverpool Healthy Cities, Liverpool, Vereinigtes
Königreich

Scott C. Ratzan

Global Health, Johnson & Johnson, New Brunswick,
New Jersey, Vereinigte Staaten

Irving Rootman

University of Victoria, Victoria, Kanada

Rima E. Rudd

Harvard School of Public Health, Boston,
Massachusetts, Vereinigte Staaten

Doris Schaeffer

Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Kristine Sørensen

Universität Maastricht, Maastricht, Niederlande

Kathrin Sommerhalder

Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz

Julia Taylor

Liverpool Healthy Cities, Liverpool, Vereinigtes
Königreich

Agis D. Tsouros

Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für
Gesundheit und Wohlbefinden, WHO-Regionalbüro
für Europa

Sandra Vamos

University of Victoria, Victoria, Kanada

Stephan Van den Broucke

Université catholique de Louvain, Louvain-la-
Neuve, Belgien

Michael S. Wolf

Northwestern University Feinberg School of
Medicine, Chicago, Illinois, Vereinigte Staaten

*Fachliche Unterstützung (englische Fassung):
Florian Jakob Sparr und Kristin Ganahl*

Einführung

Wissensgesellschaften im 21. Jahrhundert stehen vor einem Paradoxon, was Gesundheitsentscheidungen betrifft. Es wird für Menschen immer herausfordernder, Entscheidungen zugunsten einer gesunden Lebensweise zu treffen und ihren eigenen Weg und den ihrer Familie durch komplexe Lebenswelten und Gesundheitsversorgungssysteme zu steuern. Auf diese Aufgaben sind sie weder gut vorbereitet noch werden sie dabei gut unterstützt. „Moderne“ Gesellschaften vermarkten aktiv ungesunde Lebensweisen, und in ihren Gesundheitssystemen findet man sich immer schlechter zurecht (was selbst für Menschen mit der besten Bildung gilt). Auch Bildungssystemen gelingt es nur selten, Menschen die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um Informationen besser verstehen, beurteilen und nutzen zu können, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken.

Dieses Paradoxon hat zu einer *Gesundheitskompetenz*krise in der Europäischen Region der WHO und darüber hinaus geführt. Der European Health Literacy Survey hat gezeigt, dass fast die Hälfte der Erwachsenen in den acht berücksichtigten Ländern der Region über eine unzureichende oder problematische Fähigkeiten bezogen auf Gesundheitskompetenz verfügen, was sich wiederum negativ auf ihre

Gesundheitskompetenz als Ganzes auswirkt. Problematische Gesundheitskompetenz führt nachweislich zu weniger gesunden Entscheidungen, riskanterem Verhalten, schlechterer Gesundheit, weniger Selbsthilfe und mehr Krankenhauseinweisungen. Das Resultat ist ein hoher personeller und finanzieller Aufwand im Gesundheitssystem. Die Politik hat bislang auf allen Ebenen nur langsam auf die Gesundheitskompetenzkrise reagiert. Diese Publikation will dazu beitragen, das zu ändern. Das Spektrum der hier vorgestellten Erkenntnisse unterstützt einen umfassenderen, die gesamte Gesellschaft betreffenden Ansatz zur Gesundheitskompetenz, der sowohl das Niveau der Gesundheitskompetenz des Einzelnen als auch die Komplexitäten der Lebenswelten berücksichtigt, innerhalb derer Personen handeln (Abb. 1). Beide müssen gemessen und kontrolliert werden.

Teil A konzentriert sich auf die Frage, warum sich die Politik mit dem Thema Gesundheitskompetenz befassen muss. Das Plädoyer: unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Gesundheitsdeterminante, als Problem weit verbreitet, folgenreich für personelle sowie finanzielle Ressourcen und ein Bremsfaktor für Entwicklung.

Im Mittelpunkt von Teil B steht die Frage, wie Maßnahmen in einer Reihe von Settings und

Sektoren die Gesundheitskompetenz fördern können. Erkenntnisse werden vorgestellt, wie ein Zusammenspiel dieser Maßnahmen Menschen befähigen und in die Lage versetzen kann, im Alltag fundierte Entscheidungen zu ihrer Gesundheit zu treffen: zu Hause, in der örtlichen Gemeinschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitsversorgungssystem, im Bildungssystem, im Markt sowie in den traditionellen und den sozialen Medien.

Teil C konzentriert sich auf politische Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf der globalen, regionalen, nationalen und lokalen Ebene.

Jedes Kapitel konzentriert sich auf ein Thema, zu dem Erkenntnisse vorgestellt werden, und erklärt wird, warum es wichtig ist. Außerdem werden Ansätze beschrieben, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützen

und nachweislich funktionieren (Kasten 1). Zu jedem Thema sind relevante Quellen aufgelistet.

Quellen

Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

Mitic W, Rootman I. *An intersectoral approach for improving health literacy for Canadians.* Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2012.

Parker R. Measuring health literacy: what? So what? Now what? In Hernandez L, ed. *Measures of health literacy: workshop summary, Roundtable on Health Literacy.* Washington, DC, National Academies Press, 2009:91–98.

Abb. 1. Interaktiver Gesundheitskompetenz-Rahmen



Quelle: Parker R. Measuring health literacy: what? So what? Now what? In Hernandez L, ed. *Measures of health literacy: workshop summary, Roundtable on Health Literacy.* Washington, DC, National Academies Press, 2009:91–98.

Kasten 1: Hinweis

Auf dem Feld der Gesundheitskompetenz werden ständig weitere Fortschritte erzielt. Randomisierte kontrollierte Studien sind weniger geeignet, weil Gesundheitskompetenz komplex ist. Erkenntnisse wurden berücksichtigt, wenn sich das Herausgeber- und Gutachter-Gremium relativ sicher war, dass sie die Gesundheitskompetenz stärken. Diese „vielversprechenden Interventionen“ – um eine vom Institute of Medicine der United States National Academies eingeführte Formulierung zu verwenden – werden mit der Hoffnung beschrieben, dass sie das Interesse bei politischen Entscheidungsträgern wecken und von diesen unterstützt werden. Ferner sollten diese Interventionen sorgfältig erprobt und – sofern sie sich als kosteneffektiv erweisen – im großen Maßstab durchgeführt werden.

Diese Publikation wendet sich an verschiedene Zielgruppen. Politische Entscheidungsträger und diejenigen, die sie beraten, können sie zur Kenntnis nehmen und gestützt auf die hier empfohlenen Strategien und Maßnahmen Gesetze auf den Weg bringen, Ressourcen bereitstellen und Programme entwickeln. Fachpersonen aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit und aus anderen Politikbereichen können prüfen, inwieweit ihre Praktiken mit den hier beschriebenen Maßnahmen übereinstimmen und (1) ihre Erfahrungen weitergeben, um den Bestand an Initiativen zur Gesundheitskompetenz zu vergrößern, (2) die Zusammenarbeit mit anderen anstreben, die ähnliche Aktivitäten verfolgen, um ressortübergreifende Synergien zu schaffen, und (3) die Sammlung von Evaluierungsdaten unterstützen, um vielversprechende Praktiken zu untersuchen und zu dokumentieren.

A

Gründe, in die Förderung von Gesundheitskompetenz zu investieren

In den letzten Jahren hat das Thema Gesundheitskompetenz weltweit viel Beachtung gefunden. Forschungsergebnisse aus der ganzen Welt haben rasch das große Potenzial verdeutlicht, dass höhere Gesundheitskompetenz Gesundheit, Wohlbefinden und gesundheitliche Chancengleichheit verbessern kann. Allerdings basiert der überwiegende Teil dieser Studien noch auf kleinen Stichproben mit einem Schwerpunkt auf der funktionalen Gesundheitskompetenz ihrer Teilnehmenden. Eben deswegen sind die Ergebnisse des European Health Literacy Surveys bahnbrechend und gaben den Ansporn zu dieser Veröffentlichung. In Teil A wird das Konzept der Gesundheitskompetenz erläutert. Vorgestellt werden drei wichtige Gründe und die dazugehörigen Fakten, warum politische Strategien und Maßnahmen gefragt sind, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu fördern und die Systeme mehr auf Gesundheitskompetenz auszurichten, in denen Menschen nach Informationen suchen und diese nutzen.

Im ersten Abschnitt wird die Befragung zur Gesundheitskompetenz in der Europäischen Region beschrieben. Im zweiten wird die Bedeutung der Gesundheitskompetenz als eine

Gesundheitsdeterminante dargelegt, die eng mit anderen Gesundheitsdeterminanten wie allgemeinen Kompetenzen, Bildung, Einkommen und Kultur verwandt ist. Als ein Beispiel werden die Beziehungen zwischen nichtübertragbaren Krankheiten und der Gesundheitskompetenz erörtert. Drittens werden zentrale Ergebnisse der Befragung zur Gesundheitskompetenz in der Europäischen Region vorgestellt, die eine hohe Prävalenz unzureichender und problematischer Gesundheitskompetenz in der gesamten Europäischen Region belegen. Beispielhaft wird auf die Gesundheitskompetenz von Migranten und Minderheitenbevölkerungen eingegangen. Schlussendlich wird gezeigt, wie Gesundheitskompetenz die Widerstandsfähigkeit von sowohl Personen als auch Gemeinschaften verbessern kann. Dazu wird ein Beispiel aus den Niederlanden vorgestellt.

Quelle

D'Eath M, Barry MM, Sixsmith J. *A rapid evidence review of interventions for improving health literacy*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2012.

1

Der European Health Literacy Survey

Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.

Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung¹

¹ Die Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung fand 1986 in Ottawa statt und verstand sich als Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine öffentliche Gesundheitsbewegung. Auf der Konferenz wurden Grundsätze und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung definiert und beschrieben: die Ottawa-Charta. Diese definierte Gesundheitsförderung als „einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“

Definition von Gesundheitskompetenz

Seit Gesundheitskompetenz erstmals als Begriff und Konzept eingeführt wurde, wurde sie sehr unterschiedlich definiert. In dieser Veröffentlichung wird eine breite und umfassende Definition verwendet, die 2012 vom European Health Literacy Consortium entwickelt wurde:

Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.

Konzeptionelles Modell des European Health Literacy Survey

Im letzten Jahrzehnt wurden viele konzeptionelle Ansätze zur Gesundheitskompetenz entwickelt. Diese Veröffentlichung folgt dem Modell von Gesundheitskompetenz, das vom European Health Literacy Consortium für den European Health Literacy Survey entwickelt wurde (Abb. 2). Es unterteilt Gesundheitskompetenz in zwölf Dimensionen im Zusammenhang mit der Fähigkeit, in verschiedenen Settings – Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention,

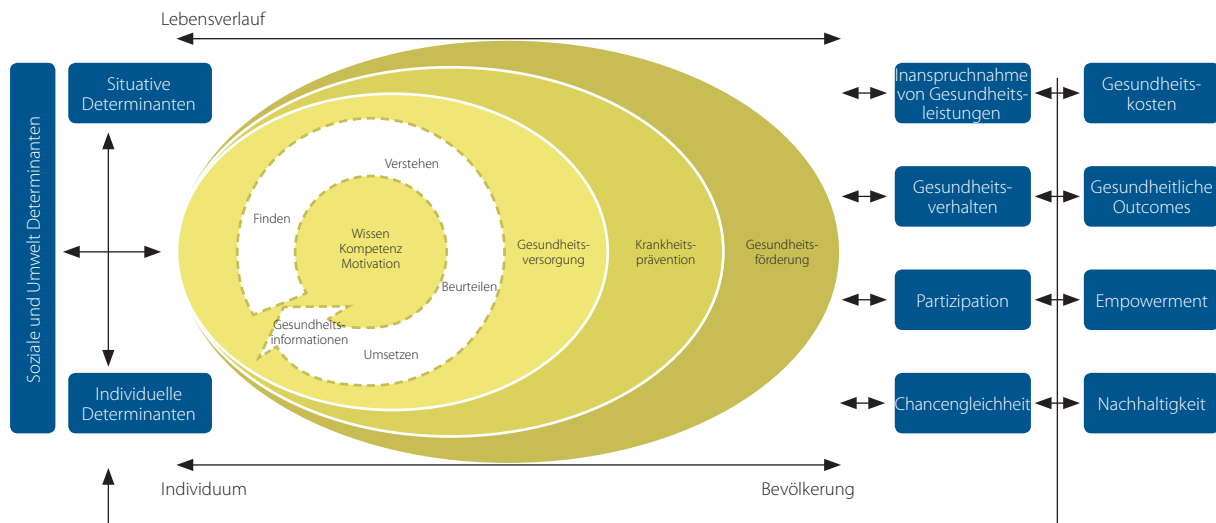
Gesundheitsförderung – Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen zu haben, sie zu verstehen und zu beurteilen sowie anzuwenden (Tabelle 1).

Das Modell und die Definition integrieren die Sicht der Medizin und öffentlichen Gesundheitsbewegung auf Gesundheitskompetenz. Dazu wurde eine systematische Literaturstudie und Inhaltsanalyse von 17 fachlich begutachteten Definitionen und zwölf Rahmenkonzepten durchgeführt, die bei der Literatursuche identifiziert worden waren. Das Modell kann als eine Grundlage dienen, Interventionen zur Förderung von Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Außerdem bot es eine Basis zur Entwicklung und Validierung von Messinstrumenten. Es erfasst die Dimensionen

der Gesundheitskompetenz in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Zur Messung der Gesundheitskompetenz wurde ein umfassendes Instrument entwickelt, der so genannte HLS-EU-Fragebogen. Er umfasst 47 Fragen, um Schwierigkeiten bei der Durchführung gesundheitsrelevanter Aufgaben oder Tätigkeiten zu erfassen:

- zu verstehen, was ein Arzt Ihnen sagt;
- zu beurteilen, ob die Informationen über eine Krankheit in den Massenmedien zuverlässig sind;
- Informationen zu finden, wie man mit psychischen Gesundheitsproblemen wie etwa Stress oder Depression umgehen sollte;
- die Informationen auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen; oder

Abb. 2. Modell zu Gesundheitskompetenz des European Health Literacy Surveys



Quelle: In Anlehnung an: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

Tabelle 1: Der European Health Literacy Survey: die 12 Subdimensionen des konzeptionellen Modells

Gesundheitskompetenz	Gesundheitsrelevante Informationen beschaffen oder erhalten	Gesundheitsrelevante Informationen verstehen	Gesundheitsrelevante Informationen bewerten, beurteilen und gewichten	Gesundheitsrelevante Informationen anwenden
Gesundheitsversorgung	1) Fähigkeit, Informationen zu medizinischen oder versorgungsbezogenen Themen zu erhalten	2) Fähigkeit, medizinische Informationen zu verstehen und ihre Bedeutung abzuleiten	3) Fähigkeit, medizinische Informationen zu interpretieren und zu evaluieren	4) Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu medizinischen Fragen zu treffen
Krankheitsprävention	5) Fähigkeit, Informationen über Risikofaktoren zu erhalten	6) Fähigkeit, Informationen über Risikofaktoren und deren Bedeutung zu verstehen	7) Fähigkeit, Informationen über Risikofaktoren zu interpretieren und zu evaluieren	8) Fähigkeit, die Relevanz von Informationen über Risikofaktoren zu beurteilen
Gesundheitsförderung	9) Fähigkeit, sich über Gesundheitsthemen auf den neuesten Stand zu bringen	10) Fähigkeit, Gesundheitsinformationen und deren Bedeutung zu verstehen	11) Fähigkeit, Informationen zu Gesundheitsthemen zu interpretieren und zu evaluieren	12) Fähigkeit, sich eine fundierte Meinung über Gesundheitsthemen zu bilden

Quelle: In Anlehnung an: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

- an Aktivitäten teilzunehmen, die zu Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Gemeinschaft beitragen.

Dieser Fragebogen wurde an Stichproben von je 1000 Personen in acht europäischen Ländern erprobt: Bulgarien, Deutschland (Nordrhein-Westfalen), Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen und Spanien.

Wie wurde Gesundheitskompetenz gemessen?

Mithilfe der Ergebnisse zu den 47 Fragen wurde ein umfassender Index für Gesundheitskompetenz

entwickelt. Er umfasst eine Skala von 0 bis 50, wobei 0 das niedrigste und 50 das höchste Gesundheitskompetenzniveau bedeutet. Auf dieser Grundlage wurden Schwellenwerte und Bereiche für vier Stufen der Gesundheitskompetenz definiert: unzureichende, problematische, ausreichende und ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Um vulnerable Gruppen zu ermitteln, wurde „begrenzte Gesundheitskompetenz“ als unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz definiert. Daten machen es möglich, sowohl länderspezifisch als auch -übergreifend zu vergleichen und haben große Ungleichgewichte sichtbar gemacht. Im Kapitel 3 folgen weitere Details.

Quellen

Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1986 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Zugriff: 23.03.2015).

Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International*, 2013, doi:10.1093/heapro/dat013.

Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

2

Gesundheitskompetenz – eine wichtige Gesundheitsdeterminante

... Gesundheitskompetenz ist als Prädiktor für den Gesundheitszustand einer Person aussagekräftiger als Einkommen, Beschäftigungsstatus, Bildungsniveau, Rasse oder Ethnie.

Weiss Health literacy and patient safety: help patients understand. Manual for clinicians

Wissenswerte Fakten

- 1. Moderne Gesellschaften profitieren von einem höheren Bildungsniveau in der Bevölkerung.** Bildungsnahe Personen partizipieren aktiver am wirtschaftlichen Wohlstand, verdienen mehr, weisen eine höhere Beschäftigungsquote auf, sind besser gebildet und informiert, engagieren sich mehr für die Gemeinschaft, sind gesünder und äußern mehr Wohlbefinden.
- 2. Begrenzte Gesundheitskompetenz (gemessen anhand der Lesekompetenz) wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus.** Begrenzte Gesundheitskompetenz

hängt zusammen mit reduzierter Teilnahme an gesundheitsförderlichen Aktivitäten und solchen zur Feststellung von Erkrankungen, risikoreicheren gesundheitsbezogenen Entscheidungen (wie höheren Raucherquoten), mehr Arbeitsunfällen, suboptimalem Chronic Disease Management (wie Diabetes, HIV-Infektion und Asthma), geringer Therapie-motivation, mehr Klinikeinweisungen mit „Drehtür-Effekten“, höherer Morbidität und mehr vorzeitigen Sterbefällen.

Beim European Health Literacy Survey wurde Gesundheitskompetenz umfassender gemessen, um einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und selbsteingeschätzter Gesundheit nachzuweisen (Abb. 3). Das war in anderen Modellen ebenfalls der Fall, in denen Gesundheitskompetenz und die gängigen sozialen Determinanten von Gesundheit unabhängige Variablen sind. Daher ist anzunehmen, dass die Gesundheitskompetenz eine konkrete unmittelbare und unabhängige Wirkung auf die Selbsteinschätzung von Gesundheit hat.

- 3. Begrenzte Gesundheitskompetenz folgt einem sozialen Gefälle und kann**

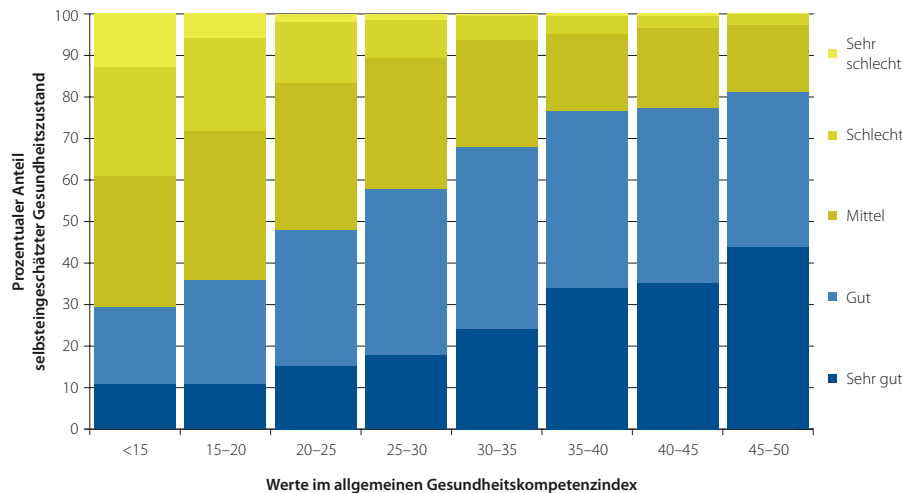
bestehende Ungleichheiten verstärken.

Bei Menschen mit begrenzter Gesundheitskompetenz handelt es sich am häufigsten um Personen mit niedrigem Bildungsstand, ältere Menschen und solche mit Migrationshintergrund sowie Personen, die auf verschiedene Formen öffentlicher Transferzahlungen angewiesen sind. Inwiefern ein niedriger Bildungsstand sich negativ auf die Gesundheit von Menschen auswirkt, lässt sich nicht eindeutig von der Frage trennen, wie Gesundheitskompetenz die Gesundheit solcher Personen negativ beeinflusst. Darüber wird weiterhin debattiert. Der European

Health Literacy Survey bestätigt ein soziales Gefälle: In allen teilnehmenden Ländern ist die Gesundheitskompetenz von Menschen mit mehr Bildung signifikant besser, was allerdings zwischen Ländern etwas variiert (Abb. 4).

4. Gesundheitskompetenz zu erwerben ist ein lebenslanger Prozess. Niemand ist jemals absolut gesundheitskompetent. Jeder benötigt zu irgendeinem Zeitpunkt Hilfe, um eine wichtige Gesundheitsinformation zu verstehen oder anzuwenden oder um sich in einem komplexen System zurechtzufinden. Selbst Personen mit einem hohen Bildungsniveau

Abb. 3. Selbst eingeschätzter Gesundheitsstatus bei den 7780 teilnehmenden Personen am European Health Literacy Survey gemäß den Werten im allgemeinen Gesundheitskompetenzindex



Quelle: Auf der Grundlage von: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012.* Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

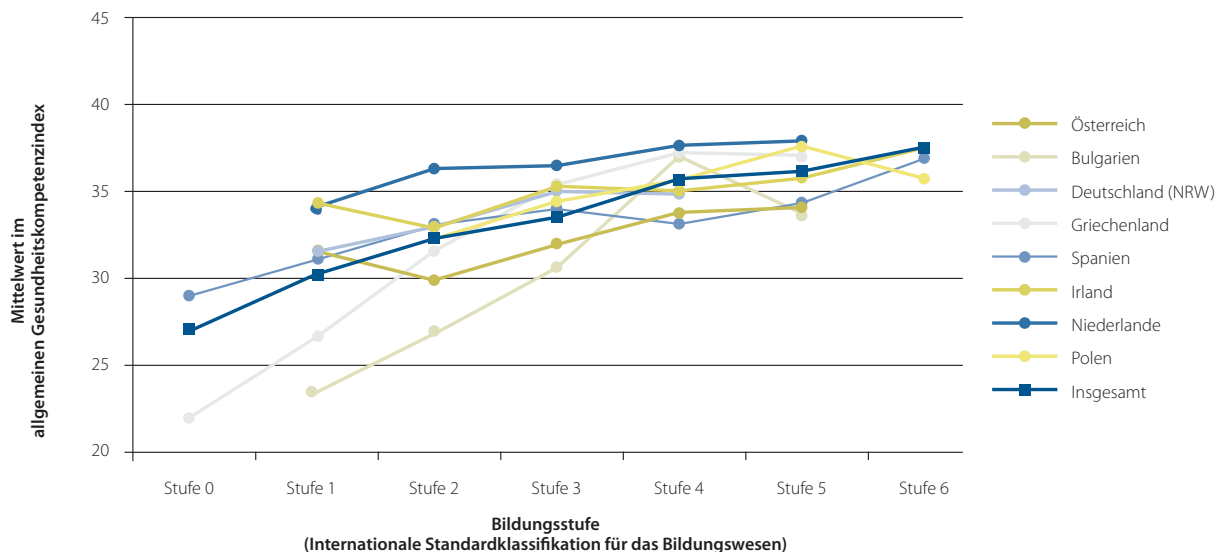
empfinden Gesundheitssysteme oft als zu komplex, vor allem, wenn sie wegen eines Gesundheitsproblems vulnerabler sind.

5. Kapazitäten und Fähigkeiten zu Gesundheitskompetenz variieren abhängig von Kontext, Kultur und Setting. Sie hängen von individuellen Faktoren und Systemfaktoren ab. Dazu zählen Kommunikationskompetenzen, Wissen über Gesundheitsthemen, Kultur und die Charakteristika des jeweiligen

Gesundheitsversorgungssystems, des öffentlichen Gesundheitswesens sowie anderer wichtiger Systeme und Settings, in denen Menschen Gesundheitsinformationen erhalten und nutzen. Wenn diese Dienste oder Systeme beispielsweise ein bestimmtes Maß an Wissen oder Sprachkenntnis voraussetzen, das für einen Nutzer zu hoch ist, wirkt sich dies negativ auf seine Gesundheit aus.

6. Begrenzte Gesundheitskompetenz ist mit hohen Kosten im

Abb. 4. Mittelwerte der allgemeinen Gesundheitskompetenz nach Bildungsstufe gemäß der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (Stufen mit $n > 10$) für jedes Land und die 7770 teilnehmenden Personen



Quelle: In Anlehnung an: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012.* Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

Gesundheitssystem verbunden.

In Kanada verursachte begrenzte Gesundheitskompetenz 2009 Kosten von mehr als 8 Mrd. US-\$, schätzungsweise 3 - 5% der Gesamtausgaben im dortigen Gesundheitswesen. 1998 schätzte die National Academy on an Aging Society in den Vereinigten Staaten die durch begrenzte Gesundheitskompetenz verursachten Mehrausgaben im Gesundheitswesen auf etwa 73 Mrd. US-Dollar. Es sind noch keine vergleichbaren Daten für Gesundheitssysteme in Europa verfügbar. Aber begrenzte Gesundheitskompetenz dürfte auch für die Ressourcen in den europäischen Gesundheitssystemen konsequenzenreich sein, die fast alle uneingeschränkten Zugang zu Versorgungsleistungen bieten.

Maßnahmen und Handlungsfelder**1. Gesundheitskompetenz als ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Thema einstufen.**

Gesundheitskompetenz fällt nicht nur in die Verantwortung des Einzelnen oder von politischen Entscheidungsträgern oder Fachkräften im Gesundheitssektor. Sie ist grenz-, professions- und ressortübergreifend (Abb. 5). Viele Akteure müssen beteiligt werden. Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz müssen in den Settings des Lebensalltags ansetzen (siehe Teil B).

2. Viele Akteure bei Gesundheitskompetenz involvieren. Zwar werden in Abb. 5 die

Verbindungen zwischen den Akteuren als streng linear und wie die Speichen eines Rads von innen nach außen verlaufend dargestellt. In Wirklichkeit verlaufen sie aber kreuz und quer und überschneiden sich „... wie ein verschlungener Haufen Spaghetti, die sich hierhin und dorthin winden, aber kaum je über den Tellerrand hinausgehen“ (Christakis und Fowler, 2009). Das verdeutlicht die komplexen Wechselbeziehungen unter den vielen Akteuren, die sich gesellschaftlich für die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung engagieren.

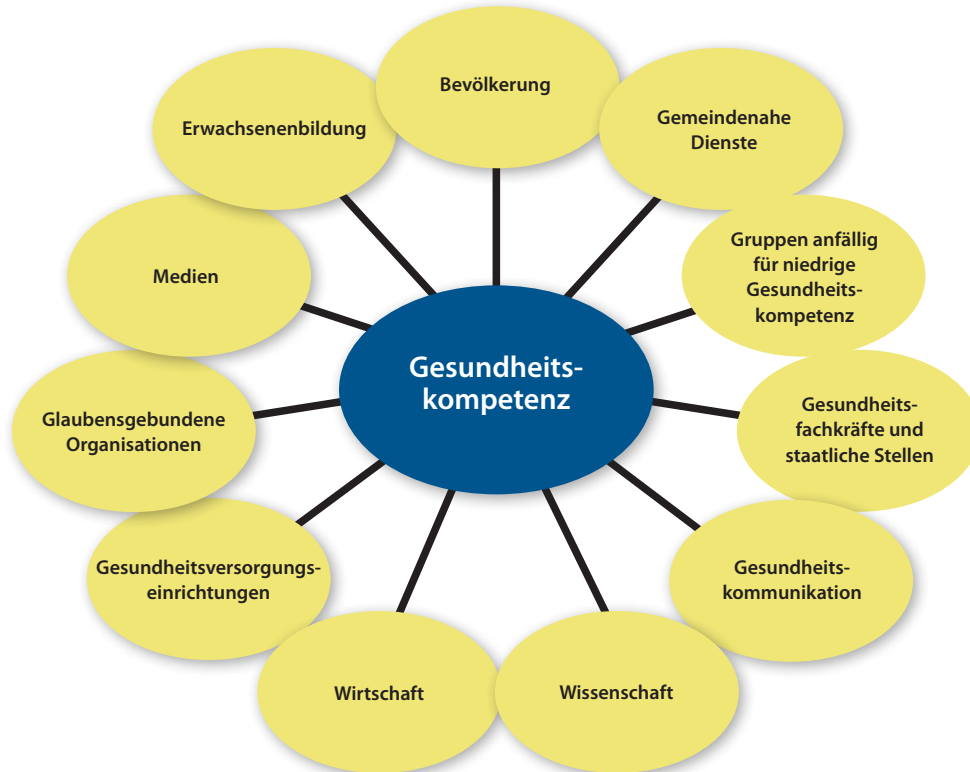
3. Leicht verständliche Angebote entwickeln.

Damit ist gemeint, dass beim Zuhören oder Lesen etwas sofort verstanden werden kann. Zur Förderung der Gesundheitskompetenz müssen aussagekräftige und zuverlässige Informationen bereitgestellt werden. Deren Inhalt und Format sollten Unterschiede und Vielfalt in Bezug auf Kulturen, Geschlecht, Alter und Personen ausreichend berücksichtigen (Kasten 2).

4. In Erhebungen und Forschung investieren.

Die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und die Offenheit im System zu diesem Thema sollten erhoben werden. Forschung zur Unterstützung wirksamer Interventionen muss finanziert werden. Ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung war auf europäischer Ebene der European Health Literacy Survey. Dieser sollte auf mehr Länder der Europäischen Union und der Europäischen Region der WHO ausgeweitet und in regelmäßigen Zeitabständen wiederholt werden.

Abb. 5. Wichtige Akteure bei Gesundheitskompetenz



Quelle: In Anlehnung an: Mitic W, Rootman I. *An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper*. Vancouver, Public Health Association of British Columbia, 2012.

Quellen

Christakis N, Fowler J. *Connected*. New York, Little, Brown and Company, 2009.

Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

Eichler K et al. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 2009, 54:313–324.

Kickbusch I, Maag D. Health literacy. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International encyclopedia of public health*. Vol. 3. San Diego, Academic Press, 2008:204–211.

Kasten 2: Initiativen für eine leicht verständliche Sprache

Die Europäische Kommission startete 2010 eine Kampagne für einen klaren und eindeutigen Schreibstil, damit alle Arten von Dokumenten in allen Sprachen kürzer und einfacher werden. Im Vereinigten Königreich gibt es solche Initiativen bereits seit den 1970er Jahren. Viele staatliche Stellen wie das Amt für fairen Handel haben die Verbreitung allgemein verständlicher Sprache gefördert, indem sie sie in bestimmten Verbraucherverträgen vorgeschrieben haben. Weitere wichtige Akteure, die sich für eine verständliche Sprache einsetzen, sind kommunale Behörden, Gesundheitsdienste und große Finanzunternehmen. In Finnland fördert die neue Regierung, die 2011 die Amtsgeschäfte übernahm, die Verwendung allgemein verständlicher Sprache in Gesetzestexten, in der Verwaltung und in der Kommunikation mit den Bürgern. In anderen Ländern wie Schweden, den Vereinigten Staaten von Amerika, Deutschland und Australien gibt es ebenfalls Initiativen und/oder Rechtsvorschriften zugunsten einer verständlichen und bürgernahen Sprache.

Mitic W, Rootman I. *An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper*. Vancouver, Public Health Association of British Columbia, 2012.

Plain Language Association International [Webseite]. Ottawa, Plain Language Association International, 2013 (<http://www.plainlanguagenetwork.org>, Zugriff: 23.03.2015).

Weiss BD. *Health literacy and patient safety: help patients understand. Manual for clinicians*. 2nd ed. Chicago, American Medical Association Foundation and American Medical Association, 2007, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page> (Zugriff: 23.03.2015).

Beispiel: nichtübertragbare Krankheiten

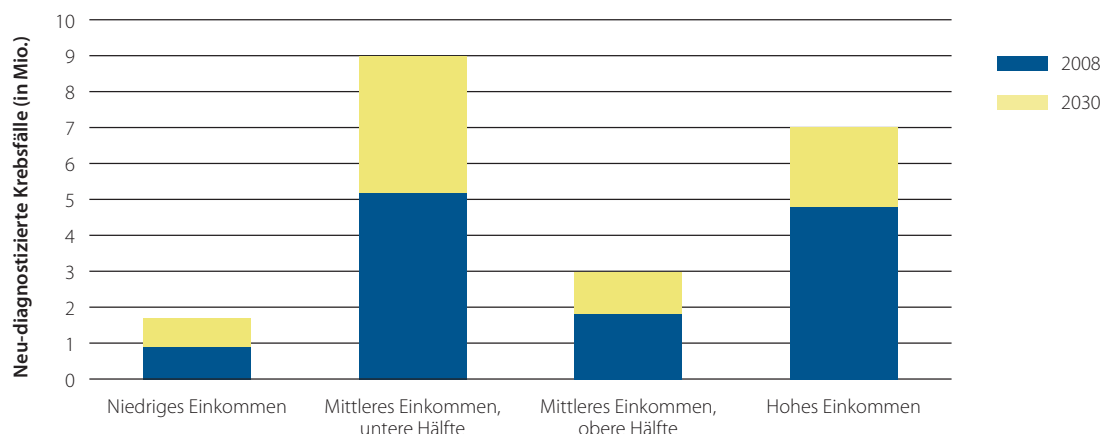
Wissenswerte Fakten

1. Die Häufigkeit nichtübertragbarer

Krankheiten nimmt zu. Nichtübertragbare Krankheiten sind die Haupttodesursache in der Europäischen Region der WHO. Mehr als 75% aller Todesfälle werden durch eine von vier chronischen Krankheiten verursacht: Krebs, Herzkrankheiten, Diabetes und Atemwegskrankheiten (Abb. 6). Nichtübertragbare Krankheiten resultieren häufig in chronischen Erkrankungen, und

Gesundheitskompetenz ist entscheidend, wie Menschen mit chronischen Krankheiten umgehen. Immer mehr Menschen leiden unter einer oder zwei chronischen Erkrankungen, wenn sie älter werden. Mehr als die Hälfte davon (52%) sind jünger als 65 Jahre. Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz tun sich schwerer, chronische Krankheiten im Alltag zu bewältigen: einen gesunden Lebensstil führen, informierte Entscheidungen treffen oder zu wissen, wann und wie Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen sind.

Abb. 6. Geschätzte jährliche Krebsneuerkrankungen nach Einkommensgruppen der Weltbank, 2008 und prognostiziert für 2030



Quelle: *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, Zugriff: 24.03.2015).

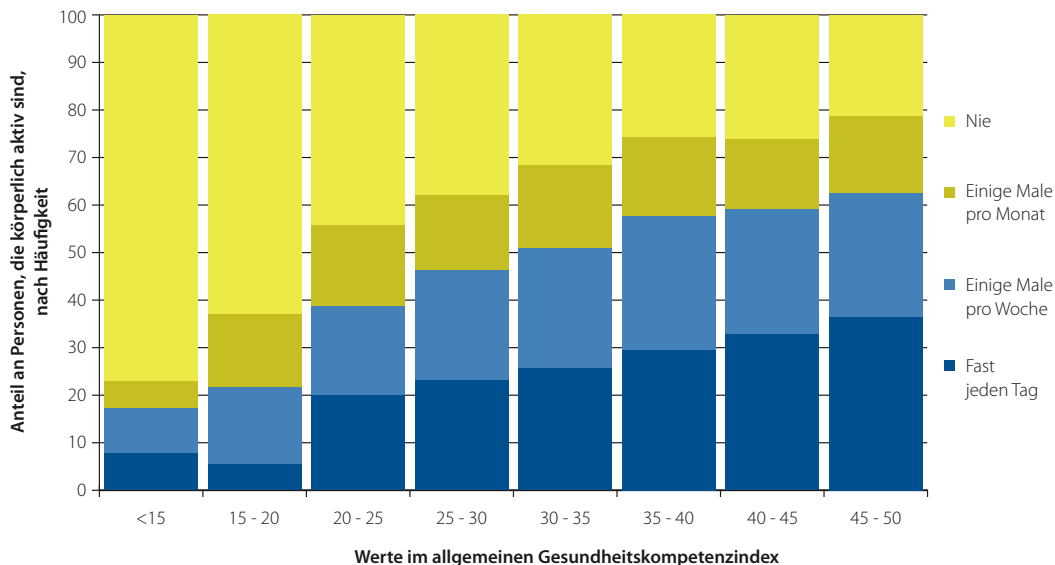
2. Gesundheitskompetenz ist wichtig für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Nichtübertragbare Krankheiten wie Krebs, Herzerkrankungen und Diabetes hängen mit vielen beeinflussbaren Risikofaktoren zusammen, die insbesondere mit verhaltensbezogenen Determinanten zusammenhängen: Bewegungsmangel, schlechten Ernährungsgewohnheiten, Rauchen und Alkoholkonsum. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und solchen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Begrenzte Gesundheitskompetenz ist häufig mit anderen Determinanten nichtübertragbarer Krankheiten verknüpft. Beispielsweise ist die Prävalenz von niedriger Gesundheitskompetenz höher bei älteren Bevölkerungsgruppen und solchen mit niedrigem Einkommen und in Kulturen im Umbruch, die auch anfälliger für nichtübertragbare Krankheiten sind. Der European Health Literacy Survey hatte Indikatoren für vier Arten gesundheitsbezogener Verhaltensweisen oder Risiken: Rauchen, Alkoholkonsum, Body-Mass-Index und körperliche Betätigung. Jede ergab recht unterschiedliche Zusammenhänge, die nach Indikator und Land variierten. Der durchgängigste und engste Zusammenhang bestand zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Umfang an körperlicher Betätigung (Abb. 7): je besser die Gesundheitskompetenz, desto größer das Ausmaß an körperlicher Betätigung. Dies gilt in unterschiedlicher Ausprägung für alle teilnehmenden Länder außer Spanien.

Maßnahmen und Handlungsfelder

Durch viele Erfahrungen ist heute bekannt, wie gegen nichtübertragbare Krankheiten vorgegangen werden kann, indem Gesundheitskompetenz gefördert und verbessert wird. Wirksame Interventionen konzentrieren sich vor allem auf drei Handlungsfelder: Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz unterstützen, die Kapazität für Gesundheitskompetenz ausbauen sowie Maßnahmen von Organisationen, Staat, Politik und Systemen optimieren. Ein großer Teil der Forschung auf diesem Gebiet wird noch nicht als Gesundheitskompetenzforschung eingestuft, sondern in anderen Feldern wie etwa Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung oder Verhaltensforschung durchgeführt.

1. Prävention nichtübertragbarer Krankheiten durch breite Palette an fördernden Angeboten zu Gesundheitskompetenz unterstützen und ausbauen. Studien zeigen, dass Präventionsmaßnahmen mit Bezug zu Gesundheitskompetenz dann wirksam sind, wenn sie folgende Kriterien erfüllen: Sie müssen von hoher Intensität sein, theoriebasiert sein, vor der umfassenden Einführung erprobt werden, auf den Erwerb von Kompetenzen ausgerichtet sein und von einer Fachperson durchgeführt werden. Andere Ansätze führen eher indirekt zu Ergebnissen, indem sie das Wissen oder die Selbstwirksamkeit mittelfristig vergrößern oder Verhaltensänderungen bewirken. Netzwerke wie die Partnership to Fight Chronic Disease in den Vereinigten Staaten und die Chronic Disease Alliance in der Europäischen Region der WHO sind ressort- und organisationsübergreifend

Abb. 7. Körperliche Aktivität bei 7767 teilnehmenden Personen des European Health Literacy Survey gemäß den Werten im allgemeinen Gesundheitskompetenzindex



Quelle: In Anlehnung an: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012.* Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

auf der regionalen, nationalen und lokalen Ebene tätig, um politische Aktivitäten zu beeinflussen. Solche Netzwerke können zur Bewusstseinsbildung beitragen und sich für wirkungsvolle Maßnahmen zu chronischen Krankheiten und Behinderung einsetzen. Zugleich tragen sie zum Empowerment bei, indem sie Patienten, Leistungserbringer, gemeindenahere Organisationen, die Wirtschaft- und Arbeitswelt sowie gesundheitspolitische Fachgremien einbeziehen.

2. Gute empirische Daten als Grundlage von Interventionen.

Gesundheitskompetenz

umfassend zu erheben liefert Antworten auf die Frage, welche Interventionen es braucht, um Menschen mit begrenzter Gesundheitskompetenz und sozial benachteiligte Gruppen zu unterstützen. Beispielsweise kann der Fragebogen des European Health Literacy Survey genutzt werden, um die Gesundheitskompetenz bestimmter Gruppen zu ermitteln. Österreich hat davon für Jugendliche und in verschiedenen Regionen Gebrauch gemacht. Deutschland verwendet die Teilskala mit dem Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung bei einer Gesundheitsfolgenabschätzung.

Der Fragebogen wird außerdem bei einem EU-geförderten Vorhaben zu Diabetes Literacy genutzt, mit dem die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Diabetes erhoben wird.

Quellen

Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 2011, 377:1438-1447.

Berkman ND. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2011, 155:97-107.

Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for preventing chronic disease: the evidence. *Lancet*, 2007, 370:1939-1946.

Levin-Zamir D, Wills, J. Health literacy, culture and community. In: Begoray D, Gillis DE, Rowlands G, eds. *Health literacy in context: international perspectives.* Hauppauge, NY, Nova Science Publishers:99-123.

3

Begrenzte Gesundheitskompetenz – unterschätzt und herausfordernd für gesundheitliche Chancengleichheit

Fast die Hälfte aller Menschen in Europa verfügt über unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz.

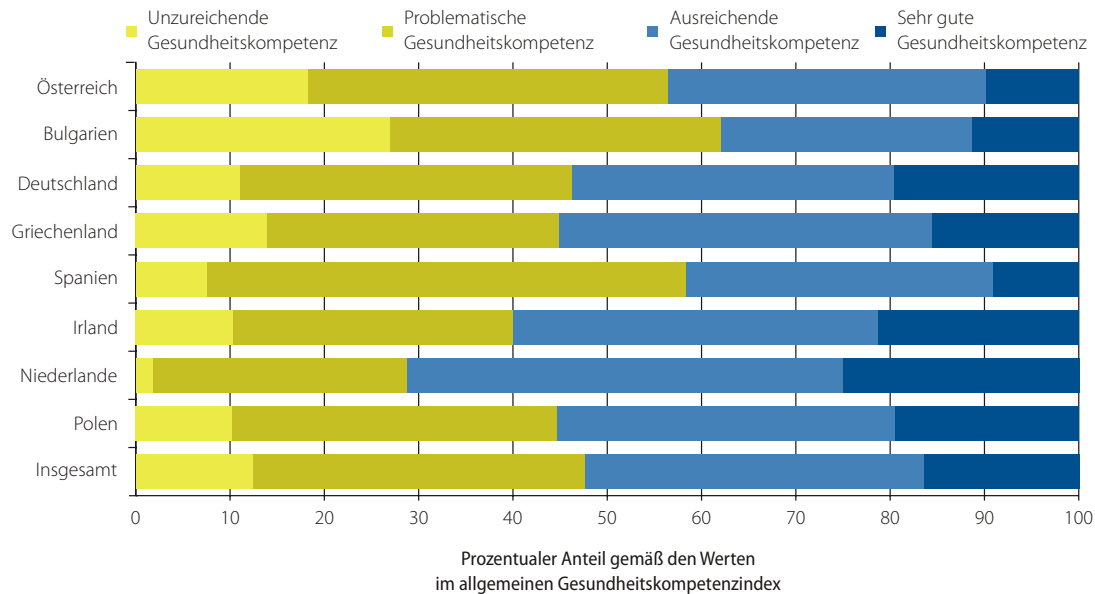
Wissenswerte Fakten

- 1. Ein niedriges Niveau der Gesundheitskompetenz ist weitverbreitet.** Viele Kinder, Jugendliche und Erwachsene verfügen über begrenzte Gesundheitskompetenz. Dies gilt selbst in wirtschaftlich fortgeschrittenen Ländern mit leistungsfähigen Bildungssystemen.
- 2. Begrenzte Gesundheitskompetenz ist sehr verbreitet.** So wie Bildung im Allgemeinen kann Gesundheitskompetenz gemessen werden: auf der individuellen, organisationalen, kommunalen oder gesellschaftlichen Ebene. Der European Health Literacy Survey ergab, dass 12% aller teilnehmenden Personen über unzureichende Gesundheitskompetenz verfügen und 35% über problematische Gesundheitskompetenz. Begrenzte

Gesundheitskompetenz ist in Europa nicht nur ein Problem einer kleinen Minderheit.

- 3. Es bestehen große Unterschiede zwischen Ländern.** Unzureichende Gesundheitskompetenz wiesen zwischen 2% und 27% der Bevölkerung in den acht Ländern auf. Der Anteil der Bevölkerung mit begrenzter (= unzureichender + problematischer) Gesundheitskompetenz variierte zwischen 29% in den Niederlanden und 62% in Bulgarien (Abb. 8).
- 4. Bestimmte Gruppen sind anfälliger.** Bestimmte Gruppen weisen einen viel höheren Anteil an begrenzter Gesundheitskompetenz auf als der Rest der Bevölkerung. Zu diesen Gruppen zählen diejenigen mit niedrigerem sozialem Status (niedrigem selbst eingeschätztem sozialem Status, niedrigem Einkommen und Problemen, Rechnungen zu begleichen), diejenigen mit schlechterem Gesundheitsstatus (gemessen anhand von selbst eingeschätzter Gesundheit, Langzeiterkrankung und beschränkten Aktivitäten aufgrund von Gesundheitsproblemen) sowie

Abb. 8. Prozentuale Verteilungen der allgemeinen Gesundheitskompetenz pro Land und bei 7795 teilnehmenden Personen



Quelle: In Anlehnung an: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012.* Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.05.2015).

hochaltrige Personen. Auch hier gilt: Die Diversität ist in der Europäischen Region sehr ausgeprägt (Tabelle 2).

In Erhebungen können dann relevante Befunde erzielt werden, wenn vorab klar ist, was warum gemessen werden soll. Es gibt mehr als 20 Instrumente, um Gesundheitskompetenz zu messen. Die bestehenden Messgrößen für Gesundheitskompetenz sind noch zu stark auf Individuen ausgerichtet und müssen erweitert werden, damit auch die kollektive

Ebene (einschließlich Gemeinschaften) erfasst und beurteilt werden kann. Außerdem ist die Frage zu beantworten, inwieweit Materialien, Organisationen und Umfeldler die Förderung der Gesundheitskompetenz begünstigen (Tabelle 3).

Maßnahmen und Handlungsfelder

1. Gesundheitskompetenz zu fördern trägt zu gesundheitlicher Chancengleichheit

Tabelle 2: Anteil an Personen mit begrenzter (unzureichender oder problematischer) Gesundheitskompetenz in sehr vulnerablen Gruppen pro Land und Untersuchungsgesamtheit

Indikator	Kategorie	Österreich	Bulgarien	Deutschland	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	Insgesamt
Sozialer Status	Sehr niedrig	78	80	59	80	84	64	50	60	74
Subjektiv wahrgenommene Gesundheit	Schlecht oder sehr schlecht	86	83	56	83	78	56	41	72	73
Bildung (Stufe gemäß der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen)	Stufe 0 oder 1	63	76	58	77	74	51	41	100	68
Arzneimittel selbst bezahlen können	Sehr schwer	78	81	40	66	55	60	57	62	67
Arztbesuche finanzieren können	Recht schwer oder sehr schwer	76	80	56	61	68	56	42	74	66
Wegen Gesundheitsproblemen in Aktivitäten eingeschränkt sein	Stark eingeschränkt	82	81	55	80	77	56	35	66	66
Monatliches Haushaltseinkommen	Weniger als €800	38	84	56	70	70	58	38	62	66
Arzneimittel selbst bezahlen können	Recht schwer	67	72	66	60	72	51	35	67	64
Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen	Meistens	67	75	47	61	62	61	33	42	63
Langzeiterkrankung	Ja, mehr als eine	78	83	58	74	69	45	33	54	61
Alter	Ab 76 Jahre	73	75	54	72	71	46	29	65	61
Sozialer Status	Niedrig	59	62	64	57	59	53	48	64	60

Quelle: In Anlehnung an: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012.* Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 23.03.2015).

bei. Bei den Gruppen, bei denen begrenzte Gesundheitskompetenz am ausgeprägtesten ist, handelt es sich meistens um ältere Menschen, Angehörige ethnischer Minderheiten, neuen Einwanderern, Personen mit

niedrigerem Bildungsstand und/oder geringer Kenntnis der Landessprache und solche, die auf öffentliche Transferzahlungen angewiesen sind. Die Folgen für diese vulnerablen Gruppen: Begrenzte Gesundheitskompetenz geht

Tabelle 3: Messung von Gesundheitskompetenz

Art der Messung	Zweck und Beschränkungen
Klinische Tests für Reihenuntersuchungen: Leseverständnis, Worterkennung und Rechenkompetenz	Erkennen von Schwierigkeiten bei dem Versuch, Gesundheitsinformationen einschließlich Etiketten von Arzneimitteln und Beipackzettel zu verstehen und zu nutzen. Sie können bei Personen mit begrenzter Bildung zu einem Gefühl von Scham und Stigmatisierung führen. Sie werden auf der individuellen Ebene bei persönlichen Befragungen angewendet und decken Gesundheitskompetenzkonzepte unvollständig ab.
Ersatzmessgrößen für Gesundheitskompetenz unter Verwendung von Kompetenzerhebungen auf der Bevölkerungsebene	Bieten eine Schätzung des Anteils der Bevölkerung, der über unzureichende Kompetenzen zur Bewältigung der komplexen Anforderungen des Alltagslebens verfügen kann. Unvollständige Abdeckung von Gesundheitskompetenzkonzepten. Bietet wenig Orientierung für die Entwicklung oder Anwendung von Interventionen.
Bei der Direkterhebung wird die Fähigkeit einer Person gemessen, Gesundheitsinformationen und Gesundheitsleistungen zu verstehen, Zugang dazu zu erhalten, sie zu bewerten und zu nutzen.	Dies ist ein rasch fortschreitender Bereich. Auf Gruppen oder Bevölkerungen angewendete neue Skalen können Informationen bieten, die Praktikern, Organisationen und Planern ermöglichen, bessere Leistungen für Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz zu erbringen, und als Grundlage für politische Reaktionen dienen können.

häufig mit fehlender Fähigkeit zum effektiven Umgang mit Gesundheit, fehlendem Zugang zu Versorgungsleistungen und fehlender Fähigkeit einher, verfügbare und einschlägige Informationen zu verstehen sowie informierte gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen. Gezielte Initiativen können die Gesundheitskompetenz solcher Gruppen stärken und zur gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern sind besonders wichtig.

- 2. In Erhebungen investieren: was gemessen wird, wird auch getan.** Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erheben und zu kontrollieren liefert Impulse und Erkenntnisse, wenn politische Strategien und Maßnahmen entwickelt beziehungsweise überprüft werden.

Außerdem kann so sichergestellt werden, dass Versorgungsleistungen auf den Bedarf und die Bedürfnisse von Personen und Gruppen mit begrenzter Gesundheitskompetenz ausgerichtet werden. Investitionen in die Gesundheitskompetenz mit dem Ziel langfristiger Verbesserungen sollten auf soliden empirischen Daten beruhen, die alle Altersgruppen abdecken. Um den Erfolg solcher Interventionen zu überprüfen, reicht es nicht, die Gesundheitskompetenz zu erheben. Auch die Kontextfaktoren und die Art und Weise sind zu berücksichtigen, wie Gesundheitskompetenz im Lebensverlauf erworben wird.

- 3. Fortlaufende Erhebungen sicherstellen.** Indem wiederholt Erhebungen durchgeführt werden lässt sich zeigen, ob Interventionen wirksam sind oder nicht. Die Europäische

Region verfügt jetzt über ein einzigartiges Instrument. Der European Health Literacy Survey sollte auf mehr Länder ausgeweitet und regelmäßig durchgeführt werden.

- 4. Forschung fördern, um Erhebungen auszuweiten und auf verschiedene Settings auszudehnen.** Es fehlt an Forschung, die realitätsnah implementierte

Ansätze mit repräsentativen Stichproben untersucht. Daher sollten öffentliche Einrichtungen Partnerschaften zu Gesundheitskompetenz mit Forschungseinrichtungen eingehen, wovon beide profitieren. Das leistet einen Beitrag, Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln, zu ermitteln, durchzuführen und zu evaluieren.

Beispiel: Migration und Minderheiten

Heute hat eine von 33 Personen einen Migrationshintergrund, aber der Migrationsanteil variiert zwischen Ländern. In der Europäischen Region der WHO gibt es schätzungsweise 75 Mio. Migrantinnen und Migranten. Sie machen etwa 8% der Bevölkerung aus.

Wissenswerte Fakten

- 1. Menschen mit Migrationshintergrund schneiden bei Erhebungen zu Bildung und Gesundheitskompetenz schlechter ab.** Bildungsressourcen und Informationen erreichen die Migrationsbevölkerung nur

teilweise, häufig aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Barrieren. Wenn etwa erschwingliche Sprachkurse für Erwachsene fehlen, kann das für Personen mit Migrationshintergrund ein Hindernis darstellen, wenn sie ihre Sprachkompetenzen verbessern möchten.

- 2. Migranten haben schlechteren Zugang zu Informationen und Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention sowie Versorgungsleistungen und nutzen diese weniger häufig.** Zahlreiche Untersuchungen zeigen: Interventionen, die den Zugang zu Krebsvorsorge, psychosozialen Diensten, Diabetesaufklärung, Rauchverzicht, HIV-Programme und Impfungen bei Kindern verbessern wollen, sind bei der Migrationsbevölkerung weniger erfolgreich. Dies gilt auch für ethnische Minderheiten wie die Roma.

Die Stichproben beim European Health Literacy Survey basierten auf den Methoden des Eurobarometers. Einbezogen wurden lediglich EU-Bürgerinnen und -Bürger, deren Migrationshintergrund erhoben wurde (jemand galt als teilnehmende Person mit Migrationshintergrund, wenn ein oder beide Elternteile in einem anderen Land als demjenigen geboren wurde(n), in dem die auskunftgebende Person befragt wurde). Nur in Deutschland (Nordrhein-Westfalen) mit dem höchsten Anteil an Migrationsbevölkerung (20%) erzielten teilnehmende Personen mit Migrationshintergrund signifikant schlechtere Werte bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz.

Maßnahmen und Handlungsfelder

1. Spezielle Strategien entwickeln, um Gesundheitskompetenz in der Migrationsbevölkerung zu fördern.

Spezielle zielgruppenorientierte Strategien können Systeme mehr auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung ausrichten. Migrantinnen, Migranten und ihre Gemeinschaften vor Ort können bei der Planung, Umsetzung und Auswertung solcher Strategien einbezogen werden.

2. Kontextbezogene Interventionen.

Als wirksam hat sich erwiesen, „Lotsen“ für Patienten einzusetzen, ebenso übersetzte Schilder und Piktogramme. Außerdem hilft es, Dolmetscher im Gesundheitswesen einzusetzen. Wenn Angehörige ethnischer

Minderheiten in Kliniken auf Schilder in ihrer Landessprache stoßen, hilft ihnen das nicht nur sich zurecht zu finden. Es vermittelt ihnen auch das Gefühl, dazu zugehören und einbezogen zu werden. Neben schriftlichen Hinweisen sollten auch andere Kommunikationsmittel wie Bilder, Fotos, grafische Darstellungen, Audio und Video bei der Herstellung von Materialien berücksichtigt werden.

3. Transkulturelle Kompetenz vermitteln.

Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen können durch Weiterbildungen ihre Kommunikationskompetenz verbessern. Das beinhaltet bspw. vereinfachte Methoden und kulturelle Sensibilität. Gesundheitsfachpersonen mit transkultureller Kompetenz sollten sich Informationen über Gesundheitskompetenz und Sprachkenntnisse beschaffen, was sich positive darauf auswirken kann, wie Menschen mit Migrationshintergrund Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen. Patienten sollten angemessene Behandlung und Versorgung erhalten, die ihre Ethnizität, ihr Geschlecht, ihre Fähigkeiten, ihre Religion und ihre sexuelle Orientierung berücksichtigen. Diagnosen mit aufschlussreichen Informationen und Erklärungen sollten Personen in ihrer bevorzugten Sprache vermittelt werden. Durch Kulturvermittlung können die unterschiedlichen Sichtweisen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit erläutert und verständlich gemacht werden. Das ist wichtig für viele Themenbereiche wie diagnostische Behandlung, Chirurgie oder Behandlungsv erfahren. Professionelle Dolmetscher sollten für die Aufgabe eingesetzt werden, von Patienten

mit Migrationshintergrund Einwilligungen nach erfolgter Aufklärung einzuholen.

- 4. Vernetzung und ressortübergreifende Interventionen.** Organisationen des Gesundheitswesens können gemeinsam mit anderen sektoralen Organisationen und Akteuren wie Apotheken, Abteilungen für Sozialarbeit, Schulen, Strafverfolgungs- und Justizbehörden, Freiwilligenorganisationen und Unternehmen Maßnahmen für die Migrationsbevölkerung anstoßen (Kasten 3).

Kasten 3: Fallstudien

Der Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust in Großbritannien hat einen formellen Austausch mit dem Patientenbeirat aufgebaut, der Leitlinien für die Patienteninformation entwickelt hat.

Eine Allianz nichtstaatlicher Organisationen bildet interkulturelle Mediatoren im Gesundheitswesen aus, die sich für Roma-Gemeinschaften einsetzen, um dort die Gesundheit von Kindern zu verbessern.

Quellen

Adult Literacy and Lifeskills Survey (ALL). Washington, DC, National Center for Education Statistics, 2012 (<http://nces.ed.gov/surveys/all>, Zugriff: 24.03.2015).

Apfel F et al. *Health literacy – “the basics”*. Revised ed. Somerset, World Health Communication Associates, 2011:23–30 (für eine Zusammenfassung häufig

verwendeter Maße für Gesundheitskompetenz) (<http://www.whcaonline.org/publications.html>, Zugriff: 24.03.2015).

Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 (http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf, Zugriff: 24.03.2015).

Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 24.03.2015).

Equality and diversity [Webseite]. Bradford, Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust, 2013 (<http://www.bradfordhospitals.nhs.uk/about-us/equality-and-diversity>, Zugriff: 24.03.2015).

EU High Level Group of Experts on Literacy. *Act now! Report of the EU High Level Group of Experts on Literacy*. Brussels, European Commission, 2012.

Health literacy. Research and evaluate: overview and methods for measuring health literacy. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2011 (<http://www.cdc.gov/healthliteracy/researchevaluate/index.html#Assessment>, Zugriff: 24.03.2015).

Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:366-379.

Learning a living: first results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012 (<http://www.oecd.org/education/country-studies/34867438.pdf>, Zugriff: 24.03.2015).

Literacy assessment instruments. Chapel Hill, NC Program on Health Literacy, 2011 (<http://nhealthliteracy.org/instruments.html>, Zugriff: 24.03.2015).

Literacy in the information age: final report of the International Adult Literacy Survey. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000 (<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/41529765.pdf>, Zugriff: 24.03.2015).

Marmot, M. et al. Fair society, healthy lives. The Marmot Review, 2010 (<http://www.instituteoftheequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, Zugriff: 25.03.2015).

National Research Council. *Measures of health literacy: workshop summary.* Washington, DC, National Academies Press, 2009 (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12690, Zugriff: 24.03.2015).

Pleasant A. *Health literacy measurement: a brief review and proposal.* Washington, DC, Institute of Medicine of the National Academies, 2009 (<http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/Pleasant.pdf>, Zugriff: 24.03.2015).

van Hoof P. *Improving health for Roma children – together for better health, for us, by us.* Arlington, VA, Changemakers, 2013 (<http://www.changemakers.com/intrapreneurs/entries/improving-health-roma-children-together-better-health-us>, Zugriff: 24.03.2015).

4

Gesundheitskompetenz stärkt den Einzelnen und die Gemeinschaft

Gesundheit entsteht im Alltag, und Gesundheitskompetenz hat ihre Wurzeln im soziokulturellen Kontext, in dem Menschen leben, und trägt zu seiner Gestaltung bei. Empowerment, Chancengleichheit, Koproduktion und kulturelles Kapital stehen nachweislich in einem positiven Zusammenhang mit der Gesundheit von Menschen.

Thomas Abel *Theoretical reflections on health literacy as personal resources and community assets* (unveröffentlicht)

Wissenswerte Fakten

1. Gesundheitskompetenz ist wertvoll für Personen und Gemeinschaften.

Investitionen in die Förderung der Gesundheitskompetenz können substantiell zur Gesundheit und zum Wohlbefinden sowohl auf der individuellen als auch auf der Gemeinschaftsebene beitragen.

Menschen erwerben und nutzen persönliche Gesundheitskompetenz „in ihrem sozialen Umfeld, in dem sie leben. Soziale Maßnahmen können diese Umfelder verbessern. Kombiniert mit geeigneten sozialen Ressourcen kann Gesundheitskompetenz ein wertvoller Beitrag sein, der Menschen umfassend in ihrer Resilienz – also Widerstandskraft – und damit umfassend in ihrer Gesundheit unterstützt (Resilienz meint das Gefühl zu haben, Widrigkeiten und Veränderungen zum Trotz sich anpassen, sich erholen und wieder auf die Beine kommen zu können). Sie werden dann aktiver und führen beispielsweise ein gesünderes Leben, fordern ihre Rechte als Patienten ein und ergreifen Maßnahmen, die ihre Gesundheit verbessern, was sich zudem nachhaltig in der sozialen Gemeinschaft bemerkbar macht.

2. Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Form von sozialem Kapital.

Gemeinschaften profitieren von der Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder. Diese profitieren wiederum von der Gemeinschaft und ihren Ressourcen, wenn ihre Gesundheitskompetenz beispielsweise durch Selbsthilfegruppen oder Nachbarschaftshilfe gefördert wird. Solche

Eigenschaften können Gesundheitskompetenz zu einem Teil des kulturellen Kapitals von Menschen machen. Kulturelles Kapital ist mit den gesundheitsbezogenen Ergebnissen und den Möglichkeiten von Menschen verknüpft, zugunsten ihrer Gesundheit aktiv zu sein. Kulturelles Kapital umfasst Wissen, Werte, Normen und Fertigkeiten. Über diese zu verfügen und sie anzuwenden vergrößert das Potenzial von Menschen für eine gesunde Lebensweise und steht in einem positiven Zusammenhang mit der Gesundheit von Menschen.

- 3. Gesundheitskompetenz bedeutet Empowerment.** Gesundheitskompetenz hat ihre Wurzeln in der Bewegung für Gesundheitsförderung. Deren Ziel ist Empowerment, was beinhaltet, Menschen als Bürger, Erwerbstätige, Verbraucher und Patienten zu befähigen und in die Lage zu versetzen, Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen und sich selbst zu helfen. Empowerment ist ein Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle über ihr Leben, ihre Gesundheit und deren Determinanten gewinnen. Zugleich ist Empowerment ein Ergebnis, das die Fähigkeit von Menschen – Personen oder Gemeinschaften – widerspiegelt, Einfluss auf die Welt zu nehmen. Durch Empowerment tragen Programme, die Gesundheitskompetenz fördern, dazu bei, das Gesundheitsversorgungssystem zu demokratisieren. Außerdem fördern sie ein stärkeres Engagement für Gesundheit und Wohlbefinden in Gemeinschaften und der Gesamtgesellschaft (Kasten 4).

Kasten 4: Fähigkeiten einer gesundheitskompetenten Person

Im Idealfall kann eine gesundheitskompetente Person die Gesundheitsinformationen finden und beurteilen, die benötigt werden, um:

- fachlichem Rat oder Anweisung zu gesundheits- oder krankheitsbezogenen Themen zu folgen, etwa ein komplexes Medikamentenregime einzuhalten;
- die Veränderungen des Lebensstils zu planen und vorzunehmen, die notwendig sind, um ihre Gesundheit zu verbessern;
- informierte gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auswirken;
- zu wissen, wie und wann sie Bedarf und Bedürfnisse hat, Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen; und
- sich über gesundheitsfördernde Aktivitäten mit anderen auszutauschen und Gesundheitsthemen in der Gemeinschaft und der Gesellschaft anzusprechen.

Maßnahmen und Handlungsfelder

- 1. Politische Strategien und Maßnahmen, die Bildung und Gesundheitskompetenz als Grundrecht anerkennen.** Bildung und Gesundheitskompetenz sind wesentliche Bestandteile der grundlegenden Kompetenzen, die benötigt werden, um in der modernen Gesellschaft zu leben. Es existiert ein universelles Recht auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung. Konsequenterweise braucht es ein universelles Recht auf den Zugang zu Gesundheitskompetenz. Daher sollten Programme zur Förderung der Gesundheitskompetenz als eine grundlegende Dimension

der Stärkung von Gesundheitssystemen eingeführt werden (Kasten 5).

- 2. Vielfalt kommt Gesundheitskompetenz zugute.** Initiativen zur Förderung von Gesundheitskompetenz sind dann am erfolgreichsten, wenn sie Diversität als Chance begreifen. Damit ist gemeint, die zahlreichen Strategien, wie sich Individuen und Gemeinschaften mit Gesundheit auseinandersetzen, zum Ausgangspunkt aller Aktivitäten zu machen. Bei der Entwicklung aller Botschaften und Strategien in Bezug auf Gesundheitskompetenz müssen die Rollen von Familie, sozialem Kontext, Kultur und Bildung berücksichtigt werden.

Kasten 5: Nationales Programm zur Bildungsförderung

In den Niederlanden sind 1,5 Mio. Menschen (10% der erwachsenen Bevölkerung) so genannte funktionale Analphabeten. 2004 wurde die Stiftung Lesen und Schreiben gegründet, die eine Vorreiterrolle bei einem nationalen Programm der Bildungsförderung einnahm. An dieser tatsächlich ressortübergreifenden Initiative sind alle Ministerien, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften, die Wirtschaft und nichtstaatliche Organisationen beteiligt. Das Programm geht die Bildungsförderung mit einem Menschenrechtsansatz an. In den Ausbildungsprogrammen wird die Verbesserung der Bildung damit verknüpft, mehr über wichtige Lebensbereiche wie Gesundheit, Kinderbetreuung und Ernährung zu lernen.

Beispiel: Niederländische Allianz für Gesundheitskompetenz

In den Niederlanden werden gegenwärtig die besten Ergebnisse bei der Förderung von Gesundheitskompetenz erzielt. Das gelingt durch ein Maßnahmenpaket, das Individuen und Gemeinschaften befähigt und die Kommunikation im Gesundheitswesen fördert.

Die Förderung der Gesundheitskompetenz beruht in den Niederlanden auf einer starken Bewegung für Patientenrechte.

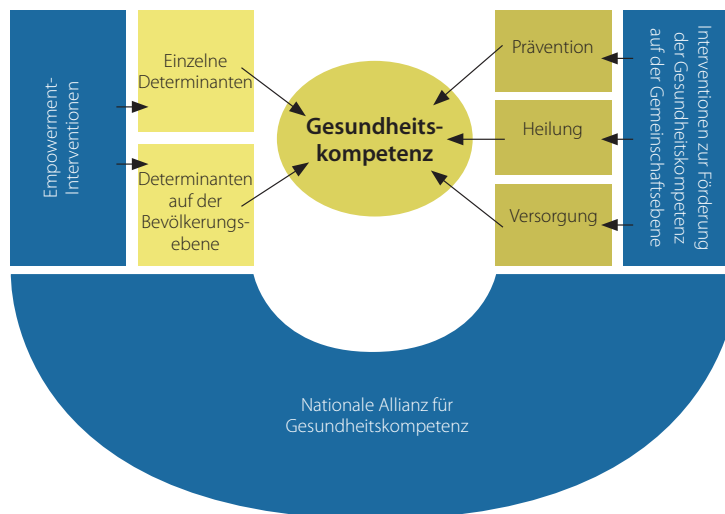
Diese hat zu klaren Rechtsvorschriften und seit langem bestehenden Programmen geführt, um die Kommunikation im Gesundheitsversorgungssektor zu verbessern. Das Nationale Programm zur Bildungsförderung, das sich auf die Allgemeinbildung konzentriert, erleichtert die ressortübergreifende Zusammenarbeit in der Erwachsenenbildung und beim Empowerment von Personen mit begrenzten Lese- und Schreibkompetenzen.

Die Nationale Allianz für Gesundheitskompetenz wurde 2010 gegründet und hat mittlerweile mehr als 60 Mitgliederorganisationen: unter anderem Patienten, Leistungserbringer, Gesundheitseinrichtungen, Krankenversicherungen, Wissenschaft, Industrie und die Wirtschaft (Abb. 9). Die Allianz setzt sich dafür ein, dass Gesundheitskompetenz in den Alltagsbetrieb von Gesundheitseinrichtungen integriert wird. Außerdem gibt sie Wissen beziehungsweise Erfahrungen weiter und plant gemeinsame Aktivitäten. Dazu betreibt die Allianz eine Webseite mit Informationen und organisiert regelmäßige Tagungen und Seminare. Sie unterstützt Organisationen für die Befähigung von Personen und Gemeinschaften.

Der niederländische Ansatz zu Gesundheitskompetenz

In den Niederlanden sind Patientengruppen gut organisiert und ihre Dachorganisationen bilden eine starke politische Interessenvertretung. Auf der institutionellen Ebene – beispielsweise in Krankenhäusern – setzen sich Patientenbeiräte bei der Klinikleitung für patientenzentrierte Maßnahmen ein. Patientenrechte sind gesetzlich verankert und mit Vorschriften verknüpft. Beispielsweise sind Leistungserbringer bei Einwilligungserklärungen verpflichtet, korrekte und verständliche Informationen bereitzustellen und vor der Behandlung die

Abb. 9. Nationale Allianz für Gesundheitskompetenz



Quelle: „Dutch Health Literacy Alliance“ (<http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/english>, Zugriff: 25.03.2015)

Einwilligung des Patienten einzuholen. 2011 unterbreitete der Nationale Gesundheitsrat dem Gesundheitsminister Empfehlungen, wie die durch unzureichende Bildung verursachten Probleme im Gesundheitssektor anzugehen sind. Dies wird die Position vulnerabler Patientengruppen und ihre gesetzlich verankerten Rechte auf informierte Aufklärung und Einwilligung im Behandlungsprozess weiter stärken.

Die Niederlande haben eine jahrzehntelange Tradition spezieller Gesundheitskommunikation für die Migrationsbevölkerung und sozial benachteiligte Gruppen. Diese liegen häufig in Fremdsprachen vor und für die Informationsmaterialien werden Kulturvermittler, Dolmetscher und Trainer eingesetzt. Auf der Grundlage von Forschung zu gesundheitlicher Chancengleichheit wurden Programme auf bildungsferne Gruppen ausgeweitet, um deren Gesundheitskompetenz zu fördern. Dadurch soll sicher gestellt werden, dass sie angemessenen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben.

Leistungserbringer, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Krankenversicherungen überarbeiten ihre Gesundheitsinformationen im Internet, in Broschüren, in Unterlagen und auf Schildern an Gebäuden. Sie werden dabei von spezialisierten Kommunikationsexperten unterstützt, die eng mit bildungsfernen

Personen zusammenarbeiten. Intelligente Lösungen werden genutzt, um komplizierte Gesundheitsinterventionen zu vereinfachen oder Personen auf ihrem Weg durch die Versorgungsinstanzen zu begleiten: vorverpackte Arzneimittel, Fernsensoren, Tablet-PCs, SMS mit Erinnerungen an Termine und interaktive Webseiten. Eine wichtige Aktivität der Allianz ist ferner, Gesundheitsfachpersonen zu sensibilisieren und deren Kompetenzen zu fördern, was von den Berufsverbänden unterstützt wird.

Quellen

Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:e13.

Abel T, Frohlich KL. Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science and Medicine*, 2012, 74:236-244.

Marmot, M. et al. Fair society, healthy lives. The Marmot Review, 2010 (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, Zugriff: 25.03.2015)

Mitic W, Rootman I. *An intersectoral approach for improving health literacy for Canadians*. Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2012.

B

Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings fördern – Planen und Handeln

Zwei Faktoren beeinflussen die Beziehung zwischen Personen in ihrer Rolle als Bürger, Verbraucher oder Patienten und den Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen: der Grad an Gesundheitskompetenz und die Bereitschaft solcher Einrichtungen dafür, Vielfalt anzuerkennen und Befugnisse abzugeben oder einzuräumen, die Beziehungen auf der Grundlage von Gleichheit, Inklusion und Übernahme von Verantwortung ermöglichen. Ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenz ermöglicht, mehr zu entscheiden und aktiver zu sein. Man erlangt Kontrolle über seine Ressourcen und Entscheidungsmöglichkeiten, die das eigene Leben betreffen.

Rudd und Anderson *The health literacy environment of hospitals and health centers. Partners for action: making your healthcare facility literacy-friendly*

Gesundheitskompetenz ist ein relationales Konzept. Dabei ist zu beachten, dass bei Gesundheitskompetenz nicht nur um die individuellen Kompetenzen einer Person relevant sind, die es zu erweitern gilt. Gleichzeitig geht es um die Interaktion der Menschen mit ihrem Umfeld, um ihnen Möglichkeiten der Einflussnahme und Mitsprache zu eröffnen. Programme zur Förderung von Gesundheitskompetenz tragen beispielsweise zur Koproduktion von Gesundheit bei, indem sie die Kommunikation verbessern und sich mit dem Machtgleichgewicht zwischen Nutzern von Angeboten und Anbietern oder zwischen Laien und Spezialisten befassen.

Gesundheitskompetenz ist in sehr hohem Maß kontextspezifisch. Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Gesundheitskompetenzforschung. Sie hat in verschiedenen gesundheitsbezogenen soziokulturellen Kontexten unterschiedliche Bedeutung. In den vergangenen 20 Jahren wurden viele Ansätze und Instrumente entwickelt, um Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings und bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu stärken. In vielen Ressorts und Politikbereichen muss gehandelt werden: Gesundheitsfachkräfte drängen den Bildungssektor,

die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu verbessern; gleichzeitig muss der Gesundheitssektor selbst aktiv werden, um kompetenzbezogene Hindernisse für den Zugang zu Informationen, Leistungen und Versorgung zu beseitigen.

Die Forschung befasst sich mit dem Zusammenhang von Bildung und Kompetenzen der Patienten mit den Gesundheitsfolgen. Das Ergebnis: viele gesundheitsbezogene Ergebnisse hängen mit unzureichender Bildung bei Patienten zusammen. Man darf jedoch kein Urteil über Bildung fällen, ohne beide Seiten der Gleichung zu betrachten – wie den Leser und das Buch, den Zuhörer und den Sprecher oder

die Kompetenzen der Person, die ein Instrument benutzt, und die Qualität des Instruments selbst. Wie gut kommunizieren Gesundheitsfachkräfte mit Patienten? Wie offen und fördernd sind Gesundheitsversorgungsorganisationen, Arbeitsplätze und Supermärkte, wenn es um Gesundheitskompetenz geht? Die Interaktion von Settings, Personen und Fachkräften ist von sehr großer Bedeutung, wenn Strategien und Programme zum Thema Gesundheitskompetenz entwickelt und evaluiert werden. Im Alltag ist die Schnittstelle zwischen der Organisation sowie Settings und Menschen ausschlaggebend. Im Gesundheitssektor spielt die Schnittstelle zu Fachkräften eine sehr wichtige Rolle (Abb. 10).

Abb. 10. Schnittstellen bei Gesundheitskompetenz



5

Merkmale gesundheitskompetenter Settings

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.

Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung

Was sind gesundheitskompetente Settings?

Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung umfasst eine ganzheitliche und multidisziplinäre Methode, die risikofaktorenübergreifende Maßnahmen integriert. Er berücksichtigt die Bedeutung des Kontextes und wird in Städten, Schulen, Krankenhäusern, am Arbeitsplatz sowie an Hochschulen, in Haftanstalten und in anderen organisatorischen Settings angewendet. Gesunde Settings bekennen sich klar zu Gesundheit und Wohlbefinden und legen transparente Strategien fest, um dieses Ziel zu verwirklichen. Die zentralen Prinzipien gesunder Settings umfassen Teilhabe an der Gemeinschaft, Partnerschaft, Befähigung und Chancengleichheit. Gesundheitskompetenz ist ein zentrales Konzept bei der Gesundheitsförderung

und eine zentrale Dimension gesunder Settings. Gesundheitskompetente Settings fördern das Bewusstsein für Gesundheitskompetenz in allen gesundheitspolitischen Strategien, Ansätzen und Aktivitäten der jeweiligen Settings. Es werden Maßnahmen ergriffen, die Gesundheitskompetenz fördern. Sie begreifen die Förderung von Gesundheitskompetenz als Teil ihrer Kerntätigkeit.

Dieser Teil der Veröffentlichung präsentiert die vielversprechendsten Erkenntnisse zu verschiedenen, sich dynamisch weiterentwickelnden Maßnahmen, mit denen Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings gefördert wird: im Bildungssetting, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Marktumfeld, im Gesundheitsversorgungssetting, in Massenmedien sowie in Kommunikation und sozialen Medien. Um Gesundheitskompetenz nachhaltig zu fördern braucht es Ressourcen und gezielte Forschung. Sie sollten darauf ausgerichtet sein, Hindernisse zu erkennen und zu beseitigen, die wirksame Maßnahmen blockieren. Es muss sorgfältig untersucht werden, was in den verschiedenen Settings und Lebenswelten Gesundheitskompetenz fördert – und was eben nicht.

6

Gesundheitskompetenz als Merkmal gesunder Städte

Was macht eine gesunde Stadt aus?

Die Gesunde-Städte-Bewegung in der Europäischen Region der WHO war in Europa und darüber hinaus wichtig, um den Ansatz der Gesundheitsförderung unter Entscheidungsträgern, Politikern, Bürgern und Fachkräften ressortübergreifend zu verbreiten. Eine Gesunde Stadt ist gesundheitsbewusst und will Gesundheit verbessern. Sie arbeitet kontinuierlich daran, soziale und strukturelle Bedingungen zu schaffen, die gesundheitsfördernd sind und der Gemeinschaft adäquate Ressourcen bieten. Das soll Menschen in die Lage versetzen, sich gegenseitig zu unterstützen und an einem aktiven Leben teilzuhaben. Diesen Ansatz

erfolgreich umzusetzen, erfordert ein innovatives Vorgehen, um Gesundheitskompetenz zu fördern: durch auf Gesundheit ausgerichtete Führungsqualitäten, klares politisches Engagement, ressortübergreifende Zusammenarbeit und Partizipation. Diese Art des Arbeitens und Denkens umfasst die Einbeziehung der Menschen vor Ort in Entscheidungsprozesse. Genauso wichtig ist das politische Bekenntnis zu Gesundheitskompetenz und der Wille, organisational und gemeindenah Aufbau- und Entwicklungsarbeit zu leisten. Hier ist der Prozess mindestens genauso wichtig wie das Ergebnis. Gesundheitskompetenz spielt eine wichtige Rolle bei der Verwirklichung der Ziele der Gesunde-Städte-Bewegung (Kasten 6).

Kasten 6: Wie Gesundheitskompetenz zu einer gesunden Stadt beiträgt

Eine gesundheitskompetente Stadt:

- anerkennt auf der höchsten politischen Ebene, dass es wichtig ist, gesundheitskompetent zu werden und zu bleiben. Dieses Ziel ist in politischen Strategien und Maßnahmen prioritär;
- bemüht sich systematisch, die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner, ihrer Gemeinschaften, der verschiedenen sozialen Gruppen sowie ihrer Institutionen und Dienste zu verbessern;
- verfügt über Führungspersonlichkeiten, die die große Bedeutung von Gesundheit für das Wohlbefinden der Stadt verstehen. Außerdem erkennen diese, dass kontinuierlich in Aktivitäten der Stadt investiert werden muss, insbesondere zu Gesundheitskompetenz, Resilienz der Gemeinschaften, deren Empowerment und Partizipation sowie in die soziale Vernetzung;
- bekennt sich zur ressortübergreifenden Arbeit in der gesamten Verwaltung, weil Entscheidungsträger in vielen Ressorts die große Bedeutung von Gesundheit verstehen und in ihrer Arbeit gemeinsam mit dem Gesundheitsressort einen gesundheitlichen Mehrwert und Synergien anstreben;
- vermittelt Personen und Gemeinschaften Fertigkeiten und Wissen, weil gesunde Menschen und Gemeinschaften eine der tragenden Säulen von Städten sind;
- hilft der Bevölkerung, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen zurechtzufinden, indem sie in Settings im Zuständigkeitsbereich der Stadt die gesündere Entscheidung zur einfacheren Entscheidung macht;
- nutzt eine Reihe von Medien, um eindeutige und verständliche Informationen zu vermitteln, und wendet dabei Grundsätze für eine leicht verständliche Sprache an;
- überprüft regelmäßig Programme, fördert Innovation und passt Leistungen an den Bedarf und die Bedürfnisse von sozial benachteiligten Gruppen in Bezug auf Gesundheitskompetenz an;
- arbeitet mit dem privaten Sektor und den vielen freiwilligen Organisationen in der Stadt sowie Institutionen für Erwachsenenbildung zusammen, um einheitlich das Niveau an Gesundheitskompetenz in der Stadt zu verbessern;
- misst regelmäßig das Gesundheitskompetenzniveau in der Stadt; und
- verpflichtet sich zu Verantwortung und Transparenz.

7

Merkmale von gesundheitskompetenten Organisationen

Im positiven Sinn „Gesundheitsbürger“ zu sein, erfordert beim Einzelnen eine Kombination von persönlicher und sozialer Verantwortung. Weitaus wichtiger sind jedoch Institutionen in der Gesellschaft, die Entscheidungsfreiheit fördern, ebenso Befähigung zur Selbsthilfe, Bedarfsgerechtigkeit sowie Teilhabe an Gesundheit und Wohlbefinden.

Cayton und Blomfield *Health citizenship – leaving behind the policies of sickness*

Das Institute of Medicine der National Academy of Sciences in den Vereinigten Staaten hat Forschungsbefunde zu Gesundheitskompetenz aus zwei Jahrzehnten herangezogen, um zehn Eigenschaften zusammenzustellen, die eine gesundheitskompetente Organisation ausmachen (Tabelle 4 und Abb. 11). Diese Eigenschaften können größtenteils auf Organisationen allgemein übertragen werden. Diese Strategien sollen nicht bindend sein. Es gibt viele Wege, eine

gesundheitskompetente Organisation zu werden. Einzelne Organisationen im Gesundheitswesen (sowie andere Behörden im Bereich der öffentlichen Gesundheit und sektorale Behörden) werden wahrscheinlich individuelle Strategien wählen. Jede sollte erproben, wie erfolgreich ihre Strategien bei den Bevölkerungsgruppen sind, für die sie sich engagieren, und die Früchte ihrer Arbeit mit anderen teilen. In ähnlicher Weise werden unterschiedliche Stellen entscheiden, welche Eigenschaften sie zuerst anvisieren und wie weit sie dabei gelangen möchten, bevor sie ihre Anstrengungen auf andere Felder ausweiten. Die beschriebenen Eigenschaften können auf Systeme angewendet werden, die anstreben, Gesundheitskompetenz zu fördern.

Quellen

Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 (http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf, Zugriff: 25.03.2015).

Cayton H, Blomfield M. Health citizenship – leaving behind the policies of sickness. In: Exeter C, ed.

Tabelle 4: Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation im Gesundheits- und Sozialwesen

Eine gesundheitskompetente Organisation:	Beispiele
Verfügt über eine Führung, die Gesundheitskompetenz zu einem integralen Bestandteil ihres Auftrags, ihrer Struktur und ihrer Tätigkeit macht	<ul style="list-style-type: none"> • Entwickelt Konzepte und Normen und setzt sie um • Legt Ziele fest, mit denen die Förderung von Gesundheitskompetenz verbessert werden soll, legt Verantwortungen fest und bietet Anreize • Weist finanzielle und personelle Ressourcen zu • Gestaltet Systeme und Strukturen neu
Integriert Gesundheitskompetenz in die Planung, in Evaluierungsmaßnahmen, in die Patientensicherheit und in die Qualitätsverbesserung	<ul style="list-style-type: none"> • Führt Assessments in Organisationen unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitskompetenz durch • Beurteilt die Wirkung von Maßnahmen und Programmen bezogen auf Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz • Integriert Gesundheitskompetenz in alle Pläne für die Patientensicherheit
Bereitet das Personal darauf vor, gesundheitskompetent zu sein, und kontrolliert den Fortschritt	<ul style="list-style-type: none"> • Stellt Personal mit vielschichtigem Fachwissen zu Gesundheitskompetenz ein • Legt Ziele für die Personalweiterbildung auf allen Ebenen fest
Beteiligt die Bevölkerung, für die sie zuständig ist, an der Gestaltung, Umsetzung und Evaluierung von Gesundheitsinformationen und -leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Integriert Personen, die an Erwachsenenbildungsmaßnahmen teilnehmen oder über begrenzte Gesundheitskompetenz verfügen • Erhält Rückmeldungen über Gesundheitsinformationen und -leistungen von Personen, die sie genutzt/in Anspruch genommen haben
Deckt den Bedarf der Bevölkerung an Gesundheitskompetenz und vermeidet Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Ergreift generelle Maßnahmen zugunsten von Gesundheitskompetenz, beispielsweise Hilfsangebote zu allen Aufgaben und Herausforderungen mit Bezug zu Gesundheitskompetenz • Verteilt Ressourcen im Verhältnis zur Konzentration der Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz
Nutzt Strategien zu Gesundheitskompetenz in der zwischenmenschlichen Kommunikation und bestätigt ständig das Verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • Bestätigt das Verstehen (beispielsweise unter Verwendung der Teach-Back-Methode,^a der Show-Me-Methode oder der Chunk-and-Check-Methode^b) • Sichert Sprachunterstützung für Personen, die eine andere Sprache als die vorherrschende Sprache sprechen • Beschränkt ihre Kommunikation auf zwei oder drei Botschaften auf einmal • Verwendet leicht verständliche Symbole auf Wegbeschilderungen
Bietet leichten Zugang zu Gesundheitsinformationen und -leistungen sowie Unterstützung, sich zurechtzufinden	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltet elektronische Patientenportale nutzerzentriert und bietet Schulungen zu ihrer Nutzung an • Erleichtert Terminvereinbarungen mit anderen Diensten
Gestaltet und verteilt Inhalte von Druck-, audiovisuellen und sozialen Medien, die leicht verständlich und einfach zu befolgen sind	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht unterschiedliche Zielgruppen einschließlich Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz in die Entwicklung und die sorgfältige Erprobung an Nutzern ein • Nutzt Übersetzungen von hoher Qualität für die Produktion von Materialien in anderen Sprachen als der vorherrschenden Sprache

Tabelle 4 (Forts.)

Eine gesundheitskompetente Organisation:	Beispiele
Berücksichtigt die Gesundheitskompetenz in Hochrisikosituationen einschließlich Versorgungsübergängen und der Kommunikation über Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> • Räumt Hochrisikosituationen Priorität ein (beispielsweise Einverständniserklärungen nach Aufklärung für chirurgische Eingriffe und andere invasive Verfahren) • Stellt Hochrisikothemen heraus (beispielsweise Erkrankungen, die umfassendes Selbstmanagement erfordern)
Kommuniziert klar, was die Krankenversicherung abdeckt und was Personen für Gesundheitsleistungen zahlen müssen	<ul style="list-style-type: none"> • Stellt leicht verständliche Beschreibungen von Krankenversicherungspolice bereit • Kommuniziert die Eigenbeteiligungskosten für Gesundheitsversorgungsleistungen, bevor sie erbracht werden

- ^a Die Teach-Back-Technik wird im klinischen Kontakt mit Patienten eingesetzt. Nach der Beschreibung einer Diagnose und/oder einer Behandlungsempfehlung sollte die Gesundheitsfachkraft den Patienten bitten, zu wiederholen, was besprochen wurde, indem er die zentralen Elemente des Gesprächs bis zu diesem Zeitpunkt wiederholt. Die Gesundheitsfachkraft sollte genau darlegen, was der Patient wiederholen sollte, und die Anweisung auf ein oder zwei Hauptpunkte beschränken. Wenn ein Patient unpräzise oder falsche Angaben macht, sollte die Gesundheitsfachkraft die Gesundheitsinformation wiederholen und dem Patienten eine weitere Möglichkeit geben, zu zeigen, dass er diese verstanden hat. Mithilfe dieser Methode kann sich die Gesundheitsfachkraft absichern, dass der Patient die dargebotenen Gesundheitsinformationen angemessen verstanden hat.
- ^b Nachdem Gesundheitsfachkräfte eine wichtige Botschaft – ein Bündel an Informationen und Anweisungen – kommuniziert haben, überprüfen sie, wie viel der Patient verstanden hat.

Quelle: Auf der Grundlage von: Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 (http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf, Zugriff: 25.03.2015).

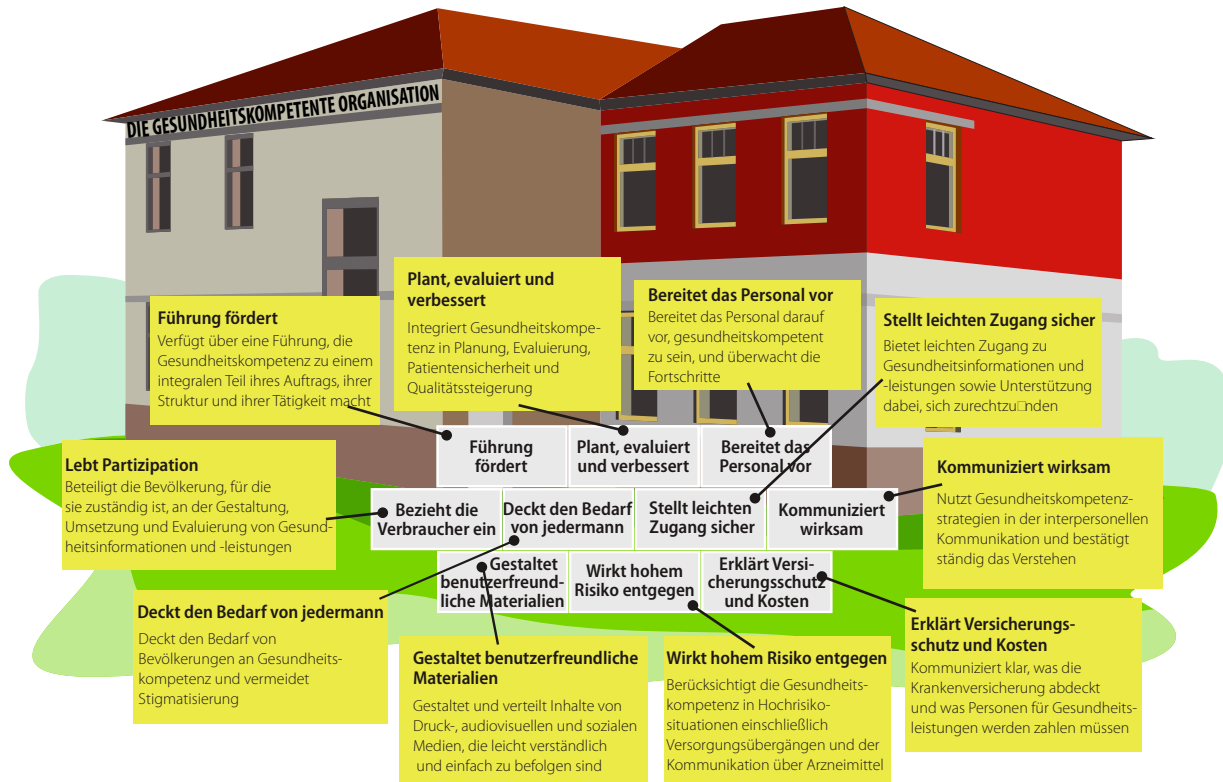
Advancing opportunity: health and healthy living. London, Smith Institute, 2008.

Hosking J, Mudu P, Dora C. *Health co-benefits of climate change mitigation – transport sector. Health in the green economy*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hia/green_economy/transport_sector_health_co-benefits_climate_change_mitigation/en, Zugriff: 25.03.2015).

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1986 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Zugriff: 25.03.2015).

Rudd RE, Anderson JE. *The health literacy environment of hospitals and health centers. Partners for action: making your healthcare facility literacy-friendly*. Cambridge, MA, Health and Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health, 2006.

Abb. 11. Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation



Quelle: Auf der Grundlage von: Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 (http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf, Zugriff: 25.03.2015).

8

Settings im Bildungsbereich

Gesundheit ist wichtig für Bildung. Bildung ist wichtig für Gesundheit. Gesundere Schüler, Familien und Gemeinschaften erzielen höhere Bildungsleistungen und sind später produktiver. Interventionen im Bildungsbereich spielen eine zentrale Rolle, um Gesundheitskompetenz zu fördern und zu stärken.

Nutbeam *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*

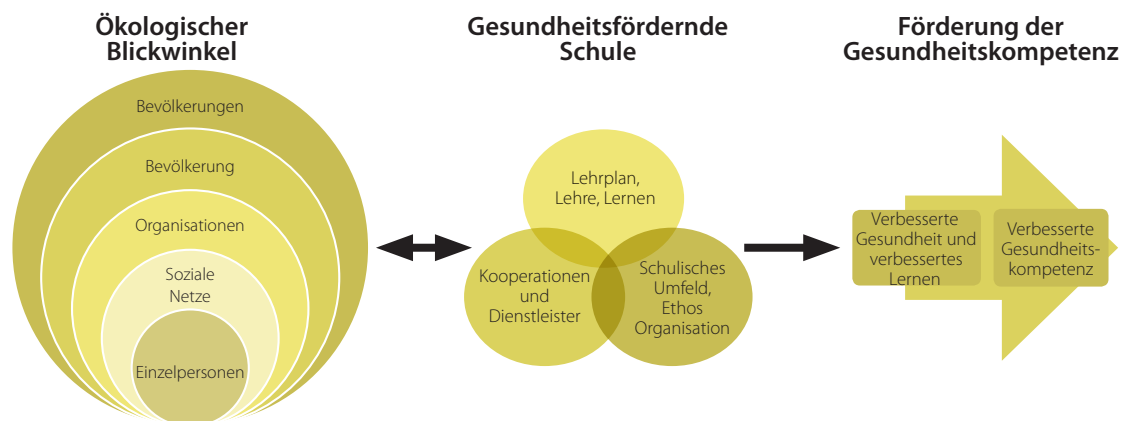
Wissenswerte Fakten

1. Bildung beeinflusst die Fähigkeit von Menschen, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen. Studien zu Bildung und lebenslangem Lernen zeigen, dass Bildung die Fähigkeit beeinflusst, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen und sich in bildungsbezogenen Lern- und Lebenswelten zurechtzufinden. Außerdem hat sie einen positiven Einfluss auf kognitive und sprachliche Fähigkeiten sowie auf die

Selbstwirksamkeit. Das Bildungsniveau einer Person beeinflusst unmittelbar deren Fähigkeit, Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erhalten, etwas über Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu lernen, Therapieempfehlungen zu folgen und über gesundheitsbezogene Themen mit anderen Personen zu kommunizieren (Abb. 12).

- 2. Lebenslanges Lernen ist ein aussagekräftiger Prädiktor für Gesundheitskompetenz.** Neuere Untersuchungen zu Gesundheitskompetenz bei älteren Erwachsenen ergaben: Einer der aussagekräftigsten Prädiktoren für Gesundheitskompetenz in dieser Gruppe ist, wenn Erwachsene an formellen oder informellen Angeboten des Lebenslangen Lernens teilgenommen haben. Daher dürften Interventionen, die Menschen zu lebenslangem Lernen befähigen, ziemlich sicher dazu beitragen, deren Gesundheitskompetenz aufrechtzuerhalten (etwa durch strukturierte Lernangebote, tägliche Lese- und Schreibaktivitäten oder den Erwerb von Computerkenntnissen).
- 3. Umfassende und aufeinander bezogene Lehr- und Lernangebote sind wichtig.** In immer mehr Studien wird dargelegt, dass Menschen Gesundheitskompetenz in ihrem

Abb. 12. Modell der kompatiblen Einflussnahme im Bildungskontext zur Förderung von Gesundheitskompetenz



sozialen und kulturellen Lebensumfeld erwerben. Insofern erfordert Gesundheitskompetenz eine große Vielfalt an Lehr- und Lernmöglichkeiten. Einen Teil davon bieten die großen gesellschaftlichen Institutionen wie das Schulsystem oder das Gesundheitsversorgungssystem. Allerdings beschränkt sich Förderung von Gesundheitskompetenz nicht allein auf diese Felder: Menschen lernen in allen Lebenswelten und bei all ihren sozialen Aktivitäten. Daher sind andere Bereiche wie Familie, Freunde, Gleichaltrige und die Massenmedien wichtig. Dies bedeutet, dass umfassende Möglichkeiten zum Erwerb von Gesundheitskompetenz in verschiedenen persönlichen und sozialen Lernkontexten geschaffen und ausgebaut werden sollten. Soziales Lernen und Engagement brauchen positive Rückmeldungen. Daher sollten alle

Ansätze, die Gesundheitskompetenz fördern, solche positiven Impulse bieten. Das Ergebnis: positive Erfahrungen, seine Gesundheit und gesundheitliche Determinanten beeinflussen zu können.

Maßnahmen und Handlungsfelder

- 1. Grundlagen schaffen, um Gesundheitskompetenz in der frühkindlichen Entwicklung zu fördern.** Bereits im Kindesalter Lernangebote zu erhalten ist wichtig für die spätere Entwicklung. Eine kleine Auswahl an Möglichkeiten: Interaktion mit den Eltern und anderen Familienmitgliedern, Frühförderprogramme, Spielen, Child-to-child-Programme und viele Lernmöglichkeiten innerhalb von Kinderbetreuungssettings. Hier

setzen gerade die Lehr- und Lernmöglichkeiten an, die auf Wohlbefinden abzielen.

2. Gesundheitsfördernde Ansätze an Schulen entwickeln und unterstützen.

Gesundheitsfördernde Schulen als ein Settings-Ansatz zielen darauf ab, sowohl das individuelle Verhalten von Individuen als auch organisationale und politische Zusammenhänge zu verändern. Aus ökologischer Sicht betrachtet zeigt sich, dass die Entwicklung wesentlicher Kenntnisse und Lebenskompetenzen (einschließlich derjenigen für den Erwerb von Gesundheitskompetenz) Teil des größeren sozialen Systems oder der übergeordneten Ökologie ist. Der Ansatz besteht aus drei sich gegenseitig beeinflussenden Komponenten: ein breit angelegtes Curriculum für Gesundheits-erziehung, ein förderndes schulisches Umfeld mit dazugehörigem Ethos der Schule sowie deren Kooperationspartner und Dienstleister. Der Ansatz der gesundheitsfördernden Schulen stimmt mit dem ökologischen Modell überein, das Aktion und Interaktion zwischen Personen, Ebenen und Systemen betont: intrapersonale Faktoren; interpersonale Faktoren; institutionelle Faktoren; Gemeinschaftsfaktoren und politische Faktoren (Kasten 7).

3. Hindernisse in der Erwachsenenbildung beseitigen.

Politische Maßnahmen und Interventionen zum Abbau sozialer Ungleichgewichte im Bildungsbereich und bildungsbedingter Gefälle bei der Gesundheitskompetenz müssen berücksichtigen, warum Menschen nicht an Lehr- und Lernaktivitäten teilnehmen. Außerdem muss

Kasten 7: Fallstudie: Gesundheitsfördernde Schulen

Die Programme der Bertelsmann Stiftung mit den Bezeichnungen Anschub.de (Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland) und „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ werden von den Bildungsministerien mehrerer deutscher Bundesländer über gemischte öffentlich-private Partnerschaften durchgeführt. Sie verknüpfen Gesundheit und Bildung und führen Gesundheitsinterventionen durch, um dauerhaft die Qualität der Bildung zu verbessern und Lernen innerhalb eines Gesamtkontextes der kindlichen Entwicklung zu erzielen. Zu den Erfolgsindikatoren zählen verschiedene Aspekte des Lern- und Lehrprozesses; von Führungskompetenz und Verwaltung; sowohl des Schulklimas und der Schulkultur.

man das System, strukturelle Hindernisse und sonstige Kontextfaktoren kennen, die politische Strategien und Maßnahmen sowohl behindern als auch fördern. Einige Gründe, warum Menschen keine Bildungsangebote nutzen: fehlende Motivation in der Annahme, Neues zu lernen sei für einen nicht relevant, fehlendes Interesse oder Selbstvertrauen und negative Erfahrungen in der Vergangenheit. Kosten, Zeitmangel und/oder fehlende Verkehrsverbindung oder Kinderbetreuung und Sprache (insbesondere für Anderssprachige) sind ebenfalls gängige Hindernisse. Erschwerend kommt hinzu, dass Menschen oft nicht über die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten informiert sind. Außerdem fehlt es oft an Informationen sowie an erschwinglichen Bildungsangeboten, was lebenslanges Lernen zusätzlich behindern kann. Lernprogramme für

Erwachsene mit Lese- und Schreibschwächen können auch einen positiven Einfluss auf das Lernen ihrer Kinder haben.

4. Kombinierte und maßgeschneiderte Ansätze funktionieren am besten.

Multimodale Ansätze zur Förderung von Gesundheitskompetenz – beispielsweise durch den Einsatz von Multimediatechnik – sind wirksamer als Einzelansätze. Speziell auf eine Zielgruppe zugeschnittene Ansätze sind wirksamer als solche, bei denen dies unterlassen wurde. Solche zielgruppenspezifischen Angebote signalisieren, dass die Wahrnehmung, Einstellungen, das Verhalten, die Lernpräferenzen und die Präferenzen in Bezug auf den Medienkanal (wie Print, Fernsehen sowie soziale und andere internetgestützte Medien) von verschiedenen Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden. Gruppen könnten auf der Grundlage demografischer oder verhaltensbezogener Faktoren unterteilt werden.

5. Partizipatorische Ansätze sind vielversprechend. Prinzipien der Partizipation in Bildungsangeboten anzuwenden (die Reflexion, Diskussion und Austausch zwischen den Lernenden fördern) scheint Eltern dabei zu helfen, zugunsten ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Kinder Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erhalten sowie sie zu verstehen und sie zu nutzen.

6. Neue Lehr- und Lernansätze zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden

erforschen. Auf Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtetes Lehren und Lernen bietet einen integrativen Rahmen. Es verleiht dem Lernen einen Zweck, schafft einen Raum, in dem unterschiedliche Akteure jenseits der normalen Trennung voneinander zusammenarbeiten können, und unterstützt unterschiedliche Arten von Kompetenz (Kästen 8 und 9).

Kasten 8: Auf Wohlbefinden ausgerichtetes Lehren und Lernen

Auf Wohlbefinden ausgerichtetes Lehren und Lernen:

- unterstreicht die Einzigartigkeit und die Diversität aller Kinder sowie die Notwendigkeit, Systeme zu entwickeln, die diesen Umstand berücksichtigen;
- betrachtet Kinder als kompetente Partner und fördert die Übernahme persönlicher Verantwortung stärker als die Einhaltung von Vorschriften;
- begreift Lernen nicht nur als einen kognitiven, sondern vielmehr als einen integrativen Prozess mit vielen Dimensionen;
- geht von standardisierter Bildung zu kindzentrierter Bildung über; und
- geht von ressortspezifischen zu systemischen Lösungen in Politik und Gesellschaft über.

Quellen

Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland [Webseite]. Verein Anschub.de, 2015 (<http://www.anschub.de/startseite/index.html>, Zugriff: 25.03.2015).

Kasten 9: Fallstudie: Lernen zugunsten von Wohlbefinden

Elham Palästina ist ein von der Universal Education Foundation unterstütztes Programm im Westjordanland und im Gaza-Streifen. Es will das physische, psychische und soziale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen sowie deren Lernumfelder verbessern. Dazu werden innovative Praktiken ermittelt, unterstützt und verbreitet. Eine Multistakeholder-Partnerschaft von Staatsministerien, dem Hilfswerk der Vereinten Nationen für Palästinaflüchtlinge im Nahen Osten (UNRWA), der Wirtschaft, von Stiftungen, nichtstaatlichen Organisationen und vielen örtlichen Strukturen unterstützt und fördert das Unternehmertum im Bildungswesen auf der Grundlage des festen Glaubens an die Fähigkeit lokaler Gemeinschaften, systemischen Wandel anzuregen.



© Universal Education Foundation/Elham Palestine

Frühkindliche Bildung [Webseite]. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2013 (<http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/bildung-verbessern/fruehkindliche-bildung/>, Zugriff: 26.03.2015).

Elham means to inspire [Webseite]. Al-Bireh, Elham, 2013 (<http://www.elham.ps/english.php>, Zugriff: 26.03.2015).

Hillage J, Savage J, Lucy D. *Learning to be healthier: the role of continued education and training in tackling health inequalities*. Sussex, Institute for Employment Studies, University of Sussex, 2009.

Kickbusch I. *Learning for well-being. A policy priority for children and youth in Europe. A process for change*. Paris, Learning for Well-being Consortium of Foundations in Europe, 2012.

Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita [Webseite]. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2013 (<http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/kitas-bewegen-programm-fuer-die-gute-gesunde-kita/>, Zugriff: 26.3.2015).

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15:259-267.

Simovska V et al. *HEPS tool for schools – a guide for school policy development on healthy eating and physical activity*. Utrecht, NIGZ – Netherlands Institute for Health Promotion, 2010.

9

Markt- und Community Settings

Dem Schutz des Marktes wird häufig höhere Priorität eingeräumt als dem Gesundheitsschutz. Eine politische Debatte über Gesundheitskompetenz ist eine Debatte über Macht und Transparenz. Es geht um das Recht eines Bürgers auf Wissen: über die Herkunft und die Zusammensetzung von Nahrungsmitteln, Krankenhausinfektionsraten, darüber, wo Alkohol an Minderjährige verkauft wird, und über das Ausmaß der Umweltbelastung, und zwar so, dass es umfassend und leicht verständlich ist.

Kickbusch *Health literacy, social determinants and public policy*

Wissenswerte Fakten

1. Gemeinschaften sind wichtige Settings für Gesundheitskompetenz. Menschen treffen jeden Tag gesundheitsbezogene Entscheidungen zu Hause und in ihrer Gemeinschaft. Familien, das nähere Umfeld und Gemeinschaften sind

gewöhnlich wichtige Quellen für Gesundheitsinformationen. Sie helfen, die funktionale Gesundheitskompetenz in Bezug auf Entscheidungen für Produkte und Leistungen auszubilden. Sie liefern also wichtige Information und Impulse für Verhaltensweisen, die Gesundheit fördern und aufrechterhalten sowie Krankheit verhindern. Ferner ist das soziale Umfeld eine Informationsquelle für alternative und komplementäre Therapien, individuelle und familiäre Selbstmanagementstrategien, ambulante Versorgungs- und Dienstleistungen oder erste Hilfe. Indem Gemeinschaften die interaktiven und individuellen Fähigkeiten für Gesundheitskompetenz unterstützen und fördern, können sie das kulturelle Kapital ihrer Mitglieder aktivieren. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, die Gemeinschaft weiterzuentwickeln und stärken das soziale Kapital.

2. Alltagsentscheidungen für Verbraucher werden erschwert. Im Alltag kann es schwierig sein, gesunde Entscheidungen zu treffen. Informationen zu gesundem Lebensstil oder Produkten können widersprüchlich sein oder falsch verstanden werden. Beispielsweise schätzen Menschen die Menge der Kalorien, die sie zu sich nehmen, oder ihren Umfang

an körperlicher Betätigung häufig falsch ein. Beim Einkaufen ist es oft schwierig, die Zusammensetzung von Produkten wie etwa von Fertigmahlzeiten oder die Richtigkeit von gesundheitsbezogenen Angaben zu beurteilen. Viele dieser Produkte liefern wenig verständliche Informationen oder Kennzeichnungen. Außerdem sind die meisten nicht so sortiert, dass die gesündere Wahl auch die leichtere Wahl ist. Unabhängig davon treffen Menschen trotz ihres Zugangs zu Informationen Entscheidungen oft aufgrund emotionaler oder situationsabhängiger Impulse – was sich viele Werbestrategien zunutze machen (Abb. 13).

Maßnahmen und Handlungsfelder

1. Unterstützenden Kontext für Verbraucher schaffen. Zweifellos ist wichtig, dass Menschen verstehen, welche Lebensmittel gut für ihre Gesundheit sind. Trotzdem zeigt sich immer mehr, dass im Verbraucherumfeld Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz erforderlich sind, insbesondere in Bezug auf Nahrungsmittel und Getränke. Hier einige Beispiele:

- klare und eindeutige Auszeichnung, z. B. die Angabe der Kalorien einer Mahlzeit oder eines Getränks;

Abb. 13. Gesunde Entscheidungen treffen



Quelle: In Anlehnung an: WestOne Services (2013).

- ein Ampelsystem, um beispielsweise auf eine gesündere oder weniger gesunde Entscheidung hinzuweisen;
- verbraucherzentrierte Design- und Marketingstrategien, beispielsweise gesunde Lebensmittel attraktiv und leicht zugänglich zu platzieren; und
- Gesetze über das Verbraucherrecht auf Aufklärung und über Produkthaftung.

- 2. Ressourcen für zuverlässige Gesundheitsinformationen bereitstellen.** Besonders wichtig ist der Zugang zu zuverlässigen, aussagekräftigen und verständlichen Information. Diesen gilt es sicherzustellen, entweder weil es gesetzlich vorgeschrieben ist (wie Produktinformationen über verarbeitete Nahrungsmittel) oder von einer staatlichen Stelle (wie kiesBeter.nl oder NHS Choices) oder durch unabhängige Akteure wie Stiftungen (wie die Weisse Liste) verfügbar gemacht wird. Patienten und Verbraucher haben ein Recht darauf, gefördert und unterstützt zu werden, sowohl durch gute und unabhängige Informationen als auch durch Beratung und Förderarbeit.
- 3. Erfolgreiche Interventionen setzen dort an, wo die Menschen sind, und nutzen mehrere Ansätze.** Maßnahmen werden in den Settings ergriffen, in denen Menschen leben, arbeiten und spielen. Bei Interventionen werden viele verschiedene Lernstile berücksichtigt und mehrere Ansätze verwendet (Kasten 10). Die Regulierung der Werbung für Tabak und Alkohol sowie – an Kinder gerichtet – für Nahrungsmittel mit hoher Dichte und hohem Zuckergehalt hat nachweislich zu

Kasten 10. Fallstudie: Arbeitnehmer in Frisiersalons

Im Vereinigten Königreich waren die Arbeitnehmer in Frisiersalons Zielgruppe für die Förderung der allgemeinen Handhygiene, Botschaften zur Grippeprävention und die Verringerung des Berufsrisikos von Hautproblemen infolge von Chemikalien oder unzureichendem Trocknen. Bei den Maßnahmen zum „Tag der Handgesundheit“ wurden die schriftlichen Informationen auf ein Mindestmaß reduziert. Sie umfassten ein einfaches Merkblatt, Poster, Aufkleber und Kühlschrankschrankmagneten, die im Anschluss an eine Medienkampagne von der Post zugestellt oder durch Kommunalbehörden persönlich geliefert werden, ferner Plakate in Salons und Branchenzeitschriften sowie Schulungen in Ausbildungseinrichtungen. Sie haben sich als außerordentlich wirksam erwiesen. In Ostengland nutzte die Kampagne *Heads Up!* im Rahmen der Nationalen Kampagne zur Bekämpfung der Stigmatisierung von psychischen Gesundheitsproblemen und zur Veränderung der Einstellungen das Setting des Frisiersalons und die Interaktion mit Kunden, um psychische Gesundheit als Gesprächsthema zu fördern. Die Arbeitnehmer konnten Kunden auf Materialien und Dienstleistungsinformationen hinweisen, die im Salon verfügbar waren und im Zusammenhang mit Themen standen, die in den Gesprächen angeschnitten wurden.

einem geringeren Konsum geführt. Das hat funktioniert, weil Informationskampagnen mit bewusstseinsbildenden Maßnahmen kombiniert wurden, die auf die Wahrnehmung, das Wissen und die Einstellungen der Zielgruppen ausgerichtet waren, deren Verhalten zu ändern war.

- 4. Entscheidungen für die Gesundheit erleichtern: Anstoß für Verhaltensänderungen geben.** Im Englischen umfasst „anstoßen, anschubsen“ – *nudging* – alle Dimensionen, die bei Entscheidungen

relevant sind. Sich veränderndes Verhalten von Menschen wird prognostizierbar, ohne ihnen irgendwelche Optionen zu verbieten oder ihre ökonomischen Anreize signifikant zu verändern. Damit sich Gesundheitsfachpersonen mit so einer „Nudging“-Haltung engagieren können, müssen sie ihre Rolle als Experte aufgeben, der Patienten und Angehörigen sagt, was sie tun sollen. Gefragt sind Fachpersonen, die Wissen vermitteln und Entscheidungen zielführend begleiten (Kasten 11).

Quellen

Kickbusch I. Health literacy, social determinants and public policy. *20th IUHPE World Conference on Health Promotion, Geneva, Switzerland, 11–15 July 2010.*

KiesBeter.nl [Webseite]. Bilthoven, RIVM, 2013 (<http://www.kiesbeter.nl>, Zugriff: 26.03.2015).

Lifestyle choices [Webseite]. West Perth, WestOne Services, 2013 (http://www.westone.wa.gov.au/k-12lrcd/learning_areas/human_bio_science/hbiol2a/idea1/d1.html, Zugriff: 26.03.2015).

Marteau T et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011, 342:d228.

NHS choices: your health, your choices [Webseite]. London, National Health Service, 2013 (<http://www.nhs.uk>, Zugriff: 26.03.2015).

Sørensen K, Brand H. Health literacy – a strategic asset for corporate social responsibility in Europe.

Kasten 11. Beispiele dafür, Anstöße zu geben

Nudging bezogen auf den Tabakkonsum könnte umfassen, Nichtraucher durch Kampagnen in den Massenmedien mit der Botschaft populärer zu machen, dass die Mehrheit nicht raucht und die meisten Raucher aufhören möchten, zu rauchen. Außerdem können Anreize verringert werden, die zum Rauchen einladen: Zigaretten, Feuerzeuge und Aschenbecher außer Sicht halten.

Nudging bezogen auf den Konsum von Alkohol könnte umfassen, Getränke in kleineren Gläsern zu servieren und Kampagnen in den Massenmedien zugunsten eines niedrigeren Alkoholkonsums mit der Botschaft durchzuführen, dass die Mehrheit nicht übermäßig Alkohol konsumiert.

Nudging zu Ernährungsthemen könnte beinhalten, Teile von Einkaufswagen im Supermarkt für Obst und Gemüse zu reservieren und Salat statt Pommes Frites zur Standardbeilage zu machen.

Nudging zu körperlicher Aktivität könnte umfassen, in öffentlichen Gebäuden statt Aufzügen Treppenhäuser auffälliger und attraktiver zu gestalten und das Fahrrad als Verkehrsmittel zu fördern, beispielsweise durch Fahrradmietsysteme in Städten.

Quelle: Marteau T et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011, 342:d228.

Journal of Health Communication, 2011, 16(Suppl. 3): 322-327.

Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven, Yale University Press, 2008.

Weisse Liste: Wegweiser im Gesundheitswesen [Webseite]. Berlin, Bertelsmann Stiftung, 2013 (<http://www.weisse-liste.de>, Zugriff: 26.03.2015).

10

Arbeitswelt

In der Europäischen Region der WHO gehen jedes Jahr etwa 350 Mio. Arbeitstage verloren, und Stress und Depression werden als wichtige Krankheitsursachen eingestuft. Es wird erwartet, dass die europäische Erwerbsbevölkerung zwischen 2020 und 2060 um 13,6% schrumpfen und die Zahl der Erwerbstätigen über 65 Jahre steigen wird.

Healthy workplace, healthy society: blueprint for business action on health literacy

Wissenswerte Fakten

1. Gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen am Arbeitsplatz können wirksam sein. Programme für Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz haben sich als besonders wirksam erwiesen, um Anstöße für dauerhafte gesunde Verhaltensänderungen und Gesundheitserziehung zu geben. Diese Programme sind dann am erfolgreichsten, wenn sie nicht als Zusatzangebote, sondern als zentrale Organisationsstrategien integriert sind (Kasten 12). Besonders bei Männern sind

solche Angebote am Arbeitsplatz wirksam, die mit gesundheitsbezogenen Themen schwieriger als Gruppe mit Gesundheitsbotschaften zu erreichen sind als Frauen. Nachweislich haben Interventionen am Arbeitsplatz dazu beigetragen, Unfälle zu verhindern, das Risiko von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu verringern, Entscheidungen zugunsten einer gesunden Lebensweise zu verbessern und das Risiko nichtübertragbarer Krankheiten zu mindern. Ferner unterstützen sie beim Abbau von Stressfaktoren (einschließlich Arbeitsplatzunsicherheit, Anforderungen und Kontrolle sowie Verausgabung und Belohnung am Arbeitsplatz²) und Problemen und fördern die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Privatleben.

² Das Anforderungs-Kontroll-Modell und das ERI-Modell des Ungleichgewichts zwischen Verausgabung und Belohnung sind zwei Arbeitsstressmodelle, die dazu beitragen, besondere Arbeitsplatzmerkmale zu ermitteln, die für das Wohlbefinden von Beschäftigten wichtig sind. Das Anforderungs-Kontroll-Modell besagt, dass die schädlichsten gesundheitlichen Auswirkungen psychischer Belastungen eintreten, wenn die Anforderungen am Arbeitsplatz hoch sind und die Möglichkeiten, Entscheidungen zu treffen, gering sind. Das ERI-Modell geht davon aus, dass ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Beruf emotionalen Stress und schädliche gesundheitliche Auswirkungen zur Folge hat.

Kasten 12: Fallstudie: Wohlbefinden am Arbeitsplatz fördern

Johnson & Johnson hat ab 1979 ein umfassendes Programm entwickelt und durchgeführt, um das Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern. Dieses Programm, von dem weltweit mehr als 115 500 Beschäftigte profitieren, umfasst die folgenden Merkmale:

- finanzielle Anreize für Beschäftigte, die eine Bewertung ihrer gesundheitlichen Risiken durchführen und sich anschließend beraten lassen;
- betriebliche gesundheitliche Aufklärung und Gesundheits-Coaching, was den Beschäftigten Zugang zu Gesundheitsleistungen einschließlich Stressmanagement und Wellness-Coaching sowie unmittelbaren biometrischen Gesundheitsuntersuchungen mit Messung von beispielsweise Körpergröße, Gewicht, Body-Mass-Index, Blutzucker- und Cholesterinwerten ermöglicht;
- Zugang zu Fitnesseinrichtungen und Übungsräumen;
- Automaten mit gesunden Zwischenmahlzeiten und Getränken;
- rauchfreie Betriebsstätten; und
- individuelle Beratung für Beschäftigte, die dauerhafte Unterstützung wegen einer Krankheit und zur Risikobewältigung benötigen.

Zwischen 1995 und 1999 und erneut zwischen 2007 und 2009 wurde das Programm evaluiert. Gezeigt hat sich eine hohe Beteiligung der Belegschaft an dem Programm, niedrigere Gesamtunternehmensausgaben für Gesundheitsversorgung und geringere Fehlzeiten. Das Programm hat auch dazu beigetragen, die Risikofaktoren für Gesundheit der Beschäftigten zu verringern, einschließlich sitzender Tätigkeiten (von 39% auf 20%), Rauchen (von 12% auf 4%), hohem Blutdruck (von 14% auf 6%) und hoher Cholesterinwerte (von 19% auf 5%).

2. Es gibt überzeugende wirtschaftliche Argumente, in die Förderung von

Gesundheitskompetenz zu investieren.

Die Förderung der Gesundheitskompetenz als Teil umfassender Programme für Gesundheit und Wohlbefinden verringert Fehlzeiten und verbessert Leistung, Engagement und Bindung sowie Gesundheitsversorgungskosten. Dort, wo der Arbeitsgeber die Gesundheitsversorgungskosten trägt, wurde die Rendite auf Investitionen auf 4:1 geschätzt.

3. Sich verändernde Arbeitsumfelder führen zu mehr Verantwortung bei den Beschäftigten.

Manche Unternehmen im Dienstleistungssektor haben sich zu virtuellen Unternehmen entwickelt. Deren Beschäftigte sind ständig unterwegs oder arbeiten an unterschiedlichen Standorten. Diese Veränderung bedeutet, dass Arbeitgeber weniger Kontrolle über Programme für Gesundheit und Wohlbefinden haben und sich neue Formen für die Förderung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten entwickeln.

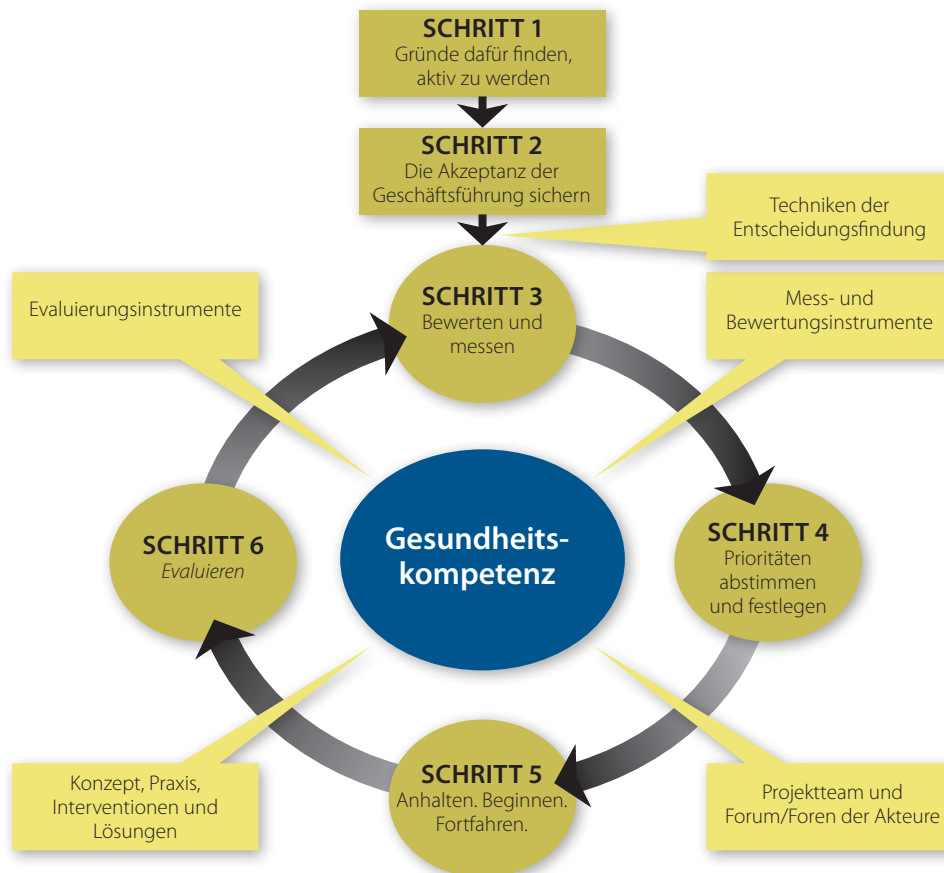
Maßnahmen und Handlungsfelder

1. Ein strategischer Ansatz zu Gesundheitskompetenzprogrammen am Arbeitsplatz ist möglich und umsetzbar (Abb. 14).

Zu den nachweislich wirksamen Maßnahmen zählen die folgenden:

- Führungskompetenz der Leitungsebene in Bezug auf Initiativen für einen gesunden Arbeitsplatz;
- Personen auf allen Ebenen einbeziehen, von der Vorstandsetage bis zur Werkbank;

Abb. 14. Vorlage für einen Maßnahmenplan zur Förderung von Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz



Quelle: *Healthy workplace, healthy society: blueprint for business action on health literacy*. Brussels, Joint Venture of Business Action on Health Literacy, CSR Europe, 2013 (http://www.csreurope.org/sites/default/files/Health%20Literacy%20Blueprint_0.pdf, Zugriff: 31.03.2015).

- die Weiterqualifikation der Beschäftigten und Betroffenen fördern und ständig durch eine gute Markenstrategie und kontinuierliche Kommunikation begleiten;
- das richtige Umfeld in der Organisation schaffen: Maßnahmen mit anderen Prioritäten harmonisieren und in Initiativen integrieren, die erwiesenermaßen das Wohlbefinden im

Betrieb fördern und Beschäftigte unterstützen (Kasten 12);

- wichtige Probleme berücksichtigen;
- Interventionen durchführen, die der Vielfalt von Lernstilen Rechnung tragen;
- die Dynamik und die Attraktivität auf Dauer aufrechterhalten;
- die Familien einbeziehen;
- die Botschaft und das Programm einfach halten und es an betrieblichen Erfordernissen ausrichten;
- die Vielfalt der Belegschaft widerspiegeln und kulturell sensibel sein; und
- vor und nach den Interventionen mit robusten Messgrößen die Wirkung evaluieren.

2. Die Unterstützung des Umweltsektors für gesündere Entscheidungen sicherstellen.

Zu den wirksamen Initiativen zählen gesunde Angebote in Kantinen, Catering und Automaten; offene Treppenhäuser, Fußwege und Schilder, die Entfernungen anzeigen und/oder zu körperlicher Betätigung ermuntern; Pausenräume mit Streckhilfen; und kostenloses gefiltertes Wasser. Außerdem wurde nachgewiesen, dass die folgenden Maßnahmen positive Wirkung haben: Anstrengungen, durch Mitarbeiterweiterbildung und gezielte Kommunikation Familienangehörige zu erreichen, das Angebot gesunder Mitnahmemahlzeiten in der Kantine, Zugang zu betrieblichen Fitnessseinrichtungen für Angehörige und/oder Mitglieder der Gemeinschaft; und betriebliche Unterstützung der Leibeserziehung in Schulen, auf Spielplätzen und in Parks.

3. Anreize für Verhaltensänderungen bieten.

Unternehmen können Beschäftigten Anreize für eine gesunde Lebensführung bieten. Finanzielle Unterstützung für Beschäftigte, die sich dafür entscheiden, beim Arbeitsweg auf das Auto zu verzichten, erhöht beispielsweise den Anteil der Beschäftigten, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Arbeit kommen. Andere Anreize umfassen niedrigere Krankenversicherungsprämien für Beschäftigte mit erhöhtem Risiko einer chronischen Erkrankung, die an einer gesundheitlichen Risikobewertung und empfohlenen Gesundheitscoaching-Aktivitäten teilnehmen. Programme für gegenseitige Unterstützung verbessern ebenfalls nachweislich die Gesundheitsergebnisse und senken die Kosten (Kasten 13).

Quellen

Anderson P et al. Communicating incentives for health. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 2011, 16(Suppl. 2):107-133.

Chu C et al. Health-promoting workplaces – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15:155-167.

Elliot DL et al. The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) Firefighter Study: outcomes of two models of behavior change. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 2007, 49:204–213.

Healthy workplace, healthy society: blueprint for business action on health literacy. Brussels, Joint

Kasten 13: Fallstudien: Betriebliche Programme für gegenseitige Unterstützung und Gesundheitsförderung

Volkswagen, ein deutscher Autohersteller, bezog die Beschäftigten aktiv ein, indem in vielen Unternehmensabteilungen Gesundheitszirkel gebildet wurden. Diesen Problemlösungsgruppen wurde die Aufgabe übertragen, gesundheitsbedingte Probleme und mögliche Verbesserungsmaßnahmen zu ermitteln. Diese Maßnahme wurde durch Trainings begleitet und hat dazu geführt, die Fehlzeiten von 24 Tagen pro Beschäftigtem im Jahr 1986 auf 12 Tage in 1996 zu halbieren. Außerdem konnten Personalkosten in Höhe von ungefähr 50 Mio. US-Dollar pro Jahr aufgrund verbesserter Gesundheit eingespart werden.

Eine weitere Untersuchung bei Feuerwehrlern in den Vereinigten Staaten ergab, dass gegenseitige Unterstützung bei der Verbesserung von Ernährung, körperlicher Betätigung und allgemeinem Wohlbefinden wirkungsvoll war. Eine Studie im Verkehrssektor in den Vereinigten Staaten hat gezeigt, dass Programme für gegenseitige Unterstützung die unfallbedingten Verletzungen beträchtlich verringerten und ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 26:1 aufwiesen.

Das Nationale Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) in England erstellte eine Reihe von Leitfäden zu den Erkenntnissen über betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme in Bezug auf Raucherentwöhnung, körperliche Betätigung und psychisches Wohlbefinden.

Venture of Business Action on Health Literacy, CSR Europe, 2013 (http://www.csreurope.org/sites/default/files/Health%20Literacy%20Blueprint_0.pdf, Zugriff: 31.03.2015).

Heinen L, Darling H. Addressing obesity in the workplace: the role of employers. *Milbank Quarterly*, 2009, 87:101-122.

Miller TR, Zaloshnja E, Spicer RS. Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accident Analysis and Prevention*, 2007, 39:565-573.

Shoup D. Evaluating the effects of cashing out employer-paid parking: eight case studies. *Transport Policy*, 1997, 4:201-216.

Sørensen K, Brand H. Health literacy – a strategic asset for corporate social responsibility in Europe. *Journal of Health Communication*, 2011, 16(Suppl. 3):322-327.

Spicer RS, Miller TR. Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2005, 29:609-611.

Workplace Wellness Alliance. *Case study J&J*. Geneva, World Economic Forum, 2012 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_HE_J&J_CaseStudy_2014.pdf, Zugriff: 31.03.2015).

11

Gesundheitssektor

Gesundheitsinformationen sind häufig unzugänglich, weil die Anforderungen von Gesundheitssystemen und die Kompetenzen der erwachsenen Durchschnittsbevölkerung nicht zueinanderpassen.

Rima E. Rudd *Health service interventions – navigating health systems and partnering with health professionals* (unveröffentlicht)

Wissenswerte Fakten

1. Sich in zunehmend komplexen Gesundheitsversorgungssystemen zurechtfinden, ist für Patienten und ihre Familien sehr schwierig. Gesundheitseinrichtungen sind komplexe Strukturen und geschäftige Arbeitsumfelder mit vielen Eingängen, stark frequentierten Fluren und übereinander angeordneten Schildern und Hinweisen. Sie sind gefüllt mit dem Klang fremder Ausdrücke aus der Medizin, der Pflege und verschiedenartigen dort anzutreffenden Gesundheitsberufen. Solche Einrichtungen erfordern es, dass man sich gut zurechtfinden

kann. In ersten Untersuchungen wurden Länder und Standorte übergreifend mehrere, jedoch einander ähnelnde Hindernisse ermittelt. Dazu zählen problematische Webseiten, Interaktionen am Telefon und Hinweisschilder; schlecht gekennzeichnete Eingänge, Durchführungen und Zielpunkte; komplexe Karten, die nicht mit Schildern oder Farben von Plätzen übereinstimmen; mit Fachbegriffen gespickte rechtsverbindliche Formulare oder Informationsbögen, mit denen der Gesundheitszustand und die familiäre Situation erhoben werden, die Einwilligung für Eingriffe eingeholt wird oder wichtige Hinweise beispielsweise zu diagnostischen Prozessen und zum Entlassungsmanagement gegeben werden. Dies kann für Erwachsene schwierig sein und erst recht für Kinder und Jugendliche.

2. Patienten benötigen immer mehr Kompetenzen und stehen vor zunehmend schwierigen Entscheidungen. Dazu kann zählen: die Glaubwürdigkeit oder Qualität von Informationen zu beurteilen; relative Risiken und relativen Nutzen abzuwägen; Dosierungen zu berechnen; Testergebnisse zu interpretieren oder Gesundheitsinformationen zu finden. Um diese Aufgaben zu bewältigen, müssen Personen möglicherweise über

folgende Kompetenzen verfügen: visuell (Fähigkeit, Diagramme oder andere visuelle Informationen zu verstehen), bezogen auf Informations- bzw. Kommunikationstechnologie und moderne Medien (Fähigkeit einen Computer zu bedienen, sich einschlägige Informationen zu beschaffen und diese anzuwenden sowie zuverlässige Informationen von Werbung zu unterscheiden), mathematisch (Fähigkeit, zu rechnen oder mit Zahlen zu argumentieren).

3. Gesundheitsinformationen sind oft schlecht geschrieben und unverständlich.

Forschungsbefunde lassen darauf schließen, dass das Sprach- und Bildungsniveau in Gesundheitsmaterialien (in gedruckter Form und online) nicht mit dem der erwachsenen Durchschnittsbevölkerung übereinstimmt. Hierzu gibt es mehr als 1500 wissenschaftlich begutachtete Studien. Sie zeigen, dass Gesundheitsmaterialien meist schlecht gestaltet und geschrieben sowie kaum auf das Bildungsniveau der Nutzer zugeschnitten sind. Das hat sich über unterschiedliche Themenbereiche und Formate hinweg gezeigt (z. B. Patientenbroschüren, Anweisungen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder Beipackzettel, Formulare, Listen und Schaubilder).

4. Gesundheitsfachpersonen kommunizieren mündlich und schriftlich oft unklar und unverständlich.

Es wurde ein Zusammenhang zwischen den Kommunikationskompetenzen von Gesundheitsfachpersonen bei Kontakten mit

Patienten und deren Gesundheitsergebnissen hergestellt. Untersuchungen zeigen, dass Patienten Begriffsdefinitionen, konkrete Beispiele, Abbildungen, Schilderungen und auf die Erinnerung zielende Hinweisreize brauchen. Sie benötigen Hilfe bei der Problemlösung und müssen aktiv ermuntert werden, Fragen zu stellen. Mit Leitfäden zu bewährten Beispielen aus der Praxis wurden gute Erfahrungen gemacht.

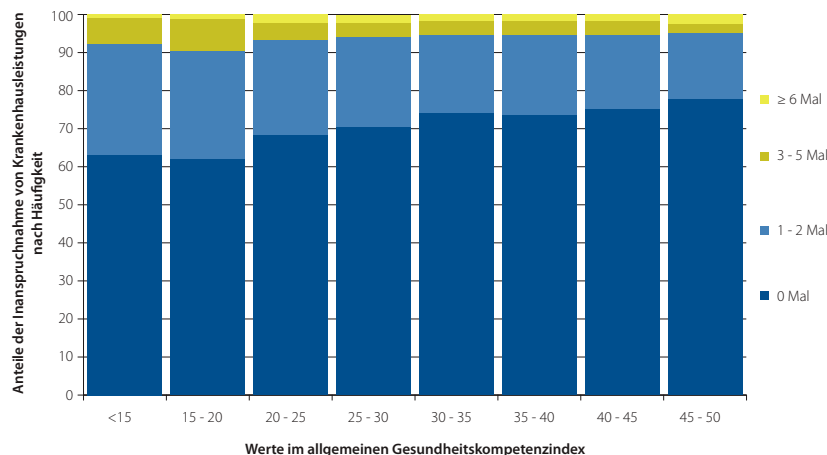
5. Neue „Geschäftsmodelle“ können neue Hindernisse schaffen.

Oft verlagern sich Prioritäten, wenn Gesundheitsreformen vorwiegend ökonomisch geprägt und auf Effizienz ausgerichtet sind. Auf betriebswirtschaftliche Prinzipien und Ertrag ausgerichtete Ansätze haben Grundwerte verändert: sozial benachteiligten Gruppen wie etwa Personen mit niedrigem Einkommen, älteren Menschen oder Erwerbslosen Zugang zu Versorgungsleistungen zu verschaffen. Das Zeitmanagement in Arztpraxen und Krankenhäusern verringert beispielsweise die Dauer von Kontakten und die Möglichkeiten für den Informationsaustausch zwischen Erbringern von Gesundheitsleistungen (insbesondere Ärzten) und Patienten.

6. Gesundheitskompetenz beeinflusst die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.

Der European Health Literacy Survey zeigt, dass in europäischen Ländern Gesundheitskompetenz schwach, aber signifikant mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen

Abb. 15. Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in den letzten 12 Monaten bei 7764 Teilnehmenden am European Health Literacy Survey gemäß den Werten im allgemeinen Gesundheitskompetenzindex



Quelle: Auf der Grundlage von: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012*. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, Zugriff: 01.04.2015).

korreliert, zum Beispiel, wie häufig Klinikleistungen in Anspruch genommen werden (Abb. 15).

Maßnahmen und Handlungsfelder

1. Gesundheitskompetenz als Herausforderung für Systeme, Organisation und Institutionen neu definieren. In mehreren zentralen Berichten zum Thema Gesundheitskompetenz wurde einhellig empfohlen, dass Gesundheitssysteme stärker auf die Bedürfnisse der Bevölkerung

ausgerichtet werden müssen. Dafür sind neue Versorgungsmodelle zu entwickeln. Insgesamt sollte begrenzte Gesundheitskompetenz nicht als ein Problem in der Bevölkerung betrachtet werden. Es ist eher eine Herausforderung für Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie das System als Ganzes, aktiv auf Patienten, Angehörige und Bürger zuzugehen und effektiv mit ihnen zu kommunizieren. Dazu gibt es etliche, auf Studienergebnissen beruhende Interventionen (Tabelle 5).

2. Den Grundsatz etablieren, Gesundheitskompetenz in allen Kommunikations-

Tabelle 5: Den Kontext für Gesundheitskompetenz in Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern: ein Werkzeugkasten

Bereich	Herausforderungen	Vorgeschlagene Maßnahmen
Internet	<ul style="list-style-type: none"> Bei der Gestaltung wird generell mehr Wert auf Attraktivität als auf Benutzerfreundlichkeit gelegt 	<ul style="list-style-type: none"> Die Navigation und die Rückkehr auf die Startseite verbessern Nutzer können Fragen stellen Antworten auf oft gestellte Fragen liefern
Telefon	<ul style="list-style-type: none"> Automatische Ansagen werden häufig sehr schnell gesprochen Der Telefonist kann nicht viele Fragen beantworten Die Wartezeiten sind lang und die Verbindungen werden häufig getrennt 	<ul style="list-style-type: none"> Ansagen sorgfältig formulieren und testen Orientierungshilfen und Weiterbildungen anbieten Für oft gestellte Fragen ein Script erstellen
Eingangsbereich	<ul style="list-style-type: none"> Die Beschilderung ist nicht klar Unterschiedliche Eingänge sind nicht nach ihrem Zweck gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> Straßen- und Eingangsschilder klar und eindeutig beschriften
Sich zurechtfinden	<ul style="list-style-type: none"> An der Rezeption ist man häufig nett, aber die Auskünfte sind nicht immer klar Viele Beschäftigte kennen sich in der Einrichtung nicht aus Pläne sind sehr komplex Schilder sind nicht einheitlich oder verständlich beschriftet 	<ul style="list-style-type: none"> Einweisungen und Schulungen in Bezug auf leicht verständliche Sprache anbieten Orientierungsbroschüren für Patienten und Angehörige bereitstellen Bei Neubauten die Beschilderung nicht nur dem Baupersonal überlassen Personal als Botschafter ansehen und entsprechend einweisen
Mündlicher Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> Zu viel Fachjargon 	<ul style="list-style-type: none"> Personal entsprechend einweisen Personal zu leicht verständlicher Sprache weiterbilden

materialien zu fördern. Als eine erste Reaktion auf die Gesundheitskompetenz-Thematik sollten Gesundheitssysteme erwägen, in sämtlichen Informations- und Kommunikationsmaßnahmen die Förderung von Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen, sei es bei schriftlichen, multimedia- oder internetgestützten Ansätzen. Dazu gehört auch, Grundsätze für eine leicht verständliche Sprache umzusetzen. Es liegen

wissenschaftliche Erkenntnisse vor, wie gesundheitsbezogene Kommunikation beziehungsweise Materialien in leicht verständlicher Sprache erfolgen können (Tabelle 6). Ferner sollte sich die Art und Weise ändern, wie Gesundheitsinformationen gedruckt, online und in Diskussionen vermittelt werden. Für Druck- und Online-Material wird empfohlen, dass Prüfungsgremien eingerichtet werden, die Mindestanforderungen definieren. Diese

Tabelle 6: Ansatzmöglichkeiten für leicht verständliche Sprache im Gesundheitsbereich

Thema	Herausforderungen	Vorgeschlagene Maßnahmen
Wortwahl und Satzlänge	<ul style="list-style-type: none"> • Zu viel Fachjargon • Verwendung von Fachbegriffen, die nicht erklärt werden • Lange und komplexe Sätze 	<ul style="list-style-type: none"> • Leicht verständliche Sprache verwenden • Klare und einfache (aber nicht unangemessen vereinfachende) geschriebene und gesprochene Sprache verwenden • Kindgerechte Sprache verwenden
Organisation und Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Materialien werden nicht zielgruppenorientiert oder bezogen auf den Leseprozess verfasst • Lesende werden oft von Informationen überwältigt, die in komplexer Form vermittelt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesbarkeit durch die Gestaltung vereinfachen • Materialien auf Klarheit überprüfen • Orientierungs- und Strukturhinweise verwenden • Informationen nach Zielgruppenpräferenzen und -prioritäten strukturieren • Schriftliche Materialien testen • Bei mündlich vermittelten Informationen Teach-Back-Methode einsetzen
Gestaltungs- und Entwicklungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Materialien werden häufig unter fachlichen Gesichtspunkten gestaltet • Bei der Entwicklung von Materialien mangelt es an fachlicher Genauigkeit • Bei Gesprächen mit Patienten und Angehörigen bleibt wenig Raum, um Fragen zu stellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Regeln, wie wichtige Texte verfasst und überprüft werden • Test des Materials mit betreffender Zielgruppe einschließlich Kindern und Jugendlichen fordern • Personen ermuntern und unterstützen, Fragen zu stellen und Gesprächsablauf festzulegen
Stringenz	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt wenige oder keine Anforderungen für die Gestaltung, Erprobung und Erstellung von Materialien • Es sind kaum Standards etabliert, um die Kommunikationskompetenz von Gesundheitsfachpersonen zu beurteilen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorschriften für die Gestaltung, Erprobung und Erstellung wichtiger Gesundheitstexte entwickeln und anwenden • In Teach-Back-Methoden einführen und diese anwenden • Anforderungen an die Kommunikationskompetenz bei Zulassungsprüfungen einführen

sollten sich auf die sorgfältige Erprobung des Materials mit den betreffenden Zielgruppen beziehen, inwieweit das Material auf selbige nutzerfreundlich, klar und eindeutig zugeschnitten ist, sowie auf Hinweise zu Bewertungsprozesse und -ergebnisse einschließlich der Dokumentation.

3. Ausrichtung auf Gesundheitskompetenz zu einem Qualitätskriterium im

Gesundheitswesen machen. Gesundheitskompetenz muss zu einem maßgeblichen Kriterium werden, um die Qualität von Fachpersonen und Versorgungseinrichtungen zu beurteilen. „Generelle Maßnahmen“ zugunsten von Gesundheitskompetenz zu ergreifen, bedeutet, dass sich alle Gesundheitsfachpersonen bei der Interaktion und Kommunikation mit Patienten und Angehörigen an bewährten Ansätzen für

leicht verständliche Sprache orientieren. Um Rückmeldungen zu der Frage zu erhalten, ob laufende Initiativen Gesundheitskompetenzunterschiede verringern oder verschärfen, müssen Maßnahmen in Bezug auf Bildung und/oder Gesundheitskompetenz integraler Bestandteil jeder internen Programmevaluierung sein. Außerdem sind Nutzer in die Planungs-, Steuerungs- sowie Qualitätssicherungs- und Verbesserungsprozesse einzubeziehen. Dies umfasst auch, ein Umfeld zu schaffen, das nicht stigmatisiert. Es zielt darauf ab, dass sich Patienten und Besucher nicht scheuen, um Hilfe zu bitten, dass sich Personen willkommen fühlen, ihnen Hilfe angeboten wird, klare Schilder und Hinweise es unproblematisch machen, sich zurechtzufinden, Materialien bereitgestellt werden und ihrem Verwendungszweck entsprechend gut gestaltet sind und Gespräche freundlich und frei von unverständlicher Fachsprache sind.

- 4. In die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal investieren.** Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen sollten geschult werden, wirksamer zu kommunizieren. Die Weiterbildungsangebote sollten sich auf die Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten von Fachpersonen konzentrieren und deren transkulturelle Kompetenz fördern, ebenso ihre Sensibilität für geschlechts- und altersspezifische Unterschiede. Außerdem müssen die Kompetenzen von Fachpersonen in

Bezug auf folgende Themen verbessert werden: Förderung des gegenseitigen Lernens, Aufbau von Partnerschaften, gemeinsame Festlegung von Zielen und Verhaltensänderungen für Personen mit chronischen Krankheiten. Schulungen sind am erfolgreichsten, wenn sie sozial benachteiligte Zielgruppen und solche mit begrenzter Gesundheitskompetenz miteinbeziehen, die in der klinischen Forschung häufig unterrepräsentiert sind. Zukünftig sind Fachpersonen gefragt, die Personen dabei unterstützen und begleiten, ihre Gesundheitsziele zu verwirklichen. In der Gemeinschaft und in allen klinischen Settings werden Fachpersonen gebraucht, die als Fürsprecher, Berater und Lotse fungieren können.

- 5. Das Internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitsdienste und Patientenorganisationen nutzen, um Gesundheitskompetenz zu fördern.** Die gesundheitskompetente Organisation im Gesundheitswesen ist ein wichtiges Modell für Krankenhäuser und andere Versorgungseinrichtungen. Gesundheitskompetenz ist ein Kernkonzept, um Gesundheitsförderung zu verwirklichen. Der Setting-Ansatz ist ein maßgeblicher Teil der Strategien und Konzepte des Netzwerks. Deshalb sind solche Netzwerke eine wichtige Ressource für die Förderung gesundheitskompetenter Krankenhäuser.

Beispiel: Therapiemotivation

Beipackzettel und Warnhinweise auf den Etiketten verschreibungspflichtiger Arzneimittel sind häufig unklar; die Kommunikation von Gesundheitsfachpersonen ist häufig unvollständig; in Apotheken werden Personen oft nicht beraten oder erhalten keine Dokumente, die sicherstellen, dass ein Medikament sicher eingenommen wird; und Anweisungen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sind oft zu schwierig, um sie verstehen und befolgen zu können.

Michael S. Wolf *Promoting health literacy among health systems* (unveröffentlicht)

Wissenswerte Fakten

- 1. Medikamentenfehler sind verbreitet, gefährlich und vermeidbar.** Die Ursachen für Medikamentenfehler, unerwünschte Arzneimittelereignisse oder schlechte Therapieergebnisse sind bekannt: problematische Arzneimittelverordnungen und -etiketten kombiniert mit verpassten

Chancen des Fachpersonals im klinischen Alltag, Personen bei neuen Verordnungen zu beraten. Diese Probleme existieren trotz der zunehmenden Verfügbarkeit elektronischer Patientenakten und technologischer Innovationen in der klinischen Praxis und in Apotheken.




Maßnahmen und Handlungsfelder

1. Um die Art und Weise zu standardisieren, wie ärztliches Personal Arzneimittel verordnen, wurde die Universal Medication Schedule entwickelt und getestet, damit Arzneimittelverordnungen eindeutiger, klarer und patientenzentrierter werden: „Nehmen Sie zwei Tabletten morgens und zwei Tabletten abends ein“ im Gegensatz zu „nehmen Sie zweimal täglich zwei Tabletten oral ein“ (Abb. 17). Durch den Einsatz einer elektronischen Patientenakte können diese Anweisungen für alle Arzneimittel einheitlich gestaltet werden. Ergänzend dazu können bei der Arzneimittelausgabe einseitige Handzettel mit Medikamenteninformationen automatisch erstellt werden. Das fördert einen sicheren und angemessenen Umgang mit Medikamenten. Studien haben bereits gezeigt, dass die Universal Medication Schedule die Fähigkeit von Patienten signifikant

verbessern kann, korrekt vorzuführen, wie ein verschriebenes Arzneimittel anzuwenden ist, die effizienteste Weise zu finden, eine mehrere Arzneimittel umfassende Therapie zu handhaben und längerfristig therapiemotiviert zu sein (Adhärenz). Durch die Ausgabe in der Apotheke können diese Universal Medication Schedules über ein

Datenerfassungs- und Dokumentationssystem in der Apotheke weitergegeben werden, sodass die Kommunikation des verschreibenden Arztes und der Apotheke übereinstimmen. Schlussendlich werden die Anweisungen auf dem Arzneimitteletikett, die von Patienten oft als Informationsquelle genutzt werden, expliziter und leichter verständlich sein.

Abb. 16. Beispiel Universal Medication Schedule

Nehmen Sie	1 Tablette morgens (oder beim Zubettgehen) ein		
Nehmen Sie	1 Tablette morgens 1 Tablette abends ein		Morgens: 06:00 - 8:00 Uhr
Nehmen Sie	1 Tablette morgens 1 Tablette mittags 1 Tablette abends ein		Mittags: 11:00 - 13:00 Uhr
Nehmen Sie	1 Tablette morgens 1 Tablette mittags 1 Tablette abends 1 Tablette beim Zubettgehen ein		Abends: 16:00 - 18:00 Uhr
Nehmen Sie	1 oder 2 Tabletten ein Warten Sie mindestens 4 Stunden, bevor Sie eine weitere Tablette einnehmen Nehmen Sie nicht mehr als 6 Tabletten am Tag ein		Beim Zubettgehen: 21:00 - 23:00 Uhr

Quelle: In Anlehnung an: Wolf M. *A universal medication schedule to promote patient understanding and use*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2009 (<http://archive.ahrq.gov/news/events/conference/2009/wolf/wolf.ppt>, Zugriff: 13.04.2015).

Beispiel: Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit

Wissenswerte Fakten

- 1. Die Gesundheitsergebnisse von Diabetespatienten mit begrenzter Gesundheitskompetenz können signifikant verbessert werden.** Wenn Menschen mit Diabetes Zugang zu einem individuell auf sie zugeschnittenen Edukationsprogramm mit direktem Kontakt zu Fachpersonen haben, dann führt das zu besseren Ergebnissen als multimedia-gestützte Interventionen ohne persönlichen Kontakt. Umfassende Programme für Diabetesmanagement haben den größten positiven Einfluss auf die klinischen Ergebnisse von Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz. Das Selbstmanagementverhalten verbessert sich durch Interventionen, die sich auf Zielsetzungen und Aktionspläne konzentrieren.
- 2. Randomisierte klinische Studien lassen darauf schließen, dass Gesundheitsergebnisse wie der systolische Blutdruck und Blutzuckerwerte wie das Hämoglobin HbA_{1c} bei Diabetikern mit hoher und begrenzter Gesundheitskompetenz durch umfassende Programme für das Diabetesmanagement verbessert werden können. Das trifft nicht zu bei der Informationsvermittlung per automatischer**

Telefonansage, multimedialen Interventionen oder Gruppenveranstaltung.

Maßnahmen und Handlungsfelder

- 1. Programme für das Selbstmanagement chronischer Krankheiten zu entwickeln und zu unterstützen.** Die Gesundheitskompetenz von Personen mit chronischen Erkrankungen und ihren Familien zu unterstützen und ihr Selbstmanagement zu fördern, bedeutet nicht nur, relevante und vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen zugänglich zu machen. Neben der Wissensvermittlung ist genauso wichtig, ihre Kompetenzen zu fördern und ihr Selbstvertrauen zu stärken. Dazu zählt auch, die Komplexität gesundheitsbezogener Informationen zu verringern. All diese Ansatzmöglichkeiten werden umso wirksamer, wenn Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Anreize für Leistungserbringer im Gesundheitswesen bieten, bestehende Versorgungsangebote mit peer-basierter Selbstmanagementförderung zu kombinieren. Das bringt zugleich neue Rollen für Patienten und Angehörige mit sich. Studien zufolge sind diejenigen Programme vielversprechend und wirksam, die auf Zielerreichung setzen und Handlungspläne beinhalten (Kasten 14).

Kasten 14. Programme für Selbstmanagementförderung

Wie die Gesundheitskompetenz bei chronischer Krankheit durch Selbstmanagementförderung verbessert werden kann, zeigen Programme, die gegenwärtig in mehreren Ländern wie Dänemark, England, den Niederlanden und der Schweiz durchgeführt werden (ursprünglich entwickelt an der Stanford University, USA). In Großbritannien ist ein evidenzbasierter Ansatz als *Expert Patient Programme* breit eingeführt worden. Es ist als Gruppenkurs konzipiert und auf die Bedürfnisse von Menschen mit chronischen Krankheiten zugeschnitten. Systematisch ausgebildete Peers – also Personen mit gleichen oder ähnlichen Erfahrungen – leiten die Kurse, die darauf abzielen, Patienten und Angehörige zu unterstützen, sich mehr an Entscheidungsprozessen rund um ihre Gesundheit zu beteiligen.

Bei solchen Programmen handelt es sich oft um sechs bis acht Wochen dauernde Gruppenkurse. Sie werden mit strukturiertem Inhalt in Kurseinheiten von zweieinhalb Stunden wöchentlich angeboten und finden häufig alltagsnah im Gemeinschaftssetting statt. Zwei ausgebildete *peers* als Kursleitungen, von denen mindestens einer von einer chronischen Krankheit betroffen ist, moderieren die interaktiven Sitzungen. Personen mit verschiedenen chronischen Erkrankungen und/oder Familienangehörige können an den Kursen teilnehmen. Sowohl die Ausbildung der Kursleiter als auch die Moderation der Kurseinheiten basieren auf einem strukturierten Manual, um den Gruppenprozess systematisch zu begleiten.

In Studien und einer Metaanalyse zur Wirkung solcher Programme konnten mäßig bis sehr aussagekräftige Erkenntnisse erzielt werden. Sie legen nahe, dass durch Selbstmanagementförderung dazu beigetragen werden kann, den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand zu verbessern, ebenso krankheitsbedingte Beschwerden, Schmerzen, Erschöpfung, Symptomanagement, körperliche Aktivität und Selbstwirksamkeit. Solche Ansätze breit einzuführen könnte erheblich zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit beitragen.

Quellen

Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 (http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf, Zugriff: 01.04.2015).

Brach C et al. *Health literacy in action: design, development and measurement*. Rockville, MD, Center for Delivery, Organization and Markets, Agency for Healthcare Research and Quality, 2009 (<http://www.ahrq.gov/about/annualconf09/brach3.htm>, Zugriff: 02.04.2015).

Brady T et al. A meta-analysis of health status, health behaviors, and health care utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy*, 2013, 10:120112.

Die Gesundheitskompetenz-Webseite der United States Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/healthliteracy>, Zugriff: 02.04.2015) bietet Gesundheitskräften Tipps und Instrumente, um wirksamere Kommunikatoren zu werden, und Gesundheitskompetenzförderung für alle, die im Bereich der Kommunikation von Gesundheitsinformationen an die Öffentlichkeit tätig sind.

Institute of Medicine. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC, National Academy of Sciences, 2004.

International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services [Webseite].

Kopenhagen, International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, 2013 (<http://www.hphnet.org/>, Zugriff: 02.04.2015).

Das *Health and literacy compendium* von Cindy Irvine (Boston, Health and Literacy Initiative, World Education, 1999 (<http://healthliteracy.worlded.org/docs/comp>, Zugriff: 02.04.2015)) enthält mehr als 80 Verweise auf Printmaterialien und Webseiten. Diese decken die Verknüpfungen zwischen dem Gesundheitsstatus und dem Kompetenzstatus ab; die Frage, wie leicht zu lesende Gesundheitserziehungsmaterialien beurteilt und entwickelt werden können; wie Gesundheit unter Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz gelehrt werden kann und wie Gesundheitskompetenz unter Verwendung von gesundheitsrelevanten Aspekten gelehrt werden kann; Hintergrundinformationen über Gesundheitskompetenz und partizipatorische Bildungsmethoden; Curricula und Materialien zu einer Vielzahl von Gesundheitsthemen für Erwachsene mit begrenzten Kompetenzen; Bibliografien und Datenbanken leicht zu lesender oder mehrsprachiger Gesundheitsinformationen und -broschüren; sowie Bibliografien und Datenbanken zu Materialien über die Verbindungen zwischen Gesundheit und Kompetenz.

Rudd R. *Oxford bibliographies: health literacy*. Oxford, Oxford Bibliographies, 2011 (<http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0033.xml>, Zugriff: 13.04.2015).

The health literacy environment of hospitals and health centers. Partners for action: making your healthcare

facility literacy friendly von Rudd und Anderson (Cambridge, MA, Health and Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health, 2006 (http://aspiruslibrary.org/literacy/hospitals_health_literacy.pdf, Zugriff: 02.04.2015)) enthält Prüfinstrumente und bietet einen Ansatz für die Analyse kompetenzbedingter Hindernisse dafür, Zugang zu Gesundheitsversorgung zu erhalten und sich darin zurechtzufinden. Die Veröffentlichung soll Geschäftsführern, Leiter, Programmdirektoren, Verwalter und Gesundheitsfachkräfte in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren helfen, das Gesundheitskompetenzumfeld ihrer Einrichtungen zu überprüfen und Wege zu analysieren, wie sie ihre Patienten besser versorgen und unterstützen können.

Simply put – a guide for creating easy-to-understand materials. 3rd ed. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2009 (<http://stacks.cdc.gov/view/cdc/11938>, Zugriff: 02.04.2015).

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care [Webseite]. Vienna, Ludwig Boltzmann Institute, 2013 (<http://www.hph-hc.cc>, Zugriff: 02.04.2015).

Wolf M. *A universal medication schedule to promote patient understanding and use*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2009 (<http://archive.ahrq.gov/news/events/conference/2009/wolf/wolf.ppt>, Zugriff: 13.04.2015).

Youmans S, Schillinger D. Functional health literacy and medication management: the role of the pharmacist. *Annals of Pharmacotherapy*, 2003, 37:1726-1729.

12

Medien und Kommunikation

Die Massenmedien können die Gesundheitskompetenz in vielfacher Weise unterstützen. Für viele Menschen in Europa sind Gesundheitsfachpersonen die erste Wahl, um an vertrauenswürdige Informationen zu gelangen. Aber die meisten holen sich zusätzliche Hinweise aus einer Vielzahl von Massenmedienquellen.

Franklin Apfel *Mass mediated health communications and health literacy* (unveröffentlicht)

Wissenswerte Fakten

1. Informationen allein reichen nicht aus. Kommunikationsansätze greifen zu kurz, wenn lediglich Informationen und gesundheitsbezogene Hinweise verfügbar gemacht und verbreitet werden. Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus den Sozial- und Verhaltenswissenschaften einschließlich Sozialmarketing, Sozialpsychologie, Verhaltensökonomie und Neurowissenschaften liefern zunehmend praxistaugliche und häufig kostenwirksame

Lösungen, um Menschen zu helfen, „im Alltagsleben in Bezug auf Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die Lebensqualität über den Lebensverlauf aufrecht zu erhalten oder zu verbessern, Urteile zu fällen und Entscheidungen zu treffen“ (Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80) (Kasten 15).

2. Kommunikation ist ein integraler Bestandteil umfassender Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Kommunikation kann manche Formen von Risikoverhalten verringern (beispielsweise ungeschützten Sexualverkehr). Außerdem können durch Gesundheitskommunikation präventive und therapeutische Maßnahmen verbessert (beispielsweise die Nutzung von Sicherheitsgurten, Arzneimittelkennzeichnung) und die Therapiemotivation gesteigert werden. Positive Wirkung entfaltet sich ferner, wenn Gesundheitsinformationen auf die Bedürfnisse von Zielgruppen zugeschnitten werden. Einige Beispiele: Rollenmodelle für gesundheitsförderliche Normen und Lebensstile liefern, Kampagnen zur Verringerung von Risikoverhalten durchführen und Maßnahmen aktiv

Kasten 15: Fallstudie: Sozialmarketing zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz bezüglich Vogelgrippe

Während des Ausbruchs der Vogelgrippe in der Türkei 2005/2006 koordinierte eine ressort- und organisationsübergreifende Arbeitsgruppe die Gesundheitskommunikation. Diese hat Techniken des Sozialmarketings eingesetzt, um spezifische Botschaften an schwer zu erreichende Hochrisikogruppen der Bevölkerung zu vermitteln. Mit im ländlichen östlichen Teil der Türkei lebenden Müttern wurden Fokusgruppen und Befragungen organisiert, um deren Wahrnehmungen und Risikoverhalten besser zu verstehen (beispielsweise, dass Hühner mit ins Haus genommen wurden, damit sie es warm hätten). Ferner wurden Botschaften und Anreize zugunsten der Verringerung der Risiken sowie Massenmedien und Gemeinschaftskanäle ermittelt (beispielsweise Rundfunk- und Fernsehsendungen in den vor Ort gesprochenen Sprachen), die zuverlässige, verständliche Informationen transportieren konnten, die dem Kompetenzniveau der Bevölkerung angemessen waren. Die gewonnenen Erkenntnisse lieferten außerdem Hinweise und Argumente für die Maßnahmen, mit denen die Geflügelzüchter entschädigt wurden..

fördern, die gesündere Entscheidungen erleichtern (wie Werbeverbote für Tabak und Alkohol und Rauchverbote an öffentlichen Orten) (Kasten 16).

- 3. Inhalte der Massenmedien können die Gesundheit beeinträchtigen.** Von frühester Kindheit an erhalten Menschen aus vielfältigen Quellen Botschaften, von denen manche höchst problematisch sind und positives Gesundheitsverhalten unmittelbar untergraben. Beispielsweise bewegt die aggressive globale Werbung für Tabak, Alkohol sowie ungesunde

Kasten 16: Verbesserung der Gesundheitskompetenz politischer Entscheidungsträger in der Ukraine

Soziales Marketing kann auch genutzt werden, um die Gesundheitskompetenz von Fachkräften, Organisationen und Politikern zu verbessern. Beispielsweise wurden 2010 bei der ukrainischen Kampagne zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs Sozialmarketingansätze verwendet, um für bebilderte Verpackungen zu werben. Die Kampagne konzentrierte sich auf die Aufklärung von Parlamentariern als vorrangige Zielgruppe. Der Fokus lag auf den gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen des neuen vorgeschlagenen Gesetzes über die Etikettierung und Besteuerung von Tabakprodukten. Im Mittelpunkt der Taktik stand der Slogan „Sich unentbehrlich machen“. Die Organisatoren unterstützten aktiv die Ausarbeitung des Gesetzes in einer Arbeitsgruppe des Parlamentsausschusses für Gesundheitsfragen und traten mit der Unterstützung von Parlamentsmitgliedern unablässig den Argumenten der Tabakindustrie entgegen.

Nahrungsmittel und Getränke Menschen weiterhin dazu, ungesund zu leben. Das trägt beträchtlich zur rasch wachsenden Last nichtübertragbarer Krankheiten bei.

Maßnahmen und Handlungsfelder

- 1. Bedingungen in der Kommunikation angleichen.** Indem gefahrenrelevanter Werbung Beschränkungen auferlegt werden – beispielsweise Verbote für Tabak- und Alkoholwerbung (um den Konsum zu verringern und Leben zu retten) –, wird Raum geschaffen, dass

gesundheitsfördernde Botschaften besser gehört und gesehen werden. Für öffentliche gesundheitsfördernde Botschaften sollte durch spezielle Lizenzregelungen kostenloser (oder vergünstigter) öffentlicher Zugang zu Zeit und Raum in wichtigen (und unter Umständen teuren) Massenmedien geschaffen werden, beispielsweise im Fernsehen, Rundfunk oder in den Kinos. Gesetze und Vorschriften in Bezug auf die Informationsfreiheit, die offene Medien schützen, bilden die Grundlage für die potenzielle Wirksamkeit jeglicher Förderarbeit und benötigen nachdrückliche Unterstützung. Soziale Medien (wie Facebook, Twitter und YouTube) haben neue und beispiellose Gelegenheiten für Kommunikation in Bezug auf öffentliche Gesundheit eröffnet (Kapitel 13).

2. Die Kapazität des öffentlichen Sektors für Gesundheitskommunikation verbessern.

Welche strategischen Ansätze nützen, um die Gesundheitskompetenz von Individuen und der Bevölkerung zu fördern? Dazu zählt, die Kapazität für zielgruppenspezifische Informationen zu stärken, Fehlinformationen aktiv zu bekämpfen, Verhaltensänderungen zu beeinflussen sowie sich für Handlungsfelder und politische Strategien einzusetzen, die auf Förderung von Gesundheitskompetenz setzen. Gesundheitskommunikatoren und -pädagogen können von den Kommunikationsansätzen lernen, die in Werbung und Marketing der Industrie erfolgreich genutzt werden. Dazu zählen Zielgruppenauswahl und Marktsegmentierungstechniken, um erprobte und maßgeschneiderte Gesundheitsbotschaften und -informationen zu vermitteln.

Unterhaltungsansätze mit Lerneffekt (*Edutainment*) haben einen positiven Einfluss auf Lernen und Aktivitäten zugunsten von Gesundheitskompetenz. Untersuchungen zeigen, dass *Edutainment* vor allem dann wirksam sein kann, wenn es mit anderen Methoden und Ansätzen wie beispielsweise Strategien zur Bewegungsförderung oder zwischenmenschlichen Kommunikation verknüpft wird. In manchen Ländern haben beispielsweise Diskussionen über Impfungen in Seifenoperen dazu geführt, dass mehr Mütter ihre Kinder impfen ließen.

3. Fehlinformationen aktiv bekämpfen und Qualität sichern.

Die Einrichtung von Qualitätssicherungssystemen zur Verhütung von Fehlinformationen und Missverständnissen kann helfen, leichter zuverlässige und kohärente Gesundheitsinformationen zu vermitteln. Akkreditierungssysteme für Gesundheitskompetenz fördernde Informationsmaterialien können auf institutionellen Ebenen eingerichtet werden. Um glaubwürdige, zuverlässige und unabhängige Informationen von solchen zu unterscheiden, die mit Marketing und Werbung den Verkauf ankurbeln sollen, braucht es Medienkompetenz in Bezug auf Gesundheitskompetenz. Medienkompetenz bedeutet, fähig zu sein, Medien und deren Inhalte den eigenen Zielen und Bedürfnissen entsprechend nutzen zu können – es geht also darum, die Medienkommunikation aufzuschlüsseln und in einzelne Bestandteile zerlegen zu können (Kasten 16).

Kasten 17: Unabhängige Quellen für Gesundheitsinformationen

Unabhängige Quellen für Gesundheitsinformationen können Menschen helfen, Fakten von Fiktion zu unterscheiden. Hierzu gibt es Beispiele auf der kommunalen, nationalen und internationalen Ebene wie die WHO, die Europäische Kommission oder NHS Direct in Großbritannien. Bei gesundheitsbezogenen Webseiten mangelt es jedoch häufig an Qualitätskontrolle. Manche Qualitätsstandards und Zertifizierungen wie die Standards von *Health On the Net* wurden für die Qualitätskontrolle von gesundheitsbezogenen Webseiten entwickelt. Sie wurden aber nicht global angewendet, und es wurde nicht nachgewiesen, dass sie Webseiten verständlicher machen.

4. Chancengleichheit für Gesundheitskompetenz bei digitalen Informationsquellen verbessern (eHealth Literacy).

Es hat sich gezeigt, dass Personen wegen ihrer hohen Gesundheitskompetenz im Umgang mit digitalen Informationsquellen gesundheitlich besser dastehen. Dadurch entstehen neue gesundheitliche Ungleichheiten. Gruppen mit höherem Risiko müssen aufgeklärt und unterstützt werden, und Technologie muss so gestaltet werden, dass sie für alle zugänglich ist (Kasten 18).

Quellen

Europäische Kommission: Gesundheitswesen [Webseite]. Brüssel, Europäische Kommission, 2014 (http://ec.europa.eu/health/index_de.htm, Zugriff: 02.04.2015).

Kasten 18: Was ist eHealth Literacy (Gesundheitskompetenz bei digitalen Informationsquellen)?

Im Englischen steht eHealth Literacy für Gesundheitskompetenz beim Umgang mit digitalen Informationsquellen. Es umfasst die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen in elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen sowie zu bewerten und das gewonnene Wissen auf ein Gesundheitsproblem oder seine Lösung anzuwenden. Im Gegensatz zu anderen speziellen Kompetenzformen kombiniert eHealth Literacy Facetten des Kompetenzbegriffs und bezieht sie auf gesundheitsfördernde Maßnahmen und Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen an, bei denen elektronische Geräte angewendet werden. In ihrem Zentrum stehen sechs Kernqualifikationen (oder Kompetenztypen): traditionelle Lese-, Schreib- und Rechenkompetenzen, Gesundheitskompetenz, Informationskompetenz, wissenschaftliche Kompetenz sowie Kompetenzen bezogen auf Informations- bzw. Kommunikationstechnologie und moderne Medien..

Global epidemic: Ukraine [Webseite]. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2013 (http://global.tobaccofreekids.org/en/global_epidemic/ukraine, Zugriff: 02.04.2015).

Health On the Net (HON) Ehrenkodex für medizinische und gesundheitsbezogene Webseiten [Webseite]. Chêne-Bourg, Schweiz, Stiftung Health On the Net, 2015 (http://www.hon.ch/HONcode/Conduct_de.html, Zugriff: 02.04.2015).

Life Regional Advocacy Center [Webseite]. Kyiv, Life Regional Advocacy Center, 2015 (<http://center-life.org/en>, Zugriff: 02.04.2015).

Making preparation count: lessons from the avian influenza outbreak in Turkey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89139.pdf>, Zugriff: 02.04.2015).

NHS Direct [Webseite]. London, NHS, 2013 (<http://www.nhsdirect.nhs.uk>, Zugriff 02.04.2015).

Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 2006, 8:e9.

Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

WHO-Regionalbüro für Europa [Webseite]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int>, Zugriff: 02.04.2015).

World Health Organization [Webseite]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int>, Zugriff: 02.04.2015).

13

Soziale Medien und mobile Gesundheit

Einrichtungen im Gesundheitssektor sollten dort aktiv werden, wo Menschen bereits online sind (in den sozialen Medien), anstatt eigene isolierte Internet-Inseln mit Informationsportalen zu schaffen, die nicht interaktiv sind, und dann noch zu erwarten, dass die Menschen diese aufrufen und besuchen.

Maged N. Kamel Boulos *Using social media for improving health literacy* (unveröffentlicht)

Wissenswerte Fakten

1. Soziale Medien können die Fähigkeit der Nutzer verbessern, Gesundheitsinformationen und -leistungen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen und angemessene Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Virales soziales Marketing (mit dem sich im Vergleich zu anderen Formen des Marketings und der Werbung viel mehr Menschen rascher und mit minimalen Kosten erreichen lassen) zählt zu den wichtigsten Aspekten sozialer Medien. Es kann eine bedeutsame Rolle bei der

Gesundheitsbildung, der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen spielen. Beispielsweise wurden virales Marketing und andere Techniken aus den sozialen Medien in der Türkei erfolgreich genutzt, um die Verwendung von Kondomen zu fördern.

- 2. Soziale Online-Netzwerke und partizipatorische Kommunikationsmethoden können hervorragende Möglichkeiten für gegenseitige Unterstützung bieten.** Wenn sich Patienten und die breite Öffentlichkeit mithilfe von Kommunikationstechnologien vernetzen und zusammenarbeiten, kann das der Belastung konventioneller Gesundheitsversorgungssysteme entgegenwirken (Kasten 19). *PatientsLikeMe*, ein virtuelles soziales Netzwerk von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen, gilt mittlerweile als ein klassisches Beispiel für die Online-Unterstützung von Patienten untereinander. Personen, die sie häufig nutzen, berichten über mehrere Formen wahrgenommenen Nutzens sowie verbessertes Selbstmanagement der Krankheit und verbesserte Gesundheitsergebnisse.
- 3. Mobile Kommunikation und soziale Netzwerke ermöglichen Menschen, Software-Anwendungen („Apps“) zu**

Kasten 19: Teen2Xtreme

T2X (Teen2Xtreme) ist eine Webseite, die die Attraktivität sozialer Medien nutzt, um die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen zu verbessern. Sie wird gemeinsam von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität von Los Angeles und Health Net, Inc. betrieben. Sie bietet eine über Facebook verlinkte Gemeinschaft jugendlicher Nutzer mit von Jugendlichen für Jugendliche hergestelltem professionellem Inhalt, Wettbewerben, Spielen, Rätseln, Umfragen, Blogs, Videoclips (YouTube) sowie anderen interaktiven und partizipatorischen Kommunikationsmethoden. T2X behandelt Lebensstilthemen für Jugendliche wie Ernährung, Fitness, Stressbewältigung, Substanzenmissbrauch und Sexualverhalten. Ein Bildschirmfoto der Startseite von T2X zeigt, wie verschiedene Elemente aus den sozialen Medien erfolgreich in das Portal integriert wurden. Das Portal folgt Jugendlichen dorthin, wo sie im Social Web bereits zu finden sind, und verwendet die gleichen Schnittstellen zu sozialen Medien, mit denen sie bereits vertraut sind. Gleichzeitig bietet es eine einzigartige unverwechselbare Verpackung mit sorgfältig ausgewählten Zitaten von Jugendlichen, Farben und Stilelementen, die Jugendliche ansprechend finden, sie motivieren und ihre Auseinandersetzung miteinander und mit den gebotenen Inhalten fördern.



Quelle: T2X Club, eine Online-Videoserie, in der Jugendliche Freundschaften, Beziehungen, Gesundheits- und Schulthemen erkunden: (<http://www.t2x.me/club.aspx>; auch verfügbar auf YouTube: <http://www.youtube.com/user/t2xTheClub>, Zugriff: 02.04.2015.)

praktisch jedem Thema einschließlich Gesundheit untereinander weiterzugeben, zu beurteilen, zu empfehlen und zu finden.

Was haben Smartphones, kleine Tablet-Computer und die jüngsten Generationen von Betriebssystemen und Internet-Browsern, Apps sowie zugehörige App-Stores und Märkte noch unterstützt? Das Herunterladen und Installieren von Software ist einfach und populär geworden. Als beispielsweise der Nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien im Mai 2011 eine mobile App für vertrauenswürdige und zuverlässige Gesundheitsratschläge anbot, luden sich mehr als eine Mio. Personen diese in den ersten sechs Monaten herunter.

- 4. Smartphones und ihre Apps verändern die Gesundheitsversorgung rasch und radikal, insbesondere für Personen mit Langzeiterkrankungen.** Dies ermöglicht es, dass die Gesundheitsversorgung dort noch mobiler wird, wo sie benötigt wird. Außerdem wird sie noch partizipatorischer, indem alle beteiligten Akteure einschließlich Patienten, außerklinischer Fach- und Betreuungspersonen, der breiten Öffentlichkeit, Kliniker und anderer eingebunden werden. Viele der verfügbaren und geplanten spezialisierten Apps verfügen über ein beträchtliches Potenzial, die Kosten im Gesundheitssektor zu verringern und klinische Behandlungserfolge zu verbessern (Kasten 20). Angesichts der wachsenden Popularität und des breiten Spektrums heute verfügbarer gesundheitsbezogener Apps schlägt die Food and Drug Administration der Vereinigten Staaten jetzt Leitlinien vor, die die Typen mobiler Apps beschreiben, die die Behörde

Kasten 20: Allgemein verständliches Medizinwörterbuch

Das von der Taubman Health Science Library an der Universität von Michigan entwickelte allgemein verständliche Medizinwörterbuch (*Plain Language Medical Dictionary*) ist sowohl im Internet als auch als iPhone-App verfügbar. Dieses Wörterbuch wandelt medizinische Fachsprache in Alltagsenglisch um und könnte sich für Personen als nützlich erweisen, die Schwierigkeiten haben, die genaue und korrekte Bedeutung der medizinischen Fachbegriffe zu verstehen, auf die sie online stoßen.



Die wenigen auf diesem Bildschirmfoto der App gezeigten Begriffe wie *abdomen*, *ability*, *absorption* und *accelerate* erinnern Kliniker, Wissenschaftler und Politiker mit Fachwissen daran, wie solche Begriffe, die als einfach und selbsterklärend betrachtet werden könnten, viele andere Personen, selbst hoch gebildete, verwirren können. Aus diesem Grund sind solche Apps und Instrumente für Online-Wörterbücher wichtig. Beispielsweise könnte das Wort „ungesüßt“ Personen mit Diabetes mit begrenzter Lesekompetenz verwirren, die vielleicht nur den Wortbestand „gesüßt“ von „ungesüßt“ erkennen und nicht das Präfix, was zu weniger gesundheitsbewusstem Verhalten führen könnte.

zu beaufsichtigen plant: die medizinischen Apps, die ein Risiko für Patienten darstellen könnten, wenn die Apps nicht wie beabsichtigt funktionieren.

- 5. Soziale Medien sind mit höheren Risiken als andere, herkömmliche Medien (wie Fernsehen und Druckmaterialien) verbunden.** Ursache hierfür ist die wesentlich größere Reichweite (und die höhere Geschwindigkeit) des Social Web und seiner Botschaften. Dazu trägt der Umstand bei, dass es zum Teil unkontrollierbar und nicht moderiert ist, und dass darin praktisch jeder publizieren kann, was er will. Die Risiken sind vielfältig: Fehl- und Desinformationen verbreiten sich rasch über virale Botschaften, Videos und elektronische Mundpropaganda oder sogar gehackte Konten seriöser Organisationen. Der virale Charakter des Social Web bedeutet, dass sich Informationen und Fehlinformationen sehr schnell fortbewegen und verstärkt werden können (der Welleneffekt), insbesondere in Zeiten von Massenstress und Panik. Außerdem wird im Social Web die Quelle (ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Glaubwürdigkeit von Informationen) häufig weggelassen oder geht verloren (beispielsweise bei den auf 140 Zeichen begrenzten Re-Tweets auf Twitter). Oft werden Information in einer Art und Weise paraphrasiert, dass die ursprüngliche Botschaft verzerrt oder aus ihrem beabsichtigten Kontext herausgerissen wird.

Maßnahmen und Handlungsfelder

- 1. Vertrauenswürdige soziale Medienkanäle schaffen.** Verbraucher können aufgeklärt und angeleitet werden, wie sie online verfügbare Gesundheitsinformationen kritisch beurteilen

und wo sie unter Verwendung der gleichen Instrumente und Streams in den sozialen Medien gute Informationen finden können. Der Zugang zu diesen kann gefördert werden, indem vertrauenswürdige soziale Medienkanäle für diesen Zweck geschaffen werden und Sozialmarketing zugunsten dieser Kanäle durchgeführt wird. Zu den Beispielen zählen die offiziellen Kanäle für NHS Choices in England, die United States Centers for Disease Control and Prevention und Antitabak-Kampagnen auf Facebook.

2. Überwachen und Moderieren. Usern sollte gestattet werden, Kommentare abzugeben, weil dies die Quintessenz sozialer Medien ist. Unabhängig davon sollten Betreiber sozialer Medien ihren Inhalt regelmäßig auf Formen von Spam, Missbrauch oder Verstößen gegen Urheberrecht oder die Privatsphäre von Patienten überwachen und entsprechend moderieren. Kontoverwalter sollten ihre Konten auch mit leistungsfähigen Passwörtern schützen, um Spammer daran zu hindern, ihre Konten zu hacken. Organisationen sollten klare Politiken und Leitlinien dazu entwickeln und durchsetzen, was ihr Personal in verschiedenen sozialen Medien einstellen kann. Ferner sollten sie Arbeitszeit und Ressourcen für die Überwachung ihrer Präsenzen in den sozialen Medien vorsehen. Diese Aufgabe kann sehr anspruchsvoll sein, zum Teil jedoch dadurch erleichtert werden, Online-Beauftragte aus dem Kreis der Patienten (ePatients mit Erfahrung) und der breiten Öffentlichkeit zu ermitteln, zu schulen und zu ernennen. Diese können behilflich sein, Postings in sozialen Medien zu moderieren und zu unterstützen.

3. Kanäle auf Zielgruppen zuschneiden.

Content in sozialen Medien und die Auswahl des Mediums (beispielsweise einen Blog-Eintrag, ein YouTube-Video, beide Medien oder eine spezielle mobile App zu verwenden) müssen auf die Profile und Präferenzen von Zielgruppen und ihre Verständnisfähigkeiten zugeschnitten werden. Vertreter aus den Zielgruppen an der Planung, Umsetzung, Verbreitung und Evaluierung von Online-Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen zu beteiligen, ist sehr wichtig. Wichtig ist, den Content auf das unterschiedliche Niveau an Gesundheitskompetenz bei verschiedenen Zielgruppen auszurichten: vom informierten, kompetenten Patienten bis hin zu bildungsfernen Personen. Um hier effizient und effektiv beim Verfassen und Verbreiten der Inhalte vorzugehen, kann eine auf einheitlichen Zielgruppendatenreihen basierende Strategie (auf der Grundlage von aus Erkenntnissen beruhendem Material, das ursprünglich für Kliniker zusammengestellt wurde) verfolgt werden. Für einen Großteil der Bevölkerung wird es schwierig bleiben, selbst die sehr einfach zu lesenden Beiträge (in sozialen Medien) vollständig und richtig zu verstehen. Aus diesem Grund sollten Anbieter von Online-Gesundheitsinformationen zusätzlich zum schriftlichen Text weitere Kommunikationskanäle anbieten, damit niemand ausgegrenzt wird: interaktive Spiele, virtuelle Live-Seminare oder Audio- und Videoclips in einfacher Sprache für unterschiedliche Ethnien.

Quellen

PatientsLikeMe [Webseite]. Cambridge, MA, PatientsLikeMe, 2015 (<http://www.patientslikeme.com>, Zugriff: 02.04.2015).

T2X (Teen2Xtreme) [Webseite]. Teen2Xtreme, 2015 (<http://www.t2x.me>, Zugriff: 02.04.2015).

Plain Language Medical Dictionary [Online-Datenbank]. Ann Arbor, Taubman Health Science Library, University of Michigan, 2015 (<http://www.lib.umich.edu/plain-language-dictionary>, Zugriff: 02.04.2015).

Verfügbare Ressourcen von Behörden der Vereinigten Staaten

Die Centers for Disease Control and Prevention in den Vereinigten Staaten nutzen für ihre Kampagnen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und für ihre Kommunikationsaktivitäten umfassend die sozialen Medien. Sie bieten einen Online-Kurs für Gesundheitskompetenz, Schulungsmaterialien für Gesundheitskompetenz und Informationsmaterial zur Präsentation von Gesundheitsinformationen in den sozialen Medien an. Außerdem geben sie eine monatliche Gesundheitskommunikationsveröffentlichung über Gesundheitskompetenz, soziale Medien und Sozialmarketing heraus.

Ferner hat das Amt für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung der Vereinigten Staaten einen Online-Leitfaden entwickelt, wie benutzerfreundliche gesundheitsbezogene

Webseiten entwickelt werden können. Es betreibt auch ein Open-Source-Online-Portal, das für Personen mit einem Interesse an Gesundheitskompetenz, Gesundheitskommunikation und eGesundheit wichtige Werkzeuge, Forschungsberichte und andere Ressourcen bietet. Diese Werkzeuge könnten sowohl für Fachpersonen im Bereich der öffentlichen Gesundheit als auch für andere Experten mit einem Interesse an der Entwicklung von Inhalten für soziale Medien nützlich sein.

Health Literacy for Public Health Professionals [Online-Kurs]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/healthliteracy/training/index.html>, Zugriff: 02.04.2015).

Simply put – a guide for creating easy-to-understand materials. 3rd ed. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2009 (<http://stacks.cdc.gov/view/cdc/11938>, Zugriff: 02.04.2015).

Gateway to health communication and social marketing practice [Webseite]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2013 (<http://www.cdc.gov/healthcommunication>, Zugriff: 02.04.2015).

The health communicator's social media toolkit. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2011 (http://www.cdc.gov/healthcommunication/ToolsTemplates/SocialMediaToolkit_BM.pdf, Zugriff: 02.04.2015).

Health literacy online: a guide to writing and designing easy-to-use health web sites.

Washington, DC, Office of Disease Prevention and Health Promotion, United States Department of Health and Human Services, 2010 (<http://www.health.gov/healthliteracyonline/index.htm>, Zugriff: 02.04.2015).

Health communication, health literacy and e-health [Webseite]. Washington, DC, Office of Disease Prevention and Health Promotion, United States Department of Health and Human Services, 2015 (<http://health.gov/communication/Default.asp>, Zugriff: 02.04.2015).



Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz lokal, national und in der Europäischen Region entwickeln

In dieser Veröffentlichung wurden aussagekräftige und eindeutige Erkenntnisse zu der Frage präsentiert, warum politische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz notwendig sind. Es wurde ein breites Spektrum vielversprechender Interventionen beschrieben, die von vielen Akteuren durchgeführt werden und werden können, um Gesundheitskompetenz zu fördern. Dieser Teil fasst zentrale Handlungsfelder zusammen, die zur Entwicklung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen beitragen können. Zu diesen Handlungsfeldern zählen: Engagement und Führungskompetenz zugunsten von Gesundheitskompetenz in allen Teilen der Gesellschaft, Ausrichtung an den Werten und Grundsätzen des öffentlichen Wohls, Förderarbeit mit dem Ziel, Gesundheitskompetenz auf die Agenda der Politik zu bringen, den Ausbau der Wissensbasis zu Gesundheitskompetenz durch Forschungsförderung und Erhebungen, die Schaffung ausreichender Kapazität für Aktivitäten und wirksame Möglichkeiten der Zusammenarbeit zugunsten von Gesundheitskompetenz auf der Ebene der europäischen Region.

Die Förderung der Gesundheitskompetenz erfordert Engagement und Führungskompetenz in allen Teilen der Gesellschaft

1. Politiker, Fachkräfte, die Zivilgesellschaft und der private Sektor können dazu beitragen, die Herausforderungen im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz zu bewältigen. Die vorherigen Kapitel zeigen, dass sich viele Akteure, Organisationen und Settings aktiv um die Förderung, Entwicklung und Durchführung von Initiativen zugunsten von Gesundheitskompetenz bemühen. Manche Länder verfügen über Netzwerke, Koalitionen und Allianzen für Gesundheitskompetenz. Einige von diesen wurden strategisch parallel zu Organisationen etabliert, die Patient Empowerment und Gesundheitsförderung unterstützen. Fachverbände und Organisationen der Zivilgesellschaft in der gesamten Europäischen Region, die die Patientenbeteiligung, die öffentliche Gesundheit und die Verbraucherrechte

fördern, können wichtige Fürsprecher von Gesundheitskompetenz sein. Die International Union for Health Promotion and Education hat eine globale Arbeitsgruppe für Gesundheitskompetenz eingerichtet. Allianzen wie die Allianz gegen nichtübertragbare Krankheiten³ können dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz-Agenda in Bezug auf die globale Herausforderung nichtübertragbarer Krankheiten voranzutreiben. Der private Sektor kann ebenfalls wichtige Beiträge leisten. Die soziale Verantwortung von Unternehmen kann umfassen, zuverlässige Informationen für Patienten und Verbraucher bereitzustellen, was für gesundheitsbezogene Berichterstattung, Vermarktung und Werbung generell gelten sollte. Speziell können die Massenmedien sowie die Informations- und Kommunikationsindustrie mit Patienten und Verbrauchern zusammenarbeiten, um bessere Informationen zu erzielen, Erfahrungen auszutauschen sowie Transparenz und Rechenschaftslegung zugunsten von Gesundheit zu gewährleisten. Netzwerke

³ Die Allianz zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wurde von vier internationalen Dachverbänden nichtstaatlicher Organisationen gegründet, die die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten repräsentieren: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen. Zusammen mit anderen Partnern aus dem Kreis großer internationaler nichtstaatlicher Organisationen vereinigt die Allianz ein Netzwerk von mehr als 2000 Organisationen der Zivilgesellschaft in mehr als 170 Ländern. Der Auftrag der Allianz zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten ist die Bekämpfung der Epidemie der nichtübertragbaren Krankheiten auf der Grundlage des Konzepts, Gesundheit in den Mittelpunkt aller Maßnahmen zu stellen.

wie Gesunde Städte, gesundheitsfördernde Schulen, gesundheitsfördernde Hochschulen, gesunde Arbeitsplätze und gesundheitsfördernde Krankenhäuser können die Gesundheitskompetenzagenda beträchtlich stärken.

2. Der Gesundheitssektor kann mit gutem Beispiel vorangehen.

Er kann in verschiedenen Settings im Gesundheitsbereich aktiv werden, um Patient Empowerment zu verwirklichen und gezielt Gesundheitskompetenz zu fördern und zu unterstützen. Zentral für die professionelle Verantwortung von Fachpersonen im Gesundheitswesen ist, ihre Kommunikationskompetenzen zu verbessern und die Gesundheitskompetenz ihrer Patienten zu fördern. Alle Gesundheitsfachkräfte zu fördern und weiterzubilden ist wesentlich: Im ambulanten aber auch stationären Setting sind zukünftig Fachkräfte gefragt, die als Fürsprecher, Anwälte des Wandels, Berater und Leitfiguren fungieren können. Staatliche Gesundheitsdienste aber auch Leistungsträger in Gesundheitssystemen mit Sozialversicherungspflicht können Anreize schaffen, dass Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz im Gesundheitssektor umgesetzt werden. Patienten- und Verbraucherorganisationen können sich wiederum dafür einsetzen, dass Patient Empowerment und Förderung von Gesundheitskompetenz vermehrt Einzug im Gesundheitswesen halten. Um die Gesundheitskompetenz dieser Organisationen zu fördern, können Patientenvertreter in die Planung, Verwaltung und Qualitätssicherung von Gesundheitseinrichtungen einbezogen

werden. Dass dies ein wirksames Vorgehen ist, zeigen die Erfahrungen aus den Niederlanden.

3. Internationale und regionale Organisationen können moralische und politische Aktionsplattformen bereitstellen.

Beispielsweise wird in „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region der WHO zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, Gesundheitskompetenz als eine Determinante von Gesundheit und Wohlbefinden anerkannt, anerkannt. Es bietet sich also aktuell ein einzigartiges Momentum, um rasch Fortschritte zu erzielen. Investitionen in Forschung und Maßnahmen zu Gesundheitskompetenz werden auch auf hoher politischer Ebene und von bedeutsamen Mandaten gefordert: in der Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, in Weißbüchern der Europäischen Union sowie in Erklärungen des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen.

Ausrichtung an den Werten und Grundsätzen des öffentlichen Wohls

1. Gesundheitsbezogene Rechte und der Zugang zu Informationen werden benötigt.

Gesundheitskompetenz ist zentral, um ein gesundheitskompetenter Bürger zu sein. Sie ist eine grundlegende Kompetenz, die alle Menschen brauchen, um in der modernen Gesellschaft Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhindern und mit einer chronischen

Erkrankung zu leben. Gesundheitskompetenz ist für die öffentliche Gesundheit unentbehrlich. Gesundheitskompetenz ist ein aussagekräftiger Prädiktor des Gesundheitsstatus, der mit Alter, Einkommen, Beschäftigungsstatus, Bildungsniveau und Rasse oder ethnischer Gruppe verknüpft ist. Alle Menschen einschließlich Kindern und Jugendlichen haben ein Recht auf Gesundheitsinformationen und Gesundheitssysteme, die sie verstehen und in denen sie sich zurechtfinden können. Sie haben auch ein Recht auf Informationen als Verbraucher zu Produkten, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken können.

2. Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern.

In allen Ländern der Europäischen Region der WHO und darüber hinaus folgt Gesundheitskompetenz einem sozialen Gefälle. Die Hälfte der Bevölkerung in der Region verfügt über unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz. Die Folgen für diese Gruppen: Begrenzte Gesundheitskompetenz korreliert häufig mit weniger erfolgreichem Selbstmanagement von Krankheiten, fehlendem Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie der Fähigkeit, relevante Informationen zu verstehen sowie fundierte gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen. Gezielte Initiativen können die Gesundheitskompetenz benachteiligter Gruppen fördern und dazu beitragen, gesundheitlichen Ungleichgewichten entgegenzuwirken.

3. Die gesellschaftlichen Kosten verringern.

Begrenzte Gesundheitskompetenz verursacht signifikante Kosten für die Gesellschaft,

Gesundheitssysteme sowie Einzelpersonen und ihre Familien. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine Langzeitstrategie, die langfristige Investitionen erfordert. Nationale oder regionale Regierungen oder Kommunalverwaltungen können unterstützende Rahmenbedingungen schaffen, die das Engagement für Gesundheitskompetenz fördern. Sie können hohe Gesundheitskompetenz zu einem expliziten Ziel der Gesundheits- und Bildungspolitik machen. Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Messgröße für die frühkindliche Entwicklung, Schullehrpläne und lebenslanges Lernen zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden, die über den gesamten Lebenszyklus gefördert werden müssen.

- 4. Kapazitäten für dauerhaften Wandel schaffen.** Die Förderung der Gesundheitskompetenz verbessert nicht nur die Gesundheit, sondern stärkt auch die Widerstandskraft, um Personen und Gemeinschaften zu helfen, ihren Weg zu gesundheitserhaltenden Ressourcen und Maßnahmen zu finden.

Überzeugungsarbeit – Gesundheitskompetenz auf die Politikagenda bringen

- 1. Nationale und lokale Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickeln.** Manche Länder haben sich bereits in diese Richtung bewegt und Gesundheitskompetenz zu einer eigenständigen Strategie erklärt oder sie zum Gegenstand anderer nationaler Gesundheits- oder

Bildungsstrategien gemacht. Beispielsweise ist Gesundheitskompetenz in Wales ein wichtiges strategisches Element, um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. In Österreich ist Gesundheitskompetenz eines der zehn nationalen Gesundheitsziele. Aus Irland und den Niederlanden liegen ebenfalls hervorragende Beispiele vor.

2. Standards für gesundheitskompetente Organisationen zu einem Bestandteil von Qualitätssicherung und der sozialen Verantwortung von Unternehmen machen.

Institutionen wie Betriebsstätten, Schulen, Krankenhäuser und des Einzelhandels können Gesundheitskompetenz-Standards entwickeln und auf der geeigneten internen Ebene einführen. Dieser Ansatz umfasst Initiativen für eine verständliche Sprache, um aussagekräftige, zuverlässige, einfache und alltagsrelevante Informationen für Bürger, Patienten und Verbraucher bereitzustellen. Gesundheitskompetenz-Standards müssen auch zu einem integralen Bestandteil dessen werden, was von den Produzenten gesundheitsbezogener Waren und Dienstleistungen erwartet wird.

- 3. Einen mehrdimensionalen Ansatz zur Förderung der Gesundheitskompetenz verfolgen.** Um Zielgruppen zu erreichen, werden Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz am besten in Settings des Alltags verankert. Politische Strategien und Ansätze müssen in Bezug auf ihren Inhalt und ihr Format kulturelle, geschlechtsspezifische, altersspezifische und individuelle Unterschiede berücksichtigen. Die meisten Länder verfügen

über Behörden, die sich mit Problemen sozial benachteiligter, bildungsferner und vulnerabler Gruppen befassen, und Gesundheitskompetenz sollte zu einem wichtigen Teil von deren Aufgaben erklärt werden.

Den Forschungsstand zu Gesundheitskompetenz stärken

- 1. In Forschung investieren.** Um eine institutionelle Politik entwickeln zu können braucht es Investitionen in interdisziplinäre Forschung, um den Mehrwert für die betreffenden Organisationen aufzuzeigen, den Förderung von Gesundheitskompetenz hat. Dieser kann niedrigere Kosten (geringere Fehlzeiten und bessere Einhaltung), die Verbesserung der Versorgungsqualität und zufriedenerer Patienten umfassen. Nutzen für alle Beteiligten ist der beste Ausgangspunkt für den Erfolg. Krankenversicherungen können die Berücksichtigung benachteiligter Gruppen in ihre Vertragsbedingungen mit Leistungserbringern im Gesundheitssektor aufnehmen, wenn dies die Kosten senkt. In regelmäßigen Abständen sollten Erhebungen der Gesundheitskompetenz und der Bereitschaft von Systemen zu ihrer Förderung durchgeführt werden, um Vergleiche über den Zeitverlauf zu ermöglichen. Forschung sollte sich nicht nur auf Erwachsene konzentrieren, sondern auch Kinder und Jugendliche berücksichtigen.

Diese Veröffentlichung hat viele verschiedene vielversprechende Initiativen vorgestellt. Jetzt steht an, Prioritäten zu setzen und Investitionen zu tätigen. Das ist relevant, um beispielsweise

die Wirkung von Massenmedien und virtuellen sozialen Netzwerken zu analysieren und besser zu verstehen, wie sich Setting-bezogene Interventionen auf die Gesundheitskompetenz des Einzelnen auswirken.

- 2. Auf allen Steuerungsebenen werden bessere Messverfahren und vergleichbare Daten benötigt.** Die vorhandenen Maße zur Messung der Gesundheitskompetenz sind noch zu stark auf das Individuum ausgerichtet und müssen auf die kollektive Ebene (einschließlich Gemeinschaften) ausgeweitet werden. Außerdem muss die Frage beurteilt werden, inwieweit Materialien, Organisationen und Umfeld die Gesundheitskompetenz fördern. Bessere Forschung wird Organisationen bessere Orientierungshilfen und Hilfsmittel an die Hand geben, Verbesserungen zu erzielen: in der Patientenedukation und Selbstmanagementförderung für Patienten und Angehörige, der Qualitätssicherung erbrachter Leistungen, bei der Ausrichtung von Leistungen auf Bedarf und Bedürfnisse von Zielgruppen oder für den Inhalt und die Verbreitung von Gesundheitsinformationen.

Zusammenarbeit auf der europäischen Ebene

- 1. Europäische Organisationen sollten zusammenarbeiten, den European Health Literacy Survey auszuweiten.** Dies kann als ein Gradmesser für die Wirksamkeit gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansätze zu Gesundheit und Wohlbefinden

dienen – auch innerhalb der Organisationen. Es wird empfohlen, Gesundheitskompetenz in den Rahmen der Europäischen Union für Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen aufzunehmen. Durch die fortgesetzte Unterstützung der Europäischen Union, der WHO und der Länder sollte der European Health Literacy Survey beibehalten werden. Dafür sollten zweckgebundene Mittel bereitgestellt werden, und er sollte auf mehr Länder ausgeweitet sowie in regelmäßigen Zeitabständen durchgeführt werden. Das Instrument kann auch dazu verwendet werden, die Gesundheitskompetenz bestimmter Gruppen und die Wirksamkeit von Maßnahmen, Programmen und Projekten in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden zu beurteilen sowie Ressorts und Gesellschaften übergreifend zu vergleichen.

2. Unterstützung für europäische Exzellenzzentren. Solche Zentren könnten helfen, die Dynamik zugunsten von Gesundheitskompetenz weiter zu steigern und sowohl eine Forschungs- als auch eine Handlungsagenda zu unterstützen. Sie können dazu beitragen, Netzwerke zu Gesundheitskompetenz in der Europäischen Region der WHO zu erweitern. Gesundheitskompetenz ist ein hervorragendes gesundheitsbezogenes Handlungsfeld, für das die EU und das WHO-Regionalbüro für Europa ihre Kräfte mit anderen europäischen und globalen Akteuren bündeln können – insbesondere im Zusammenhang mit der Rolle von Innovation im Gesundheitsbereich angesichts der zunehmenden Relevanz von Informations- und Kommunikationstechnologien

für Gesundheit beziehungsweise die Förderung von Gesundheitskompetenz.

3. Lern- und Austauschprozesse unterstützen.

Europäische Organisationen sollten sich an Netzwerken zu Gesundheitskompetenz beteiligen und zusammenarbeiten. Health Literacy Europe ist ein rasch wachsendes Netzwerk für Fachkräfte aus Forschung, Politik und Praxis. Es wurde als Teil des European Health Literacy Project gegründet und 2010 auf dem Europäischen Gesundheitsforum Gastein ins Leben gerufen. Länder ergreifen bereits nationale, regionale und lokale Initiativen. Diesen Lernaustausch zu unterstützen, kann allen helfen, raschere Fortschritte zu erzielen (Kästen 21 und 22).

Quellen

delle Grazie J. *How can national policy make a difference? The role of health literacy in national health strategies.* Vienna, European Health Forum Gastein, 2012.

Fairer health outcomes for all: reducing inequities in health. Strategic action plan – technical working paper. Cardiff, Welsh Assembly Government, 2011 (<http://wales.gov.uk/topics/health/publications/health/reports/fairer/?lang=en>, Zugriff: 02.04.2015).

Kickbusch I, Wait S, Maag D. *Navigating health: the role of health literacy.* London, Alliance for Health and the Future, 2005. Lynch J. *Literacy audit for healthcare settings.* Dublin, National Adult Literacy

Kasten 21: Irland: ein Multi-Stakeholder-Ansatz

In Irland bot die Zusammenarbeit zwischen der Nationalen Agentur für Erwachsenenbildung (NALA), dem Gesundheitsministerium, dem Gesundheitsdienst, der Wissenschaft und dem Pharmaunternehmen MSD einen wirksamen Ansatz, um operative und politische Initiativen zu Gesundheitskompetenz zu beeinflussen und umzusetzen.

Das Thema Gesundheitskompetenz steht in dem Land seit 2002 auf der Politikagenda, wenn auch nur peripher. Der erste Anstoß erfolgte durch den International Adult Literacy Survey, der ergab, dass 55% der 1995 befragten irischen Bevölkerung über sehr begrenzte Schreib- und Lesekompetenz verfügten. Dies war ein schockierendes Ergebnis, und die NALA, eine 1980 gegründete gemeinnützige Organisation, reagierte darauf in mehrfacher Weise. Unter anderem untersuchte sie die Beziehung zwischen Grundbildungskompetenzen und Gesundheitskompetenz. Sie führte ein qualitatives Forschungsprojekt durch, die mit Teilnehmenden von Alphabetisierungskursen und Gesundheitsfachpersonen geführt wurden. Die Befunde und Empfehlungen für politische Initiativen und Strategien zu Gesundheitskompetenz wurden 2002 veröffentlicht.

Im Lauf der Jahre hat die NALA eng mit dem Gesundheitsministerium, der Abteilung für Gesundheitsförderung und dem Gesundheitsdienst zusammengearbeitet, die die Gesundheitskompetenzinitiativen der NALA unterstützt haben. Ein wichtiger Schritt in der jüngeren Zeit, um die Gesundheitskompetenzagenda voranzutreiben, war die Beteiligung Irlands am European Health Literacy Survey. Die Befragung ergab, dass 39% der in Irland befragten Personen über unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz verfügen.

2007 erfolgte ein zweiter Anstoß durch das in Irland ansässige multinationale Pharmaunternehmen MSD, das Gesundheitskompetenz zu einem zentralen Element seiner Agenda für Verantwortung des Unternehmens machte. Die NALA und MSD vereinbarten, zu kooperieren.

2007 vergaben die Partner dieser Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitskompetenz erstmals die Crystal Clear MSD Health Literacy Awards. Die Initiative soll Personen würdigen, die in Bildung und Ausbildung, beim Verfassen gesundheitsbezogener Texte und in der Patientenkommunikation Veränderungen vorantreiben, um gute Praxis zu fördern und Innovation in diesem Bereich zu belohnen. Die Zahl der Einreichungen für die Crystal Clear MSD Health Literacy Awards ist seit 2007 ständig gestiegen, und die Qualität von Innovationen und Einreichungen hat sich verbessert. Der Wettbewerb wird zweimal jährlich formell mit einer Werbekampagne eröffnet, worüber in den nationalen Medien einschließlich Rundfunk und Fernsehen berichtet wird.

Die NALA hat vielfältige Unterstützungsmaterialien zur Förderung der Gesundheitskompetenz erstellt. Lehrmaterialien für allgemein verständliche Sprache und Weiterbildungsangebote für Fachpersonen mit kommunikativen Aufgaben im Gesundheitssektor machen einen Teil der laufenden täglichen Arbeit der NALA aus. Die NALA befasst sich außerdem mit Forschung zu Gesundheitskompetenz und entwickelt Hilfsmittel, um auf dieses Thema vermehrt aufmerksam zu machen, z. B. durch ein Prüfinstrument oder eine DVD. Andere Materialien umfassen ein NALA-Grundsatzpapier zu Gesundheitskompetenz in Irland (2009), eine Kompetenzenprüfung für Gesundheitsversorgungssettings (2009), eine Materialiensammlung für kompetenzfördernde Settings im Gesundheitssektor und das NALA-Audit-Projekt (2010), bei dem ein Bericht mit Bewertungen zur Förderung von Gesundheitskompetenz in verschiedenen Einrichtungen der Grundversorgung erarbeitet wurde (einem Zentrum für primäre Gesundheitsversorgung, einem gemeindenahen Versorgungssetting, einer Diabetesambulanz in einem Krankenhaus und einem Informationszentrum in einem Kinderkrankenhaus).

Die NALA versucht derzeit sicherzustellen, dass ihr Prüfinstrument zu Gesundheitskompetenz wie von der Behörde für Gesundheitsinformationen und Qualität geprüft und angeordnet in die Normen für die Gesundheitsversorgung integriert wird. Sie bemüht sich auch, Gesundheitskompetenz in alle nationalen Gesundheitskampagnen und Vorsorgeuntersuchungsprojekte sowie in die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen zu integrieren. Mit dem Ziel, die nationale Gesundheitspolitik zum Thema Gesundheitskompetenz noch stärker zu beeinflussen, wurde der NALA der Vorsitz im Nationalen Beratungsgremium für Gesundheitskompetenz (das Teil des Europäischen Gesundheitskompetenzprojekts ist) übertragen.

Kasten 22: Die Allianz Gesundheitskompetenz in der Schweiz

In der Schweiz vernetzt die Allianz Gesundheitskompetenz als Plattform Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft und den Medien zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Sie will gesellschaftspolitische Impulse geben, strategische Konzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickeln und unterstützt die Umsetzung konkreter Projekte mit Partnern inner- und außerhalb der Allianz. Die Allianz möchte die soziopolitische Agenda voranbringen, entwickelt Strategien sowie Konzepte für die Förderung der Gesundheitskompetenz und unterstützt zusammen mit Partnern von innerhalb und außerhalb der Allianz die Verwirklichung konkreter Projekte in der Schweiz.

Die Mitglieder der schweizerischen Allianz Gesundheitskompetenz sind: Gesundheitsförderung Schweiz, Public Health Schweiz, die Careum Stiftung, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und MSD – Merck Sharp & Dohme AG.

Agency, 2009 (http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSE_NALA_Health_Audit.pdf, Zugriff: 02.04.2015).

Lynch J. *NALA audit project 2010*. Dublin, National Adult Literacy Agency, 2009 (http://www.nala.ie/sites/default/files/publications/NALA%20Audit%20Project%20Dec%202010%20report_1.pdf, Zugriff: 02.04.2015).

ie/sites/default/files/publications/NALA%20Audit%20Project%20Dec%202010%20report_1.pdf, Zugriff: 02.04.2015).

McCarthy A, Lynch J, eds. *Health literacy policy and strategy: research report for National Adult Literacy Agency*. Dublin, National Adult Literacy Agency, 2002 (http://www.nala.ie/sites/default/files/publications/Health%20literacy%20policy%20and%20strategy%20-%202002%20research%20report_1.pdf, Zugriff: 02.04.2015).

NALA policy brief on health literacy in Ireland. Dublin, National Adult Literacy Agency, 2009 (http://www.nala.ie/sites/default/files/publications/NALA%20policy%20on%20health%20literacy_1.pdf, Zugriff: 02.04.2015).

OECD and Statistics Canada. *Literacy in the information age: final report of the International Adult Literacy Survey*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000 (<http://www.oecd.org/education/country-studies/39437980.pdf>, Zugriff: 02.04.2015).

Puntoni S. *Health literacy in Wales. A scoping document for Wales*. Cardiff, Welsh Assembly Government, 2012.

D

Befunde zu Gesundheitskompetenz in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Mit dem in Abschnitt A vorgestellten ersten European Health Literacy Survey HLS-EU wurde 2011 ein konzeptioneller Orientierungsrahmen zur Erhebung von Gesundheitskompetenz geschaffen. Dieser hat ländervergleichende Analysen ermöglicht und im HLS-EU wurden Befunde aus Deutschland (nur Nordrhein-Westfalen) bzw. Österreich erhoben. Daran anknüpfend fanden in Deutschland und Österreich weitere nationale und zielgruppenspezifische Erhebungen zu Gesundheitskompetenz statt, z. B. zu Menschen mit Migrationshintergrund. In der Schweiz ist eine Teilnahme an europäischen Vergleichsstudien zu Gesundheitskompetenz derzeit in Vorbereitung. Trotzdem deutet die vorliegende heterogene Datenlage aus diversen Studien ähnliche Tendenzen wie im deutschsprachigen Europa an. Nachfolgend werden die gegenwärtige Datenbasis und laufenden Studien zu Gesundheitskompetenz in Deutschland, Österreich und der Schweiz skizziert. Sie verdeutlichen den Zusammenhang von Gesundheitskompetenz mit sozioökonomischen, -kulturellen sowie -demografischen Determinanten, bspw. Bildung, Alter, Geschlecht, ethnischem Hintergrund, Einkommen oder sozialem Status.

Quellen

Sørensen K et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, 2015, doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.

The HLS-EU Consortium. *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. (Second extended and revised version)*, 2012. (http://lbihpr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf, Zugriff: 18.07.2015).

Deutschland

Anknüpfend an den HLS-EU wurden 2014 in Deutschland weitere Studien zur Gesundheitskompetenz durchgeführt. Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ermittelte die Gesundheitskompetenz von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 18 Jahren. Die Basis bildeten 2010 computergestützte Telefoninterviews (CATI) mit der Kurzform (HLS-EU-Q16) des im HLS-EU

eingesetzten Fragebogens HLS-EU-Q47 zzgl. sieben weiterer Einzelfragen.

An der Universität Bielefeld wurde wiederum eine für Deutschland repräsentative Befragung durchgeführt (HLS-GER, n = 2000). Mittels computergestützter persönlicher Interviews (CAPI) wurden Daten zur Gesundheitskompetenz, dem Gesundheitszustand, der Nutzung des Gesundheitssystems, dem Gesundheitsverhalten und zu sozialen Determinanten erhoben. Zur Erfassung von Gesundheitskompetenz wurde der HLS-EU-Q47 verwendet. In einer weiteren Studie der Universität Bielefeld wurde gezielt die Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen in Nordrhein-Westfalen untersucht (HLS-NRW). Hier wurden insgesamt 500 Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, und 500 ältere Menschen über 65 Jahre befragt. In beiden Gruppen hat die Hälfte der Befragten einen Migrationshintergrund. Auch hier wurde der HLS-EU-Q47 zur Erfassung von Gesundheitskompetenz eingesetzt und um zielgruppenspezifische Aspekte erweitert.

Wissenswertes Fakten

1. Etwa zwei von drei befragten GKV-Versicherten wiesen eine unzureichende bzw. problematische Gesundheitskompetenz auf. Bei 33% war die Kompetenz ‚ausreichend‘ und bei 7% ‚ausgezeichnet‘, um Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen (Tabelle 7). Frauen,

ältere Menschen sowie Personen mit höherem Schulabschluss und Einkommen zeigten eine tendenziell bessere Gesundheitskompetenz als Männer, Jüngere und Personen mit niedrigem Schulabschluss bzw. Einkommen. Die größten Probleme offenbarten die GKV-Versicherten im Umgang mit Informationen zu Gesundheitsrisiken in den Medien. Zwei von drei Personen (66%) stuften es als ‚schwierig‘ oder ‚sehr schwierig‘ ein, zu beurteilen, ob diese Informationen vertrauenswürdig sind. Ähnlich ist es beim Verstehen von Nährwertangaben auf Lebensmittelpackungen – dies wurde von 59% der GKV-Versicherten als ‚schwierig‘ bzw. ‚sehr schwierig‘ empfunden.

2. Die Hälfte der deutschen Allgemeinbevölkerung ist in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt. Ergebnisse des HLS-GER zeigen, dass 54,3% der deutschen Bevölkerung Schwierigkeiten haben, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen oder anzuwenden. Jede zehnte Person (9,7%) verfügt über begrenzte Gesundheitskompetenz. Dagegen liegt der Anteil derjenigen mit ausgezeichneter Gesundheitskompetenz – ähnlich wie bei den GKV-Versicherten – lediglich bei 7,3%. Besonders Menschen mit chronischer Krankheit, niedrigem Bildungsabschluss, Migrationshintergrund und im höheren Alter sind häufig in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt. Beispielsweise gab über die Hälfte der über 65-Jährigen (52%) an, es sei ‚schwierig‘ oder ‚sehr schwierig‘, die Packungsbeilagen von Medikamenten zu verstehen.

Tabelle 7: Allgemeine Gesundheitskompetenz bei 1995 GKV-Versicherten in Deutschland im europäischen Vergleich

Gesundheitskompetenz	GKV-Versicherte (n = 1995)	Total HLS-EU (n = 7.794)
unzureichend (Score 0-25)	14,5%	11,8%
problematisch (Score >25-33)	45,0%	34,5%
ausreichend (Score >33-42)	33,4%	36,7%
ausgezeichnet (Score >42-50)	7,0%	17,0%
Mittelwert	31,9	33,38

Quelle: In Anlehnung an: Zok, K. *Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten*. WIdO-monitor, 2014, 11(2):1-12. (http://www.wido.de/wido_monitor_2_2014.html, Zugriff: 15.07.2015)

3. Was Gesundheitskompetenz anbelangt, sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund eine besonders vulnerable Gruppe. Acht von zehn älteren Menschen mit Migrationshintergrund (81.6%) haben dem HLS-NRW zufolge eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Dies hängt mit sozialen Determinanten wie Einkommen, Alter und Bildung zusammen. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich, dass Gesundheitskompetenz durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst ist. Drei von vier der befragten Jugendlichen mit Migrationshintergrund (77%) haben eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Bei denjenigen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund sind es nur 70,7%.

Maßnahmen und Handlungsfelder

Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig es ist, sich dem Thema Gesundheitskompetenz künftig

auch in Deutschland verstärkt zu widmen. Sie unterstreichen zugleich den politischen Handlungsbedarf: Erforderlich ist eine langfristige, gesamtgesellschaftliche Strategie, die gemeinsam von allen relevanten Akteuren entwickelt wird.

Quellen

Horn A et al. Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. Ergebnisse einer qualitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2015, 58(6):577-83. doi: 10.1007/s00103-015-2147-0.

Kolpatzik K. Lücken beim Gesundheitswissen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 2014, 17(7-8): 27-30. (<http://www.aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz>, Zugriff: 15.07.2015).

Quenzel G et al. Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher – Einflussfaktoren und Folgen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2015, 58(9):951-957. doi: 10.1007/s00103-015-2201-y.

Schaeffer D et al. *Health Literacy in Deutschland: Ergebnisse des HLS-GER*. In: Schaeffer D, Pelikan J, Kickbusch I (Hg.). *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. (i. E). Bern: Hogrefe.

Vogt D et al. „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2015. doi: 10.1007/s11553-015-0519-9.

Zok K. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *Wido-monitor*, 2014, 11(2):1-12. (http://www.wido.de/wido_monitor_2_2014.html, Zugriff: 15.07.2015).

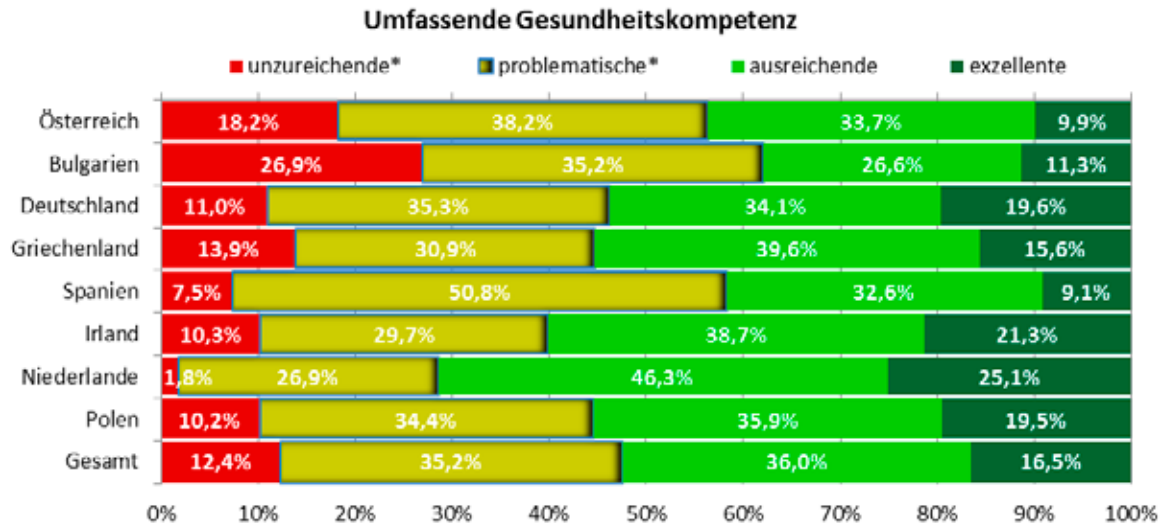
Österreich

Österreich hat 2011 am HLS-EU teilgenommen und hier wurden im Anschluss ebenfalls weitere Studien zu Gesundheitskompetenz durchgeführt: eine Bundesländerstudie (2012), die Gesundheitskompetenz Jugendstudie mit 15-jährigen Jugendlichen (2013) und die MigrantInnen Gesundheitskompetenz Studie (GKM, 2015) bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien. Bei diesen Untersuchungen wurde der HLS-EU-Q47 Fragebogen zur Messung von Gesundheitskompetenz verwendet, zum Teil

leicht adaptiert oder als Kurzform eingesetzt (HLS-EU-Q16). Für die GKM wurde zusätzlich ein zielgruppenspezifisches Erhebungsinstrument im Format des HLS-EU Fragebogens entwickelt, um Gesundheitskompetenz-relevante Themen von Personen mit Migrationshintergrund zu identifizieren.

Wissenswertes Fakten

- 1. In Österreich betrifft begrenzte Gesundheitskompetenz über die Hälfte der Bevölkerung.** Der HLS-EU 2011 hat gezeigt, dass in Österreich auf nationaler Ebene bei 1764 teilnehmenden Personen die Gesundheitskompetenz (56,4%) niedriger als im internationalen Durchschnitt war (47,6%). Außerdem war sie deutlich niedriger als im besten Land, den Niederlanden (28,7%). Begrenzte Gesundheitskompetenz ist demnach kein Problem von Minderheiten, sondern betrifft die Mehrheit der Bevölkerung (Abb. 17).
- 2. Bezogen auf Gesundheitskompetenz gibt es in Österreich beträchtliche regionale Unterschiede und soziale Ungleichgewichte.** Innerhalb Österreichs variieren auf Bundesländerebene die Anteile mit begrenzter Gesundheitskompetenz erheblich: Beispielsweise sind in Vorarlberg ein Drittel der Bevölkerung (36%) davon betroffen, in der Steiermark sind es dagegen 63,3%. Gesundheitskompetenz wird in Österreich am stärksten von den sozialen Determinanten Einkommen, Alter und Geschlecht beeinflusst.

Abb. 17. Gesundheitskompetenz in Österreich im internationalen Vergleich

*begrenzte Gesundheitskompetenz = unzureichend + problematisch

Quelle: HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. (Second extended and revised version).

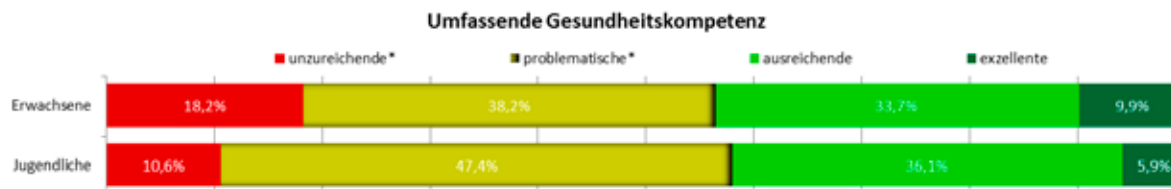
3. Die Antwortmuster von Jugendlichen zu Gesundheitskompetenz sind denen der Erwachsenen sehr ähnlich.

Die Gesundheitskompetenz Werte der Jugendlichen unterscheiden sich nur geringfügig von denen der Erwachsenen. Nur im Bereich der Gesundheitsförderung liegen die Jugendliche deutlich vor den Erwachsenen (Abb. 18).

Maßnahmen und Handlungsfelder

Die Förderung von Gesundheitskompetenz wurde in den österreichischen Rahmen-

Gesundheitszielen 2012 als ein prioritäres bundesweites Ziel definiert und dazu ein umfassender Maßnahmenkatalog ausgearbeitet. Gleichzeitig wurde Gesundheitskompetenz vom Staatssekretariat für Integration als bedeutendes Problem- und Betätigungsfeld für zukünftige Integrationsbestrebungen erkannt. Seit 2015 existiert auf nationaler Ebene eine Plattform Gesundheitskompetenz mit einer Koordinationsstelle beim Fonds Gesundes Österreich. Eine der in Angriff genommenen Maßnahmen sind „Gesundheitskompetente Krankenhäuser“, für die ein Wiener Modell mit Standards und Indikatoren zur Selbstbewertung entwickelt wurde.

Abb. 18. Gesundheitskompetenz von österreichischen Jugendlichen und Erwachsenen

*begrenzte Gesundheitskompetenz = unzureichend + problematisch

Quelle: Röthlin F et al. *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)*. Wien, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, 2013.

Quellen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). *Empfehlungen zur Einrichtung der „Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz“ (ÖPGK)*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2015 (http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Gesundheitskompetenz/Plattform_Gesundheitskompetenz, Zugriff: 15.07.2015).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). *Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken*. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2014 (http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3_Bericht_201404142.pdf, Zugriff: 15.07.2015).

Pelikan JM et al. *Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich*. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz

(HealthLiteracy) Bundesländer-Studie. Wien, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, 2013 (Forschungsbericht, unveröffentlicht).

Röthlin F et al. *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)*. Wien, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, 2013 (http://lbihpr.lbg.ac.at/w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/hljugend_bericht.pdf, Zugriff: 17.07.2015).

Pelikan JM, Dietscher C. Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre Gesundheitskompetenz verbessern? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2015, 58(9):989-995. doi: 10.1007/s00103-015-2206-6.

Schweiz

Auch in der Schweiz wird seit geraumer Zeit die wachsende Bedeutung von Gesundheitskompetenz diskutiert. Seit Ende der 1990er Jahre sind dort diverse Studien durchgeführt worden, um den Stand und die Verteilung der Gesundheitskompetenz in der Schweizer Bevölkerung zu erheben. Als eine der ersten breit angelegten Studien erfasste der Swiss-Health-Literacy-Survey (SHLS) 2006 die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung (Wang et al., 2012). Seine Ergebnisse wurden in der Fachwelt und Öffentlichkeit mit Interesse aufgenommen und die methodischen Erfahrungen aus diesem Projekt flossen in die konzeptuellen Arbeiten des HLS-EU 2011 ein. Anders jedoch als bei den deutschsprachigen Nachbarländern war die Schweiz nicht am HLS-EU 2011 beteiligt und es fehlt eine Orientierung der existierenden Studien an einem gemeinsamen Konzept von Gesundheitskompetenz, z. B. dem der ersten europäischen Vergleichsstudie.

Hinzu kommt, dass die Datenlage zu Gesundheitskompetenz in der Schweiz eher heterogen ist. Gesundheitskompetenz wurde je nach Studie unterschiedlich definiert bzw. verortet, z. B. als Fähigkeit, das medizinische Versorgungssystem nutzen zu können, oder als Alltagskompetenz zum Umgang mit Gesundheit in alltäglichen Lebenskontexten. Es wurden verschiedenste Personengruppen untersucht und die als Gesundheitskompetenz erfassten Merkmale reichen von konkretem

Wissen (z. B. zu spezifischen Erkrankungen) über selbsteingeschätzte Fähigkeiten bis hin zu Fragen des gesundheitsrelevanten Handelns. In der Regel handelt es sich bei den Schweizer Studien um Validierungsstudien oder sie waren explorativ ohne validierte Erfassungsinstrumente angelegt. Die bisherigen Daten ergeben daher kein klares Bild zum Stand bzw. zur Ausprägung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz.

Wissenswertes Fakten

1. Je nach Studie schätzt ein Viertel bis über die Hälfte der befragten Personen ihre Gesundheitskompetenz als begrenzt ein.

In Schweizer Studien mit Verteilungsdaten zeichnen sich gemeinsame Tendenzen ab: Erwartungsgemäß gibt es einen Anteil an Personen, die ihre Gesundheitskompetenz gering einschätzen oder Wissensfragen nicht korrekt beantworten können. Je nach Studie variiert dieser Anteil zwischen einem Viertel und über der Hälfte der Befragten.

Beispielsweise wurden in der Befragungsreihe Univox des GfS-Forschungsinstituts 2006 einmalig Fragen zur Gesundheitskompetenz in der Schweiz erfasst. Befragt wurden 705 Personen im Alter von 18 und 84 Jahren aus der deutsch- und französischsprachigen Schweiz. Adressiert wurden funktionale, interaktive und kritische Gesundheitskompetenz sowie Gesundheitswissen und die Fähigkeit, den Alltag gesundheitsfördernd zu gestalten. Zwei Drittel der deutsch- und französischsprachigen Schweizer Bevölkerung bezeichneten ihre

Gesundheitskompetenz als gut, ein Viertel als teils gut/teils schlecht und circa jede zehnte Person schätzte ihre Gesundheitskompetenz als schlecht ein. Bei einer anderen Studie im Kanton Tessin wurden 639 Personen im Alter zwischen 15 und 96 Jahren zur krebsspezifischen Gesundheitskompetenz (Cancer Literacy) befragt. Erfasst wurde das Wissen, das Laien benötigen, um Informationen und Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Krebs zu verstehen. Im Durchschnitt wurden 51.6% der Fragen korrekt beantwortet. In einer weiteren krankheitsspezifischen Studie wurden 2012 493 Personen im Alter zwischen 25 und 70 Jahren mit Diabetes mellitus Typ II aus allen drei Sprachregionen der Schweiz befragt. Sie waren bei der zweitgrößten Schweizer Krankenkasse versichert und wurden zu ihrer Fähigkeit befragt, schriftliche medizinische Informationen zu verstehen. Die Hälfte der Befragten (50.7 %) gab an, damit nie Probleme zu haben, während rund ein Viertel (26.2 %) gelegentlich Probleme hatte. Immer oder häufig Probleme mit dem Verstehen von medizinischen Informationen hatten 7.3% der Befragten.

- 2. In der Schweiz spielen sozioökonomische, -kulturelle und -demografische Determinanten eine Rolle bei Gesundheitskompetenz.** Je nach Studie beeinflussen Determinanten wie etwa Bildung, Alter, Geschlecht oder Herkunftsland die Gesundheitskompetenz. Auch gesundheitsbezogene Merkmale wie der Gesundheitszustand oder gesunder Lebensstil

hängen mit der unterschiedliche Ausprägung von Gesundheitskompetenz zusammen.

So schätzten in der erwähnten Univox-Studie Menschen über 64 Jahren ihre Gesundheitskompetenz schlechter ein als jüngere Teilnehmende und solche mit einem niedrigen Bildungs- und Einkommensniveau schlechter als sozioökonomisch besser gestellte Menschen. Ebenso bezeichneten diejenigen mit schlechtem Gesundheitszustand ihre Gesundheitskompetenz häufiger als schlecht. Bei der Cancer-Literacy-Studie zeigte sich eine durchschnittlich höhere krebsspezifische Gesundheitskompetenz bei Tessiner Frauen, Schweizer Staatsangehörigen sowie Personen mit einer medizinischen Qualifikation und höherem Bildungsabschluss. Die Studie „Young Adults Study Switzerland“ befragt seit dem Jahr 2010 junge Schweizer Erwachsene (Alter 18-25 Jahre) in einem Zweijahreszyklus und enthält eine Reihe von Fragen zur funktionalen, interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenz. Bei den Daten aus den Jahren 2010 und 2011 von 7097 jungen Männern zwischen 18 und 25 Jahren und von 311 jungen Frauen zwischen 18 und 21 Jahren vor. Mithilfe einer neu entwickelten Skala wurden höhere Gesundheitskompetenzwerte identifiziert bei jungen Frauen, Personen mit höherer Bildung (eigene Bildung und Bildung der Eltern) sowie solchen, denen ein gesunder Lebensstil wichtig war

- 3. Bei Menschen mit Migrationshintergrund verfügen sozioökonomisch schlechter gestellte Gruppen über weniger**

Gesundheitskompetenz. Im zweiten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung wurde 2010 die Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung der Schweiz untersucht. Zu funktionaler Gesundheitskompetenz wurden die Daten von 2614 Migranten aus Portugal, Kosovo, Serbien und der Türkei im Alter von 17 bis 74 Jahren ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass das Wissen, mit welchen Symptomen professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden sollte und mit welchen nicht, in der Migrationsbevölkerung signifikant unterschiedlich verteilt war. Das Wissen für angemessene Arztbesuche war besser bei Befragten mit höherem Bildungsabschluss, jüngerem Alter, weiblichem Geschlecht und aus bestimmten Herkunftsländern.

- 4. Trotz rudimentärer Datenlage in der Schweiz ähnliche Tendenzen wie im HLS-EU.** Beinahe die Hälfte der am HLS-EU teilnehmenden europäischen Bevölkerung verfügt über eine unzureichende Gesundheitskompetenz. In der Schweiz liegt dieser Anteil bei einem Viertel bis der Hälfte der befragten Personen. Ähnlich wie beim HLS-EU ist Gesundheitskompetenz in der Schweiz auch entlang sozioökonomischer, -kultureller und demografischer Merkmale ungleich verteilt.

Maßnahmen und Handlungsfelder

In der Schweiz können wegen der unsicheren Datenlage gegenwärtig keine wissenschaftlich

gesicherten Aussagen zur Verteilung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gemacht werden. Tendenzen sind erkennbar, zukünftig braucht es aber eine ausreichend solide Datenbasis, um bedarfsorientiert und zielgruppenspezifisch Public-Health-Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz zu entwickeln. Abhilfe könnte hier eine laufende repräsentative Erhebung in Orientierung am HLS-EU schaffen, den das Schweizer Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben hat. Bei der Verbesserung der Datenlage kann es helfen, die konzeptuellen Grundlagen und methodischen Erfahrungen aus nationalen und internationalen Arbeiten zu Gesundheitskompetenz vergleichend zu analysieren. Es sind zudem kontext- bzw. zielgruppenspezifische Messungen erforderlich, z. B. zur Gesundheitskompetenz chronisch kranker Menschen oder solcher mit Migrationshintergrund.

Quellen

Abel T et al. Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promotion International*, 2014. doi: 10.1093/heapro/dat096.

Ackermann Rau S et al. When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 2014, 59(6): 967-74. doi: 10.1007/s00038-014-0583-5.

Diviani N, Schulz PJ. First insights on the validity of the concept of Cancer Literacy: A test in a sample of Ticino (Switzerland) residents. *Patient Education and Counselling*, 2012, 87(2):152-159. doi: 10.1016/j.pec.2011.08.016.

Franzen J et al. The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *European Journal of Public Health*, 2014, 24(6): 997-1003. doi: 10.1093/eurpub/ckt202.

Sommerhalder K. *Gesundheitskompetenz in der Schweiz: Forschungsergebnisse und Interventionsmöglichkeiten*. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.). *Gesundheitskompetenz –*

Zwischen Anspruch und Umsetzung. Zürich, Seismo, 2009:55-79.

Sommerhalder K, Abel T. *Wie gesundheitskompetent ist die Schweizer Bevölkerung?* In: Schweizer Akademie für Medizinische Wissenschaften SAMW, Allianz Gesundheitskompetenz (Hg.). *Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven*. Bern, SAMW, 2015:27-30.

Wang, J et al. The Swiss Health Literacy Survey: Development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competencies for health. *Health Expectations*, 2012, 17(3): 396-417. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00766.x.

Careum

«Die Gesundheitswelt der Zukunft denken» – Als eine der führenden Institutionen für zukunftsorientierte Fragen der Bildung im Gesundheitswesen will Careum in der Aus- und Weiterbildung neue Akzente setzen, um die künftigen Akteure im Gesundheitswesen adäquat auf ihre Aufgaben vorzubereiten.

www.careum.ch

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die österreichische Sozialversicherung garantiert unabhängig von Alter, Einkommen, sozialer Herkunft und Bildung hochwertige Gesundheitsversorgung und eine sichere Pensionsvorsorge. Aktuell sind rund 8,4 Millionen Menschen anspruchsberechtigt - Versicherte und mitversicherte Angehörige. Im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sind alle Sozialversicherungsträger zur Wahrnehmung gemeinsamer Interessen und zur Koordinierung der Tätigkeiten der einzelnen Sozialversicherungsträger zusammengeschlossen. Er ist somit das organisatorische Dach über der solidarischen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung Österreichs.

www.hauptverband.at

AOK-Bundesverband

Seit 130 Jahren steht die AOK für Sicherheit und umfassende medizinische Versorgung im Krankheitsfall. Die Gesundheitskasse versichert mit 24 Millionen Menschen fast ein Drittel der Bevölkerung. Der AOK-Bundesverband ist die Dachorganisation der elf selbstständigen AOKs. Kernaufgabe des Bundesverbandes ist es, die Interessen des AOK-Systems gegenüber der Bundespolitik, dem GKV-Spitzenverband und den Vertragspartnern der AOK zu vertreten. Hier engagiert sich der Bundesverband für eine qualitativ gute und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Versicherten.

www.aok-bv.de

Gesundheitskompetenz

Careum Stiftung
Pestalozzistr. 3
CH-8032 Zürich

Tel.: +41 43 222 50 00 E-Mail: info@careum.ch
Website: www.careum.ch