Gesundheitskompetenz

Konzepte –
Befunde –
Interventionsstrategien

LANDES GESUNDHEITS KONFERENZ THÜRINGEN

LANDESSENIORENRAT Thüringen

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	Heiker Werner (Ministerin)	4
Fachwissenschaft: Konzepte der Gesundheitskompetenz		
Gesundheitskompetenz – Health Literacy	Prof. Eva Maria Bitzer	5
Wider die Gesundheitskompetenz im Kontext von Eigen- und Solidarverantwortung	Prof. Dr. Bettina Schmidt	12
Zur Kritik an Kompetenzmodellen	Dr. Jan Steinhaußen	18
Exkurs: 2. Thüringer Seniorenbericht	Dr. Jan Steinhaußen	21
Rezension: Health Literacy	Andrea Priebe	23
Kritische Gesundheitskompetenz – Voraussetzung für Partizipation und informierte Entscheidung	Prof. Anke Steckelberg; Jana Hinneburg	25
Gesundheitskompetenz und Versorgungsorganisationen	Dr. Christoph Kowalski	30
Empirische Befunde		
Konzeptionelle Herausforderungen, Messmethoden und Befunde zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	Dr. Elke de Buhr	35
Gesundheitskompetenz bei Erwerbstätigen	Prof. Dr. Sabine Rehmer	40
Rezension: Health Literacy bei älteren Menschen	Dr. Jan Steinhaußen; Andrea Priebe	46
Gesundheitskompetenz in einer älteren städtischen ostdeutschen Allgemeinbevölkerung – ein Beitrag aus der CARLA-Studie	Prof. Dr. Johannes Haerting; Daniel Tiller; Dr. Alexander Kluttig	48
Interventionsstrategien		
Gesundheitskompetente Strukturen		
Gesundheitskompetenz als Jahresthema im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz in Thüringen	Dr. Uta Mercker; Martin Staats	54
Faktenboxen – Unterstützung für souveräne Gesundheitsentscheidungen aus dem Internet	Ruth Zaunbrecher	58

Netzwerk Gesunde Kommune Gera	Monika Jorzik	62

Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Kompetent als Patient - eine Kursreihe der Techniker Krankenkasse	Annika Landgrebe	68
Gesundheitskompetenz für Kinder: Das Projekt „Ich kenn mich aus“	Sabine Schindler-Marlow	72
Förderung der Gesundheitskompetenz von älteren Erwachsenen in Zeiten des demografischen und digitalen Wandels: Die wissenschaftliche Perspektive am Beispiel des Interventionsprogramms „Fit im Nordwesten“	Prof. Dr. Sonia Lippke; Tiara Ratz; Christian Erik Preißner; Prof. Dr. Claudia R. Pischke	77
Gesundheitskompetenzen älterer Menschen stärken – Das Forschungsprojekt „GeWinn - Gesund älter werden mitWirkung“	Maria Schimmelpfennig; Elisabeth Foitzik; Nadine Ladebeck; Katrin Neher; Tina Zeiler; Holger Hassel; Kerstin Baumgarten	84
Förderung der Gesundheitskompetenz in der REWE Group	Isa Göbel; Anna Peck; Nils Meixner – REWE Deutscher Supermarkt AG & Co. KGaA	90

Erfahrungsaustausch

Aus den kommunalen Seniorenvertretungen und -beiräten		94

Bildverzeichnis

AGETHUR: 55, 56, 57, 63 unten, 66; Bitzer: S. 10 rechts; de Buhr: S. 38; DIAPHANES: S. 18; dressedinblack.de/Pieckacz: S. 84, 89; Hogrefe: S. 23; Jacobs University: S. 78; Landesseniorenrat: S. 1; NAP-Gesundheitskompetenz: S. 40; Pixabay, S. 5, 14, 16 , 26, 30, 34, 37, 44, 45, 47, 49; Pixelio: S. 10 links, 36, 39; Schindler-Marlow/Rolfes: S. 76; Stadt Halle (Saale)/Ziegler: S. 50; Stadt Gera/Jorzik: 62, 63 oben; Stadt Gera/Team Kommunikation: S. 66 oben; Steckelberg: S. 29; TK: S. 69, 72; TMASGFF: S. 4, 21; UCD plus GmbH/Ehl: S. 86; Unsplash: S. 33, 53, 67 unten; Zaunbrecher: S. 61

Liebe Leserin, lieber Leser,

das vorliegende Themenheft des Landesseniorenrates widmet sich der Gesundheitskompetenz. Das ist auch das von der Landesgesundheitskonferenz Thüringen ausgegebene Jahresthema 2019.

Ziel der Landesregierung ist es, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung zu stärken. Dabei spielt natürlich auch die Gesundheitskompetenz, der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, eine wichtige Rolle.

Schon die 1986 erschienene „Ottawa-Charta", die während der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa verabschiedet wurde, greift das Konzept der Gesundheitskompetenz auf. Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." Die Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung rückte auch in Deutschland zunehmend in den Fokus und mündete 2018 in den „Nationalen Aktionsplan für Gesundheitskompetenz". Das ist ein wissenschaftlicher Leitfaden, von dem Politik, Wissenschaft und Gesellschaft Gebrauch machen sollen.

Die Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Die Menschen sollen auf dieser Basis im Alltag und in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern. Gesundheitskompetenz ist erforderlich, um dem Zuwachs an Entscheidungsmöglichkeiten und den gestiegenen Anforderungen an die Entscheidungsverantwortung in modernen Gesellschaften entsprechen zu können.

Eine zentrale Forderung des Nationalen Aktionsplans ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten, also auch bei Seniorinnen und Senioren. Untersuchungen gehen aber davon aus, dass derzeit zwei Drittel der älteren Bevölkerung in Deutschland eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz haben. Insbesondere hochaltrige Menschen sind einerseits besonders anfällig für Erkrankungen, andererseits birgt für sie der Umgang mit Gesundheitsinformationen Herausforderungen. Es besteht zudem ein Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und einer geringeren Gesundheitskompetenz.

Eine bessere Gesundheitskompetenz liegt aufgrund der Struktur der Gesellschaft, der sozialen Ungleichheit und des komplexen Gesundheitssystems nicht nur in der Verantwortung der oder des Einzelnen allein, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

Wie kann nun die Förderung der Gesundheitskompetenz gelingen? Die Herausforderung besteht darin, die Bedingungen in den Institutionen, in denen Menschen tätig sind, sowie das unmittelbare Umfeld der Menschen so zu gestalten, dass ihnen in ihrem Alltag Informationen gut zugänglich sind und sie Anreize haben, sich gesundheitsförderlich zu verhalten und Gesundheitsentscheidungen sinnvoll zu treffen. Mit zunehmendem Lebensalter ist eine hohe Gesundheitskompetenz vor allem im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten, mit Gesundheitsinformationen in den Medien und hinsichtlich vorhandener chronischer Erkrankungen erforderlich.

Notwendig sind des Weiteren konkrete Aktivitäten auf Bundes- und Länderebene, da hier die Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz geschaffen werden. Die Gesundheitskompetenz muss dabei noch besser in den Strukturen des Gesundheitssystems verankert werden. Das betrifft Organisationen und Gesundheitsberufe. Das Gesundheitssystem stellt aufgrund seiner Komplexität hohe Anforderungen an die Nutzerinnen und Nutzer. Es gilt, dieses System nutzerfreundlich weiterzuentwickeln und dabei insbesondere benachteiligte Gruppen besonders zu berücksichtigen. Ziel muss sein, dass alle Menschen ihre Bedürfnisse artikulieren, informierte Entscheidungen treffen und sich aktiv an ihrer Behandlung und Versorgung beteiligen können.

Die Kommunen tragen als kleinste politisch-administrative Einheiten und als Lebensmittelpunkt der Menschen die Verantwortung für die Daseinsvorsorge. Sie müssen befähigt werden, im jeweiligen Wohnumfeld die Gesundheitskompetenz der Menschen auszubauen. Auch die kommunalen Gesundheitsämter spielen hierbei aufgrund ihres Einblicks in soziale Strukturen eine Rolle und sollen in die Förderung der Gesundheitskompetenz eingebunden werden. Es gibt bereits viele Einzelinitiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Sie müssen noch besser vernetzt und koordiniert werden, um ein umfassendes und kooperatives Vorgehen aus allen Bereichen der Gesellschaft und über die Grenzen von Sektoren hinweg zu realisieren.

Das Themenheft des Landesseniorenrates stellt einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Gesundheitskompetenz dar. Den Autorinnen und Autoren sowie allen Mitwirkenden danke ich herzlich. Ich bin sicher, dass das Themenheft viele Informationen und empirische Befunde bereitstellt sowie wertvolle Anregungen zu Konzepten und Interventionsstrategien liefert.

Es grüßt Sie herzlich

Heike Werner
Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Gesundheitskompetenz – Health Literacy

Dieser Beitrag gibt eine kurze Einführung in Definition und aktuelle theoretische/konzeptuelle Modelle der Gesundheitskompetenz sowie ihre Reichweite und Bedeutung für eine moderne gesundheitliche Versorgung. Er erläutert, warum es sich lohnt, sich mit Gesundheitskompetenz zu beschäftigen und gibt einen Überblick über aktuelle nationale und internationale politische Initiativen zum Thema Gesundheitskompetenz.
Aus Gründen der Übersichtlichkeit und des Umfangs des Artikels konzentrieren wir uns dabei auf Gesundheitskompetenz in der gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die weiteren Beiträge des Seniorenreports adressieren die wichtigsten Themen, die darüber hinaus im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz von Bedeutung sind.

Was ist Gesundheitskompetenz?

Bei Gesundheitskompetenz handelt es sich um die im deutschen gebräuchliche Übersetzung von Health Literacy. Der Begriff Health Literacy stammt aus den Vereinigten Staaten und wurde in den 1970er Jahren geprägt in der Diskussion um die Gesundheitserziehung in allgemeinbildenden Schulen (Okan et al., 2015; Simonds, 1977). Verstanden als die patientenseitige Fähigkeit, ärztliche Anweisungen, Packungsbeilagen, Patienteninformationen u. ä. zu verstehen und umzusetzen, findet Health Literacy in der US-amerikanischen klinischen Versorgung seit Beginn der 1990er Verwendung. Bei diesem klinischen Ansatz ist Gesundheitskompetenz nahezu gleichbedeutend mit der Fähigkeit von Patientinnen und Patienten, zu lesen und zu rechnen bzw. Text- und Zahlenverständnis für gesundheitliche Sachverhalte zu entwickeln (Nutbeam, 2000b). Eine deutliche, über diese basalen kognitiven Fähigkeiten (**funktionale** Gesundheitskompetenz) hinausgehende Erweiterung erfährt das Konzept ab 1998. So bezeichnet die **interaktive** Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen aus verschiedenen Quellen zu finden, zu bewerten und für eigene gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden sowie die Fähigkeit, selbst gesundheitsrelevante Informationen zu kommunizieren, beispielsweise in der Patient-Arzt-Interaktion. Mit der **kritischen** Gesundheitskompetenz sind solche Fähigkeiten gemeint, die zur kritischen und reflektierten Auseinandersetzung mit Gesundheit und gesundheitlichen Fragen erforderlich

sind (Nutbeam, 2000a). Ausgehend von der Frage „Über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten muss man als Person verfügen, um im Alltag und im Umgang mit dem Gesundheitssystem so handeln zu können, dass es sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirkt?“ ergibt sich ein noch sehr viel breiteres Konzept (Dierks/Schwartz, 2012; Rowlands et al., 2017; Soellner et al., 2010; Sørensen et al., 2012). Die aktuell von der WHO verbreitete Definition trägt diesem Umstand Rechnung und ist einem umfassenden Verständnis von Gesundheitskompetenz verpflichtet.
„Gesundheitskompetenz 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, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.“ (Sørensen et al., 2012).

Gesundheitskompetenz als individuelle, erwerbbare Eigenschaft

Gesundheitskompetenz ist eine individuelle, persönliche, dynamische Fähigkeit, die nicht angeboren ist, sondern, wie andere Kompetenzen auch, durch Lernen erworben wird. Individuelle Gesundheitskompetenz ist dabei das kumulative Ergebnis kognitiver Fähigkeiten, Lebenserfahrungen, Wissen und Möglichkeiten (Levin-Zamir et al., 2017). Im Zentrum der Definition von Gesundheitskompetenz stehen vier Schritte: in der Lage sein, gesundheitsbezogene Informationen zu finden bzw. sich Zugang zu verschaffen, sie zu verstehen und zu beurteilen sowie für sich bzw. Angehörige anzuwenden.

- Finden und sich Zugang zu verschaffen, bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen gezielt zu suchen und zu finden. Informationen sind nicht nur gedrucktes Material oder Websites. Es kann auch darum gehen, mit Beratungsstellen, Einrichtungen der Selbsthilfe, Gesundheitsfachkräften in Kontakt zu treten oder, beispielsweise während einer Behandlungsepisode, Informationen von ärztlichem und pflegerischem Personal zu erhalten.
- Das Verstehen bezieht sich auf die Fähigkeit, die eingeholten gesundheitsrelevanten Informationen zu begreifen. Es geht dabei in erster Linie um grundlegende Fertigkeiten wie Lesen, Text- und Zahlenverständnis.
- Mit Beurteilen sind Fähigkeiten zusammengefasst, die Informationen zu interpretieren, zu filtern und zu bewerten, z. B. in Bezug auf die Verlässlichkeit und Qualität.
- Das Umsetzen meint die Fähigkeit, die gesundheitsrelevanten Informationen zu kommunizieren und zu nutzen, um Entscheidungen treffen zu können, die die eigene Gesundheit (oder auch die Gesundheit von Angehörigen) aufrechterhalten und verbessern

Um dieses Zentrum herum gruppieren sich weitere Facetten, u. a. die Motivation, Absicht und Bereitschaft, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, Durchsetzungsvermögen, die Fähigkeit, soziale Ressourcen zu nutzen und sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden (Dierks/Schwartz, 2012; Jordan et al., 2010; Levin-Zamir et al., 2017; Rowlands et al., 2017; Soellner et al., 2010).
Für bestimmte Zielgruppen (z. B. Kinder), aber auch in bestimmten Situationen ist es zudem nicht (nur) die individuelle Gesundheitskompetenz, die Gesundheit und gesundheitliches Verhalten nachhaltig bestimmt, sondern die Gesundheitskompetenz des sozialen Umfelds, z. B. der Eltern (Vikram et al., 2012), der Familie (Edwards et al., 2015), des Freundeskreis (Moestue/Huttly, 2008) oder auch der politisch Verantwortlichen.
Persönlich hoch ausgeprägte Gesundheitskompetenz ist eine Ressource, sie kommt in adäquaten gesundheitlichen Entscheidungen zum Ausdruck und unterstützt so den Erhalt und die Förderung von Gesundheit (Nutbeam, 2000b; Schulz/Nakamoto, 2013; Volandes/Paasche-Orlow, 2007).

Gesundheitskompetenz – gegenstandsspezifisch und dynamisch

Gesundheitskompetenz ist spezifisch für den Gegenstand, auf den sie sich bezieht (Sørensen et al., 2012). Es gibt zwar allgemeine Kompetenzen, die für verschiedene gesundheitsbezogene Situationen relevant sind (z. B. die Fähigkeit, die eigenen Symptome gegenüber medizinischem Fachpersonal möglichst genau zu beschreiben). Für das Verstehen eines Beipackzettels, die Entscheidung zur Grippeimpfung oder das rechtzeitige Erkennen einer Verschlechterung einer Herzinsuffizienz und die dann ggf. erforderliche adäquate Reaktion auf diese Verschlechterung, sind dagegen unterschiedliche Ausprägungen der Kompetenzen „Finden“, „Verstehen“, „Bewerten“ und „Anwenden“ gesundheitsrelevanter Informationen erforderlich (Bitzer et al., 2017). Individuelle Gesundheitskompetenz ist als dynamisches Konzept zu verstehen, denn wenn sich äußere Gegebenheiten (z. B. gesetzliche Rahmenbedingungen, Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen), und/oder die individuelle Situation ändern (z. B. Migration, neues gesundheitliches Problem),

gilt es, bis dahin erworbene Kompetenzen anzupassen, zu erweitern und ggf. neu zu erwerben. Eine Person kann für bestimmte gesundheitliche Problemlagen in einem bestimmten Versorgungssetting in hohem Maß gesundheitskompetent sein – in anderen dagegen nicht.

Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund konkreter sozialer und natürlicher Bedingungen und in der Interaktion mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem

Gesundheitskompetenz ist kontextspezifisch. Individuelles beobachtetes gesundheitliches Verhalten, z. B. die Nutzung gesundheitlicher Informationen und Leistungen, ist Ausdruck des Zusammenspiels von individuellen Fähig- und Fertigkeiten und den Anforderungen bzw. der Komplexität der sozialen und natürlichen Umwelt. Dazu gehören rechtliche, soziale und kulturelle Normen, auch ausgedrückt in der Art und Weise, wie wissenschaftliche gesundheitsbezogene Evidenz gewonnen und rezipiert wird und beispielsweise in politischen Entscheidungen zu Gesundheit, Verbraucherschutz und Patientensicherheit einfließt. Ob und wenn ja in welchem Ausmaß sich Gesundheitskompetenz entfalten kann, steht so in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Auftrag, den soziale Institutionen und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung haben, mit welchen Ressourcen sie ausgestattet und in welchem Maße sie diesem Auftrag nachkommen (Makro-Ebene).
Wie sich unter diesen strukturellen und organisatorischen Rahmenbedigungen gesundheitskompetentes Handeln manifestiert, ist dann aber auch noch sehr stark von konkreten, situativen Bedigungen abhängig (z. B. Schweregrad des Gesundheitsproblems, Zeitknappheit, Kommunikationsstil von Gesundheitsfachkräften).
Das Gelingen gesundheitskompetenten Handelns ist umso wahrscheinlicher, je besser die Strukturen und Prozesse der gesundheitlichen Versorgung und das in ihnen handelnde Fachpersonal in der Lage sind, auf die unterschiedliche Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bzw. von Teilpopulationen und Individuen angemessen zu reagieren (Kickbusch et al., 2016). Responsiv sind Systeme, Institutionen und Einrichtungen, die Gesundheitsinformation, Ressourcen, Unterstützung und Umgebungen so gestalten und anbieten, dass sie für Menschen mit unterschiedlich ausgeprägter Gesundheitskompetenz gleichermaßen zugänglich und nutzbar sind (Dodson et al., 2015).
Um bei den Beispielen von oben zu bleiben: Ein Beipackzettel, Informationen über das Für und Wider der Grippeimpfung oder zum Umgang mit Symptomen einer Herzinsuffizienz können so gestaltet sein, dass sie selbst von Erfahrenen nur schwer auffindbar, schwer zu verstehen und zu bewerten sind, so dass die Anwendung auf die individuelle Problemlage sehr schwierig ist und gesundheitskompetentes Verhalten erschwert oder unmöglich wird. International setzt sich die Auffassung durch, dass es in der Verantwortung der politischen Institutionen und der Organisationen und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung liegt, die sozialen und natürlichen Bedingungen so zu gestalten, dass Menschen trotz individuell unterschiedlich ausgeprägter Fähigkeiten und Fertigkeiten möglichst gesundheitskompetent handeln können (Dodson et al., 2015; Kickbusch, 2006; vgl. dazu u. a. auch den Beitrag von Kowalski in diesem Heft).

Warum sich mit Gesundheitskompetenz beschäftigen?

Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand, Sterblichkeit und Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen

Zu den sehr gut untersuchten Determinanten von Gesundheit und Krankheit gehören sozioökonomische Charakteristika, u. a. Bildung, Einkommen, Erwerbsfähigkeit, Arbeitsbedingungen, Migration, Alter und Geschlecht (Braveman/ Gottlieb, 2014). Eine Frage lautet also: Leistet Gesundheitskompetenz einen zusätzlichen, unabhängigen Beitrag zur Erklärung gesundheitlicher Outcomes und gesundheitlicher Ungleichheit? Dazu lässt sich festhalten: Aktuell liegen mehr als 100 Studien vor, die konsistent enge Zusammenhänge zwischen geringer, v. a. funktionaler Gesundheitskompetenz und reduzierter Inanspruchnahme sinnvoller Präventionsleistungen, suboptimalem Krankheits- und Selbstmanagement (z. B. bei Diabetes, bronchialem Asthma), geringer Therapiemotivation, häufigeren Klinikeinweisungen, höherer Morbidität und höherer Sterblichkeit belegen, und zwar unter Kontrolle relevanter anderer sozialer Determinanten auf Gesundheit (Berkman et al., 2011). Viele dieser Befunde stammen aus frühen Querschnittsuntersuchungen. In den letzten Jahren durchgeführte prospektive Kohortenstudien bestätigen jedoch die eigenständige Bedeutung v. a. geringer funktionaler Gesundheitskompetenz auf gesundheitliche Outcomes bei chronischen Erkrankungen (Cajita et al., 2016; Fabbri et al., 2017; Taylor et al., 2017). Weltweit und auch in Deutschland ist Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft ungleich verteilt und folgt in etwa anderen sozialen Gradienten: Je höher der Bildungsgrad, das verfügbare Einkommen, die soziale Stellung,

desto wahrscheinlicher berichten Menschen über gering ausgeprägte Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitlichen Problemstellungen (Jordan/Hoebel, 2015; Schaeffer/Berens/Vogt, 2017).

Gesundheitskompetenz in der Normalbevölkerung

In modernen Industriegesellschaften, trotz allgemeiner Schulpflicht und mit im weltweiten Vergleich guten sozioökonomischen Bedingungen, erleben sich viele Menschen als wenig gesundheitskompetent und berichten über zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, gesundheitliche Informationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten (Sørensen et al., 2015; van der Heide et al., 2016). So gibt in Deutschland in etwa die Hälfte der Bevölkerung an, den Umgang mit Gesundheitsinformation schwierig zu finden (Jordan/Hoebel, 2015; Schaeffer/Berens/Weishaar et al., 2017). 85 % der jungen Menschen wissen, welche Telefonnummer im Notfall zu wählen ist, um einen Krankenwagen zu rufen, aber nur noch 40 % finden es einfach, die Vertrauenswürdigkeit medizinischer Informationen zu beurteilen (Quenzel et al., 2015). Weniger als der Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung sind Patientenrechte auf Selbstbestimmung, Schadensersatz, Einsicht in Patientenakten, sorgfältige Behandlung sowie Beratungsmöglichkeiten durch die Krankenkasse bekannt (Horch et al., 2011). Besonders große Schwierigkeiten, Gesundheitskompetenz zu entfalten, zeigen sich in vulnerablen Gruppen, beispielsweise bei Menschen mit chronischen Erkrankungen, bei älteren Menschen, bei Menschen mit auch anderweitig geringen persönlichen, materiellen und sozialen Ressourcen, deren Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und gesellschaftlicher Teilhabe eingeschränkt ist (Quenzel et al., 2017). Ungleich verteilte Gesundheitskompetenz ist auch Ausdruck ungleicher gesellschaftlicher Verhältnisse und trägt u. U. zur Verfestigung dieser Ungleichheiten bei (vgl. dazu auch die Beiträge im Abschnitt II dieses Seniorenberichts).

Wie Gesundheitskompetenz zu einem politischen Ziel wird

Vor allem diese Befunde haben in den letzten 20 Jahren dazu beigetragen, dass das Thema „Gesundheitskompetenz" auf der politischen Agenda erscheint (Weishaar et al., 2019). Investitionen in Gesundheitskompetenz werden als zentrale Strategie zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit betrachtet und auch als zentrale Strategie, Gesundheitssysteme zukunftsfähig zu gestalten. Gesundheitskompetentes Handeln in der Bevölkerung in viel stärkerem Maß als bisher zu ermöglichen, ist das Ziel aktueller supranationaler Initiativen der WHO (Kickbusch et al., 2013) und der Europäischen Kommission (Europäische Kommission, 2008). Zuletzt 2016 hat die Shanghai-Deklaration zur Gesundheitsförderung Empowerment durch die Förderung von Gesundheitskompetenz als eines von drei prioritären Handlungsfeldern für eine nachhaltige Entwicklung benannt (WHO - World Health Organisation, 21.11.2016). Seit Gesundheitskompetenz in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen gerückt ist, formieren sich internationale Arbeitsgruppen mit dem Ziel, die politisch gebotene und praktisch gewollte Weiterentwicklung des Feldes durch Vernetzung der Akteure aus verschiedenen Handlungsfeldern zu unterstützen (Health Literacy Europe, International Health Literacy Association, Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz).

In den letzten zehn Jahren hat eine Reihe von Ländern Gesundheitskompetenz als nationales Handlungs- und Aktionsfeld erkannt und politische Strategien, beispielsweise Aktionspläne, entwickelt. Zu diesen Ländern gehören u. a. Australien, Canada, China, Neuseeland, Österreich, Schottland, Wales und die USA. Die Aktivitäten sind in der Regel staatlich bzw. politisch mandatiert, fokussieren auf die Erhöhung kommunikativer Kompetenzen des Gesundheitsfachpersonals, die Stärkung von Patientenorientierung und gemeinsamer Entscheidungsfindung und erkennen die Relevanz der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung an. Dezidierte (finanzielle) Ressourcen und explizite Maßnahmen zum Monitoring etwaiger Effekte fehlen allerdings häufig (Trezona et al., 2018; Weishaar et al., 2019).

Die deutsche Agenda

Die mit der Zunahme an Lebenserwartung und chronischen Erkrankungen verbundenen Herausforderungen, d. h. dem höheren Bedarf an patientenseitigem Selbstmanagement und angemessenen patientenseitig verantworteten gesundheitlichen Entscheidungen, die mit geringer Gesundheitskompetenz einhergehenden negativen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen und dem patienten-/bügerseitigen Wunsch, an gesundheitlichen Entscheidungen maßgeblich beteiligt sein zu wollen, machen Gesundheitskompetenz auch in Deutschland zu einem wichtigen gesellschaftlichen Thema, das über gesundheitspolitische Fragen der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung weitere Politikfelder berührt.

„Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken" ist seit 2011 ein nationales Gesundheitsziel (Gesundheitsziele.de, 2011), das mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes 2015 Eingang in den § 20 SGB V als eines

von acht von der GKV in der Prävention und Gesundheitsförderung zu adressierenden Zielen gefunden hat. Dies ist jedoch nicht die einzige Erwähnung von Gesundheitskompetenz im SGB V. Wie bedeutsam Gesundheitskompetenz von gesundheitspolitischer Seite eingeschätzt wird, verdeutlicht der zuletzt 2015 geänderte § 1 SGB V, der die Mitwirkungspflicht der Versicherten bei der Gesundheitserhaltung und der Behandlung sowie Rehabilitation regelt und auf die Förderung der Gesundheitskompetenz setzt, damit Versicherte dieser Verpflichtung nachkommen können. Damit ist Gesundheitskompetenz in Deutschland in erster Linie im Kontext gesundheitlicher Versorgung gesetzlich verankert, ihre Förderung wird als Aufgabe der Träger der gesetzlichen Krankenkassen verstanden.

Die Allianz für Gesundheitskompetenz und ein Nationales Gesundheitsportal

Im Juni 2017 erklärten das Bundesministerium, Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder die Gründung der Allianz für Gesundheitskompetenz mit folgenden Zielen:

(1) allgemeine Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch Gesundheitsbildung stärken
(2) wissenschaftlich abgesicherte Informationsangebote – insbesondere im Internet – bündeln und allgemein verständlich aufbereiten
(3) Kommunikationskompetenz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachberufe fördern (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2017a).

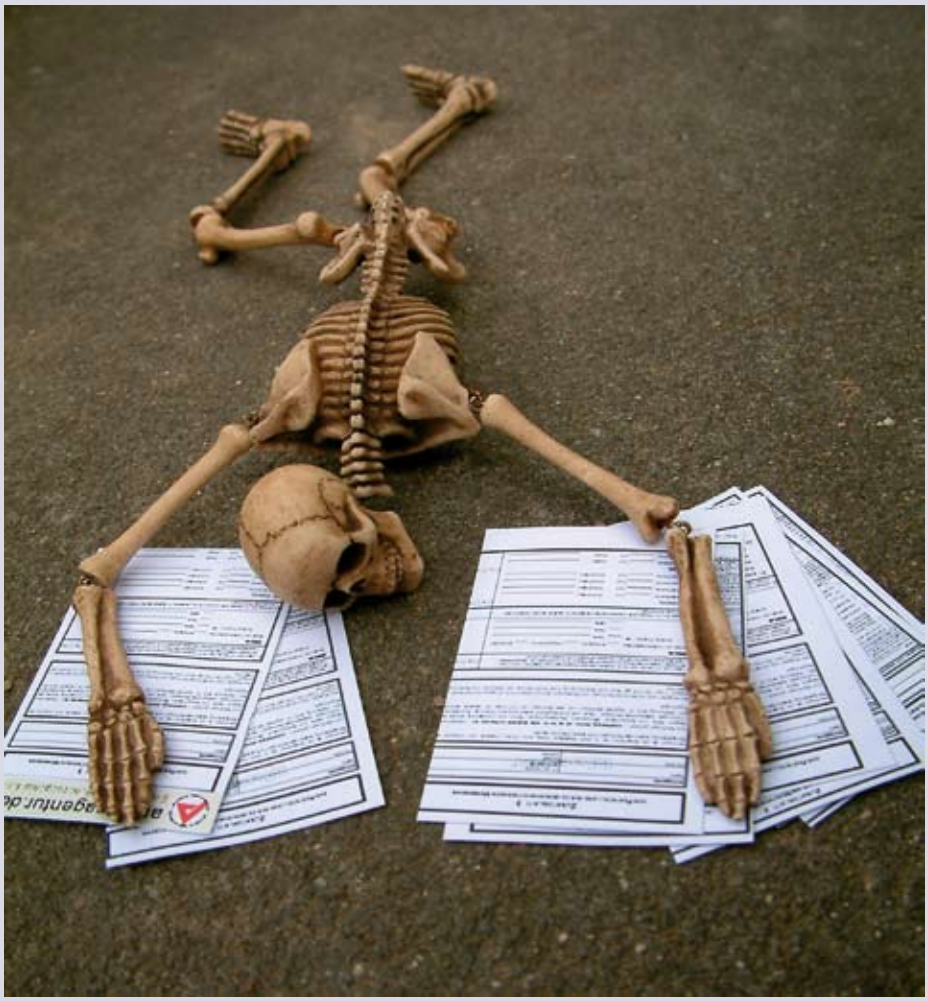
Die von den Partnern der Allianz bereits laufenden Aktivitäten (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2017b) fokussieren v. a. auf die Verfügbarkeit besserer Gesundheitsinformationen für Laien und die Verankerung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung. Über die bereits von den Akteuren der Allianz für Gesundheitskompetenz durchgeführten Aktivitäten hinaus sollte der Aufbau eines internetbasierten Nationalen Gesundheitsportals eine gemeinsame, weithin sichtbare Aktivität sein. Ein nationales Gesundheitsportal könnte bereits verfügbare, qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen verschiedener Anbieter bündeln, leichter auffindbar machen und Entscheidungshilfen zur Verfügung stellen. Eine Konzeptstudie skizzierte darüber hinaus weitere Angebote, u. a. Informationen zu evidenzbasierten Präventionsangeboten, Erleichterung beim Finden von persönlichen/telefonischen Beratungsangeboten, Kliniken, Ärzten, Pflegeeinrichtungen und anderen Angeboten der Gesundheitsversorgung, Erläuterungen der Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, Hinweise zu laufenden klinischen Studien (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2018).

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Universität Bielefeld, Hertie School of Governance und AOK Bundesverband haben mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung und des AOK-Bundesverbandes eine Initiative zur Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz gestartet, der Impulse für die Politik, die Verbände, die Forschung und die Interventionsentwicklung setzen soll (Schaeffer/Berens/Weishaar et al., 2017). Ziel ist u. a. die Entwicklung eines systematischen, integrierten Programms zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz strebt die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Gesundheitserhaltung und -förderung, durch nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitssystems und Förderung selbstbestimmter Lebensführung mit chronischer Krankheit und Behinderung an (Schaeffer/Berens/Weishaar et al., 2017) und ist damit einem breiten Verständnis von Gesundheitskompetenz verpflichtet. Die 15 Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz beziehen sich auf vier Handlungsfelder: Gesundheitskompetenz in Lebenswelten stärken, das Gesundheitsystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent zu gestalten, mit chronischer Erkrankung gesundheitskompetent leben und zuletzt: Gesundheitskomptenz systematisch erforschen (Schaeffer et al., 2018). Die Handlungsempfehlungen greifen die aktuelle nationale und internationale Diskussion auf. Mit Anknüpfungspunkten, die neben Menschen mit chronischen Erkrankungen und dem Gesundheitssystem weitere gesellschaftliche (Sub)Systeme in den Blick nehmen (Städte und Kommunen, Arbeitswelt, Erziehungs- und Bildungssystem) geht der Nationale Aktionsplan aber weit über die bisherigen im SGB V verankerten und in der Allianz für Gesundheitskompetenz gebündelten Aktivitätem hinaus.

Dass das starke und weit sichtbare zivilgesellschaftliche Engagement, dessen Ausdruck der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz ist, nachhaltig, demokratisch legitimiert und rechtlich verankert wird, also dass die Akteure aus Politik und Selbstverwaltung das Thema „Gesundheitskompetenz“ auf der Agenda behalten, bleibt zu wünschen.

Health Literacy



Fazit: Gesundheitskompetenz als emanzipatorisches Konzept für Menschen, Patienten, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft

Gesundheitskompetenz ist ein emanzipatorischer Ansatz, der auf der einen Seite darauf abzielt, die funktionale, interaktive und kritische Fähigkeiten von Menschen im allgemeinen und Patientinnen und Patienten im besonderen zu stärken, so dass sie sich aktiv an und in Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen, engagieren. Auf der anderen Seite werden die Organisationen und Einrichtungen gesundheitlicher Versorgung und der Gesellschaft insgesamt darin unterstützt, responsiv zu sein und angemessen auf die Bedürfnisse ihrer Nutzerschaft und deren Gesundheitskompetenz einzugehen. Gesundheitskompetenz ist Option, Macht und Kontrolle an Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten zu delegieren. Sie unterstützt die Co-Produktion von Gesundheit und führt weg von einer paternalistischen und technokratischen Perspektive auf Gesundheit. Sie ist einem inklusiven und fairen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung verpflichtet und es bedarf Anstrengungen auf allen Ebenen, Gesundheitskompetenz in die Versorgung nachhaltig zu integrieren.

Prof. Eva-Maria Bitzer

Interessenkonflikt
Die Autorin ist Mitglied im Deutschem Netzwerk Gesundheitskompetenz.

Prof. Dr. med. Eva-Maria Bitzer, MPH leitet seit 2009 den Fachbereich Public Health & Health Education an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Sie ist approbierte und promovierte Ärztin, habilitiert für Versorgungsforschung und Public Health. Sie ist u. a. Gründungsmitglied des Dt. Netzwerks Gesundheitskompetenz und im Sprecherteam der DFG-Forschungsgruppe „Gesundheitskompetenz in der frühkindlichen Allergieprävention".

Kontakt:
Prof. Eva-Maria Bitzer
Pädagogische Hochschule Freiburg
Public Health & Health Education
Kunzenweg 21
79117 Freiburg

Literatur

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. & Crotty, K. (2011) Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review, Annals of internal me-dicine doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

Bitzer, E. M., Ernstmann, N., Stock, S. & Farin, E. (2017) Gesundheitskompetenz, in: H. Pfaff, E.A.M. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Eds) Lehrbuch Versorgungsfor-schung (Stuttgart, Schattauer), 164–167.

Braveman, P. & Gottlieb, L. (2014) The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes, Public health reports (Washington, D doi:10.1177/00333549141291S206.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017a) Gemeinsame Erklärung des Bundesmi-nisteriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und des Vor-sitzlandes der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Bildung einer Allianz für Ge-sundheitskompetenz. Available online at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/juni/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html (accessed 28 December 2017).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017b) Übersicht über aktuelle Maßnahmen der Partner der Allianz für Gesundheitskompetenz. Available online at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Allianz_Gesundheitskompetenz_Massnahmen.pdf (accessed 28 December 2017).

Cajita, M. I., Cajita, T. R. & Han, H.-R. (2016) Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review, The Journal of cardiovascular nursing doi:10.1097/JCN.0000000000000229.

Dierks, M.-L. & Schwartz, F. W. (2012) Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Ge-sundheitswesens, in: F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, R. Busse & N. Schneider (Eds) Public health - Gesundheit und Gesundheitswesen. (Mün-chen, Urban & Fischer), 352–359.

Dodson, S., Beauchamp, A., Batterham, R. W. & Osborne, R. H. (2015) Informationsheet 1: What is health literacy? Ophelia Toolkit: A step-by-step guide for identifying and respond-ing to health literacy needs within local communities. Available online at: www.ophelia.net.au. (accessed 26 November 2017).

Edwards, M., Wood, F., Davies, M. & Edwards, A. G. K. (2015) ‚Distributed health literacy'. Longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social net-works of people living with a long-term health condition, Health expectations : an interna-tional journal of public participation in health care and health policy doi:10.1111/hex.12093.

Europäische Kommission (2008) Weißbuch "Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategi-scher Ansatz der EU für 2008-2013" Schlussfolgerungen des Rates zum Weißbuch der Kommission (Dezember 2007 und Juni 2008) Genf.

Fabbri, M., Yost, K., Finney Rutten, L. J., Manemann, S. M., Boyd, C. M., Jensen, D., Wes-ton, S. A., Jiang, R. & Roger, V. L. (2017) Health Literacy and Outcomes in Patients With Heart Failure: A Prospective Community Study, Mayo Clinic proceedings doi:10.1016/j.mayocp.2017.09.018.

Gesundheitsziele.de (2011) Gesundheitsziel: Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Pati-ent(inn) ensouveränität stärken. Available online at: http://gesundheitsziele.de/ (accessed 10 December 2017).

Horch, K., Ryl, L., Hinzpeter, B. & Dierks, M.-L. (2011) Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen - Die Nutzerperspektive., GBE kompakt, 2(2), 1–7.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018) Konzept für ein natio-nales Gesundheitsportal. P17-02. Available online at: https://iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/gesundheitsinformation/p17-02-konzept-fuer-ein-nationales-gesundheitsportal.7849.html.

Jordan, J. E., Buchbinder, R. & Osborne, R. H. (2010) Conceptualising health literacy from the patient perspective, Patient education and counseling doi:10.1016/j.pec.2009.10.001.

Jordan, S. & Hoebel, J. (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA), Bundesgesundheits-blatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz doi:10.1007/s00103-015-2200-z.

Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F. & Tsouros, A. D. (2016) Gesundheitskompetenz. Die Fak-ten. (Zürich, Careum Stiftung).

Kickbusch, I. S. (2006) Gesundheitskompetenz, News: Public Health Schweiz, 3, 10.

Kickbusch, I. S., Pelikan, J., Apfel, F. & Tsouros, A. D. (2013) Health literacy. The solid facts (.

Levin-Zamir, D., Leung, A. Y. M., Dodson, S. & Rowlands, G. (2017) Health literacy in select-ed populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective, Information Services & Use doi:10.3233/ISU-170834.

Moestue, H. & Huttly, S. (2008) Adult education and child nutrition: The role of family and community, Journal of epidemiology and community health doi:10.1136/jech.2006.058578.

Nutbeam, D. (2000a) Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century, Health Promotion International doi:10.1093/heapro/15.3.183.

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

Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P. & Bauer, U. (2015) Health Literacy bei Kindern und Ju-gendlichen: Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz doi:10.1007/s00103-015-2199-1.

Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M. & Vogt, D. (2015) Gesundheitskompetenz bildungs-ferner Jugendlicher: Einflussfaktoren und Folgen, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheits-forschung, Gesundheitsschutz doi:10.1007/s00103-015-2201-y.

Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M. & Vogt, D. (2017) Health Literacy und Gesundheits-verhalten vulnerabler Bevölkerungsgruppen, in: D. Schaeffer, J. Pelikan & T. Koch-Albrecht (Eds) Health Literacy: Die zunehmende Bedeutung von Wissen und Kompeten-zen für die Gesundheit (Bern, Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber), 157–176.

Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S. & Harpham, T. (2017) Health literacy and the social determinants of health: A qualitative model from adult learners, Health promotion in-ternational doi:10.1093/heapro/dav093.

Schaeffer, D., Berens, E.-M. & Vogt, D. (2017) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung, Deutsches Ärzteblatt doi:10.3238/arztebl.2017.0053.

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Weishaar, H. & Vogt, D. (2017) Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan, Public Health Forum doi:10.1515/pubhef-2016-2164.

Schaeffer, D., Hurrelmann, K. & Bauer, Ullrich, Kolpatzik, Kai (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskomptenz in Deutschland stärken. (Berlin, KomPart).

Schulz, P. J. & Nakamoto, K. (2013) Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins, Patient education and counseling doi:10.1016/j.pec.2012.09.006.

Simonds, S.K. (1977) Health education today: Issues and challenges, The Journal of School Health, 47(10), 584–593.

Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N. & Rudinger, G. (2010) Facetten der Gesundheitskompe-tenz – eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz, Zeitschrift für Pädagogik, 56, 109.

Sørensen, K., Broucke, S. van den, Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models, BMC public health doi:10.1186/1471-2458-12-80.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kon-dilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S. & Brand, H. (2015) Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), European journal of public health doi:10.1093/eurpub/ckv043.

Taylor, D. M., Fraser, S., Dudley, C., Oniscu, G. C., Tomson, C., Ravanan, R. & Roderick, P. (2017) Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: A systematic re-view, Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association doi:10.1093/ndt/gfx293.

Trezona, A., Rowlands, G. & Nutbeam, D. (2018) Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far?, International journal of environmental research and public health doi:10.3390/ijerph15071554.

van der Heide, I., Uiters, E., Sørensen, K., Rothlin, F., Pelikan, J., Rademakers, J. & Bosh-uizen, H. (2016) Health literacy in Europe: The development and validation of health litera-cy prediction models, European journal of public health doi:10.1093/eurpub/ckw078.

Vikram, K., Vanneman, R. & Desai, S. (2012) Linkages between maternal education and childhood immunization in India, Social science & medicine (1982), 75(2), 331–339.

Volandes, A. E. & Paasche-Orlow, M. K. (2007) Health literacy, health inequality and a just healthcare system, Am J Bioeth doi:10.1080/15265160701638520.

Weishaar, H., Hurrelmann, K., Okan, O., Horn, A. & Schaeffer, D. (2019) Framing health literacy: A comparative analysis of national action plans, Health policy (Amsterdam, Neth-erlands) doi:10.1016/j.healthpol.2018.11.012.

WHO - World Health Organisation (21.11.2016) Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Available online at: http://www.who.int/health-promotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1 (accessed 10 December 2017).

Wider die Gesundheitskompetenz

Wider die Gesundheitskompetenz im Kontext von Eigen- und Solidarverantwortung

1. Hauptsache gesundheitskompetent

Gesundheitskompetenz ist im Kommen: Gibt man „Gesundheitskompetenz" in die Google-Suchmaschine ein, dann erzeugt das 2019 im Februar 253.000, im März 378.000 und im April 624.000 Hinweise! Der großen Popularität der Gesundheitskompetenz steht die geringe Verbreitung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gegenüber: Rund die Hälfte der Menschen gelten hierzulande als unzureichend gesundheitskompetent, das gilt sowohl für junge als auch für alte Menschen (vgl. Jordan/Hoebel 2015, S. 945).
Die öffentliche Zustimmung, die die Gesundheitskompetenz derzeit genießt, basiert auf der Hoffnung, dass mehr Gesundheitskompetenz zu mehr Gesundheit führt. Diese Annahme ist vordergründig plausibel, eine gründliche Analyse zeigt jedoch, dass die Hoffnung zu schlicht ist, um wahr zu sein. Ein Blick auf das bewährte Gesundheits-Determinanten-Modell von Dahlgren und Whitehead genügt, um zu erkennen, dass gute Gesundheit von weit mehr Faktoren abhängt als von guter Gesundheitskompetenz (s. Abb. 1).
Dennoch existieren viele Programme, die Menschen zu mehr Gesundheitsengagement anregen wollen. Je nach Zeitgeist firmieren diese Programme unter den Namen Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsedukation, Gesundheitsprävention – und neuerdings Gesundheitskompetenz. Auch wenn sich die Programme unterscheiden im Hinblick auf ihre konzeptionelle Fundierung, in der praktischen Umsetzung zielen sie meist ab auf die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen und die Anregung zu gesundheitsgerechtem Verhalten. Dass gesundheitsdienliches Wissen und Verhalten sinnvoll sind, soll natürlich nicht bestritten werden. Bestritten werden soll aber, dass sich Gesundheit mit Hilfe von Gesundheitskompetenz spürbar verbessern lässt. Jahrzehntelange Erfahrungen mit entsprechenden Programmen haben ihre Erfolgsarmut hinlänglich bezeugt (vgl. Rosenbrock 2017, S. 14). Gute Gesundheit wird nicht vornehmlich von guter Gesundheitskompetenz bestimmt, sondern von guten sozialen, ökonomischen und ökologischen Gesundheitsdeterminanten (vgl. Dahlgren/Whitehead 1991, S. 12).

Abbildung 1: Zentrale Gesundheitsdeterminanten (vgl. Modell von Dahlgren/Whitehead 1991, S. 11; deutschsprachige Version nach: Klemperer, David [2015]: Ungleiche Gesundheits- und Lebenschancen – Was sind die Ursachen und wie könnten Lösungen aussehen? Impuls auf dem Präventionstag der Friedrich-Ebert-Stiftung am 22.1.2015, online unter: http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/2015-01-22_FES.pdf)

2. Funktionale, interaktive und kritische Gesundheitskompetenz

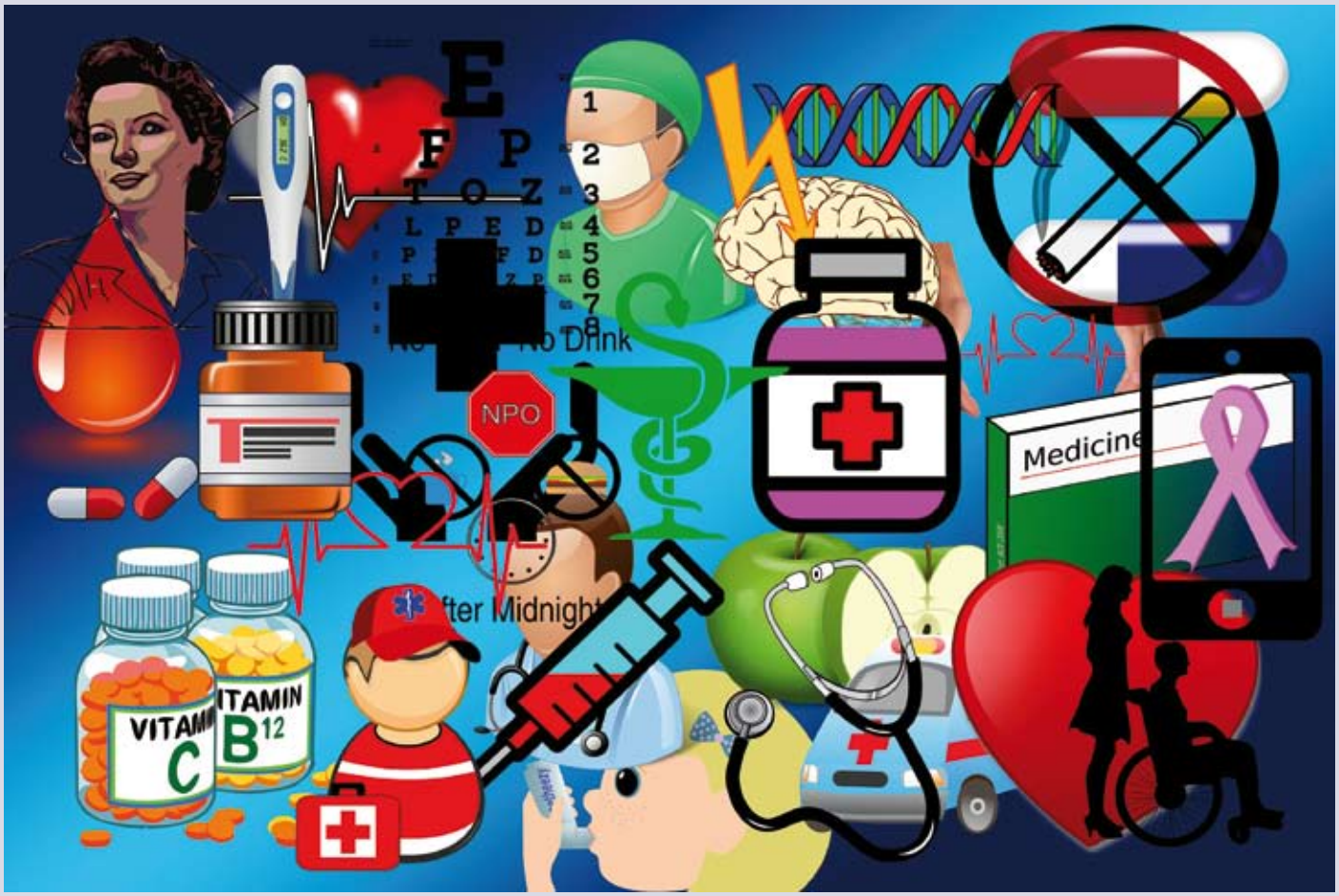
Lange Zeit sollten Menschen für ihre Gesundheit nichts tun, als dem lieben Gott oder dem günstigen Schicksal dankbar zu sein für gute Gesundheit und die Ratschläge der medizinischen ExpertInnen befolgen. Seit einigen Jahren genügt das nicht mehr, heute soll man für seine Gesundheit möglichst selbst sorgen, und dazu benötigt man Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz wird recht unterschiedlich definiert (vgl. Bitzer/Sørensen 2018, S. 754). In Deutschland wird v. a. auf die Definition des European Health Literacy Consortiums (HLS) zurückgegriffen. Demnach ist Gesundheitskompetenz „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten und verbessern" (Sørensen et al. 2012, S. 3; Übersetzung nach Schaeffer et al. 2018, S. 13). Das ist anspruchs-

voll, und Abholz (vgl. 2019, S. 88) hat zurecht darauf hingewiesen, dass diese Kompetenz-Definition im Grunde der Kompetenzvorstellung guter HausärztInnen recht nahe kommt, aber offenbar inzwischen auch bei Laien für erforderlich und sogar für erreichbar gehalten wird.
Die meisten Kompetenzförderungsprogramme adressieren die funktionale Gesundheitskompetenz, also die kognitive Fähigkeit, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu beurteilen (vgl. Abel/Sommerhalder 2015, S. 924). Funktional gesundheitskompetente Menschen sind z. B. in der Lage, evidenzbasiertes Krankheitswissen zu sammeln oder statistische Daten zu verstehen (vgl. Visscher et al. 2018, S. 8ff). Typischerweise wird einem Menschen funktionale Gesundheitskompetenz attestiert, wenn er z. B. den Beipackzettel eines Arzneimittels verstehen kann, obwohl es womöglich kompetenter wäre zu wissen, wie man Widerstand organisiert gegen die Zulassung von Arzneimitteln, die exorbitant teuer sind, aber keinen merklichen Zusatznutzen für PatientInnen haben (vgl. Ludwig/Schildmann 2015, S. 5).
Neben funktionaler Gesundheitskompetenz benötigen Menschen interaktive Gesundheitskompetenz, um das Versorgungssystem souverän nutzen zu können (Schaeffer et al. 2018, S. 10). Zielgruppe interaktiver Gesundheitskompetenz sind neben PatientInnen die Gesundheitsprofis und -einrichtungen (vgl. Bitzer/Sørensen 2018, S. 756). Auch die interaktive Gesundheitskompetenz fokussiert die funktionale Gesundheitskompetenz, nur werden hier nicht die PatientInnen selbst, sondern die Gesundheitsprofis dazu befähigt, die Kompetenz der PatientInnen zu verbessern, z. B. durch verständliche Informationsvermittlung (vgl. ebenda, S. 758). In der Praxis reicht die interaktive Gesundheitskompetenz nicht wesentlich hinaus über den engen Horizont der funktionalen Gesundheitskompetenz, obwohl z. B. die aktuelle WHO-Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung den Blick ausdrücklich weitet und etwa auf die Notwendigkeit einer „high health literacy of decision-makers and investors" (WHO 2016, S. 2) verweist.
Die funktionale und die interaktive Gesundheitskompetenz beschränken sich vornehmlich darauf, Menschen zu gesundem Wissen und Verhalten zu befähigen. Sie tragen jedoch nicht dazu bei, Menschen dazu zu befähigen, ungesunde Lebensverhältnisse zu verändern (vgl. Paakkari/George 2018, S. 7). Dazu benötigt man kritische Gesundheitskompetenz (vgl. Sykes et al. 2013, S. 1). Die Differenzierung zwischen funktionaler, interaktiver und kritischer Gesundheitskompetenz geht auf Nutbeam (vgl. 2017, S. 212) zurück. Kritische Gesundheitskompetenz ist das Vermögen zu verstehen, wie soziale Risiken die Gesundheit negativ beeinflussen, plus das Vermögen, diese sozialen Risiken strukturell zu verändern (vgl. Mogfor/Gould/Devoght 2010, S. 4). Ungesunde Wohn- und Arbeitsbedingungen, ungünstige Spiel- und Erholungsbedingungen, ungleichheitsförderliche Sozialpolitik und unzureichende Gesundheitsversorgung sind die zentralen Themen kritischer Gesundheitskompetenz. Ziel ist es, die Gesundheitschancen von Bevölkerungen im Ganzen zu verbessern, nicht die individuellen Gesundheitsfertigkeiten zu erhöhen (vgl. Nutbeam 2017, S. 212). Ein konkretes Ziel kritischer Gesundheitskompetenz könnte beispielsweise darin bestehen, BürgerInnen zu befähigen, sich stark zu machen für eine einheitliche Krankenversicherung, da die gegenwärtige Trennung zwischen GKV und PKV mehr gesamtwirtschaftliche und -gesellschaftliche Nachteile als Vorteile aufweist (vgl. Reiners 2019, S. 10).
Die aktuelle Gesundheitskompetenz folgt offenbar einem sehr engen Kompetenzverständnis, das präziser mit Gesundheitsinformationsverarbeitungskompetenz beschrieben wäre. Wünschenswert wäre, das dann auch so zu nennen, um dem „im Wort ‚Gesundheitskompetenz' mitschwingenden Größenwahn" (Rosenbrock 2017, S. 15) Einhalt zu gebieten.

3. Gesundheitskompetenz älterer Menschen

Rund 17 Mio. Menschen sind über 65 Jahre alt. Rund die Hälfte dieser Menschen bewertet den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Während die körperliche Lebensqualität im Alter sinkt, bleibt die psychosoziale Lebensqualität stabil bzw. zeigt eine eher steigende Tendenz (vgl. RKI 2015, S. 441). Ältere Menschen aus niedrigen Soziallagen sind häufiger und schwerer von Krankheit und Einschränkungen betroffen (vgl. Lampert et al. 2016, S. 3ff). Geringes Einkommen, geringes Vermögen und geringe Bildung sind maßgeblich verantwortlich für den schlechteren Gesundheitszustand im Alter (vgl. BMFSFJ 2015, S. 62).
Dass geringe Bildung mit schlechter Gesundheit korreliert, befördert die Hoffnungen auf die heilsame Wirkung von Gesundheitskompetenz für ältere Menschen (vgl. Vogt et al. 2018, S. 3). Allerdings weist z. B. der Siebte Altenbericht (vgl. BMFSFJ 2015, S. 63) darauf hin, dass unzureichende (Gesundheits-)Bildung von nachrangiger Bedeutung für den Gesundheitszustand ist. Wichtiger ist, dass geringe Bildung mit geringem Einkommen, schlechten Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie höheren Alltagsbelastungen und geringeren Bewältigungsmöglichkeiten einhergeht – und v. a. dies wirkt sich nach-

Wider die Gesundheitskompetenz



teilig auf die Gesundheit aus. Das Problem älterer krankheitsbelasteter Menschen ist also weniger ihre geringe (gesundheitliche) Literacy, sondern ihre schlechte soziale Lage (vgl. Chesser et al. 2016, S. 8).

Überraschend ist darum der Optimismus gegenüber Kompetenzförderungsmaßnahmen für ältere Menschen. Zwar wird meist darauf hingewiesen, dass im Alter „die Bewältigung der häufig komplexen Gesundheitssituation mit hohen Anforderungen einhergeht" (vgl. Vogt et al. 2018, S. 4). Der naheliegende Schluss, dass die Anforderungen womöglich nicht bloß hoch, sondern zu hoch sind für ältere Menschen aus Fleisch und Blut, wird nicht gezogen. Laut nationalem Gesundheitsziel „Gesund älter werden" benötigen ältere Menschen nicht vordringlich eine hohe Gesundheitskompetenz, sondern v. a. ein alterssensibles Versorgungssystem und Lebensumfeld, passgenaue Präventionsangebote und niedrigschwellige Zugänge zur medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung (vgl. BMG; gesundheitsziele.de 2012, S. 35ff). Die gute Gesundheit älterer Menschen ist keine Privatangelegenheit, die durch Kompetenzerwerb herzustellen ist, sondern „ein wesentlicher Aspekt von Daseinsvorsorge, mithin eine grundlegende Verpflichtung des Sozialstaats" (Kruse/Schmitt 2016, S. 252).

4. Risiken von Gesundheitskompetenz

Dass Gesundheitskompetenz in niedrigen Soziallagen schlechter ist als in hohen, wundert niemanden: „Weltweit und auch in Deutschland ist Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft ungleich verteilt und folgt in etwa anderen sozialen Gradienten: Je höher der Bildungsgrad, das verfügbare Einkommen und die soziale Stellung, desto wahrscheinlicher berichten Menschen über gering ausgeprägte Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitlichen Problemstellungen" (Bitzer/Sørensen 2018, S. 758). Überraschenderweise folgt aus dieser scheinbaren Binsenweisheit nichts, was substanziell dazu beitragen würde, nicht hauptsächlich die ungleiche Verteilung der Gesundheitskompetenz, sondern vornehmlich die Ungleichverteilung der Ursachen der Ungleichverteilung von Gesundheitskompetenz zu vermindern, z. B. die Ungleichverteilung von Bildungs- und Einkommenschancen.

Sozial ungleich verteilter Nutzen von Gesundheitskompetenz

Dass jeder seines Glückes Schmied ist, ist ein Gerücht mit langer Haltbarkeit (vgl. Vobruba 2015, S. 4).

Dasselbe gilt für das Gerücht, dass jeder seiner Gesundheit Schmied ist, die sich mittels Gesundheitskompetenz schmieden lässt. Natürlich gibt es Menschen, die es vom Tellerwäscher zum Millionär und vom Körperbehinderten zum Olympiasieger schaffen. Doch das sind Ausnahmen, die die Regel „Wer hat, dem wird gegeben" bestätigen. Dennoch wird an der Idee festgehalten, dass alle Menschen eine gute Gesundheit herstellen können, wenn sie über gute Gesundheitskompetenz verfügen und daraus gute Gesundheitsentscheidungen ableiten (vgl. Rohde/Kolpatzik/Winter 2015, S. 985). Diese Idee ist nicht völlig falsch, denn tatsächlich können Menschen aus hohen sozialen Lagen recht gut für ihre Gesundheit sorgen. Das liegt jedoch weniger an ihrer guten Gesundheitskompetenz, sondern an den Ursachen der Ursachen ihrer guten Gesundheitskompetenz (vgl. Braveman/Gottlieb 2014, S. 20). Wer unter guten sozioökonomischen Bedingungen lebt, hat es leichter, gute Gesundheitskompetenz in gute Gesundheit münden zu lassen.
Angeblich steht die Gesundheitskompetenz „auf der politischen Agenda, weil … Investitionen in Gesundheitskompetenz als zentrale Strategie zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit betrachtet werden" (Bitzer/Sørensen 2018, S. 760). Diese Sichtweise lässt sich nur schwer nachvollziehen, denn seit vielen Jahrzehnten gibt es eine geradezu überwältigende Evidenz dafür, dass nicht individuelle Gesundheitskompetenz, sondern die bekannten gesundheitsrelevanten Daseinsbedingungen den sozial ungleichen Gesundheitszustand bestimmen (vgl. Lampert et al. 2017, S. 97). Eine Gesundheitskompetenz, die allen Menschen gleichermaßen zutraut, gute Gesundheit mit genügend Training eigenverantwortlich herstellen zu können, wird lediglich die bestehende gesundheitliche Ungleichheit reproduzieren (vgl. Abel/Sommerhalder 2015, S. 925).

Gesundheitskompetenz, Verantwortung, Schuld und Scham

Schon immer war es beschwerlich, krank zu sein. Doch heute müssen Kranke nicht nur ihr Kranksein ertragen, sondern auch erdulden, dass sie dafür zumindest partiell verantwortlich gemacht werden (vgl. Lupton 1995, S. 63). Die zunehmende Gleichsetzung von Krankheit mit individuell vermeidbarer Krankheit führt dazu, dass kranken Menschen eher Mitverantwortung entgegengehalten statt Mitleid entgegengebracht wird. Mitgefühl, Beistand, Passivität – diese Faktoren waren einmal Kernbestandteil der Krankenrolle. Doch solche „Vergünstigungen" werden heute kaum noch gewährt, heute sollen PatientInnen mündig sein, kompetent, nicht schwach (vgl. Zick Varul 2004, S. 32). Seit kranke PatientInnen in mündige KundInnen umgedeutet werden, werden auch die Zumutungen, die man ihnen als kompetente KoproduzentInnen ihrer Gesundheit abverlangt, immer üppiger (vgl. Wehling 2013, S. 60). Davon betroffen sind insbesondere sozial benachteiligte Menschen, denn sie tragen nicht nur eine überdurchschnittliche Krankheitslast, sondern auch eine überdurchschnittliche Verantwortungslast für Krankheit. Doch Gesundheitskompetenz kann nur in einer relational sichergestellten Balance zwischen Fürsorge und Selbstsorge produktiv werden (Ernstmann/Sautermeister/Halbach 2018, S. 6).
Verantwortung bekommt man nicht nur von anderen zugewiesen, sondern schreibt sie sich auch selbst zu. „Ich denk dann auch, dass ich einiges im Leben nicht richtig gemacht hab und vielleicht doch jetzt mal ‚meine Strafe' … bekomme" (aus Interviews mit Brustkrebspatientinnen; Weissenrieder/Etzelmüller 2010, S. 27). Weil die meisten Erkrankungen multifaktoriell entstehen, finden sich in jeder persönlichen Vergangenheit unzählige Hinweise dafür, dass man es an Gesundheitskompetenz hat mangeln lassen: zu viel oder zu wenig gegessen und geschlafen, zu engagiert oder zu unterengagiert gearbeitet, zu gesellig oder zu zurückgezogen gelebt. Die Vergangenheit liefert jeden Beweis für versäumte Gesundheitspflichten. „Es wartet die Schuld darauf, entdeckt zu werden … Und wir empfinden, das ist das Fatale, selbst dann Schuld, wenn es überhaupt keine Schuld gibt" (Morgenstern 2009, S. 597f.).

5. Gesundheitskompetenz reloaded

Nimmt man den Begriff der Gesundheitskompetenz ernst und löst ihn heraus aus dem engen Verständnis von Gesundheitsinformationsverarbeitungskompetenz, dann ist Gesundheitskompetenz eine "Lebenskunst, die es ihren Träger*innen ermöglicht, mit den Zumutungen, Herausforderungen und Chancen des Lebens so achtsam und erfolgreich umzugehen, dass die Balance zwischen Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen immer wieder hergestellt wird" (Rosenbrock 2017, S. 15). Die Vorstellung von Gesundheitskompetenz als Lebenskunst erinnert an die Idee des Durchwurstelns von Ulrich Bröckling (vgl. 2012, S. 142). Ulrich Bröckling zufolge ist das Durchwursteln eine passende Antwort des modernen Menschen auf seine allgegenwärtig gewordene Pflicht, sich als universeller Selbstunternehmer zu betätigen: Der Selbstunternehmer soll sein gesamtes Selbst unternehmerisch bewirtschaften und profitabel sein lassen, um mithalten zu können im Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt,

Wider die Gesundheitskompetenz

Heiratsmarkt, Freundschaftsmarkt, Fitnessmarkt. Das beständige Ringen um Selbstoptimierung erschöpft die Menschen, entsprechend streben sie nach Atempausen und nach Durchwursteln (vgl. Bröckling 2012, S. 138). Ein sich durchwurstelnder Mensch akzeptiert die herrschenden Regeln, z. B. der gesundheitskompetenten Lebensführung, akzeptiert jedoch gleichzeitig, dass die Regeln nicht immer mit dem Alltagsleben zu vereinbaren sind (vgl. Grauel 2013, S. 65). „Auch mal eine Woche keinen Alkohol zu trinken. Oder mal eine Woche kein Fleisch zu essen […]. Mehr Salat. Ich mein, das weiß ich alles, aber … (lacht)" (Wolf 2012, S. 220).

Gesundheitliches Durchwursteln ist eine praktische Kompetenz leibhaftiger Menschen: Nur 30 % der Bevölkerung halten sich gewissenhaft an die Regeln einer gesunden Lebensweise (vgl. Braun/Marstedt 2015, S. 99). Die übrigen 70 % kümmern sich mal mehr und mal weniger um die eigene Gesundheit (vgl. Koch/Waltering 2012, S. 9). Meist ist das auch genug. Die eigene Gesundheit ist robuster als es die detailreiche Risikofaktorenforschung glauben macht. Zahlreiche rauschhafte Feste, viele träge Tage an sonnigen Stränden, wiederholte Verletzungsrisiken bei Arbeit, Sport und Spiel stehen die meisten Menschen doch durch, ohne nachhaltigen Schaden zu nehmen. Der eigenen Gesundheit genügt es meist, wenn sie nicht fortwährend drangsaliert wird mit allen erdenklichen Risiken. Ein lebendiges Leben kann nur führen, wer auch Abstriche machen kann beim Richtigen, Guten und Gesunden und sich gelegentlich begnügt mit dem Halbrichtigen, Halbguten und Halbgesunden (vgl. Grauel 2013, S. 292). Das soll natürlich nicht heißen, Leiden zu suchen oder sich in Leiden zu schicken. Es geht nicht um die Akzeptanz eines beschwerlichen Lebens, sondern darum anzuerkennen, dass zwar alle Menschen ein Recht auf größtmögliche Entfaltung ihrer Gesundheitspotenziale haben, aber nicht die Pflicht, beständig nach gesundheitskompetenter Optimierung zu streben.

Dass individuelle Gesundheitskompetenzförderung derzeit en vogue ist, liegt nicht an der gesundheitswissenschaftlichen Evidenz, sondern v. a. daran, dass sozioökonomische oder politisch-regulative Maßnahmen zur Gesundheitsförderung schwieriger durchzusetzen sind. Doch gesundheitsförderliche Maßnahmen, die nicht das einzelne Individuum, sondern an die umgebenden Rahmenbedingungen adressieren, haben eine lange und wirksame Tradition, etwa die Wasser- und Lebensmittelhygiene. Zum Zeitpunkt ihrer Einführung stoßen solche Maßnahmen gelegentlich auf Widerstand, später werden sie jedoch meist akzeptiert und internalisiert. Inzwischen halten z. B. 95 % der Bevölkerung die Gurtpflicht für eine wirksame Gesundheitsmaßnahme (vgl. Kuhn et al. 2015, S. 156).

Auch wenn die Medienberichterstattung anderes vermuten lässt („Politik will alles verbieten"): Die meisten Menschen befürworten, dass daseinsrelevante Belange politisch reguliert werden (vgl. Grill 2011, S. 364). Sie wünschen, dass der Staat für schneefreie Straßen und für schimmelfreie Brötchen sorgt. Vor allem in der Unfallverhütung sind gesundheitsprotektive Maßnahmen selbstverständlich. Vorgeschrieben sind ungezählte Schutzmaßnahmen, die dezidiert entwickelt werden für normale – d. h. „durchschnittlich informierte, aufmerksame und verständige Menschen" (BDI 2014, S. 33). Wir Durchschnittsmenschen aus Fleisch und Blut sind eben nicht immer kompetent, sondern häufig auch inkompetent, uninformiert, unaufmerksam oder unverständig. Für uns durchschnittlich kompetente Menschen werden Fahrbahnschwellen vor Schulen eingerichtet, damit wir auch in Eile davor bewahrt werden, ein unaufmerksames Kind anzufahren, das plötzlich auf die Straße läuft. Solche Schutzvorrichtungen werden als gebrauchstauglich oder benutzerfreundlich bezeichnet, weil sie es Durchschnittsmenschen erlauben, im Regelfall lediglich alltagskompetent statt premiumklasse zu funktionieren. Eine auf diese Weise konzipierte „benutzerfreundliche Gesundheitsförderung" (Schmidt 2017, S. 274) entlastet Menschen von der Herausforderung bzw. Überforderung, unaufhörlich (gesundheits)kompetent sein zu müssen: Ein eng getakteter Busfahrplan erleichtert äl-

teren Menschen den Umstieg auf öffentliche Verkehrsmittel, wenn ihnen das Autofahren nicht mehr geheuer ist. Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung folgt der jahrzehntealten gesundheitsförderlichen Devise „Making healthy choices the easy choices" (Vallgårda 2012, S. 202) und ist unverzichtbarer Bestandteil einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, also von „Health in All Policies" (vgl. WHO 2013, S. 7).

Prof. Bettina Schmidt

Kontakt:
Prof. Dr. Bettina Schmidt, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Immanuel-Kant-Straße 18-20, 44803 Bochum
Mail: bettina.schmidt@evh-bochum.de

Literatur

Abel, Thomas/Sommerhalder, Kathrin (2015): Gesundheitskompetenz / Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9, S. 923-929.

Abholz, Heinz-Harald (2019): Buchrezension von Schaeffer, Doris/ Pelikan, Jürgen M. (2017) (Hrsg.) Health Literacy. Bern: Hogrefe. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 95, 2, S. 88-89.

BDI – Bundesverband der deutschen Industrie (2014): Verbraucherleitbild und Positionsbestimmung zum ‚mündigen Verbraucher'. Berlin: BDI.

Bitzer, Eva Maria/Sørensen, Kristine (2018): Gesundheitskompetenz – Health Literacy. In: Gesundheitswesen 80, S. 745-766.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Siebter Bericht der Sachverständigenkommission zur Lage der älteren Generation in der BRD. Berlin: BMFSFJ.

BMG & gesundheitsziele.de (2012): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Berlin: BMG.

Braun, Bernard/Marstedt, Gerd (2015): Gesundheit – ein käufliches Produkt? Meinungen und Erfahrungen der Bevölkerung. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 98-118.

Braveman, Paula/Gottlieb, Laura (2014): The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. In: Public Health Report 129, 2, S. 19–31.

Bröckling, Ulrich (2012): Der Ruf des Polizisten. In: Keller, Reiner/Schneider, Werner/Viehöver, Willy (Hrsg.): Diskurs – Macht – Subjekt, Wiesbaden: VS-Verlag, S. 131-144.

Chesser, Amy K. et al. (2016): Health literacy and older adults: a systematic review. In: Gerontology & Geriatric Medicine 2, S 1–13.

Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies.

Ernstmann, Nicole/Sautermeister, Jochen;/Halbach, Sarah (2018). Gesundheitskompetenz. In: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-9.

Grauel, Jonas (2013): Gesundheit, Genuss und gutes Gewissen. Bielefeld: transcript.

Grill, Kalle (2011): Paternalism. In: Chadwick, Ruth (Hrsg.): Encyclopedia of Applied Ethics, San Diego: Academic Press, S. 359-369.

Jordan, Susanne/Hoebel, Jens (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58, S. 942-950.

Koch, Klaus/Waltering, Andreas (2012): Was wir in unsere Gesundheit investieren und mit welchen Motiven wir es tun. In: Gesundheitsmonitor 1, S. 1-10.

Kruse, Andreas/Schmitt, Eric (2016): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2, S. 252-258.

Kuhn, Joseph u.a. (2015): Die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen aus der Sicht der Bevölkerung. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 151-172.

Lampert Thomas u.a. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. Berlin: RKI.

Lampert, Thomas u.a. (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Berlin: RKI.

Ludwig, Wolf-Dieter/Schildmann, Jan (2015): Kostenexplosion in der medikamentösen Therapie onkologischer Erkrankungen. In: Der Onkologe, S. 1-7.

Lupton, Deborah (1995): The Imperative of Health. London: Sage.

Mogford, Elizabeth/Gould, Linn/Devoght, Andra (2010): Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. In: Health Promotion International 26, 1, S. 4-13.

Morgenstern, Andrea (2009): Trauer zwischen Schuld und Scham. In: Thomas, Günter; Karle, Isolde (Hrsg.): Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Stuttgart: Kohlhammer, S. 593-602.

Nutbeam, Don (2017): Health literacy as a population strategy for health promotion. In: Japanese Journal of Health Education and Promotion, 25, 3, S. 210-222.

Paakkari, Leena/George, Shanti (2018): Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools. In: BMC Public Health, 18, 326, S. 1-10.

Reiners, Hartmut (2019). Rationale Gesundheitspolitik – Ziel oder Illusion? In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 1, S. 7-15.

RKI – Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI.

Rohde, Theresia/Kolpatzik, Kai/de Winter, Andrea, F. (2015): Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9, S. 958-965.

Rosenbrock, Rolf (2017): Gesundheitskompetenz – ein Glitzerding. In: Impu!se zur Gesundheitsförderung 4, S. 14-15.

Schaeffer, Doris u.a. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Berlin: KomPart.

Schmidt, Bettina (2017): Exklusive Gesundheit: Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung. Wiesbaden: Springer VS.

Sørensen, Kristine et al (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health, 12, 80, S. 1-13.

Sykes, Susie u.a. (2013): Understanding critical health literacy: a concept analysis. IN: BMC Public Health 13, 150, S. 1-10.

Vallgårda, Signild (2012): Nudge – A new and better way to improve health? Health Policy 104, S. 200-203.

Visscher, Boudewijn B. u. a. (2018): Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. In: BMC Public Health 18, S. 1-12.

Vobruba, Georg (2015): Fremdbestimmte Selbstverantwortung. In: SuchtMagazin 4, S. 4-7.

Vogt, Dominique/Berens, Eva-Maria/Schaeffer, Doris (2018): Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter. In: Gesundheitswesen S. 1-7.

Wehling, Peter (2013): Die Vielfalt und Ambivalenz des Nicht-Gewussten. In: Peter, Claudia; Fucke, Dorett (Hrsg.): Wissen an der Grenze: Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin, Frankfurt am Main: Campus, S. 43-81.

Weissenrieder, Annette/Etzelmüller, Gregor (2010): Christentum und Medizin: Welche Kopplungen sind lebensförderlich? In: Etzelmüller, Gregor/Weissenrieder, Annette (Hrsg.): Religion und Krankheit, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 11-34.

WHO – World Health Organization (2016): Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization (2013): Health in all policies –Helsinki statement. Geneva. WHO.

Wolf, Meike (2012): Prävention als Praxis. Kulturanthropologische Überlegungen zum vorbeugenden Handeln. In: Kirch, Wilhelm; Hoffmann, Thomas; Pfaff, Holger (Hrsg.): Prävention und Versorgung, Stuttgart: Thieme, S. 213-225.

Zick Varul, Matthias (2004): Geld und Gesundheit: Konsum als Transformation von Geld in Moral. Berlin: Logos.

Zur Kritik an Kompetenzmodellen

Zur Kritik an Kompetenzmodellen

Kompetenzen werden in der Pädagogik in Anschluss an Wolfgang Klafki vor allem als die Fähigkeiten und Fertigkeiten beschrieben, in definierten Bereichen Probleme lösen zu können, sowie die Bereitschaft, dies auch zu tun. Dabei ist der Begriff durchaus vieldeutig. Franz Weinert, dessen Definition auch im deutschen Sprachraum, u. a. von Andreas Gelhard, dessen Buch hier vorgestellt wird, diskutiert wurde, versteht unter Kompetenzen „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können." (Weinert 2002, S. 27). Dabei hat der Kompetenzbegriff den vordergründigen und ausschließlichen Bezug auf Intelligenz, auf instrumentelle Fähigkeiten und auf Qualifikation abgelöst. Im Unterschied zu diesen Begriffen ist Kompetenz umfassender. Sie beinhaltet gleichermaßen anwendungsbezogene, motivationale und volitionale Aspekte. Kompetenzen sind weniger eng auf Anforderungen bezogen, sondern auf allgemeine Dispositionen von Menschen zur Bewältigung bestimmter lebensweltlicher Anforderungen.

Der Bezug auf Kompetenzen hat verschiedene Vorteile. Der Begriff und die mit ihm assoziierten Modelle sind nicht nur anwendbar auf singuläre Wissens- oder Könnensbereiche, sondern auf umfassende und auch neue Lern- und Bewältigungszusammenhänge, sie orientieren sich an der Lebenswelt von Menschen und sie stellen den subjektiven Erwerb in den Mittelpunkt.

In der Folgezeit wurde der Kompetenzbegriff weiter ausdifferenziert. So unterscheidet Heinrich Roth, der das zentrale Ziel von Erziehung in der „Mündigkeit als Kompetenz für verantwortliche Handlungsfähigkeit" (Roth 1971, S. 180) sieht, in Selbstkompetenz, Sachkompetenz und Sozialkompetenz. Diese Kompetenzen interpretiert er als Schlüsselkompetenzen. Für die meisten Autor*innen umfasst der Kompetenzbegriff des Weiteren die Elemente der Disposition, bestimmte Leistungen zu erfüllen und Ziele zu erreichen, Fähigkeiten zu lernen und Probleme zu lösen sowie Fähigkeiten, konkrete Situationen zu interpretieren und Umweltanforderungen zu erfüllen, des Weiteren handlungsanwendbares Wissen und Können sowie die Motivation zum kompetenten Handeln.

Andreas Gelhard diskutiert den Kompetenzbegriff nun allerdings nicht oder weniger im pädagogischen Diskurs, von dem er seit den 90er Jahren Eingang in Lehrpläne und Curricula von Schulen gefunden hat, sondern im philosophischen und psychologischen Diskurs. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist, dass Kompetenzen nicht einfach nur für Fähigkeiten und Fertigkeiten stehen, sondern für ein Ensemble von Test- und Trainingstechniken, die den Menschen als Könner oder Nichtkönner klassifizieren, dessen Fähigkeiten sich steigern lassen (Gelhard 2018, S.17). In diesem Kontext fiel der Kompetenzbegriff zunächst nicht in den Bereich der schulischen Pädagogik, sondern in den umfassenderen Bereich der Psychotechniken und von psychotechnischen Optimierungsprogrammen, in denen es zunächst um betriebliche Fragen der Berufseignung, der Arbeitsplatzzuteilung und der Arbeitsleistung ging. Der Arbeiter wurde in praxi nicht mehr wie im 19. Jahrhundert als Adressat moralischer Ermahnungen begriffen, sondern war Gegenstand wissenschaftlicher Tests, die das Anliegen verfolgten, die geeignete Persönlichkeit für definierte Prozesse auszuwählen und Eignungen im Sinne wünschenswerter Eigenschaften zu prüfen, d. h. einen Auslese-prozess zu etablieren, der zum Kern kommender Kompetenzkonzepte wurde (ebd., S. 47, 49 ff). Gelhard weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Kompetenzbegriff und Verfahren der Kompetenzmessung nicht durch die Pädagogik, sondern durch die Psychologie, genauer gesagt durch die differenzielle Psychologie und die Psychotechnik bereits um 1900 und in den folgenden Jahrzehnten Eingang in die pädagogische Praxis gefunden hat. Protagonisten dieses Ansatzes waren Psychologen wie William Stern und Hugo Münsterberg, denen es nicht einfach um schulische Lernprozesse, sondern die gesellschaftlichen und insbesondere wirtschaftlichen und sozialen Umbrüche um 1900 ging, d. h. um die Umgestaltung industrieller Arbeitsfelder. Psychologen wie John Atkinson, David Clarence McClelland und Henry Murray wandten in der Folgezeit die Instrumentarien der Psychotechnik verstärkt auf Trainings- und Erziehungskontexte an

und stellten die Leistungsmotivation von Testpersonen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit, die den Maßstab der Tüchtigkeit prädestinierte, wobei es nicht nur um ihre Messung, sondern um ihre Erzeugung ging. Die Erziehung zur Tüchtigkeit, so merkt Gelhard an, ist nichts anderes als eine Erziehung zur regelmäßigen Selbstprüfung. An die Stelle der Schuld als Kriterium der Gewissensprüfung tritt um 1900 und in den Folgejahrzehnten die Leistung als Grundkategorie der psychologischen Motivationsprüfung (ebd., S.58), wobei in den folgenden Jahrzehnten Autor*innen andere Kernkompetenzen in den Mittelpunkt stellten. Für Daniel Goleman sind emotionale Kompetenzen Voraussetzungen dafür, dass Menschen ein aufrichtiges Engagement für staatsbürgerliche und moralische Werte entwickeln und innerhalb von Unternehmen funktionieren können. Roth empfand Selbst-, Sozial- und Sachkompetenzen als Schlüsselressourcen. Und die beiden französischen Sozialwissenschaftler*innen Luc Boltanski und Ève Chiapello betonten unter den neuen Bedingungen des Kapitalismus die Kontaktpflegekompetenz als Voraussetzung für das Bestehen in Netzwerken von Partner*innen (ebd., S. 101 ff).

Dieser Prozess des Eindringens von Psychotechniken in die Pädagogik, in deren Zentrum u. a. Kompetenzen stehen, erinnert in der Tat an verschiedene calvinistische und philanthropische Ethikansätze, die eine weltzugewandte Leistungsorientierung belohnten. Er kann hier im Einzelnen nicht nachvollzogen werden. Gelhard interpretiert diesen Prozess, was sehr plausibel und erhellend klingt, im Sinne von Foucault und seiner Diskurstheorie. Nach ihm hat sich bereits im 19. Jahrhundert ein Diskurs herausgebildet, in dem es nicht mehr um das dem Menschen Erlaubte und Verbotene ging, sondern darum, wie man das Verhalten des Menschen regulieren und optimieren kann (ebd., S. 19). Dieser für die Ausrichtung gesellschaftlicher Organisationen wie Schulen, Universitäten, Firmen bis hin zu Gefängnissen folgenreiche Diskurswechsel hat seitdem eine Wirkungsmacht erreicht, die bis in die Gegenwart spürbar ist. Selbstoptimierung, Selbstwirksamkeit, Selbstständigkeit usw. sind zu Schlagworten des neoliberalen Diskurses geworden, dessen Ursprünge sich auf „Machtverfahren" zurückführen lassen, die den Menschen regulieren und optimieren wollen. D. h., es ging in diesem Paradigmenwechsel keineswegs um das Selbstvervollkommnungspostulat der Spätaufklärung und Klassik, sondern eher um das philanthropische Erziehungsideal der Brauchbarkeit und adäquaten Anpassung an Kontexte des wirtschaftlichen Gebrauchtwerdens.

Wie stark dieses Ideal den Diskurs um Kompetenzen bis in die Gegenwart bestimmt hat, könnte man etwa bei Golemann nachweisen, der emotionale Kompetenzen, zu denen im weiteren Sinne auch Initiative, Empathie, Anpassungsfähigkeit, Überzeugungskraft, kommunikative Fähigkeiten u. a. m. zählen, fast ausschließlich darauf bezieht, dass Menschen in wirtschaftlichen Zusammenhängen adäquat funktionieren. Die Frage, „was Arbeitgeber sich wünschen" ist die Ausgangsfrage der Kompetenzentwicklung und der Fokussierung auf emotionale Kompetenz, die nicht auf Selbstentwicklung, Freiheitsgewinne und umfassende Lebensbewältigung zielt, sondern auf wirtschaftliche Funktionszusammenhänge (vgl. Goleman 1999, S. 14 ff.). Das heißt, nicht eine tatsächliche freiheitliche Selbstentfaltung steht im Vordergrund, sondern die Selbstoptimierung des Individuums im Interesse „fremder Mächte". Solche Machtverfahren werden offenbar eben durch Prüfungstechniken etabliert, die nicht die freie Entfaltung der Persönlichkeit im Sinne eines Selbstvervollkommnungsideals, sondern die Brauchbarkeit und Anpassung des Individuums für die Gesellschaft zum Ziel hatten.

Die Kritik an solchen subtilen Überwachungs- und Überprüfungstechniken lässt sich offenbar auf Kant zurückführen, dem es nicht um die normative Erwartungserfüllung ging, sondern um die Prüfung der menschlichen Vernunft am Urteil einer freien Öffentlichkeit. Das Selbstdenken hatte sich nicht an der realpolitischen und diskursiven Macht der Kirche, sondern am freien Denken anderer zu messen. An diese sich gegen die religiöse Vorurteilsmacht richtende Kritik schloss Hegel an. Für ihn bestand das Problem nach Gelhard nicht darin, Leistungsansprüche anderer zurückzuweisen, sondern die Spielräume der Auseinandersetzung offenzuhalten. Nicht Fremdbestimmung sei die Gefahr, sondern die Unterwerfung der Erfahrung unter unveränderliche Maßstäbe, die autoritäre Techniken der Verhaltenssteuerung darstellen (Gelhard 2018, S. 34). Insofern, hier an Kant anschließend, müsse sich menschliche Erfahrung einer offenen Selbstprüfung in offenen Erfahrungsräumen unterziehen. Offenbar kritisierten beide Philosophen, dass insbesondere die protestantische Asketik, indem sie erwünschtes Handeln und Empfinden einforderte, eine selbsterlernte Hilflosigkeit und Unmündigkeit und damit Haltungen befördert, die, was deren Kritik Aktualität verleiht, auch zeitgenössische Beratungsangebote zur Entwicklung emotionaler Kompetenzen erzeugen wollen (ebd. S. 79).

Diese Kritik an Kompetenzmodellen, die Gelhard aktualisiert, ist vor dem Hintergrund neoliberaler Gesellschaftsmodelle aktuell. Auffassungen, dass man Bildungsprozesse als Produktion von Bildungsmerkma-

Zur Kritik an Kompetenzmodellen

len verstehen kann, sind verbreitet. Psychotechnik, so hatte Adorno angemerkt, ist keine Verfallsform der Psychologie, sondern ihrem Prinzip immanent (ebd. S. 120). Diese Aussage gilt für die Gegenwart mehr als für die 60er und 70er Jahre, da sich eine publizistisch breite populärwissenschaftliche Psychologie in den Dienst neoliberaler Selbstbewältigungskonzepte zu stellen scheint. Ihre Überschriften signalisieren nicht Verhältnis-, sondern Selbständerung.

Die Psychotechnik hat, darauf verweist Gelhard, in den letzten Jahrzehnten unzählige Figuren der Selbstregulierung, der Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung hervorgebracht, die das Ziel der Anpassung an Aufgaben haben. Menschen sollen sich nach Maßstäben richten, die gesellschaftliche Diskurse bis hin zu Präventionsstrategien an sie massiv herantragen (ebd., S. 119, 123). In diesem Kontext wurden in der Tradition der Aufklärung stehende Konzepte der Selbstbestimmung zunehmend abgelöst durch Konzepte der Selbstorganisation, die auf subtile Weise, so muss man unterstellen, Selbststeuerung und Selbstregulation im Sinne diskursiver Macht instrumentalisieren und steuern. Insofern ist es richtig, wenn Gelhard unterstellt, dass Selbstorganisation, die von vermeintlichen Leistungsprinzipien ausgeht, keine Vorstellung von Kreativität und Freiheit impliziert bzw. implizieren muss. Auf als dysfunktional erfahrene Störungen und Krisen sozialer Integration, so hat es Ulrich Bröckling formuliert, reagieren moderne Machtstrukturen mit Strategien subtiler Verhaltenslenkung und der Stärkung von Selbststeuerungspotentialen. Mittels gezielter Eingriffe werden Individuen und gesellschaftliche Gruppen in die Lage versetzt, ihre Belange selbständig und eigenverantwortlich zu regeln (Bröckling 2018, S. 8 f.). Misserfolge, das ist die Kehrseite dieses Bewältigungsanspruchs, werden in diesem Kontext nicht gesellschaftlichen Verhältnissen, sondern dem individuellen Versagen angelastet (ebd., S. 127 f., 133, 138).

Als problematisch kann man des Weiteren sehen, dass der Kompetenzbegriff die Wechselwirkung zwischen Kompetenz, sozialer Stellung, materiellen und sozialen Verhältnissen, sozialen Hierarchien und gruppendynamischen Prozessen vernachlässigt. Kompetenzen können zwar dazu führen, dass sich die soziale Stellung verbessert, dass sich Teilhabechancen erhöhen, dass soziale Hierarchien integriert und gruppendynamische Prozesse adäquat bewältigt werden. Andererseits kann konstatiert werden, dass Selbstorganisationsansprüche nicht gleichermaßen Selbstkompetenz stärken, sondern dysfunktional wirken und als Überforderung wahrgenommen werden, die moderne Psychopathologien generiert, d. h. das Gegenteil dessen bewirken, was sie, diese Selbstorganisationsansprüche, vorgeben, bewirken zu wollen. Die Einflussfaktoren im sozialen Leben sind so vielfältig und mit Rückkoppelungseffekten aufgeladen, dass ein Kompetenzmodell sie nur ungenügend abbildet. Vor allem verlagert Kompetenzzuschreibung die Verantwortungsbeziehungen auf das Individuum. Gesellschaftliche Antagonismen werden, wie Gelhard zurecht anmerkt, zu individuellen Lebensaufgaben umgedeutet, deren Bewältigung Aufgabe des Einzelnen ist. Die Anomieprobleme des kapitalistischen Systems werden zu Bewältigungsvariablen der persönlichen Lebensführung. Eine Harmonisierung gesellschaftlicher Konflikte lässt sich, so die Unterstellung, durch die psychologische Schulung des Einzelnen erreichen. Und die Misserfolge, die ihre Ursachen in der unterschiedlichen Verteilung von Erfolgschancen haben, werden als persönliches Versagen gedeutet (ebd., S.123). Verschiedene Kritiker*innen unterstellen auch, dass die Orientierung auf Kompetenzen der Versuch ist, Bildung unter neoliberalen Vorzeichen zu ökonomisieren.

Was ist die Alternative? Gelhard sieht durchaus, dass Kompetenzen und Kompetenzentwicklung Bestandteil von pädagogischen Konzepten sein können. Keiner wünscht sich einen stofffokussierten, lehrerzentrierten Unterricht zurück. Allerdings plädiert er vor dem Hintergrund der machtinduzierten Besetzung des Kompetenzbegriffs für eine Reformulierung des Bildungsbegriffs, der die Reduktion von Bildungsprozessen auf Dynamiken individueller Vervollkommnung aufhebt oder zumindest relativiert bzw. sie kritisiert. Bildung muss Machtbeziehungen kritisch reflektieren und für Individuen Freiheitsräume im Sinne von Kant und Hegel eröffnen. Sie darf sich jedenfalls nicht in den Dienst von neoliberalen Kompetenzmodellen stellen, die nicht Freiheit, sondern Anpassung an ein vorherrschendes Wirtschaftsmodell einfordern.

Gelhard befindet sich mit seiner Kritik in guter Gesellschaft. Er beruft sich auf eine philosophische Tradition mit u. a. Kant, Hegel, Kleist und Adorno, die im Sinne eines aufklärerischen Denkens höchste Dignität besitzt. Auch Bourdieu kann mit seiner Kritik am „Rassismus der Intelligenz“ als Kronzeuge dienen. Des Weiteren könnte man sich auf Gegenwartsautor*innen beziehen, die entmündigende Präventionsdiskurse (Manfred Kappeler), Diktate einer Ethik des guten Lebens (Robert Pfaller), die Inflation von Selbstbewältigungskonzepten und den Neopaternalismus der Lebensführung (Norbert Bolz; Thomas Petersen), die Menschenregierungskünste als Arrangements von Selbst- und Fremdführungsstrategien (Michel Foucault;

Exkurs: 2. Thüringer Seniorenbericht

Ulrich Bröckling) und nicht zuletzt Konzepte der Gesundheitskompetenz (wie in diesem Band Bettina Schmidt) kritisch hinterfragen.
Insofern ist Andreas Gelhards Buch, wenn man den philosophischen Duktus akzeptiert und bereit ist, sich auf eine durchaus diffizile Argumentation einzulassen, höchst anregend und empfehlenswert.

Dr. Jan Steinhaußen

Literatur

Bröckling, Ulrich (2017): Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste, Frankfurt am Main.

Gelhard, Andreas (2018): Kritik der Kompetenz, Zürich.

Goleman, Daniel (1999): Der Erfolgsquotient, München.

Roth, Heinrich (1971): Pädagogische Anthropologie. Bd. 2, Hannover.

Weinert, Franz E. (2002): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Ders. (Hg.): Leistungsmessungen in Schulen, Weinheim, S. 17-31.

Exkurs: 2. Thüringer Seniorenbericht

Das 2012 verabschiedete Thüringer Seniorenmitwirkungsgesetz sieht vor, dass die Landesregierung innerhalb der Legislaturperiode einen Seniorenbericht vorlegt, der Aussagen über die Lebenswirklichkeit der älteren Generation trifft. Der aktuell vorliegende Seniorenbericht, der vom Beratungsunternehmen Ramboll erstellt wurde, thematisiert die Lebensqualität der Altersgruppe der über 75-Jährigen. Die Eingrenzung auf die über 75-Jährigen erscheint sinnvoll, weil die Lebenssituationen sich mit zunehmendem Alter problematisieren. Chronische Krankheiten gewinnen an Bedeutung, die Anzahl von Verwitwungen steigt, die Pflege eines Angehörigen wird wahrscheinlicher. Die sozialen Netzwerke nehmen ab. Insofern kann man davon ausgehen, dass sich Lebensprobleme im höheren Alter zu schwierigen Lebenslagen kumulieren können.
Die Bedeutung dieser Altersgruppe wird dadurch deutlich, dass heute fast jeder siebte in Thüringen lebende Mensch 75 Jahre oder älter ist, d. h., ca. 287.000 Bürgerinnen und Bürger. Auch der Altersstrukturwandel verweist auf die Bedeutung der über 75-Jährigen. Machten die 75-Jährigen und Älteren 2013 noch 11,5 % der Bevölkerung aus, stieg ihr Anteil bis 2017 auf rund 13,3 %. Von rund 248.000 Menschen im Alter von 75 Jahren oder älter im Jahr 2013 erhöhte sich ihr Anteil bis 2017 um mehr als 15 % auf rund 287.000 Personen (S.15). Dieser Trend wird anhalten und sich weiter verstärken, d. h., sowohl der Anteil der über 75-Jährigen an der Gesamtbevölkerung sowie ihre absolute Anzahl werden in den nächsten 25 Jahren steigen. Im Jahr 2042 sollen Prognosen zufolge ca. 373.600 Thüringerinnen und Thüringer, d. h. jede fünfte Person, 75 Jahre und älter sein.
Anliegen des 2. Thüringer Seniorenberichts ist es, die Lebensqualität der Thüringer Seniorinnen und Senioren im Alter ab 75 Jahren zu erfassen. Als Datengrundlage verwenden die Autor*innen relevante Vergleichsstudien, den Thüringen-Monitor (2017), die Studie Mobilität in Deutschland (2017), das in Thüringen vorliegende statistische Material. Des Weiteren wurden die Perspektiven der Zielgruppe und von Akteur*innen aus der Verwaltung und der Praxis der Altenhilfe vor Ort in sogenannten Fallstudien einbezogen. Dazu wurden Landkreise und kreisfreie Städte definiert, in denen eine Fragebogenerhebung erfolgte. Mit Bezug auf Lebensqualität wurden vor allem die körperliche Gesundheit, der psychologische Zustand, die sozialen Beziehungen sowie Umweltmerkmale erfasst. Außerdem wurden Fragen zur sozialen Teilhabe, zum Engagement und zum soziokulturellen Leben gestellt (S.8).

Zur sozioökonomischen Situation der über 75-Jährigen sowie zu wichtigen Bereichen der Lebensqualität lässt sich Folgendes konstatieren:

Exkurs: 2. Thüringer Seniorenbericht

Der Anteil der über 75-Jährigen ist im ländlichen Raum leicht höher als in städtischen Räumen.

Von den 75-Jährigen und älteren Thüringerinnen und Thüringern sind 48,8 % verheiratet und rund 37 % verwitwet. Rund 4 % leben in einer nicht ehelichen Partnerschaft. Damit leben sie doppelt so häufig allein wie der Durchschnitt aller Alterskohorten. Andererseits leben ca. 8,3 % der über 75-Jährigen in einem Haushalt mit drei oder mehr Personen (S. 22).

Auch über 75-Jährige sind noch überwiegend mobil. 78 % der 75- bis 79-Jährigen und 62 % der 80-Jährigen und Älteren haben jederzeit Zugang zu einem Pkw. Der PKW ist auch im Alter das am häufigsten benutzte Verkehrsmittel. Zudem sind viele der über 75-Jährigen mehrmals wöchentlich zu Fuß unterwegs, bei den 80-Jährigen und Älteren sind es immerhin noch 62 %. Wenn eine Begleitperson auf diesen Wegen dabei ist, ist sie zu über 90 % aus dem eigenen Haushalt und damit vermutlich die (Ehe-)Partnerin oder der (Ehe-) Partner. Die Zahlen zur Mobilität verweisen allerdings auch darauf, dass die Mobilität mit steigendem Alter abnimmt, was Teilhabebeschränkungen impliziert. Als entscheidend erweisen sich soziale Netzwerke, die Mobilitätseinschränkungen zumindest teilweise kompensieren können.

Bekannt ist die Tatsache, dass das freiwillige Engagement im hohen Alter zurückgeht. Während thüringenweit jede zwölfte Person nicht an einem ehrenamtlichen Engagement interessiert ist, ist es unter den über 75-Jährigen jede fünfte Person (S. 25).

Viele über 75-Jährige fühlen sich subjektiv benachteiligt. So stimmten ältere Befragte häufiger als jüngere Alterskohorten der Aussage zu, dass Westdeutsche Ostdeutsche als Menschen zweiter Klasse behandeln. Dieser Wert ist in den letzten Jahren gestiegen. Ca. ein Viertel fühlt sich zumindest gelegentlich benachteiligt oder stimmt der Aussage sogar überwiegend oder ganz zu (S. 29).

Befragt nach ihrer allgemeinen Lebensqualität beurteilen die befragten über 75-Jährigen ihre Lebensqualität insgesamt als mittelmäßig bis gut. Ein eindeutiges Stadt-Land-Gefälle scheint es dabei nicht zu geben. In den dünn besiedelten ländlichen Kreisen und der kreisfreien Großstadt sagen die meisten Befragten (ca. zwei Drittel), dass ihre Lebensqualität im Allgemeinen gut oder sehr gut sei. In den städtischen Kreisen und ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen hingegen wird die Lebensqualität häufiger als mittelmäßig oder gut beurteilt (S. 37).

In der Lebenslage soziales Miteinander, in der es um soziale Kontakte, das familiäre Netzwerk, Nachbarschaften, Freundeskreise, intergenerationale Beziehungen etc. geht, ist die Mehrzahl der Älteren zufrieden. Ähnlich gut wird die Lebenslage Wohnen und Haushalt bewertet. Häufiger unzufrieden sind sie hingegen in den Bereichen Politik und Öffentlichkeit mit Themen wie Mitbestimmung, Mobilität, der öffentlichen Infrastruktur und dem Sicherheitsempfinden, den Bereichen der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung sowie ihrer finanziellen Situation (Lebenslage Einkommen und Erwerbsbeteiligung) (S. 38).

Nach Daten des Thüringen-Monitors (2017) fühlen sich in der Generation 75 plus über 81 % überwiegend sicher und aktuell nicht von Kriminalität bedroht. Allerdings bestehen Sorgen mit Bezug auf Terroranschläge in Deutschland, einen Anstieg von Gewalt und Kriminalität (über 73 %) und dass die Zahl der Asylsuchenden und Migrant*innen in Deutschland zu groß wird (über 48 %).

In allen untersuchten Gebieten waren vier von fünf Befragten zufrieden bis sehr zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen. Nur ein geringer Prozentsatz fühlt sich in seinen sozialen Beziehungen unzufrieden (S. 48). Mehr als ein Drittel der Befragten ist sehr zufrieden mit der Unterstützung durch die Familie. Schwierigkeiten ergeben sich in besonderen Lebenslagen, insbesondere bei familiärer Pflege. Die hohen Zufriedenheitswerte mit den soziale Beziehungen müssen insofern relativiert werden, dass insbesondere für diejenigen, die allein leben, deren Kinder und Enkel nicht in der Nähe wohnen oder in Gebieten, in denen Infrastrukturen zurückgebaut wurde oder wenn aufgrund eingeschränkter Mobilität keine außerfamilialen Netzwerke gepflegt werden können, Einsamkeit und soziale Isolation relevante Themen sind (S. 52).

Ihren Gesundheitsstatus schätzen mehr als die Hälfte der Befragten nur als mittelmäßig ein, wobei eine Mehrheit mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden ist. Deutlich wird aber, dass der Gesundheitsstatus, insbesondere Schmerzen, im höheren Alter zu einer Teilhabebeschränkung führen können (S. 59). Als größte Befürchtung artikulieren die Befragten Pflegebedürftigkeit. Diese Befürchtung ist realistisch. In Thüringen gibt es bundesweit die höchste Zunahme an pflegebedürftigen Menschen mit einem Anstieg um knapp 24 % zwischen 2015 und 2017.

Überwiegend hohe Zufriedenheitswerte äußern die über 75-jährigen Befragten mit ihrer Wohnsituation.

Die Einkommenssituation der Befragten stellte sich 2013 wie folgt

Rezension: Health Literacy

dar: Die 70 bis 80-Jährigen hatten in diesem Jahr nach Angaben des Thüringer Landesamts für Statistik ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von durchschnittlich 1.933 Euro. Verglichen mit allen Thüringer Haushalten mit einem durchschnittlichen Einkommen von 2.604 Euro sind dies 25,7 % weniger (S. 74).

Das Fazit dieser Befunde ist vergleichbar mit den Ergebnissen der Generali-Altersstudie. Über 75-Jährigen sind in vielen Bereichen zufrieden mit ihrem Leben, ihrem Gesundheitsstatus, ihren Versorgungsmöglichkeiten, ihrer Mobilität und ihren sozialen Beziehungen, wobei auch jene in den Blick zu nehmen sind, die sich als ausgeschlossen, teilhabegefährdet und einsam fühlen. Die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen in städtischen Räumen und auf dem Land lebenden Älteren sind nicht wesentlich, jedenfalls kann man die Ergebnisse nicht so interpretieren, dass sich Menschen in ländlichen Gegenden „abgehängt" fühlen. Allenfalls sehen sich Ältere benachteiligt gegenüber den alten Bundesländern, ein Befund, den man angesichts der politischen Konstellationen in Thüringen allerdings ernst nehmen muss.

Das, was in der Studie kaum herausgearbeitet wird, sind Unterschiede der Lebensqualität im Vergleich zu anderen Alterskohorten sowie Unterschiede innerhalb der untersuchten Alterskohorte, die sich auf das Lebensalter beziehen. So werden 75-Jährige vor anderen Lebensaufgaben stehen als 85-Jährige.
Ergänzt wird der Bericht durch Handlungsempfehlungen, die der Systematik des Landesprogramms für Familie folgen. Sie sind so konkret, dass sie durch Kommunen entsprechend umgesetzt werden können.

Dr. Jan Steinhaußen

Schaeffer, Doris/Pelikan, Jürgen M. (Hrsg) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: hogrefe.

Der vorliegende Sammelband, herausgegeben von der Gesundheitswissenschaftlerin Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) und dem Soziologen Jürgen M. Pelikan (Universität Wien) – zwei Nestor*innen der deutschsprachigen Erforschung von Gesundheitskompetenz – führt in den internationalen Diskussionsstand zur Konzeption des Begriffes ein, präsentiert dann empirische Befunde ausgewählter – vorrangig vulnerabler – Bevölkerungsgruppen und stellt basierend auf diesen Ergebnissen abschließend Bedingungen, Ansätze und Herausforderungen für eine weitere Verbesserung individueller und institutioneller Gesundheitskompetenz vor. In dieser klaren Systematik und auch wegen seiner Pionierfunktion im Jahr 2017 weist das Konvolut nahezu lehrbuchartigen Charakter für ein in Deutschland noch junges und dynamisches Untersuchungsfeld auf, wenngleich aufgrund des Erscheinungsjahres einige der darin skizzierten Handlungserfordernisse inzwischen trotzdem als überholt gelten dürften.
Im ersten Abschnitt des Buches (vgl. die Beiträge von Schaeffer/Pelikan; Rudd) wird die Genese des theoretischen Konzepts von health literacy und die Entwicklung entsprechender Messmethoden dargelegt, vor der Gefahr fehlerhafter Interventionen angesichts konzeptioneller Leerstellen gewarnt und an die Verantwortlichkeit politischer Entscheidungsträger*innen und der Gesundheitsprofessionen in Anbetracht gesellschaftlich ungleich verteilter Gesundheitskompetenzwerte appelliert. Anschließend diskutieren Okan et al. die (noch) fehlende Passgenauigkeit von Health Literacy-Modellen und Messinstrumenten für die altersspezifischen Entwicklungsphasen, Gesundheitsperspektiven und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. Der Beitrag Schaeffers über den Stellenwert chronischer Erkrankungen in der Health Literacy-Debatte ist ein Plädoyer für eine – in aller Regel immer sinnvolle – stärkere Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen aus Nachbardisziplinen, hier etwa der Mediensoziologie, Gesundheitspsychologie oder Pflegewissenschaft und für einen gezielteren wechselseitigen Wissenstransfer. Nach einer Vorstellung des australischen Ophelia-Ansatzes (Optimising health literacy and access) zur verbesserten Gesundheitsversorgung unter Nutzung zielgruppenspezifisch geclusterter Messdaten durch Osborne/Beauchamp thematisieren die beiden letzten Beiträge dieses Abschnitts die Messmethoden von Gesundheitskompetenz. Dabei mahnen Schulz/Hartung eine zukünftig notwendige Reduzierung auf wenige Messmethoden an, bei denen eine stärkere Standardisierung zur besseren Akkumulation und Vergleichbarkeit von Forschungsdaten führen soll. In diesem Zusammenhang bewerten sie den mit Fördermitteln der EU-Kommission finanzierten und unter hohem Aufwand konzipierten, inzwischen in zahlreichen europäischen und asiatischen Ländern auch populär gewordenen HLS-EU-Fragebogen als eher enttäuschend, da eine zu geringe Anschlussfähigkeit an frühere Daten-

Rezension: Health Literacy

erhebungen bestünde und das Instrument Kompetenzwahrnehmungen teste, obwohl die Messung tatsächlicher Leistungsfähigkeit aussagekräftiger sei. Nach einer ausführlichen Vorstellung der von 2009-2012 in acht EU-Ländern durchgeführten europäischen Gesundheitskompetenz-Studie (HLS-EU) begegnen Pelikan/Ganahl der daran geäußerten Kritik mit dem pragmatischen, jedoch einem Totschlagargument gleichkommenden Hinweis auf Aufwand und Kosten performanzbasierter Messungen. Überzeugender für die Anwendung des HLS-EU-Fragebogens erscheint da eher ihre Betonung plausibler Zusammenhänge von gemessener Gesundheitskompetenz(wahrnehmung) und den sie bedingenden Determinanten, welche das HLS-EU-Studiendesign betätigen würden.

Die beiden Eingangsartikel im Mittelteil des Bandes beleuchten die – in der medialen Öffentlichkeit häufig alarmistisch vermeldeten – empirischen Befunde zur eher eingeschränkten Gesundheitskompetenz(wahrnehmung) der deutschen Bevölkerung. Die exemplarisch vorgestellten Ergebnisse der von Schaeffer et al. besprochenen HLS-GER-Studie und der durch Kolpatzik/Zok präsentierten AOK-Repräsentativerhebung lassen in der vorliegenden Form jedoch keine direkte Gegenüberstellung beider Untersuchungen zu. Allerdings zeigt der Vergleich der AOK-Studie mit den Ergebnissen der gesamteuropäischen HLS-Befragung (HLS:EU), dass die Gesundheitskompetenz(wahrnehmung) der Deutschen entweder tatsächlich deutlich schlechter als im europäischen Durchschnitt ist oder aber dass eine valide Erhebung vergleichbarer Daten im Rahmen wahrnehmungsbasierter Ansätze doch problematischer ist, als es die weite Verbreitung des HLS-Messinstruments vermuten lässt. Drei Folgebeiträge (Quenzel et al.; Messer et al.; Ganahl/Dahlvik/Pelikan) thematisieren – kaum überraschend, doch darum nicht weniger relevant – die Bedeutung sozialer Lagen für die unterschiedliche Ausprägung von Gesundheitskompetenz. Die anschließende detaillierte Diskussion der Anwendung des HLS-EU-Q47-Instruments auf Jugendliche in Österreich durch Ganahl/Pelikan dürfte vorrangig für methodenkompetente Leser*innen erhellend sein. Zum Abschluss des empirischen Thementeils verweisen Jordan/Domanska/Firnges auf eine positive Assoziation von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein, welche in den Ergebnissen der GEDA-Studie, einem Bestandteil des bundesweiten Gesundheitsmonitorings durch das Robert Koch-Institut, deutlich werde. Da sich aus dieser Assoziation allerdings keine eindeutige Kausalität ableiten lasse, fordern die Autorinnen theoretisch klarer abgegrenzte Definitionen von Gesundheitskompetenz, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsmotivation.

In der letzten Rubrik des Bandes akzentuieren Ewers/Schaeffer/Meleis das immense Potenzial der Pflegeprofession bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenzen. Sie bemängeln gleichzeitig die Vernachlässigung dieser wichtigen edukativen Aufgabe in den Lehrplänen von in Deutschland ausgebildetem Pflegepersonal. Haslbeck spricht sich in seinem Beitrag dafür aus, die Bedürfnisse chronisch Erkrankter stärker in die Bemühungen um Verbesserungen der Health Literacy zu integrieren, etwa indem Medikamenteninformationen nutzerfreundlicher gestaltet und Erkrankte in ihrem Medikamentenregime besser unterstützt werden (medication literacy). Der Beitrag Schmidt-Kählers greift häufig gestellte Fragen an die Unabhängige Patientenberatung Deutschland auf, welche größtenteils leistungsrechtlicher Natur seien und die hohen Ansprüche an die Gesundheitskompetenz von Patient*innen auch in verwaltungstechnischen Fragen demonstrieren. Über positive Erfahrungen mit interaktiven Bildungsmaßnahmen zur Verbesserung individueller Gesundheitskompetenz berichten Dierks/Seidel am Beispiel der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie räumen aber zugleich ein, dass nicht jede anvisierte Zielgruppe mit diesem Format erreicht werden könne. Dietscher/Pelikan schließlich empfehlen ausgehend von einer österreichischen Studie zur Selbstbewertung ihrer Gesundheitskompetenz durch Krankenversorgungsinstitutionen und den Einfluss organisationaler Health Literacy auf die Qualität der Behandlung, Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in solchen Einrichtungen zu treffen.

Der im Fazit der Herausgeber*innen geforderte Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) ist mit der Übernahme der Schirmherrschaft durch den damaligen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Februar 2018 und der Einrichtung einer NAP-Geschäftsstelle an der Hertie School of Governance Berlin mittlerweile realisiert worden. Der Wortgewalt der Begrifflichkeit zum Trotz ist der NAP aber nicht als ausformuliertes politisches Projekt zu (miss) verstehen, sondern als wissenschaftlicher Leitfaden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Deutschland mit starker Lobby an der Universität Bielefeld. Ein praxisrelevantes Ergebnis des NAP könnte das angekündigte Nationale Gesundheitsportal werden, welches vertrauenswürdige, wissenschaftlich belegte und unabhängige Gesundheitsinformationen im Internet zusammenführen soll und dessen Start mit einiger Spannung erwartet wird.

Andrea Priebe

Kritische Gesundheitskompetenz – Voraussetzung für Partizipation und informierte Entscheidungen

1. Einführung

Ein effizientes Gesundheitssystem erfordert sowohl gesundheitskompetente Gesundheitsprofessionen als auch gesundheitskompetente Bürger*innen. Studien haben jedoch wiederholt nachgewiesen, dass weder Professionelle noch Laien über ausreichend Gesundheitskompetenz verfügen. Auch Akademiker*innen (darunter Ärzt*innen, Apotheker*innen, Sozialarbeiter*innen und Lehrer*innen) verfügen häufig nicht über eine ausreichende Gesundheitskompetenz und können Bürger*innen und Patient*innen deshalb auch nicht mit korrekten Informationen versorgen (vgl. Alte et al. 2007; Gigerenzer et al. 2013; Wegwarth et al. 2011; Wegwarth et al. 2012; Welch et al. 2007). Zudem wurde gezeigt, dass niedrige Gesundheitskompetenz mit schlechteren Behandlungserfolgen assoziiert ist (vgl. Berkman et al. 2012).
Bürger*innen in Deutschland wünschen sich die Beteiligung an gesundheitsbezogenen Entscheidungsprozessen. Sie präferieren mehrheitlich das partizipative Entscheidungsmodell (Shared Decision Making), bei dem Entscheidungen gemeinsam mit den Ärzt*innen getroffen werden (vgl. Braun et al. 2014). Am Beispiel der Krebsfrüherkennung bedeutet dies, dass es nicht darum geht, die Teilnahmeraten zu erhöhen und Personen zu einer Teilnahme zu überreden, sondern Bürger*innen vielmehr zu informierten Entscheidungen zu befähigen. Das heißt, dass sie beim Treffen einer Entscheidung umfassendes Wissen über Nutzen und Schaden einer bevorstehenden medizinischen Intervention als auch über Behandlungsalternativen haben und die Einstellung kongruent mit der (Nicht-)Inanspruchnahme ist (vgl. Marteau et al. 2001).
Seit 2013 ist das Recht auf umfassende und verständliche Informationen, welche Gesundheit und Krankheit betreffen, auch im Patientenrechtegesetz festgehalten. Es sieht die Beteiligung von Patient*innen an allen Entscheidungen und damit verbundene informierte Entscheidungen vor (vgl. PatRG 2013).
In § 20 des Präventionsgesetzes wird unter anderem das Ziel, gesundheitliche Kompetenz zu erhöhen, explizit benannt (vgl. PrävG 2015). Auch das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz sieht eine informierte und unabhängige Entscheidung vor (vgl. TPGEntschLG 2012). Der Nationale Krebsplan hat für das Handlungsfeld 1 „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung" explizit das Ziel der informierten Entscheidung definiert (vgl. BMG 2012). Das Gesundheitssystem im Paradigma der gemeinsamen Entscheidungsfindung sieht eine aktive Rolle der Patient*innen vor. Dazu zählen die Einbeziehung von Patient*innen in Ethikkommissionen, Gremien der Selbstverwaltung (GBA), Health Technology Assessment und Leitlinienentwicklung.
Letztendlich soll die medizinische Versorgung durch eine gute Gesundheitskompetenz verbessert werden. Dies beinhaltet, dass Unter-, Über- und Fehlbehandlung reduziert werden (vgl. Arbeitsgruppe GPGI 2016). Die Bereitstellung wissenschaftlich fundierter und verständlicher Gesundheitsinformationen ist die Voraussetzung für informierte Entscheidungen und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Informationen, die diesen Anforderungen genügen, sind nach wie vor rar. Auch Patientenleitlinien sind in ihrer aktuellen Form nicht für eine gemeinsame Entscheidungsfindung geeignet, da diese in der Regel die Empfehlungen der Leitlinie für Laien übersetzen und diese eine angemessene Risikokommunikation nicht ermöglichen.

2. Definitionen von Gesundheitskompetenz

Die Bezeichnung Gesundheitskompetenz entstammt dem englischen Begriff *Health Literacy*. Ursprünglich bezog sich Health Literacy vor allem auf die Literalität, das heißt auf die Lese- und Schreibfähigkeit. Gemeint waren Fähigkeiten, die Menschen benötigen, um beispielsweise Gesundheitsdokumente wie Beipackzettel oder verordnete Rezepte lesen und verstehen zu können. Es existieren mittlerweile zahlreiche Definitionen zu Gesundheitskompetenz, jedoch keine einheitliche.
Inzwischen umfasst das Verständnis von Gesundheitskompetenz wesentlich mehr als lediglich die Literalität. Eine recht umfassende Definition beschreibt Gesundheitskompetenz wie folgt:
„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern" (vgl. Sørensen et al. 2012, S. 3; Schaeffer et al. 2018, S. 13).
Nach dieser Definition bezieht sich Gesundheitskompetenz vor allem auf die Fähigkeit zum kompetenten Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen (vgl. Nutbeam 2008).

Kritische Gesundheitskompetenz

Dabei wird zumeist nicht berücksichtigt, dass Gesundheitsinformationen eine unterschiedliche Qualität aufweisen und gute Gesundheitsinformationen bestimmte Kriterien erfüllen sollten. Bürger*innen sollten befähigt werden, auch die Qualität der gefundenen Gesundheitsinformationen kritisch zu bewerten und zu hinterfragen (kritische Gesundheitskompetenz) (vgl. Steckelberg et al. 2009).

3. Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz

Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (vgl. Schaeffer et al. 2018) und in den Medien wird häufig kommuniziert, dass 54 % der deutschen Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen. Doch was steckt hinter dieser Angabe? Es handelt sich hierbei um das Ergebnis des europäischen Health Literacy Surveys (HLS-EU), der die Gesundheitskompetenz auf Basis von Selbsteinschätzungen erhoben hat (vgl. Schaeffer et al. 2017). Problematisch ist, dass die Selbsteinschätzungsinstrumente häufig konzeptionell unscharf sind und nicht eindeutig ist, welche Antwortmöglichkeit für eine gute Gesundheitskompetenz spricht (vgl. Bitzer 2017).

Es existieren zahlreiche verschiedene Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz, wobei unter anderem zu unterscheiden ist, ob sie als Testinstrumente oder zur Selbsteinschätzung konzipiert wurden. Nutbeam schlug bereits im Jahr 2000 die unten dargestellte Klassifikation von Gesundheitskompetenz vor (vgl. Nutbeam 2000):

Viele der Messinstrumente lassen sich einem der drei Konstrukte zuordnen. Darüber hinaus sind die existierenden Instrumente hinsichtlich ihrer inhaltlichen Ausrichtung zu unterscheiden: Sie können generisch sein, das heißt allgemeine gesundheitliche Aspekte beinhalten, oder krankheitsspezifisch (z. B. zu einem Krankheitsbild wie Diabetes mellitus Typ II). Die US-amerikanische Datenbank Health Literacy Tool Shed bietet 191 Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz an, davon liegen sechs in deutscher Sprache vor (https://healthliteracy.bu.edu/).

Vorhandene Instrumente messen vor allem funktionale Gesundheitskompetenz wie z. B. der *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)* Test (vgl. Davis et al. 1993) und der *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFLA) (vgl. Parker et al. 1995).

Der REALM Test ist beispielsweise dazu gedacht, dass Angehörige von Gesundheitsberufen die Fähigkeit ihrer Patient*innen überprüfen können, gebräuchliche medizinische Begriffe (z. B. Hämorrhoiden) zu lesen. Das Ziel ist, zu bestimmen, welches Niveau Informationen für die entsprechende Person haben sollten. Auch der

Funktionale Gesundheitskompetenz	Interaktive Gesundheitskompetenz	Kritische Gesundheitskompetenz
Passive Rolle Grundlegende soziale und kognitive Kompetenzen, insbesondere Lese- und Schreibkompetenz, die es Personen ermöglicht, einfache Informationen zur Gesundheit zu lesen, zu verstehen, das Gesundheitssystem zu nutzen und darin zu „funktionieren". Ein wesentliches Ziel ist die Adhärenz (Therapietreue).	**(Re-)aktive Rolle** Erweiterte soziale und kognitive Kompetenzen, um aktiv im Gesundheitssystem zu (inter-)agieren. Dazu gehören unter anderem die autonome Informationsbeschaffung, der kommunikative Austausch, die selbstbewusste und eigenverantwortliche Umsetzung des Wissens in Handeln und damit auch die Einflussnahme auf gesellschaftliche Normen.	**(Pro-)aktive Rolle** Ziel ist persönliches und gesellschaftliches Empowerment: Ausgeprägte soziale und kognitive Kompetenzen, die eine kritische Auseinandersetzung mit und Bewertung von Informationen ermöglichen. Mit dem Wissen aus diesem Prozess verstehen die Bürger*innen soziale, politische und wirtschaftliche Determinanten der Gesundheit und können diese positiv beeinflussen.

TOFLA Test prüft vor allem das Leseverständnis.
Daten zur kritischen Gesundheitskompetenz auf der Basis objektiver Messungen liegen bislang kaum vor.
Bitzer (2017, S. 7) fasst die Unzulänglichkeiten der bestehenden Instrumente wie folgt zusammen: „Es besteht ein Missverhältnis zwischen den breiten und umfassenden Definitionen von Gesundheitskompetenz und den aktuell verfügbaren, zumeist sehr fokussierten Instrumenten." Damit wird ein dringender Forschungsbedarf aufgezeigt.

4. Barrieren und mögliche Lösungen für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Ein Problem, mit dem Bürger*innen konfrontiert werden, ist, dass viele Gesundheitsdokumente missverständlich sind. Beispiele hierfür sind OP-Aufklärungsbögen und Beipackzettel. Studien zeigen, dass Angaben zu Nebenwirkungen in Beipackzetteln nicht nur für die Allgemeinbevölkerung, sondern auch für Angehörige von Gesundheitsberufen nicht verständlich sind. Die Darstellung von Nebenwirkungen ist irreführend, sodass es schwer fällt, sie richtig zu interpretieren (vgl. Mühlbauer et al. 2015). Auch OP-Aufklärungsbögen tragen womöglich nicht zur tatsächlichen Aufklärung von Patient*innen vor einer OP bei, da sie nicht verstanden werden. Insbesondere Risiken werden nicht transparent kommuniziert (vgl. Lühnen et al. 2018). Eine Verbesserung der Aufklärung ist notwendig, damit informierte Entscheidungen getroffen werden können.
Darüber hinaus fällt vielen Menschen der Zugang zum komplexen Gesundheitssystem schwer. Damit sie bezüglich ihrer Gesundheit selbst bestimmen können, müssen sie wissen, an wen sie sich bei Fragen rund um Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung wenden können. Ein häufiges Problem ist beispielsweise, dass sich die Qualität der Versorgung bzw. der Leistungserbringer nur schwer beurteilen lässt. Hilfsangebote hierfür sind nicht einfach zu finden (vgl. UPD 2017).
In Deutschland und auch international liegt eine Fülle an Gesundheitsinformationen vor, die jedoch nur selten den Qualitätsanforderungen an gute Gesundheitsinformationen entsprechen (vgl. Arbeitsgruppe GPGI 2016; Lühnen et al. 2017). Qualitätskriterien spielen bei der Reihung von Ergebnissen in Suchmaschinen keine Rolle (vgl. Allam et al. 2014), sodass Menschen die Suche nach verlässlichen Gesundheitsinformationen erschwert wird. Oft befinden sich verlässliche Gesundheitsinformationen erst weit hinten bei den Suchergebnissen oder sie tauchen gar nicht auf.
Menschen schätzen Bekanntes häufig als vertrauenswürdig ein (vgl. Haschke et al. 2018). Dabei handelt es sich jedoch um einen Trugschluss: Bekannte Informationsangebote sind nicht immer vertrauenswürdig und weisen auch nicht immer eine wissenschaftliche Fundierung auf. Gesundheitskompetenz kann eine Orientierung in diesem Informationsdschungel bieten.
Um die Suche nach guten Gesundheitsinformationen zu erleichtern, wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Erstellung eines Konzeptes für ein Nationales Gesundheitsportal beauftragt. In der Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung ist festgehalten, dass 2019 die Trägerstrukturen für das Gesundheitsportal aufgebaut und 2020 die Inhalte und Formate der einzelnen Portal-Module entwickelt werden sollen (vgl. Bundesregierung 2018, S. 144). Das Nationale Gesundheitsportal hat zum Ziel, das „deutsche[n] Internetangebot für Informationen rund um Fragen zur Gesundheit zu werden" (vgl. IQWiG 2018, S. 1). Geplant ist es, Angebote, deren Qualität gesichert wurde, für die Bevölkerung im Nationalen Gesundheitsportal zentral verfügbar zu machen. Die Inhalte sollen dabei von Anbieter*innen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen bereitgestellt werden (vgl. IQWiG 2018). Langfristig wird mit dem Nationalen Gesundheitsportal die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beabsichtigt.
Die Beispiele zeigen, dass im Gesundheitssystem noch viel Entwicklungspotential steckt, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern. Um dies zu erreichen, wurde der Aktionsplan Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen (vgl. Schaeffer et al. 2018).

5. Förderung kritischer Gesundheitskompetenz: das Informed Health Choices Projekt

In den Medien, in der Werbung, in Gesundheitsinformationen und in der alltäglichen Kommunikation werden Behauptungen zu Behandlungseffekten aufgestellt (z. B. „Vitamin C senkt den Blutdruck."). Bürger*innen stehen vor der Herausforderung, die Verlässlichkeit dieser Behauptungen kritisch zu bewerten und eine Entscheidung zu treffen, ob sie ihnen Glauben schenken oder nicht (vgl. Austvoll-Dahlgren et al. 2017).
Um dieser Herausforderung zu begegnen, hat sich international die Arbeitsgruppe des *Informed Health Choices* Projekts zum Ziel gesetzt, Menschen zu befähigen, Behauptungen über Behandlungseffekte beurteilen und informierte Entscheidungen treffen zu können (vgl. Chalmers et al. 2018). Bei der Fähigkeit zur Beurteilung von Behandlungseffekten handelt es sich um einen Teilaspekt kritischer Gesundheitskompetenz.
Im Rahmen des Projektes wurden Schulungsmaterialien entwickelt und

Kritische Gesundheitskompetenz

Schulungen durchgeführt. Um die Schulungen evaluieren zu können, wurde ein Instrument – die sogenannten *Claim Evaluation Tools* – entwickelt, die in einer Datenbank zur Verfügung stehen (www.testingtreatments.org/create-test-claim-evaluation-tools-database/). Das Instrument wurde ins Deutsche übersetzt und wird von einer deutschen Arbeitsgruppe derzeit in einer Validierungsstudie auf seine Zuverlässigkeit überprüft.

In dem Instrument sind Schlüsselkonzepte verankert, die Menschen helfen sollen

- Behauptungen zu Behandlungseffekten zu erkennen, die eine unzuverlässige Basis haben,
- zu beurteilen, ob Vergleiche von Behandlungen fair und zuverlässig sind und
- informierte Entscheidungen über Behandlungen zu treffen (vgl. Austvoll-Dahlgren et al. 2017).

Folgende **12 Punkte,** die Teil der Schlüsselkonzepte sind, können bei der Einschätzung von Behauptungen über Behandlungseffekte unterstützen:

Jede Behandlung kann auch schaden.	Jede Behandlung kann nutzen, aber auch schaden. Manchmal überwiegt sogar der Schaden. Der Nutzen wird häufig übertrieben und der mögliche Schaden heruntergespielt.
Persönliche Erfahrungen sind unzuverlässige Beweise.	Persönliche Erfahrungen sind eine unzuverlässige Basis, um den Effekt der meisten Behandlungen beurteilen zu können. Eine Verbesserung hätte auch ohne Behandlung eintreten können.
Assoziation ist nicht das gleiche wie Kausalität.	Das Ergebnis einer Behandlung (ein möglicher Nutzen oder Schaden) kann mit ihr verbunden sein, muss aber nicht durch die Behandlung verursacht worden sein.
Die gängige Praxis ist nicht immer wissenschaftsbasiert.	Weit verbreitete Behandlungen sind nicht unbedingt vorteilhaft oder sicher. Manchmal ist der Nutzen fragwürdig oder nicht bekannt.
Neuer ist nicht unbedingt besser.	Bei neuen Medikamenten wird häufig angenommen, dass sie besser sind, weil sie neu oder teurer sind. Gegebenenfalls besteht nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass sie besser sind als vorhandene Alternativen. Langzeitnebenwirkungen sind eventuell noch nicht bekannt.
Eine Expertenmeinung ist nicht immer richtig.	Expertenmeinungen sind allein nicht ausreichend, um über den Nutzen und Schaden einer Behandlung zu entscheiden. Die Meinungen basieren häufig nicht auf fairen Vergleichen von Behandlungen und sind daher nicht zuverlässig.
Vorsicht vor Interessenkonflikten.	Interessenkonflikte können zu irreführenden Behauptungen über Behandlungseffekte führen. Personen, die für eine Behandlung werben, da sie zum Beispiel Geld daran verdienen, mögen den Nutzen übertreiben und den Schaden ignorieren.
Mehr ist nicht immer besser.	Die Erhöhung der Dosis oder des Umfanges einer Behandlung führt nicht notwendigerweise zur Erhöhung des Nutzens, kann jedoch den Schaden erhöhen.
Früher ist nicht immer besser.	Früherkennung hat nur dann einen Nutzen, wenn zum Beispiel nachweislich die Mortalität reduziert werden kann. Sie kann ebenfalls einen Schaden verursachen, wie zum Beispiel Überdiagnosen beim Mammographie-Screening.
Hoffnung kann zu unrealistischen Erwartungen führen.	Verzweifelte Menschen oder Menschen in Not können hoffen, dass eine Behandlung wirkt und dabei außer Acht lassen, dass sie auch Schaden kann. Angst kann dazu führen, dass Menschen Behandlungen in Anspruch nehmen, die nicht wirken, sondern schaden.
Erklärungen zum Wirkmechanismus von Behandlungen können falsch sein.	Annahmen zum Wirkmechanismus von Behandlungen lassen keine zuverlässigen Vorhersagen zum tatsächlichen Effekt von Behandlungen zu. Behandlungen, die in der Theorie wirken sollten, tun dies in der Praxis häufig nicht.
Dramatische Behandlungseffekte sind selten.	Große Behandlungseffekte, bei denen alle oder fast alle Personen einen Nutzen oder Schaden erleben, sind selten.

6. Schlussfolgerung

Damit das Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung erreicht werden kann, ist es wichtig, dass die Entwicklung von Gesundheitskompetenz spätestens in der Primarstufe beginnt. Dazu ist die strukturelle Integration von (kritischer) Gesundheitsbildung notwendig. Dies umfasst die entsprechende Gestaltung der Rahmenlehrpläne der allgemeinbildenden Schulen und Curricula der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zur gezielten Qualifizierung von Lehrenden im (weiterführenden) Sinne der Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule aus dem Jahr 2012 (vgl. KMK, 2012).

Prof. Anke Steckelberg;
Jana Hinneburg

Kontakt:
Prof. Dr. Anke Steckelberg
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale)
E-Mail: anke.steckelberg@medizin.uni-halle.de

Referenzen

Allam, A./Schulz, P. J./Nakamoto, K. (2014): The impact of search engine selection and sorting criteria on vaccination beliefs and attitudes: two experiments manipulating Google output. In: J Med Internet Res. 16 (4):e100.

Alte, D./Weitschies, W./Ritter, C. (2007): Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. In: Ann Pharmacother 41, S. 1023-30.

Arbeitsgruppe GPGI (2016): Gute Praxis Gesundheitsinformation. In: Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 110, S. 85-92.

Austvoll-Dahlgren, A. Cl./Oxman, A. D. and the Informed Health Choices Group (2017): Assessing claims about treatment effects: Key concepts that people need to understand. 2017, online unter: www.informedhealthchoices.org/wp-content/uploads/2016/08/Key-Concepts-2017-edition.pdf (22.07.2019).

Austvoll-Dahlgren, A./ Nsangi, A./Semakula, D. (2016): Interventions and assessment tools addressing key concepts people need to know to appraise claims about treatment effects: a systematic mapping review. In: Systematic Reviews 5 (1):215.

Berkman, N. D. et al (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: Ann intern med. 155 (2), S. 97-107.

Bitzer, E. M. (2017): Gesundheitskompetenz messen – Kritischer Blick auf standardisierte Verfahren. In: Public Health Forum 25 (1):6.

Braun, B./ Marstedt, G. (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken J./Braun B./Meierjürgen R. (ed): Gesundheitsmonitor Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 107-31.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012). Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen, online unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan.pdf (22.07.2019).

Chalmers, I. et al. (2018): Key Concepts for Informed Health Choices: a framework for helping people learn how to assess treatment claims and make informed choices. In: BMJ evidence-based medicine 23 (1), S. 29-33.

Davis, T. C. et al. (1993): Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. In: Fam Med 25, S. 391-5.

Deutsche Bundesregierung (2018): Digitalisierung gestalten. Umsetzungsstrategie der Bundesregierung Berlin, online unter: https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/digital-made-in-de (26.07.2019).

Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz (TPGEntschLG) vom 12. Juli 2012. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 33.

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 17. Juli 2015 (Präventionsgesetz – PrävG). In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31.

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRG) vom 20. Februar 2013. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9.

Gigerenzer, G./Wegwarth, O. (2013): Five year survival rates can mislead. In: BMJ 346:f548.

Haschke, C./Westrick, M.G./Schwenk, U. (2018): SPOTLIGHT Gesundheit: Gesundheitsinfos Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, online unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Gesundheitsinfos_final.pdf (22.07.2019).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2018): Konzept für ein nationales Gesundheitsportal. P17-02.

Kultusministerkonferenz (KMK) (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012, online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheits-empfehlung.pdf (22.07.2019)

Lühnen, J./Mühlhauser, I./ Steckelberg, A. (2018): Qualität von Aufklärungsbögen. In: Dtsch Arztebl International. 115 (22), S. 377-83.

Lühnen, J. et al. (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation, online unter: www.leitlinie-gesundheitsinformation.de (22.07.2019).

Marteau, T. M./Dormandy, E./Michie, S. (2001): A measure of informed choice. In: Health Expect. 4 (2), S. 99-108.

Mühlbauer, V./Mühlhauser, I. (2015): Understanding adverse drug reactions in package leaflets – an exploratory survey among health care professionals. In: BMC Health Services Research. 15 (1):505.

Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health promotion international. 15 (3), S. 259-67.

Nutbeam, D. (2008): The evolving concept of health literacy. In: Social Science & Medicine. 67 (12), S. 2072-8.

Parker, R. M. et al. (1995): The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. In: J Gen Intern Med 10, S. 537-41.

Schaeffer, D./Berens, E. M./Vogt, D. (2017) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. In: Dtsch Arztebl International 114 (4), S. 53-60.

Schaeffer D. et al. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

Sørensen, K. et al. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12 (1):80.

Steckelberg, A. et al. (2009): How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). In: Adv Health Sci Educ Theory Pract. 14 (1), S. 11-22.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (2017): Monitor Patientenberatung 2017. Wie können wir Ihnen weiterhelfen? Online unter: www.patientenberatung.de/dokumente/2017_upd_patientenmonitor.pdf (22.07.2019).

Wegwarth, O./Gigerenzer G. (2011): „There is nothing to worry about": Gynecologists' counseling on mammography. In: Patient Educ Couns. 84, S. 251-6.

Wegwarth, O. et al. (2012): Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. In: Ann Intern Med. 156, S. 340-9.

Welch,/H. G. et al. (2007): Overstating the evidence for lung cancer screening: The International Early Lung Cancer Action Program (I-ELCAP) Study. In: Arch Intern Med. 167, S. 2289-95.

Gesundheitskompetenz & Versorgungsorganisationen

Gesundheitskompetenz und Versorgungsorganisationen

Einleitung

Gemäß der vielfach zitierten Übersichtsarbeit von Sørensen und KollegInnen beschreibt Gesundheitskompetenz das ,,Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Individuen, Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten, zu bewerten und bei gesundheitsrelevanten Entscheidungen anzuwenden, um die Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern'' (Sørensen al. 2012, Übersetzung nach Ernstmann 2017). Gesundheitskompetenz ist demnach also Merkmal einzelner Personen und somit auf der individuellen Ebene zu messen und zu verändern.

Gesundheitskompetenz hat Einfluss auf gesundheits- und lebensqualitätsrelevantes Verhalten in vielen Lebenslagen. Besonders wichtig wird Gesundheitskompetenz in der Situation einer akuten Erkrankung, in der zahlreiche Bewertungen und Entscheidungen mit erheblicher Bedeutung für Gesundheit und Lebensqualität anstehen. Diese Bewertungen und Entscheidungen betreffen beispielsweise die Wahl der BehandlerInnen und der Therapie, die Navigation durch das Gesundheitssystem und die Umsetzung der vereinbarten Behandlungsstrategie. Diese Bewertungen und Entscheidungen finden in der Situation einer akuten Erkrankung nicht losgelöst vom Versorgungssystem statt, sondern stehen zumeist in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen einzelner BehandlerInnen oder Versorgungsorganisationen, z. B. Krankenhäusern oder Arztpraxen (zum Begriff „Versorgungsorganisation" s. Ansmann et al. 2019). Diese Aussage steht im Einklang mit Bakers Beobachtung, wonach Gesundheitskompetenz von individuellen Fähigkeiten und den Anforderungen von Gesellschaft und Gesundheitssystem abhängt (Baker 2006). Neben dem in der aktuellen Forschung vorherrschenden Fokus auf Messung und Veränderung der individuellen Gesundheitskompetenz stellt sich also die Frage, welche Rolle Versorgungsorganisationen bei der Förderung von Gesundheitskompetenz und der Unterstützung von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz zukommen kann und sollte. Dies ist beispielsweise bei der Unterstützung von älteren PatientInnen von Bedeutung, für die in vielen Studien eine geringere Gesundheitskompetenz gefunden wurde, die u. a. auf Bildungseffekte sowie körperliche und kognitive Einschränkungen zurückgeführt wird (Chesser et al. 2016). Zumindest in deutschen Untersuchungen kommen allerdings zumeist Selbsteinschätzungsfragebogen zur Messung der Gesundheitskompetenz zum Einsatz und nicht etwa Tests. Es ist also denkbar, dass Personen mit häufigem Kontakt zum Gesundheitssystem (z. B. ältere oder chronisch kranke PatientInnen) u. a. deshalb schlechtere Gesundheitskompetenzwerte erreichen, weil sie ihr eigene Kompetenz besser beurteilen können als Personen, die das Gesundheitssystem kaum in Anspruch nehmen. Ungeachtet dieser Einschränkungen stellt sich aber die Frage, wie Versorgungseinrichtungen auf diese unterschiedlichen Bedarfslagen reagieren können.

Gesundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen

Wegweisend konzeptualisiert wurde diese versorgungsorganisationsseitige Beschäftigung mit Gesundheitskompetenz von einer Arbeitsgruppe um Cindy Brach (Brachet al. 2012) zu sog. „health literate health care organizations", also „gesundheitskompetenten Versorgungsorganisationen". Zur Verdeutlichung, dass es sich hierbei um ein Kontinuum handelt, verwende ich den Begriff „Gesundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen". Die Arbeitsgruppe um Cindy Brach identifizierte zehn Attribute, die solche gesundheitskompetenzorientierten Versorgungsorganisationen kennzeichnen, darunter die Entwick-

lung der Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen und den einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen für die PatientInnen. Für Brach et al. ist die versorgerseitige Adressierung von Gesundheitskompetenz wesentlich für eine patientenzentrierte (im Original: „personenzentrierte") Versorgung (Brachet al. 2012, S. 1).
In Deutschland wurde dieses Konzept u. a. in der vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Krebsplans geförderten PIAT-Studie („Breast cancer **p**atients´ **i**nformation **a**nd **t**raining needs") aufgegriffen. Im Rahmen der Studie wurden die zehn Attribute in einer Kurzskala zur Messung der Gesundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen für Befragungen von Beschäftigten operationalisiert. Die Skala ist in Tabelle 1 dargestellt. Sie wird aufgrund der Erstveröffentlichung in englischer Sprache als „HLHO-10" (health literate health care organization 10 item questionnaire) abgekürzt (Kowalski et al. 2015).

Die Fragen beziehen sich auf den jeweiligen „Standort" eines Brustkrebszentrums, weil die Entwicklung der Skala in Brustkrebszentren durchgeführt worden ist und diese Brustkrebszentren aus mehreren Standorten bestehen können. Die Kurzskala ist unter Nennung der Originalpublikation für nichtkommerzielle Vorhaben kostenlos nutzbar und kann an das entsprechende Setting angepasst werden, so dass nicht nach „Standorten" gefragt werden muss, sondern beispielsweise nach „Krankenhäusern" oder „Arztpraxen" gefragt werden kann. Die Kurzskala wurde bereits von Arbeitsgruppen aus dem Ausland aufgegriffen. Prince et al. (Prince et al. 2018) fragten in ihrer Untersuchung 463 MitarbeiterInnen einer amerikanischen Versorgungsorganisation beispielsweise allgemein nach „organization". Hayran et al. fragten 180 MitarbeiterInnen aus 30 Istanbuler Krankenhäusern nach der Gesundheitskompetenzorientierung in „hospitals" (Hayran et al. 2018).
In der deutschen Validierungsstudie wurden 51 LeiterInnen und KoordinatorInnen von Brustkrebszentren oder deren StellvertreterInnen befragt, um Auskünfte über die jeweiligen Standorte zu erlangen. Diese in der Literatur als Schlüsselpersonen- oder Key-Informant-Befragung (Kumar, Stern et al. 1993) bezeichnete Methode bietet sich an, wenn der/die Forschende Zugang zu dieser zumeist schwer zu erreichenden

Tabelle 1: Kurzskala zur Messung der Gesundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen (HLHO-10)

Gesundheitskompetenz als Thema in Ihrem Standort

PatientInnen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.
Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Maßnahmen in Ihrem Standort, die die Gesundheitskompetenz Ihrer PatientInnen berücksichtigen und fördern.
Bitte denken Sie an Ihren Standort. Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

In welchem Maße…	Überhaupt nicht			Teils/ teils			In sehr großem Maße
	1	2	3	4	5	6	7
…widmet sich die Leitung Ihres Standorts explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z. B. Leitbild, Personalplanung)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…werden Gesundheitsinformationen in Ihrem Standort unter Einbezug von PatientInnen entwickelt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass PatientInnen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. ÜbersetzerIn, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich PatientInnen problemlos zurechtfinden (z. B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche PatientInnen über verschiedene Medien bereitgestellt (z. B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die PatientInnen besonders in kritischen Situationen (z. B. Medikamenteneinnahme, OP-Einwilligung) wirklich alles verstanden haben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…kommunizieren Sie in Ihrem Standort dem Patienten oder der Patientin im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er/sie selbst an der Behandlung zu tragen hat (z. B. Zuzahlungen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…werden in Ihrem Standort die MitarbeiterInnen zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gruppe hat und diese auch in der Lage ist, die gewünschten Auskünfte zu erteilen. Die Entwicklung und Validierung eines Messinstruments für Gesundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen standen vor der Veröffentlichung der Validierungsstudie aus. Insgesamt zeigte sich, dass die HLHO-10-Skala über zufriedenstellende bis gute psychometrische Eigenschaften verfügt. Schaut man sich die Angaben der LeiterInnen und KoordinatorInnen der Brustkrebszentren in Deutschland an, so kreuzten sie die höchsten Skalenwerte bei den Items „…wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die PatientInnen besonders in kritischen Situationen (z. B. Medikamenteneinnahme, OP-Einwilligung) wirklich alles verstanden haben?“ und „… kommunizieren Sie in Ihrem Standort dem Patienten oder der Patientin im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er/sie selbst an der Behandlung zu tragen hat (z. B. Zuzahlungen)?“ (6,0 und 5,8 auf der Skala von 1 bis 7) an. Die geringsten Skalenwerte kreuzten die Befragten an bei den Items „…werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?“ und „…werden Gesundheitsinformationen in Ihrem Standort unter Einbezug von PatientInnen entwickelt?“ (3,6 und 3,7). Wenngleich die Mittelwerte der Items nur eingeschränkt miteinander verglichen werden können, gibt dies zumindest einen Hinweis auf die Umsetzung des aus den USA stammenden Konzepts: Die Kommunikation von Kosten und Risiken ist mehr oder weniger selbstverständlich, differenzierendes Informationsmaterial oder die Einbindung von PatientInnen in deren Erstellung offenbar noch nicht.

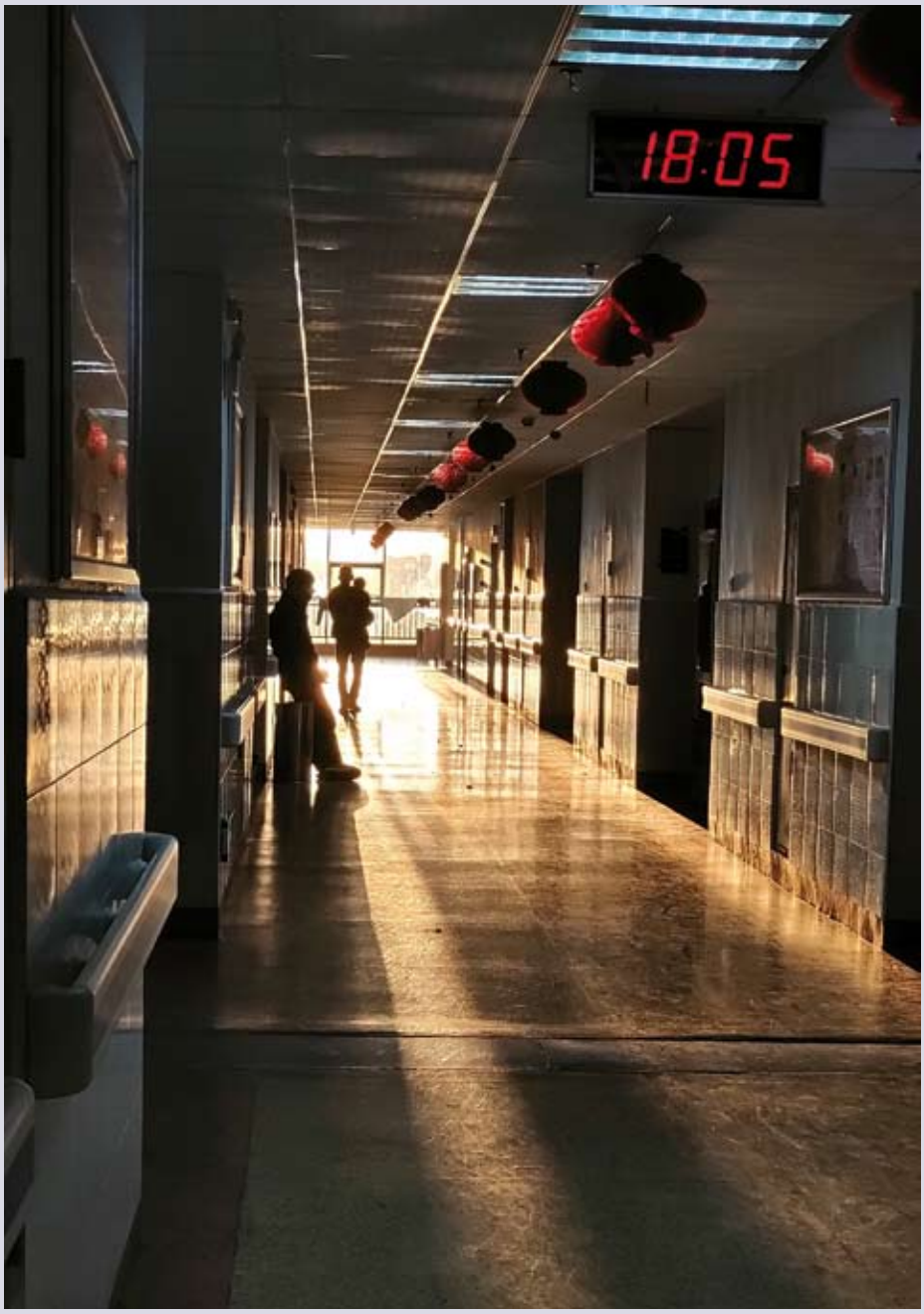
Vergleiche mit Ergebnissen aus anderen Ländern

In der amerikanischen Befragung von Prince und KollegInnen erhielten die Items „…wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich PatientInnen problemlos zurechtfinden (z. B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?“ und „…widmet sich die Leitung Ihres Standorts explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z. B. Leitbild, Personalplanung)?“ die höchsten Skalenwerte (5,2 und 5,1 auf der Skala von 1 bis 7), die Items „…werden in Ihrem Standort die MitarbeiterInnen zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?“ und „…kommunizieren Sie In Ihrem Standort dem Patienten oder der Patientin im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er/sie selbst an der Behandlung zu tragen hat (z. B. Zuzahlungen)?“ die geringsten (4,3 und 4,2). In der Studie von Hayran et al. zeigte sich ebenfalls für das Item „…wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich PatientInnen problemlos zurechtfinden (z. B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?“ der höchste Skalenwert (5,7 auf der Skala von 1 bis 7), gefolgt vom Item „…wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?“ (5,4). Die niedrigsten Werte erreichten die Items „…werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche PatientInnen über verschiedene Medien bereitgestellt (z. B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?“ (4,2) und „… werden Gesundheitsinformationen in Ihrem Standort unter Einbezug von PatientInnen entwickelt?“ (4,6). Mittelt man wiederum die Mittelwerte der zehn Items, so ergibt sich der höchste Wert für die türkische Befragung (5,0), gefolgt von den deutschen Brustkrebszentren (4,9) und den Daten aus den USA (4,7). Bei diesem Vergleich zu berücksichtigen sind die unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzungen und möglicherweise eine stärkere Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten bei Befragten, die für die Qualitätsentwicklung selbst in der Verantwortung stehen, wie dies in der deutschen und der türkischen Studie stärker der Fall sein dürfte als in der amerikanischen.

Methodische Herausforderungen bei der Messung von Gesundheitskompetenzorientierung in Versorgungsorganisationen

Die Operationalisierung der zehn von Brach et al. erarbeiteten Attribute gesundheitskompetenzorientierter Versorgungsorganisationen erfolgte in der PIAT-Studie mittels qualitativer Methoden, konkret einem Workshop und anschließender qualitativer Pretests. Dabei wurden einzelne Attribute gemäß den gängigen Standards der Fragebogenkonstruktion auf einzelne Teildimensionen oder „Objekte“ reduziert. So wurde beispielsweise aus dem Attribut „Provides easy access to health information *and* services *and* navigation assistance“ [eigene Hervorhebung] das Item „… wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Patienten problemlos zurechtfinden (z. B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?“ Die Benennung von Beispielen erwies sich während der Pretests als erforderlich. Diese Beispiele verweisen u. a. auf Maßnahmen für Menschen mit besonderen Bedarfslagen, beispielsweise wenn es um Informationsmaterial in unterschiedlicher Schriftgröße oder um Übersetzungen geht. Der Fragebogen hat sich in der deutschen, der amerikanischen und der türkischen Untersuchung bewährt, es sollte aber darauf hingewiesen werden, dass andere Möglichkeiten der Messung von Ge-

Gesundheitskompetenz & Versorgungsorganisationen



sundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen denkbar sind. Dazu zählt beispielsweise die Fremdbeurteilung des Vorliegens der zehn Attribute, also der Vor-Ort-Prüfung auf Umsetzung, etwa des Vorhandenseins von bedarfsspezifischem Informationsmaterial. Dieser Ansatz dürfte bei einigen Attributen deutlich einfacher umzusetzen sein als bei anderen und erfordert teils kostspielige teilnehmende Beobachtungen, die wiederum von der Zustimmung der PatientInnen abhängig sind (z. B. das Attribut zur Kommunikation in kritischen Situationen). Dieser Ansatz wurde schon in der Validierungsstudie vorgeschlagen, aber nach meiner Kenntnis bislang nicht umgesetzt. Ein Leitfaden für ein ähnliches Vorgehen wurde bereits vor der Vorstellung der zehn Attribute von Rudd und Anderson vorgestellt (Rudd/Anderson 2006).

Eine weitere Möglichkeit der Fremdbeurteilung stellt die Befragung von PatientInnen dar. Mittlerweile liegt ein Kurzfragebogen für PatientInnen vor, der die gesundheitskompetenzsensitive Kommunikation in Versorgungsorganisationen abbildet (Ernstmannet al. 2017).

Eine wesentliche weitere methodische Herausforderung für Befragungen mit dem HLHO-10 ist die Identifikation einer geeigneten Stichprobe, worauf beispielsweise die ungleiche Einschätzung der Gesundheitskompetenzorientierung seitens der nach Bildung, Berufsgruppe und Berufserfahrung unterschiedenen Befragten bei Prince et al. hindeutet. Die Wahl der Stichprobe ist in erster Linie abhängig vom spezifischen Zweck der Nutzung des Fragebogens. Grundsätzlich kommen Mitarbeiterbefragungen ebenso in Frage wie Befragungen von Schlüsselpersonen.

Potenziale des HLHO-10-Kurzfragebogens für die Nutzung in der Praxis

Bereits in der Validierungsstudie wurde geprüft, inwieweit der HLHO-10-Kurzfragebogen geeignet sein kann, als Steuerungsinstrument zur Deckung patientenseitiger Bedarfe zu dienen. In der damaligen Analyse zeigte sich, dass PatientInnen in Krankenhäusern mit höherer Gesundheitskompetenzorientierung die erhaltenen Informationen zu einer Vielzahl von Themen besser bewerteten. Gefragt wurde dabei nach der Angemessenheit der Informationen (Antwortkategorie „Die Informationen waren genau richtig“ vs. „Ich habe zu wenige Informationen erhalten“, „Die Informationen haben mich überfordert“ etc.), sodass die Bedarfsangemessenheit abgebildet werden konnte. Die Kurzskala kann also Versorgungsorganisationen helfen, Potenziale für eine Verbesserung einzelner Facetten der Gesundheitskompetenzorientierung zu identifizieren, um die Möglichkeit zum Gegensteuern zu geben. Kon-

Gesundheitskompetenz & Versorgungsorganisationen

kret kann dies bedeuten, dass Versorgungsorganisationen den HLHO-10 zur Selbstbeurteilung nutzen, um unterschiedlichen Bedarfslagen von Patientinnen und Patienten besser gerecht zu werden.

Diskussion: Patientenzentrierung und Health System Responsiveness

Das Konzept der Gesundheitskompetenzorientierung in Versorgungsorganisationen lässt sich, der ursprünglichen Intention von Brach und Kollegen folgend und wie eingangs beschrieben, als ein Bestandteil von Patientenzentrierung verstehen. Eine andere Möglichkeit der Einordnung ist die als Element von „Health System Responsiveness" („responsives Gesundheitssystem"), einem von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen Ziel von Patientenversorgung, wonach sich diese an den Bedürfnissen ihrer PatientInnen/KlientInnen orientieren solle und dabei auch bestimmte individuelle Bedarfslagen berücksichtigen müsse (z. B. geringe Gesundheitskompetenz, aber auch geistige oder körperliche Behinderung (World Health Organization 2000)).
Der HLHO-10-Kurzfragebogen ist nutzbar für Forschungsprozesse, um Gesundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen zu beschreiben und zu erklären, aber auch für Organisationen selbst, die so mögliche Defizite in einem wesentlichen Teilbereich von Patientenorientierung/Health System Responsiveness aufdecken und ggf. intervenieren können. Ich plädiere dafür, individuelle Gesundheitskompetenz nicht isoliert zu betrachten, sondern als eine Dimension komplexer Bedarfslagen. Und ebenso plädiere ich dafür, Gesundheitskompetenzorientierung von Versorgungsorganisationen als *eine* Dimension von Health System Responsiveness und Patientenzentrierung in der Versorgung zu betrachten. So wird auch deutlich, wo der Beitrag der Gesundheitspolitik, ihrer vielen AkteurInnen, aber auch der einzelnen Versorgungsorganisation bei der Beschäftigung mit dem Komplex Gesundheitskompetenz liegen kann. Zu den denkbaren Maßnahmen gehört die Aufnahme der Gesundheitskompetenzentwicklung in die Curricula von Gesundheitsberufen, wie in der Vergangenheit bereits gefordert (Coleman 2011), oder die Förderung der Entwicklung von Informationsmaterialien für PatientInnen mit unterschiedlichen Bedarfen (Kowalski et al. 2014). Solche kurzfristig umsetzbaren Maßnahmen können PatientInnen insbesondere in der Akutsituation stärken, während es eine mittel- und langfristige bildungs- und sozialpolitische Aufgabe bleibt, die individuelle Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken.

Dr. Christoph Kowalski

Kontakt:
Dr. Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin
Mail: kowalski@krebsgesellschaft.de

Literatur

Ansmann, L. et al. (2019): DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung: Kurzfassung. In: Gesundheitswesen 81(03), S. 220-224.

Baker, D. W. (2006): The meaning and the measure of health literacy. In: J Gen Intern Med 21(8), S. 878-883.

Brach, C. (2012): Ten attributes of health literate health care organizations. National Academy of Medicine perspectives. Discussion paper. Washington, DC, National Academy of Medicine.

Chesser, A. K. et al. (2016): Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. In: Gerontol Geriatr Med 2, S. 2333721416630492.

Coleman, C. (2011): Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. In: Nurs Outlook 59(2),S. 70-78.

Ernstmann, N. (2017): Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). In: Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 121, S. 58-63.

Ernstmann, N.,/Kowalski, C. (2017): Gesundheitskompetenz.In: Onkologie heute 8/2017, S. 49-50.

Hayran, O./Atac, Ö./ Özer, O. (2018): Assessment of Organizational Health Literacy in a Group of Public, Private and University Hospitals in Istanbul. In: Journal of Health Systems and Policies 1(1), S. 39-52.

Kowalski, C. et al. (2014): Meeting patients' health information needs in breast cancer center hospitals - a multilevel analysis. In: BMC Health Serv Res 14, S. 601.

Kowalski, C. (2015): The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation.In: BMC Health Serv Res 15(1), S. 47.

Kumar, N./Stern, L. W./Anderson, J. C. (1993): Conducting interorganizational research using key informants. In: Acad Manage J 36, S. 1633-1657.

Prince, L. Y. et al. (2018): An assessment of organizational health literacy practices at an academic health center. In: Qual Manag Health Care 27(2), S. 93-97.

Rudd, R./Anderson, J. C. (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers – Partners for Action: Making Your Healthcare Facility Literacy-Friendly. Boston, Mass., Harvard School of Public Health, Department of Society , Human Development, & Health.

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

World Health Organization (2000): The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva.

Konzeptionelle Herausforderungen, Messmethoden und Befunde zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

In Deutschland findet das Konzept Gesundheitskompetenz, definiert als „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden" (Schaeffer et al. 2018), erst in jüngster Zeit verstärkt Beachtung. Basierend auf der bislang einzigen repräsentativen Studie zum Ausmaß und zur Verteilung von Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung verfügen 7,3 % über eine „exzellente", 38,4 % über eine „ausreichende", 44,6 % über eine „problematische" und 9,7 % über eine „inadäquate" Gesundheitskompetenz. Damit ist über die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland vor „erhebliche Schwierigkeiten gestellt, wenn es darum geht, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen, um gesundheitliche Belastungen und Krankheiten zu bewältigen, sich im Alltag stellende Herausforderungen der Gesundheitserhaltung anzugehen und dazu erforderliche Entscheidungen zu treffen" (Schaeffer et al. 2016). An der Datenerhebung waren 2.000 deutschsprachige Personen ab 15 Jahren beteiligt. Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren wurden nicht befragt und repräsentative Daten für diese Population liegen bislang noch nicht vor. Seit ein paar Jahren beschäftigen sich erste Projekte und Teilprojekte mit der Entwicklung von deutschsprachigen Fragebögen zum Thema Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen, der Erhebung von Daten sowie mit der Implementierung von Modellprojekten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden Schulen.

Konzeptionelle Herausforderungen

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur finden sich zahlreiche Definitionen und Modelle von Gesundheitskompetenz, die auf Kinder und Jugendliche anwendbar sind (vgl. Bröder et al. 2017). Die Heterogenität dieser Ansätze illustriert die Multidimensionalität und Komplexität des Konzepts. Bislang besteht kein Konsens hinsichtlich der Dimensionen und generalisierbaren Charakteristiken von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen und über die bei Datenerhebungen zu beachtenden relevanten Aspekte (vgl. Paakkari/Paakkari 2012; Bröder et al. 2017). Zu den konkreten konzeptionellen Herausforderungen bei der Messung von Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter zählen:

- Erfassung von Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen oder Verhalten: Während die meisten Ansätze sich auf das Wissen oder gesundheitsrelevante Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen konzentrieren, messen andere auch Einstellungen oder Verhaltensweisen. Bei der Datenerhebung ist zudem zu überlegen, ob Wissen und Fähigkeiten, Einstellungen und Verhaltensweisen nur mitgeteilt oder auch validiert werden können.
- Berücksichtigung von zielgruppenspezifischen Erfahrungshorizonten und Entscheidungsspielräumen: Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen zeichnet sich durch begrenzte Erfahrungen mit Erkrankungen und dem Gesundheitssystem sowie eingeschränkte Entscheidungsspielräume aus. Der begrenzte Erfahrungshorizont dieser Zielgruppe und die Rolle der Erziehungsberechtigten müssen bei der Erhebung von Daten mitberücksichtigt werden.
- Berücksichtigung von Alters- und Entwicklungsunterschieden: Die Methode der Datenerhebung (z. B. persönliches Interview, schriftliche Befragung) und die Datenerhebungsinstrumente müssen altersgerecht entwickelt und an die jeweilige Entwicklungsstufe der Kinder und Jugendlichen angepasst sein. Damit ist die Vergleichbarkeit der Daten unter Umständen eingeschränkt.

Darüber hinaus sind eine Reihe von praktischen Aspekten bei der Datenerhebung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Datenerhebungen in allgemeinbildenden Schulen erfordern neben dem Zugang zu den beteiligten Institutionen zudem das formale Einverständnis der Erziehungsberechtigten sowie der Schüler und Schülerinnen. Zu berücksichtigen ist auch die erhöhte Gefahr der Antwortverzerrung bei Befragungen von Kindern und Jugendlichen. Besonders jüngere Kinder neigen dazu, ihr Antwortverhalten an die Erwartungen des Fragestellers anzupassen und sozial erwünschte Antworten zu geben.

Messmethoden

Je nach Definition, Fragestellung und Zielsetzung unterscheidet sich die Operationalisierung des Konzepts Gesundheitskompetenz in der empirischen Forschung zum Teil erheblich und die verwendeten Fragebögen und Messinstrumente sind dementsprechend vielfältig. Darüber hinaus unterscheiden sich die Studien im Hinblick auf das Alter der Probanden und Probandinnen und den

Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Zugang zu der ausgewählten Population. Während sich viele Befragungen auf Jugendliche konzentrieren, werden manchmal auch jüngere Kinder miteinbezogen. Die Daten werden in der Regel in Schulen oder Gesundheitseinrichtungen erhoben. Ein großer Teil der bislang erhobenen Daten stammt aus den Vereinigten Staaten (vgl. Fleary et al. 2018).

Während in frühen Studien zum Thema Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen oft selbst entwickelte Fragebögen eingesetzt wurden (vgl. Franze et al. 2011), werden zunehmend validierte Datenerhebungsinstrumente genutzt. Im europäischen Raum gewinnt der aus Finnland stammende Health Literacy for School-Aged Children (HLSAC, dt.: Gesundheitskompetenz für Schulkinder) Fragebogen an Bedeutung, der mit Hilfe von 10 Fragen das theoretische Wissen („theoretical knowledge"), praktische Wissen („practical knowledge"), kritische Denken („critical thinking") sowie die Selbsterkenntnis („self-awareness") und das gesellschaftliche Engagement („citizenship") der Kinder und Jugendlichen thematisiert (vgl. Paakkari et al. 2016). Das Instrument wurde an 13- und 15-jährigen Jugendlichen in Finnland, Polen, der Slowakei und Belgien validiert (vgl. Paakkari et al. 2018). Im Rahmen des am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin durchgeführten SPLASH-Projekts („Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen") wurden mit Hilfe des HLSAC-Fragebogens 2017 und 2018 quantitative Daten zum Thema Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen an allgemeinbildenden Schulen in Brandenburg und Hessen erhoben (vgl. Tannen et al. 2017).

In Deutschland ist darüber hinaus das vom Health Literacy im Kindes- und Jugendalter (HLCA) Forschungsverbund durchgeführte und von einem Team an der Universität Bielefeld implementierte Projekt MoMChild („Methods of Measuring Health Literacy of Children") mit der Aufgabe beschäftigt, ein Instrument zur Messung der Gesundheitskompetenz von Kindern zwischen 9 und 10 Jahren zu entwickeln (vgl. Bollweg et al. 2016). Dazu wird das für die Altersstufe ab 15 Jahren entwickelte und bereits validierte europäische Messinstrument HLS-EU-Q (vgl. Schaeffer et al. 2016) altersgerecht adaptiert (vgl. Bollweg et al. 2016, Bollweg et al. 2018).

Befunde zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Im Unterschied zu den repräsentativen, länderübergreifenden Datenerhebungen in der Erwachsenenforschung (vgl. Schaeffer et al. 2016), sind Studien zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in der Regel nicht randomisiert (d.h. die Auswahl der Untersuchten unterliegt nicht dem Zufallsprinzip) und die Ergebnisse sind wegen der damit verbundenen geringeren statistischen Sicherheit nicht generalisierbar. Oft sind die Stichproben zudem relativ klein und die Datenerhebung beschränkt sich auf eine überschaubare Anzahl ausgewählter Institutionen. In einer ersten systematischen Übersichtsarbeit zum Forschungsstand in Deutschland kritisieren die Autoren sowohl das „Fehlen konzeptioneller Zugänge hinsichtlich alters- und entwicklungsstufenangepasster Modelle" als auch den Mangel an Prävalenzdaten. Dringender Forschungsbedarf wird insbesondere hinsichtlich der „Analyse und Erforschung der Determinanten von Health Literacy, von Health Literacy als Determinante von Gesundheit sowie [der] systematisch implementierte[n] Umsetzung von Health-Literacy-Programmen" (Okan et al. 2015) gesehen.

Als Teil des oben erwähnten SPLASH-Projekts wurde 2017 eine Analyse der Ausgangslage durchgeführt. Dazu wurden Daten von 2.773 Schülerinnen und Schülern ab 11 Jahren an 28 Grund- und weiterführenden Schulen in Brandenburg und

Hessen erhoben (vgl. Tannen et al. 2018). Neben Fragen zur Gesundheitskompetenz waren soziodemographische Indikatoren sowie Daten zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in die Untersuchung miteingeschlossen. Unter den befragten Schülerinnen und Schülern waren 50,3 % Mädchen und 46,9 % Jungen mit einem Durchschnittsalter von 14,2 Jahren. Die meisten der Kinder und Jugendlichen gaben Deutschland als Geburtsland (88,7 %) und Deutsch als Muttersprache (71,8 %) an. Von den 1.310 Jugendlichen, für die der sozioökonomische Status berechnet werden konnte, lebten 34,3 % in Haushalten mit hohem, 43,1 % in Haushalten mit mittlerem und 22,7 % in Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status. Sowohl städtische als auch ländliche Schulen waren in der Stichprobe vertreten, wobei 61,1 % der Kinder und Jugendlichen in Hessen und 38,9 % in Brandenburg zur Schule gingen.

Unter den befragten Kindern und Jugendlichen wiesen 12,5 % eine hohe (HLSAC-Werte 36-49, N = 347), 54,9 % eine mittlere (HLSAC-Werte 26-35, N = 1.522) und 14,7 % eine niedrige (HLSAC-Punkte 10-25, N = 408) Gesundheitskompetenz auf. Für die verbleibenden 17,9 % (N = 496) konnte die Gesundheitskompetenz nicht berechnet werden. Die Fähigkeit, „Ideen [zu haben], wie die Gesundheit in meinem Umfeld verbessert werden kann (zum Beispiel am Wohnort, bei meiner Familie, meinen Freunden“ und die Fähigkeit, „verschiedene Gesundheitsinformationen miteinander [zu] vergleichen“, wurde von den Kindern und Jugendlichen als besonders schwierig bewertet, wobei mehr als 30 % angaben, dies treffe auf sie „nicht ganz“ oder „überhaupt nicht“ zu. Mehr als 25 % gaben zudem an, dass sie

„nicht ganz“ oder „überhaupt nicht“ über die Fähigkeit verfügten, zu entscheiden, ob gesundheitsbezogene Informationen richtig oder falsch seien. Andererseits wurde die Fähigkeit, den Anweisungen von Ärzten und Krankenschwestern zu folgen, sowie die Fähigkeit, gut über die eigene Gesundheit informiert zu sein und beurteilen zu können, wie sich das eigene Verhalten auf die Gesundheit auswirkt, als einfacher empfunden. Weniger als 20 % gaben an, dass sie diese Fähigkeit „nicht ganz“ oder „überhaupt nicht“ hätten. Kinder und Jugendliche mit hoher Gesundheitskompetenz stammten öfter aus Familien mit höherem sozioökonomischen Status und sie waren im Durchschnitt älter als Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen mit geringerer Gesundheitskompetenz.

Diskussion

Sowohl international als auch in Deutschland ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen eine erklärte politische Priorität. Mit der Shanghai Deklaration („Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development“) hat die Weltgesundheitsorganisation 2016 die Förderung von Gesundheitskompetenz insbesondere in Schulen zu einem zentralen Handlungsziel erklärt: „[Health Literacy] must be an integral part of the skills, and competencies developed over a lifetime, first and foremost through the school curriculum“ (Weltgesundheitsorganisation 2016). In Deutschland fordert das Expertengremium des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in seinem ersten Strategiepapier, „das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage [zu] versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen“ (Hurrelmann et al. 2018). Basierend auf dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz soll das Thema Gesundheitskompetenz in Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung integriert und sollen die bestehenden Lehr- und Bildungspläne systematisch erweitert werden. Zugleich wird betont, dass die gewählten Ansätze nicht nur auf die Förderung individueller Fähigkeiten, sondern auch struktur- und systemorientiert ausgerichtet und ohne Zusatzbelastung der pädago-

gischen Fachkräfte sinnvoll in den Berufsalltag integriert werden müssen (vgl. Hurrelmann et al. 2018).

Aktuelle Daten des Robert Koch-Instituts zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zeigen, basierend auf den deutschlandweiten repräsentativen Datenerhebungen der KiGGS Welle 2 („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland"), akuten Handlungsbedarf in mehreren Bereichen, in denen die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen gefordert ist:

- Übergewicht und Adipositas: Zwar hat sich die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren seit der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) stabilisiert, trotzdem sind weiterhin 15,4 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland von Übergewicht und 5,9 % von Adipositas (2014 – 2017) betroffen.
- Bewegung: Nur 22,4 % der Mädchen sowie 29,4 % der Jungen zwischen 3 und 17 Jahren sind ausreichend körperlich aktiv. Der Prozentsatz an Kindern und Jugendlichen, die die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation erreichen, nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich ab.
- Ernährung: Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke werden von 16,9 % der Mädchen und 22,2 % der Jungen mindestens einmal täglich konsumiert, wobei der Konsum von zuckerhaltigen Getränken mit steigendem Alter zunimmt.
- Rauchen: Obwohl das Rauchen in der Zielgruppe seit Jahren abnimmt, rauchen weiterhin 7,2 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 11 bis 17 Jahren, etwa 50 % von ihnen täglich (vgl. RKI 2018).

Dabei weisen „Kinder und Jugendliche aus sozial schlechtergestellten Familien [...] häufiger gesundheitliche Probleme und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten" auf (RKI 2018). Diese Kinder und Jugendlichen, die auch besonders häufig nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen, sind damit in mehrfacher Hinsicht vulnerabel. Zugleich fehlt in jungem Alter das Verständnis für die langfristigen Folgen von gesundheitsrelevanten Entscheidungen noch weitgehend (vgl. Bauer et al. 2018).

Trotzdem wird die Notwendigkeit, Gesundheitskompetenz zu entwickeln, von jungen Menschen durchaus erkannt. Der STADA Gesundheitsreport 2017 spricht, basierend auf einer Befragung von 2.000 jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren, von „erschreckende[n] Wissenslücken" im Gesundheitsbereich. Obwohl 86 % der Befragten ihr Gesundheitswissen für „eher gut", „gut" beziehungsweise „sehr gut" hielten, hatten 49 % eine „problematische" und 17 % eine „inadäquate" Gesundheitskompetenz. Zugleich gaben 69 % der jungen Erwachsenen an, dass Gesundheit in ihrer Schulzeit „keine große Rolle gespielt" habe. Nur 27 % berichten, dass sie „in der Schule etwas über Volkskrankheiten gelernt" hätten, 21 % haben „etwas über Prävention gelernt" und 13 % „haben etwas über das Gesundheitssystem gelernt" (Stada 2017). Die Mehrheit der Befragten kritisierte diese Situation und 80 % forderten das Fach Gesundheit (vgl. Stada 2017).

Die schulische Gesundheitsförderung steht, als potentiell „effektive Plattform [...], um Health Literacy bereits ab den frühen Lebensphasen zu fördern" (Okan et al. 2015), im Zentrum von Pilotprojekten. So testet z. B. das Schulprojekt der Stiftung Gesundheitswissen derzeit Unterrichtsmaterialien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen für den Einsatz in der Sekundarstufe I. Das kostenlose Medienpaket enthält lehrplanrelevante Arbeitsblätter und didaktische Hinweise, Anregungen für die Projektarbeit, Erklärvideos, Plakate und Spiele (vgl. Stiftung Gesundheitswissen 2018). Dieses und andere Projekte (siehe dazu auch den Beitrag über das Projekt „Ich kenn mich aus" von Sabine Schindler-Marlow in diesem Heft) erreichen bislang allerdings erst eine begrenzte Anzahl an Schülerinnen und Schülern und müssen ausgeweitet werden. Weitere Projekte müssen folgen. Obwohl das Thema Gesundheitskompetenz von Kindern- und Jugendlichen inzwischen als politische und gesellschaftliche Herausforderung erkannt wird und national und international vielfältige Ansätze zur Verfügung stehen, mangelt es bislang an finanziellen Mitteln für größere Interventionen, Studien zu deren Wirksamkeit sowie den institutionellen Voraussetzungen für eine flächendeckende Ausweitung und langfristige Implementierung.

Dr. Elke de Buhr

Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Kontakt:
Dr. Elke de Buhr, PHD MS
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Charité Universitätsmedizin Berlin
Postanschrift
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel. +49 (0)30 450 529-057
Mail: elke.de-buhr@charite.de

Literatur

Bauer, U./Okan, O./Hurrelmannn, K. (2018): Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor. In: Monitor Versorgungsforschung 05/18, S. 47-52.

Bollweg, T.M. et al. (2016): Entwicklung eines Testverfahrens zur Erfassung der Health Literacy von 9- bis 10-jährigen Kindern im Forschungsprojekt HLCA-MoMChild. In: Gesundheitswesen, 78 - A203.

Bollweg, T.M. et al. (2018): Adapting the HLS-EU questionnaire for children aged 9 to 10: Exploring factorial validity. In: European Journal of Public Health, vol. 28, suppl. 4.

Bröder, J. et al. (2017): Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. In: BMC Public Health, 17: 361.

Fleary, S.A./Joseph, P./Pappagianopoulos, J.E. (2018): Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. In: Journal of Adolescence, 62, S. 116-127.

Franze, M. et al. (2011): Implementation and evaluation of the population-based programme „health literacy in schoolaged children" (GeKo KidS). In: Journal of Public Health, 19, S. 339–347.

Hurrelmann, K./Bauer, U./Schaeffer, D. (2018): Strategiepapier #1 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Das Erziehungs und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2018.

Okan, O. (2015): Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. In: Bundesgesundheitsblatt 58, S. 930-941.

Paakkari L./Paakkari O. (2012): Health literacy as a learning outcome in schools. In: Health Education 112, S. 133–52.

Paakkari, O. (2016): Subjective health literacy: development of a brief instrument for schoolaged adolescents. In: Scandinavian Journal of Public Health 44, S. 751-757.

Paakkari, O. (2018): The cross-national measurement invariance of the health literacy for adolescents (HLSAC) instrument. In: European Journal of Public Health 0(0),S. 1-5.

Robert Koch-Institut (RKI) (2018): KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. Journal of Health Monitoring 3(1). Berlin: RKI.

Schaeffer, D. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland - Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Schaeffer, D. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz stärken. Berlin: KomPart.

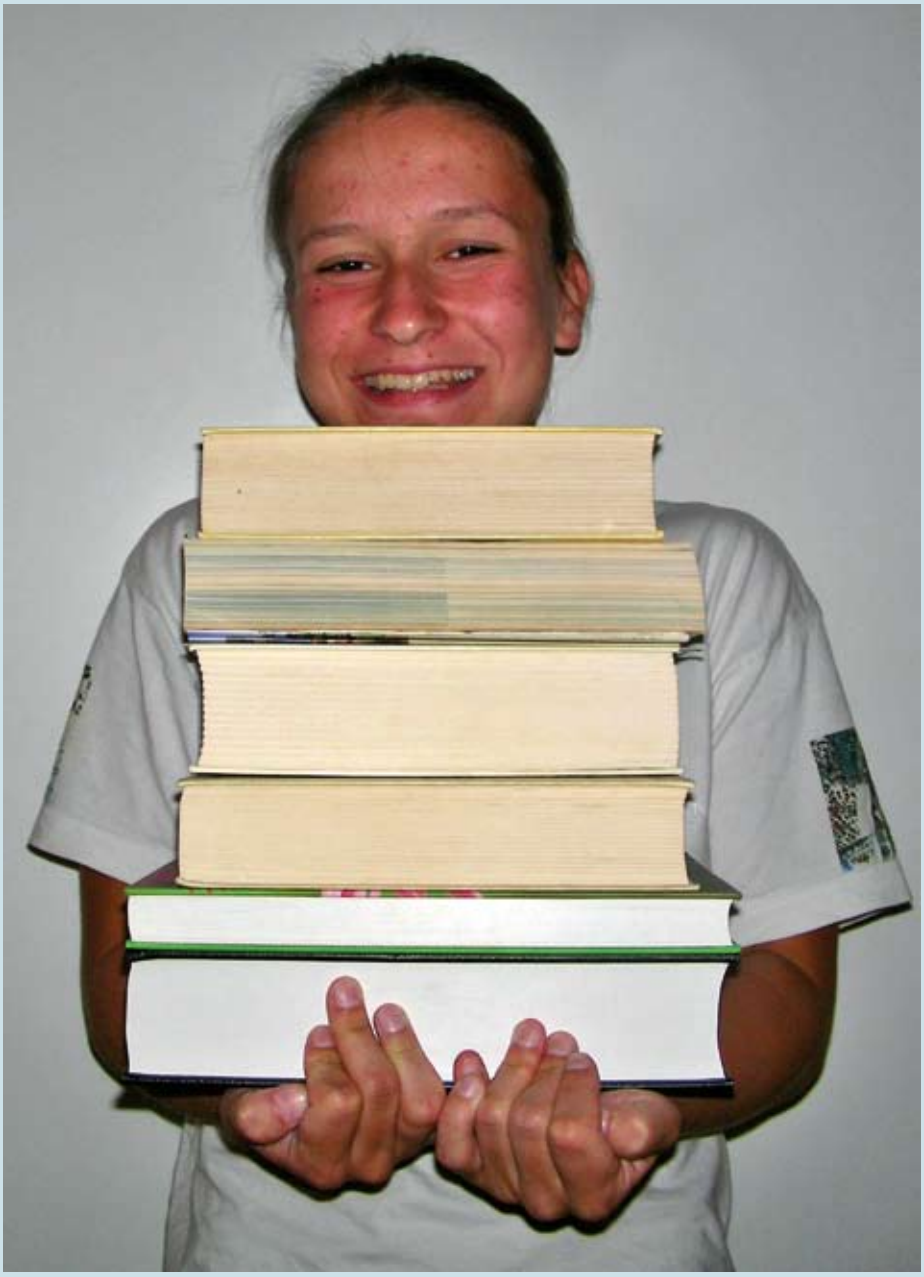
Stada (2017): Gesundheitsreport 2017. Nachhilfe nötig: Muss Gesundheit Schule machen? Die Gesundheitsbildung junger Erwachsener in Deutschland. Bad Vilbel: STADA Arzneimittel AG.

Stiftung Gesundheitswissen (2018): Pausenlos gesund. Gesundheitsbildung in der Sekundarstufe I. Berlin: Stiftung Gesundheitswissen.

Tannen, A. (2017): Schulgesundheitsfachkräfte: Evaluation eines Modellprojekts. In: Pflegezeitschrift 70 (9), S. 53-55.

Tannen, A. (2018): Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen – SPLASH, Teil 1: Analyse der Ausgangslage. Working Paper No. 18-02, Berlin: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.

Weltgesundheitsorganisation (2016): Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Shanghai: 9th Global Conference on Health Promotion.



Gesundheitskompetenz bei Erwebstätigen

Gesundheitskompetenz bei Erwerbstätigen

Mehr als die Hälfte aller Bundesbürgerinnen und Bundesbürger sind erwerbstätig und im Januar 2019 erreichte die Anzahl der Erwerbstätigen mit Wohnort in Deutschland erstmals die 45-Millionen-Marke (statista, 2019). Diesem Umstand Rechnung tragend verwundert die 2. Empfehlung des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz" nicht (Schaeffer et al., 2018):

EMPFEHLUNG #2
Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern.

Der *„Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz"* verfolgt das Ziel, mit einem umfassenden gesamtgesellschaftlichen Ansatz die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu stärken. Dabei ist das System „Arbeit" mit seinen unterschiedlichen Teilbereichen besonders gefordert. Die oben angesprochenen 45 Millionen Erwerbstätigen verbringen einen sehr großen Teil ihres Lebens in Betrieben, Unternehmen, Dienstleistungsorganisationen oder in anderen Bereichen der Privatwirtschaft und des öffentlichen Dienstes. Die persönliche Lebensumwelt der Erwerbstätigen wird wesentlich durch die dort vorgefundenen Bedingungen geprägt. Die damit einhergehenden Arbeitsanforderungen und Betriebsabläufe haben einen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheit der Erwerbstätigen (ebd.). Für die Gesundheitskompetenz bedeutet dies, dass im Arbeitskontext nicht nur die persönliche Gesundheitskompetenz im Mittelpunkt stehen kann, sondern dass bei erwerbstätigen Personen die Gesundheitskompetenz ebenso im Beruf und am Arbeitsplatz gefördert werden sollte.
Es steht natürlich außer Frage, dass die Gesundheitskompetenz des Einzelnen positive Auswirkungen sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich hat. Durch Maßnahmen zum Aufbau, zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheitskompetenz können die individuelle Leistungsfähigkeit, das persönliche Wohlbefinden und die subjektive Lebensqualität positiv beeinflusst werden. Dies wiederum erhält und fördert die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, weshalb die Arbeit an individueller Gesundheitskompetenz auch den Unternehmen zu Gute kommt (REWE Group, 2011). Damit stellen arbeitsplatzbezogenes und gesundheitsrelevantes Wissen notwendige Voraussetzungen dar, um Tätigkeiten und Arbeitssituationen langfristig gesundheitsgerecht ausführen und gestalten zu können.
Die Unternehmen selbst sind jedoch auch aufgefordert, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Gesundheitskompetenz von Berufstätigen zu verbessern und sie direkt an ihrem Arbeitsplatz in die Lage zu versetzen, ihre gesundheitlichen Anliegen wahrzunehmen und zu vertreten (Schaeffer et al., 2018).
Beispiele guter Praxis weisen darauf hin, dass Gesundheitskompetenz arbeitsbedingte Belastungen senkt und damit physische und psychische Beanspruchungen reduzieren kann. Daher sollte auch aus betriebswirtschaftlicher und personalwirtschaftlicher Sicht dem Thema Gesundheitskompetenz in den Unternehmen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden (Winter/ Seitz, 2017).

„The wealth of business depends on the health of the workers"
(dt. "Der Reichtum eines Unternehmens hängt von der Gesundheit der Beschäftigten ab.")
(Dr. Maria Neira, WHO)

Empirische Befunde zur Gesundheitskompetenz von Erwerbstätigen

Die meisten vorliegenden Studien beschäftigen sich mit der *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen*, jedoch ohne dabei die Erwerbstätigen im Speziellen in den Fokus zu nehmen. Als gesichert gilt, dass neben Einkommen, Bildungsniveau und Herkunft die Gesundheitskompetenz nachweislich einer der aussagekräftigsten Prädiktoren für den individuellen Gesundheitszustand ist (Winter/Seitz, 2017). Je ausgeprägter die Gesundheitskompetenz ist, desto besser soll man in der Lage sein, sich gesundheitsgerecht zu verhalten und gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen (Kickbusch et al. 2013).
Speziell in Europa wurden in den vergangenen Jahren zunehmend *Studien zur bevölkerungsbezogenen Erfassung der Gesundheitskompetenz* durchgeführt – so wurden 2012 die Ergebnisse des European Health Literacy Survey (HLS-EU Studie) vorgestellt, in Deutschland 2014 die AOK- und die WIdO-Umfragen sowie 2016 die HLS-GER Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutsch-

land (Schaeffer et al., 2016). Von Winter und Seitz (2017) werden die zentralen Ergebnisse dieser Studien der AOK-Studie zur Gesundheitskompetenz im produzierenden Gewerbe in Ostbayern gegenübergestellt (vgl. Tab. 1). Die Ergebnisse zeigen, dass bis auf die Stichprobe aus Nordrhein-Westfalen die Gesundheitskompetenz in Deutschland eher problematisch ist und geringer als im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern. Detaillierte Ergebnisse zeigen, dass bei Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus, höherem Lebensalter und Migrationshintergrund der Anteil mit geringer Gesundheitskompetenz besonders hoch ist (Schaeffer et al.; 2016). Winter und Seitz (2017) regen an, dass die regionalen Unterschiede in weiterführenden Studien untersucht werden sollten.

Offen sind jedoch Studien, die sich speziell mit der *betrieblichen Gesundheitskompetenz* beschäftigen. Erste Ansätze für die Erforschung der „Occupational Health Literacy", d. h. der Gesundheitskompetenz Erwerbstätiger, wurden von Rauscher und Myers (2014) publiziert. Sie untersuchen den Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und Arbeitsunfällen bei 14-18-jährigen Auszubildenden in den USA. Weiterführende Studien zur „Occupational Health Literacy" für andere Altersklassen und verschiedene Branchen werden die Forschungslage zur „betrieblichen Gesundheitskompetenz" in den nächsten Jahren sicher vorantreiben. Ein weiterer wichtiger Baustein dafür ist die Entwicklung und Validierung entsprechender diagnostischer Instrumente, die hinreichend spezifisch für die Erfassung der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz sind (dabei etwa Rücksicht auf die Besonderheiten des betrieblichen Kontexts nehmen). Einen ersten Schritt in diese Richtung stellt z. B. die Arbeit von Azizi et al. (2019) dar, welche eine Gesundheitskompetenzskala für Arbeitende („Health Literacy Scale for Workers") entwickelt haben. Die Verfügbarkeit eines deutschsprachigen Instruments würde die Forschung im Bereich der betrieblichen Gesundheitskompetenz bzw. der Gesundheitskompetenz bei Erwerbstätigen sicher substantiell vorantreiben.
Doch auch ohne spezifische Forschungsergebnisse zur Gesundheitskompetenz bei Erwerbstätigen gibt es Empfehlungen, wie diese im Unternehmen gefördert werden könnte. Nachfolgend werden entsprechend einige Ansätze dazu kurz vorgestellt.

Förderung der Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz

Für Gestaltungsempfehlungen im betrieblichen Kontext wird häufig die *organisationale Gesundheitskompetenz* fokussiert (Pelikan, 2013; Pelikan/Dietscher, 2015; Wieland/Hammes, 2010). Dabei steht die gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation im Fokus. Von Brach et al. (2012) werden dazu 10 Merkmale definiert, die auch teilweise auf andere Unternehmensformen übertragbar sind (s. Abb. 1).

Für Erwerbstätige in Betrieben, Unternehmen, Dienstleistungsorganisationen oder in anderen Bereichen der Privatwirtschaft und des öffentlichen Dienstes außerhalb der Krankenversorgungsorganisation wurden in den letzten Jahren von den Krankenkassen und von den Unternehmen selbst zahlreiche Bemühungen gestartet, die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zu fördern (Kolpatzik, 2019). Ein entsprechendes Projekt der Rewe Group wird beispielhaft in einem der nachfolgenden Beiträge beschrieben.
Laut dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz ist der geeignete Handlungsrahmen für die Förderung der Gesundheitskompetenz Erwerbstätiger das *Betriebliche*

Tabelle 1: Übersicht wesentlicher Studien zur Gesundheitskompetenz im Vergleich (aus Winter und Seitz, 2017)

Gesundheitskompetenz (Angaben in Prozent)	GKV 2014*	HLS-GER**	NRW	EU-Total	Gewerbl. Beschäftigte Ostbayern
Anzahl Befragte	1.959	2.000	1.045	7.794	232
Inadäquat (0 bis 25)	14,5	9,7	11,0	12,4	23,9
Problematisch (> 25 bis 33)	45,0	44,6	35,3	35,2	40,2
Ausreichend (> 33 bis 42)	33,4	38,4	34,1	36,0	32,9
Ausgezeichnet (> 42 bis 50)	7,0	7,3	19,6	16,5	2,1
Mittelwerte	31,9	32,8	34,5	33,8	30,2

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Zok (2014)
* GKV-Versicherte in Deutschland, WIdO
** Gesundheitskompetenz in Deutschland, HLS-GER

Gesundheitskompetenz bei Erwebstätigen

Gesundheitsmanagement oder kurz BGM (Schaeffer et al., 2018). BGM ist die bewusste Gestaltung betrieblicher Strukturen und Prozesse mit dem Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu erhalten und zu fördern (Gesundheitsförderung) (Ulich, 2017). Dabei besteht Übereinstimmung mit der in der Ottawa-Charta der WHO (World Health Organization 1986) formulierten Position: „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein." (ebd.).
Im Rahmen des BGM gibt es laut Treier und Uhle (2019) verschiedene Handlungsfelder zur gesunden Arbeitswelt, welche in der nachfolgenden Tabelle 2 dargestellt sind.

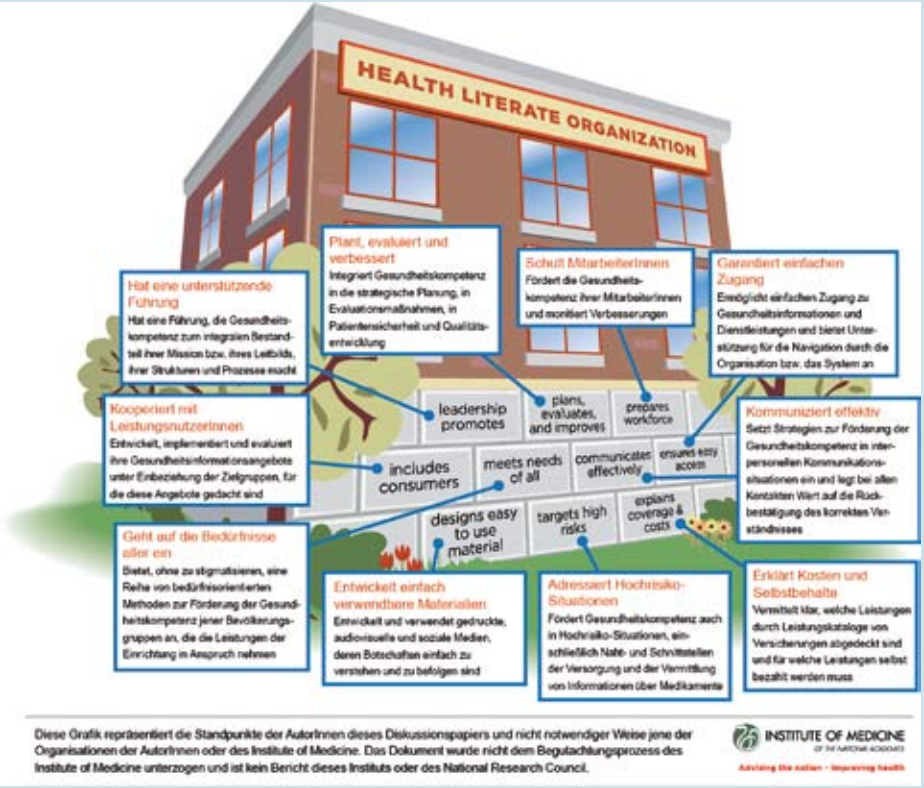


Abbildung 1: Details zu den Grundlagen gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen nach Brach et al. (2012)

Tabelle 2: Handlungsfelder zur gesunden Arbeitswelt nach Treier/Uhle (2019)

Handlungsfeld	Erläuterungen
Arbeits-/ Gesundheitsschutz	Der AGS in Verbindung mit Arbeitssicherheit befasst sich mit Unfallverhütung und mit dem Schutz der Beschäftigten, indem bedingungsbezogene Risikofaktoren identifiziert und nach Möglichkeit beseitigt werden.
Arbeitsmedizin	Die Arbeitsmedizin erweitert ihr Präventions- und Diagnostikangebot, um frühzeitig krankmachende Faktoren bei Personen zu bestimmen oder diese gar nicht erst aufkommen zu lassen. Suchtprävention und psychosoziale Betreuung gewinnen an Bedeutung.
Betriebliches Eingliederungsmanagement	Das BEM zielt auf berufliche Rehabilitation und verhindert eine nur formalistischen Herangehensweise, indem es aktiv durch Coaching und Beratung Arbeitsunfähigkeit vorbeugt – dabei werden sowohl psychische als auch physische Faktoren berücksichtigt.
Gesundheitsförderung	Die Gesundheitsförderung zielt mit ihren Angeboten wie Entspannungskurse, Raucherentwöhnung oder Bewegungsaktivitäten auf die Stärkung individueller Gesundheitsressourcen.
Demografiemanagement	Das Demografiemanagement widmet sich den besonderen Anforderungen einer alternden Belegschaft als ganzheitlichem Handlungskonzept (Mensch, Technik und Organisation).
Sozialarbeit	Immer mehr Themen der Sozialarbeit wie Schuldnerberatung weisen Schnittstellen zu Gesundheitsthemen auf (bspw. Suchtprävention).

BGM-Angebote und -Programme sind erwiesenermaßen besonders wirksam, wenn sie sowohl *verhaltenspräventive als auch verhältnispräventive Anteile* aufweisen und sowohl bei den individuellen Verhaltensweisen als auch bei der Arbeitsumgebung ansetzten (Treier/ Uhle, 2015, 2019). Nach Kolpatzik (2019) ist dieser Ansatz auch auf die Gesundheitskompetenz zu übertragen. Er empfiehlt für die Förderung der Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt Maßnahmen zur Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz mit einer Veränderung der Rahmenbedingungen zu kombinieren. Ein Ansatzpunkt ist die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen und deren Einbeziehung in bereits bestehende Programme der Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Schaeffer et all, 2018). Weiterführend kommt der kompetenten Gestaltung der Arbeit und der Arbeitsplatzbedingungen als Führungsaufgabe eine besondere Bedeutung zu.

Für das BGM ergibt sich damit ein Portfolio an Maßnahmen, welche sowohl auf die personelle Gesundheitskompetenz als auch auf verschiedene Faktoren der betrieblichen Gesundheitskompetenz abzielen (s. Abb. 2).

Verschiedene dieser *Ansatzpunkte* sind auch in den allgemeinen Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz enthalten (Schaeffer et al., 2018):

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

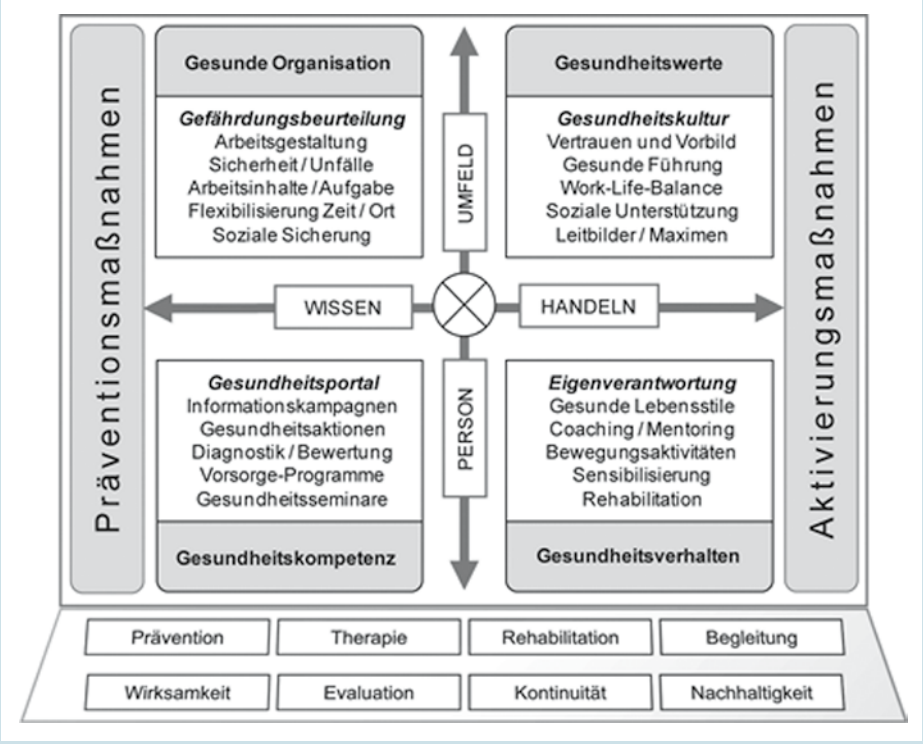


Abbildung 2: Portfolio der Maßnahmen. (Nach Uhle und Treier 2019, S. 30)

Im BGM wird ein strukturiertes Vorgehen empfohlen, welches zunächst eine Umsetzung der gesetzlich verpflichtenden Ansatzpunkte aus dem Arbeitsschutz fokussiert. Das Mittel der Wahl ist hier die *Gefährdungsbeurteilung*. Das Ziel ist es, das System Arbeit gesundheitsförderlich zu gestalten und damit die Anforderungen an die Personen zu reduzieren, die sich darin bewegen. Wenn in allen Unternehmen in Deutschland die gesetzlichen Vorgaben optimal umgesetzt werden würden, wären wir dem Ziel, Arbeit gesundheitsgerecht zu gestalten, einen sehr großen Schritt näher. Aktuelle Zahlen zeigen jedoch, dass nur in ca. der Hälfte aller Unternehmen eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird und in nicht einmal einem Viertel der Unternehmen entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden (vgl. Brennscheidt et al., 2019). Noch „dünner" wird es, wenn wir die mehrheitlich fakultativen Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention in den anderen Bereichen des BGM fokussieren, wie sie von Treier und Uhle (2019) vorgestellt wurden.
Die Gründe für die *fehlenden Umsetzungen* in beiden Bereichen liegen vor allem in den personellen und finanziellen Kosten, welche bei

Gesundheitskompetenz bei Erwebstätigen

der Umsetzung im BGM entstehen. Dabei greift auch hier wieder die Ungleichverteilung, dass vor allem in kleinen und mittelständischen Unternehmen das BGM mit deutlich geringerem Engagement und finanziellem Einsatz umgesetzt wird als in großen Unternehmen. Dadurch wird für Erwerbstätige in Unternehmen mit geringer Betriebsgröße oder bei Solo-Selbstständigen praktisch überhaupt kein Gesundheitsmanagement am Arbeitsplatz angeboten. Was sind die Gründe hierfür?

„Gesundheit muss sich lohnen!"

Wie alle Investitionen müssen auch BGM-Maßnahmen wirtschaftlich sinnvoll für den Unternehmer sein. Aber wie macht sich der daraus entstehende Mehrwert bemerkbar? Hohe Arbeitszufriedenheit, motivierte Teams, wenig Fehlzeiten und geringe Krankheitskosten sind die Hauptziele dieser Maßnahmen, die einen hohen ökonomischen Nutzen für das Unternehmen bringen.
Es lohnt sich also nicht nur persönlich für den Einzelnen, sondern vor allem auch für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, in die Gesundheit seiner/ihrer Mitarbeitenden zu investieren. Die Rückgabe dieser Investition ist in Zahlen benennbar. Diese Kennzahl wird als Return on Investment bezeichnet. Im Schnitt beträgt das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Gesundheitsförderung für das Unternehmen zwischen 1:2 bis 1:6 – d. h., dass jeder Euro, der für das BGM aufgewandt wird, sich zwei- bis sechsfach wieder auszahlt. In die Gesundheit zu investieren ist also eine vorrausschauende Anlage für das Unternehmen.
Zukünftige Förderungen sollten daher vor allem auf kleinst-, klein- und mittelständische Unternehmen fokussieren und eine Umsetzung der obligatorischen und fakultativen Ansatzpunkte im BGM befördern, so dass die Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen auf individueller und auf betrieblicher Ebene optimal gefördert werden kann.

Die Relevanz, Gesundheit in Zahlen und Kostenrechnungen zu zwängen, mag auf den ersten Blick plastisch erscheinen, doch wie ein berühmter Dichter und Philosoph bereits sagte:
„Der Nutzen ist das große Idol der Zeit."
(Johann Christoph Friedrich von Schiller, 1795)

Fazit

Die Umsetzung der 2. Empfehlung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz „Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz zu fördern" ist m. E. schwierig. Für die Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen konnten zwei Ansatzpunkte herausgearbeitet werden: die Förderung der persönlichen *und* der betrieblichen Gesundheitskompetenz. Während der erste Ansatzpunkt seit vielen Jahren im Fokus der Forschung stand und noch immer steht, muss für den zweiten Ansatzpunkt zunächst eine genauere Erforschung erst noch erfolgen. Dafür sollten Studien zu den genauen Bedingungsfaktoren der betrieblichen Gesundheitskompetenz durchgeführt werden, so dass Gestaltungsempfehlungen auch auf eine breitere empirische Basis gestellt werden können. Offene Fragen sind bspw. „Was kann das betriebliches Gesundheitsmanagement für die Erhöhung von Gesundheitskompetenz Erwerbstätiger leisten – und was nicht?", „Welche Anknüpfungspunkte zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz in betrieblichen Settings sind empirisch belegbar?" oder „Wie können im Sinne des Postulats von „Health in all Policies" die zahlreichen Berufstätigen erreicht werden, denen aufgrund zu geringer Betriebsgrößen kein Gesundheitsmanagement am Arbeitsplatz angeboten wird?" Und auch wenn es sicher noch einige Jahre dauern wird, zu diesen Fragen empirisch belegbare Antworten zur formulieren, könnte es ein erster Ansatzpunkt sein, wenn kleinst-, klein- und mittel-

ständische Unternehmen dabei unterstützt werden, ihre Unternehmen gesundheitskompetenter zu gestalten, so dass subgruppenspezifische Ungerechtigkeiten ausgeglichen werden können.

Prof. Sabine Rehmer

Literatur

Azizi, N. et al.(2019): Development and Validation of the Health Literacy Scale for Workers. In: International Journal of Occupational and Environmental Medicine, 10, S. 30-39.

Brach, C. et al. (2012): Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen. Diskussionspapier. IOM Roundtable zur Gesundheitskompetenz.

Brenscheidt, S. et al. (2019): Arbeitswelt im Wandel Zahlen – Daten – Fakten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), online unter: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A100.pdf?__blob= publicationFile&v=7 (letzter Abruf 22.07.2019).

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states. The European Health Literacy survey HLS-EU (second revised and extended version).

Kickbusch, I. et al. (Hrsg.) (2013): Gesundheitskompetenz – Die Fakten. Zürich: Kompetenzzentrum Patientenbildung/Careum.

Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2019): Gesundheitskompetenz im Fokus. Das Praxishandbuch. Berlin: Kompart.

Pelikan, J./Dietscher, C. (2015). Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 9, S. 989-995.

Pelikan, J./Ganahl, K./Röthlin, F. (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung, online unter: https://www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.576364. (letzter Abruf 22.07.2019)

Rauscher, K./Myers, D. (2014): Occupational health literacy and work-related injury among US adolescents. In: International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 21, S. 81-89.

REWE Group (Hrsg.) (2011): Gesundheitskompetenz in Unternehmen gestalten und umsetzen. Ein Handlungsleitfaden für die Praxis, online unter: https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/gesundheitskompetenz-im-unternehmen-gesima.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (letzter Abruf 22.07.2019).

Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

Schaeffer, D. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Statista (2019): https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1376/umfrage/anzahl-der-erwerbstaetigen-mit-wohnort-in-deutschland/ (letzter Abruf 22.07.2019).

Treier, M./Uhle, T. (2019): Einmaleins des betrieblichen Gesundheitsmanagements – Eine Kurzreise in acht Etappen zur gesunden Organisation (2., vollst. überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Uhle, T./Treier, M. (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Ulich, E. (2017): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Wirtz, M. (Hrsg.): Dorsch Psychologisches Wörterbuch (18. Auflage). Bern: Huber.

Wieland, R./Hammes, M. (2010): Gesundheitsreport 2010, Teil 2: Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz. Berlin: Barmer GEK.

WIdOmonitor (2014): Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten, online unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2014_2_gesundheitskompetenz.pdf (letzter Abruf 22.07.2019)

Winter W./Seitz J. (2017): Mit Gesundheitskompetenz Krisen erfolgreich vorbeugen und managen. In: Badura, B. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2017. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013): Health Literacy. The Solid Facts. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1 (letzter Abruf 22.07.2019).

Prof. Dr. Sabine Rehmer ist Arbeits- und Organisationspsychologin mit dem Schwerpunkt Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt.
Sie hat 2012 das IGO – Institut für Gesundheit in Organisationen gegründet, welches sie seitdem leitet (www.i-g-o.de). Seit 2016 ist sie zusätzlich an der SRH Hochschule für Gesundheit Professorin und Studiengangsleiterin im Masterstudiengang Arbeits- und Organisationspsychologie mit Schwerpunkt Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt (www.gesundheitshochschule.de).

Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen

Rezension: Health Literacy bei älteren Menschen – Konsequenzen für die Stärkung der Nutzerkompetenz

Verschiedene Studien u. a. des Robert-Koch-Instituts sowie die Generali Altersstudie 2017 weisen nach, dass sich der Gesundheitsstatus sowie das subjektive Gesundheitsempfinden von Älteren in den letzten Jahren deutlich verbessert haben. Ältere Menschen sind und fühlen sich bis ins hohe Alter gesünder als in vergangenen Jahrzehnten.
Dieser Befund korreliert allerdings nicht mit der messbaren Gesundheitskompetenz von Älteren, über die es bislang jedoch kaum Nachweise gibt. Die Lebensphase Alter ist in Studien bisher wenig differenziert betrachtet worden, weil die Forschung überwiegend sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheitskompetenz betrachtet hat. Empirische Studien stammen bisher vor allem aus dem anglo-amerikanischen Raum, in denen das Alter als relativ homogene Lebensphase beschrieben wird (vgl. Vogt 2017, S.15). D. h. Unterscheidungen zwischen „jungen Alten“ und Hochaltrigen werden kaum oder nur ungenügend wahrgenommen. Die Ergebnisse dieser Studien verweisen auf ein niedrigeres Gesundheitsniveau im Alter. Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Gesundheitskompetenz mit steigendem Alter abnimmt. Die Studien legen auch nahe, dass Determinanten geringer Gesundheitskompetenz im Alter mit dem Bildungsstand und dem Einkommen sowie dem Migrationshintergrund zusammenhängen. Allerdings sind die Befunde nicht eindeutig. Gesicherte Daten für Deutschland waren bislang praktisch nicht vorhanden (ebd., S. 1, 10, 17).
Dominique Vogt hat nun im Rahmen ihrer Dissertation an der Universität Bielefeld begonnen, diese Lücke zu schließen. Ihre Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz von Älteren in Deutschland auf Basis der Daten der HLS-GER-Studie beseitigen den Mangel amerikanischer Studien, denn sie differenziert bei den insgesamt 475 über 65-jährigen Befragten verschiedene Gruppen Älterer: die 65-70-Jährigen, die 71-75-Jährigen sowie die über 76-Jährigen (ebd., S. 23). Mehr als die Hälfte (53,1 %) der Studienteilnehmer*innen hatte dabei eine lang andauernde Erkrankung oder ein gesundheitliches Problem, das länger als sechs Monate bestand. Weitere 46,4 % hatten nach eigener Angabe keine chronische Erkrankung (ebd., S. 26). Neben dem Vorliegen chronischer Erkrankungen erfasste die Befragung den Bildungsabschluss der Beteiligten, ihre Einkommenssituation, einen möglichen Migrationshintergrund sowie die bloße funktionale Gesundheitskompetenz.
Vogts Ergebnisse bestätigen z. T. amerikanische Studien. Demnach ist der Anteil mit niedriger Gesundheitskompetenz bei über 65-Jährigen höher als bei jüngeren Alterskohorten. Der durchschnittliche Punktwert liegt bei Älteren bei ca. 30 von 50 möglichen Punkten. Nur 3 % der über 65-Jährigen verfügen über eine exzellente Gesundheitskompetenz, 30,7 % verfügen über ein ausreichendes Gesundheitskompetenzniveau, 51,1 % haben ein problematisches und 15,2 % weisen ein inadäquates Gesundheitskompetenzniveau auf (ebd., S. 27). Dabei sind die Anteile exzellenter wie auch ausreichender Gesundheitskompetenz im Vergleich zu jüngeren Befragten deutlich niedriger (ebd. S. 28). Vor allem in der Alterskohorte der über 75-Jährigen steigt der Anteil mit inadäquater Gesundheitskompetenz deutlich: Ca. 1/3 der Befragten weist ein inadäquates Gesundheitskompetenzniveau auf, während diese Einschätzung nur auf 10 % der jüngeren Älteren zutrifft. 75,5 % der über 75-Jährigen haben damit eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz.

Die Ursachen für die abnehmende Gesundheitskompetenz im Alter werden kontrovers diskutiert. Möglich ist, dass sich altersbedingte Veränderungen wie die Verschlechterung kognitiver und körperlicher Fähigkeiten, die sich häufig erst im höheren Lebensalter manifestieren, auf die Aneignung von gesundheitsrelevanten Informationen auswirken (ebd., S. 18).
Als ausschlaggebender Prädikator für geringe Gesundheitskompetenz im hohen Alter erwiesen sich im Vergleich zu anderen Alterskohorten allerdings weniger Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund und chronische Krankheit, sondern vor allem die Einkommenssituation. Finanzielle Deprivation ist in der Gesamtstichprobe und dabei besonders deutlich bei den über 65-Jährigen der stärkste Prädikator für eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. So haben knapp 80 % der über 65-Jährigen mit geringem Einkommen (Vogt erklärt nicht, wer als finanziell depriviert gilt), Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und damit ein niedriges Gesundheitskompetenzniveau. Bei den Älteren mit chronischer Krank-

Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen

heit sind es immerhin noch 70,6 % (ebd., S. 29), was darauf hindeutet, dass auch die intensive Auseinandersetzung mit Multimorbidität nicht zwingend mit einem signifikanten Mehr an Gesundheitskompetenz einhergeht.

Hochaltrige müssten damit, dafür plädiert Dominique Vogt, bei Interventionsentwicklungen besonders beachtet werden, wobei es vor allem um verhältnispräventive Ansätze geht, d. h. um eine konsequente Nutzerorientierung des Gesundheitssystems und von für Ältere relevanten Institutionen und Organisationen (S. 36). In diesem Sinne sollten des Weiteren, was Dominique Vogt weniger im Blick hat, verhältnispräventive Ansätze bei der Gestaltung von Wohnquartieren, die die soziale Einbindung und Kontakte ermöglichen und Versorgungsangebote u. a. m. vorhalten, berücksichtigt werden. Dominique Vogt spricht sich für einen multidimensionalen Ansatz aus. Hochaltrige benötigen Gesundheitsinformationen in leichter Sprache, einen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Leistungen sowie die richtigen Informationen zur richtigen Zeit. Es nütze nichts, insbesondere hochaltrige Menschen zu überfordern (S. 35). Zudem sei es wichtig, dass in Vermittlungsansätzen gleichermaßen auf der funktionalen als auch auf der kommunikativen und der kritischen Ebene von Gesundheitskompetenz angesetzt wird (S. 34; siehe auch den Beitrag von Anke Steckelberg/Jana Hinneburg in diesem Heft, die den Unterschied der Kompetenzbereiche erläutern). Ein Zugang müsse außerdem über (pflegende) Angehörige erreicht werden (S. 36). Wichtig sei aber, dass insbesondere Hochaltrige in der Kommunikation von professionellen Akteur*innen unterstützt werden, damit sie verständliche gesundheitsrelevante Informationen einfordern, reflektieren und hinterfragen können (S. 35).

Die Forschungsperspektiven sieht Dominique Vogt darin, dass Messmethoden stärker ausdifferenziert werden und dabei beispielsweise der Einfluss von körperlichen und kognitiven Funktionen mehr Berücksichtigung findet. Auch sozioökonomische Faktoren sowie Selbstmanagementkompetenzen müssten zukünftig besser in ein Kompetenzmodell integriert werden.

Dr. Jan Steinhaußen/Andrea Priebe

Vogt, Dominique (2017): Health Literacy bei älteren Menschen – Konsequenzen für die Stärkung der Nutzerkompetenz. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades „Doctor of Public Health", Bielefeld, online unter: https://pub.uni-bielefeld.de › download › Diss_Veröff_DV

Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen

Gesundheitskompetenz in einer älteren städtischen, ostdeutschen Allgemeinbevölkerung – ein Beitrag aus der CARLA-Studie

Vorstellung der CARLA-Studie

Die CARLA-Studie, eine Kohortenstudie der älteren Allgemeinbevölkerung der Stadt Halle (Saale), wurde Ende der 1990er Jahre geplant und wird bis heute aktiv mit der 2002 erstmals untersuchten Studienteilnehmergruppe durchgeführt. Der Name CARLA leitet sich aus K(C)Ardiovaskuläre Risikofaktoren, Leben und Altern ab.

Bei der Studienplanung wurden wir geleitet von der spezifischen Ausgangssituation in Ostdeutschland 10 Jahre nach der Wiedervereinigung. Nach wie vor war im Vergleich zu den westdeutschen Bundesländern eine erhöhte Herz-Kreislauf-Sterblichkeit, insbesondere in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt zu beobachten, die ihren Schwerpunkt in den Altersgruppen oberhalb 45 Jahre zeigte. International, insbesondere in den westlichen Industrieländern, und auch in Deutschland war seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts ein Rückgang der Herz-Kreislauf-erkrankungsbedingten Sterblichkeit in den Altersgruppen zu beobachten. Epidemiologen konnten glaubhaft zeigen, dass ungefähr zwei Drittel dieses Rückgangs auf Prävention und ein Drittel auf eine verbesserte therapeutische Versorgung zurückzuführen ist. Dabei ist anzumerken, dass aufgrund der (gerade in Ostdeutschland) erheblich gestiegenen Lebenserwartung die absolute Anzahl der Erkrankungs- und Sterbefälle an Herz-Kreislauf-Krankheiten stabil bleibt oder zunimmt, weil diese Krankheitsgruppe im Ganzen ja mit dem höheren Alter zunimmt.

Die Ursachen der regionalen Unterschiede zwischen den Bundesländern waren ziemlich unklar, erregten aber immer wieder erhebliche Aufmerksamkeit. Verschiedene Risikofaktoren, aber auch allgemeine Faktoren der wirtschaftlichen, sozialen Lage und der Umwelt wurden diskutiert. Die therapeutische Versorgung in Ostdeutschland hat sich nach der Wende relativ schnell der westdeutschen Situation angeglichen, so dass die Ursachen der fortbestehenden Unterschiede eher in noch unentdeckten oder zu wenig beachteten Risikofaktoren zu suchen waren.

Als Typ der epidemiologischen Studie war von vornherein die Perspektive einer Kohortenstudie, das heißt einer Langzeitbeobachtung in der älteren Allgemeinbevölkerung vorgesehen. Nur diese Studienform ist geeignet, mit genügender Aussagekraft Faktoren, die auf die Neuerkrankungswahrscheinlichkeit einen Einfluss haben, zu identifizieren und die Stärke dieser Einflüsse zu schätzen. Die Studieninstrumente (Untersuchungen durch geschulte Studienschwestern, Interviews, Fragebögen) wurden so ausgewählt, dass die Ergebnisse zu großen Teilen mit anderen deutschen Bevölkerungsstudien vergleichbar sind.

Demzufolge wurde aus dem Melderegister der Stadt Halle (Saale) eine nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht geschichtete zufällige Stichprobe von Bewohnern im Alter von 45 bis 80 Jahren gezogen und nach den Regeln einer epidemiologischen Bevölkerungsstudie zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Basisuntersuchung fand von Dezember 2002 bis Januar 2006 in einem Untersuchungszentrum im Universitätsklinikum Halle (Saale) statt. Bei Studienteilnehmern, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, in das Untersuchungszentrum zu kommen, wurden Hausbesuche mit mobilem Untersuchungsinventar durchgeführt.

Insgesamt wurden 1.779 Einwohner der Stadt Halle (Saale) im Alter von 45 bis 83 Jahren (812 Frauen, 967 Männer) zur Basisuntersuchung rekrutiert und nach deren schriftlicher Einwilligung untersucht. Zusätzlich gab es eine Befragung bei 373 Personen, die zwar zur Untersuchung eingeladen wurden, aber nicht daran teilgenommen haben.

Die erste Folgeuntersuchung fand von März 2007 bis einschließlich März 2010 mit 1.436 Studienteilnehmern statt. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug vier Jahre. Die Untersuchungsinstrumente waren mit der Basisuntersuchung vergleichbar. Von Januar bis Oktober 2013 erfolgte die zweite Nachuntersuchung (im Mittel 8,8 Jahre nach der Basisuntersuchung) mit 1.136 Studienteilnehmern der ursprünglichen Kohorte. Die um Ausfälle bereinigte Teilnahmerate betrug für die Basisuntersuchung 64,1 % (68,6 % für Männer und 59,5 % für Frauen), für die erste Nachuntersuchung davon 92 % und für die zweite Nachuntersuchung dann davon 80 %. Das sind unter den heutigen Bedingungen für bevölkerungsbezogene Gesundheitsstudien relativ gute Teilnahmeraten. Trotzdem haben wir uns darum bemüht zu untersuchen, inwieweit die starken Einflussfaktoren

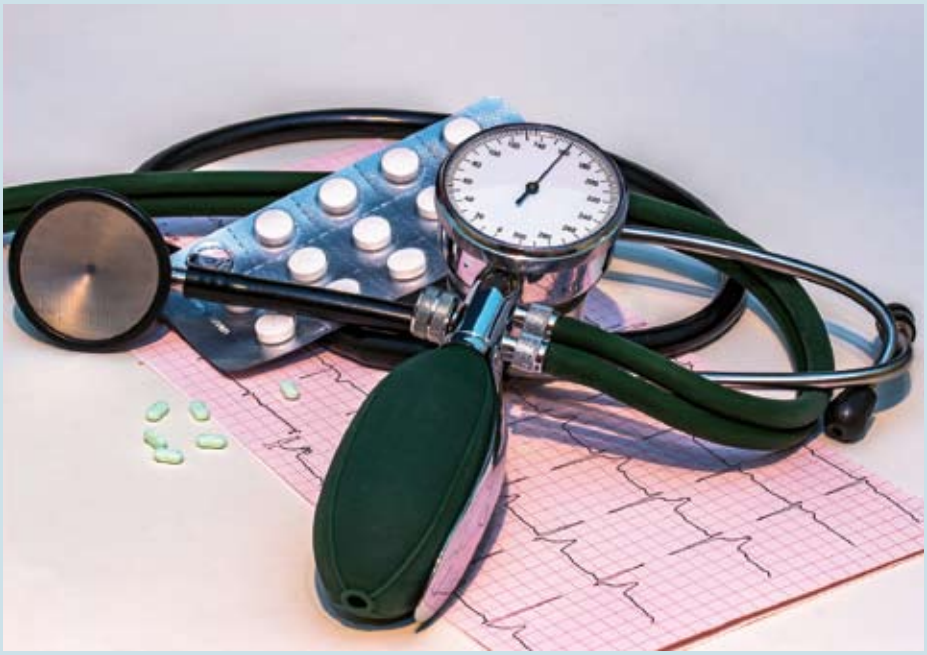
insbesondere aus dem sozialen Bereich sich zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern unterscheiden.
Hier soll auch der folgende Apell ergehen: Wenn Sie von einer wissenschaftlichen Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft angesprochen werden, sich an einer Gesundheitsstudie zu beteiligen und das Ziel dieser Studie für Sie nachvollziehbar begründet wird, sollten Sie nach aller Möglichkeit auch teilnehmen. Wir als Bürger, als Patienten profitieren vom hochentwickelten Gesundheitswesen und den Ergebnissen guter medizinischer Forschung. Deswegen gibt es auch einen Anspruch der Gesellschaft, des Gemeinwesens, im Interesse des Gemeinwohls sich an solchen Studien zu beteiligen, wenn dem nicht erhebliche persönliche Interessen entgegenstehen (explizite Abwägung jedes Einzelnen gefordert).
Die ersten Auswertungen der CARLA-Studie brachten wie weiter unten dargestellt ziemlich dramatische und teilweise nur ungenügend erklärbare Befunde hinsichtlich der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung. Als eine mögliche Erklärung insbesondere der vom Einzelnen beeinflussbaren Risikofaktoren kam der Bereich der Gesundheitskompetenz ins Spiel. Hierzu wurden in den letzten zehn Jahren neue Fragebogeninstrumente für Bevölkerungsstudien entwickelt. Wir haben uns insbesondere für Erklärungen hinsichtlich der hohen Häufigkeiten des Vorkommens von Bluthochdruck und Diabetes interessiert, zweier zentraler Krankheiten im Herz-Kreislauf-Bereich, die zumindest im frühen Stadium noch relativ geringe Beschwerden verursachen, aber erhebliche Risiken für weitere Erkrankungen mit sich bringen. Hier spielt möglicherweise die individuelle Kompetenz, mit Gesundheitsinformationen umzugehen, eine erhebliche Rolle.

Das Konzept der Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Gesundheitsversorgung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern können (Sörensen et al. 2012).
Gesundheitskompetenz beschreibt ein Konzept, das die persönlichen Kompetenzen im Verstehen gesundheitsbezogener Informationen und deren reflektierende und mündige Verarbeitung umfasst. In unserem Zusammenhang sind mit Personen Bürger (Gesunde und Kranke, Patienten, aber auch alle Nichtprofessionellen in Bezug auf Fachleute des Gesundheitssystems) gemeint.
Gesundheitskompetenz ist neben verschiedenen Sozialfaktoren (Bildung, Berufstätigkeit; soziale Netzwerke) eine weitere verantwortliche Größe, die den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten beeinflusst.
Der am verbreitetsten eingesetzte Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheitskompetenz für Erwachsene ist der European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) mit 47 Einzelfragen, jeweils zu beantworten auf einer 4-stufigen Skala (zusätzlich „nicht zutreffend“). Daraus wurde ein reduzierter kürzerer Fragebogen mit ausgewählten 16 Fragen entwickelt, der in unserer CARLA-Studie angewandt wurde.
Der Fragebogen besteht aus folgenden Fragebereichen:

- Auffinden von Gesundheitsinformationen (4 Fragen)
- Verstehen von Gesundheitsinformationen (6 Fragen)
- Verarbeiten/Bewerten von Gesundheitsinformationen (3 Fragen)
- Anwenden von Gesundheitsinformationen (3 Fragen)

Der Summenscore dieser 16 Fragen gilt als globales Maß für die Gesundheitskompetenz. Er kann Werte



zwischen 0 und 50 Punkten annehmen. Das EU-Gesundheitskompetenz-Forschungskonsortium hat daraus Kategorien mit
- 0 bis 25 Punkten („ungenügende Gesundheitskompetenz“)
- 26 bis 33 Punkten („eingeschränkte Gesundheitskompetenz“)
- 34 bis 42 Punkten („ausreichende Gesundheitskompetenz“)
- 43 bis 50 Punkten („exzellente Gesundheitskompetenz“)

gebildet.

In der CARLA-Studie konnten wir diesen Fragebogen erstmals in einer deutschen Bevölkerungsstudie einsetzen und die Befragungsergebnisse in Zusammenhang mit Ergebnissen zu kardiovaskulären Krankheiten und Risikofaktoren untersuchen. Von 1.107 Personen wurde im Verlauf der zweiten CARLA-Nachuntersuchung im Jahr 2013 der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz vollständig ausgefüllt. Das Geschlechtsverhältnis betrug 53 % zu 47 % zugunsten der Männer. Die Alterszusammensetzung wird im folgenden Balkendiagramm (Abb. 1) dargestellt.

Wichtige Ergebnisse der CARLA-Studie zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Halle

Die Ergebnisse der Basisuntersuchung hinsichtlich der Zusammensetzung der Studienpopulation und Häufigkeit kardiovaskulärer Risikofaktoren und ausgewählter Krankheitsgruppen werden in der folgenden Tabelle 1 wiedergegeben (Greiser 2009). Die Häufigkeitsangaben sind dabei auf die Alterszusammensetzung der deutschen Bevölkerung im Altersbereich 45 bis 84 Jahre zum 31.12.2000 direkt standardisiert.

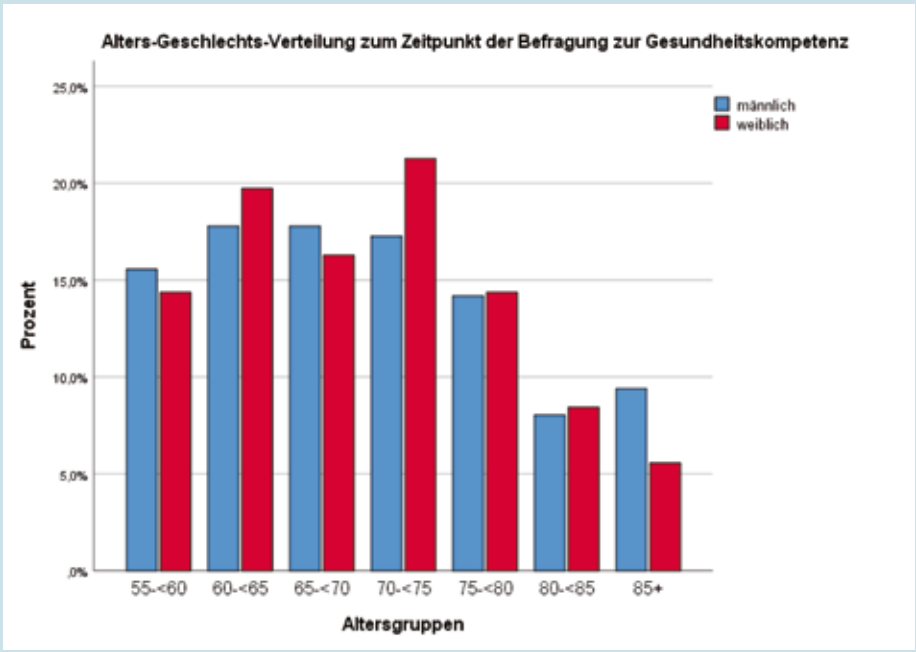


Abb. 1

Hinsichtlich der Prävalenzen von Risikofaktoren und Herz-Kreislauf-bezogenen Krankheiten ist für die CARLA-Studienpopulation, auch im Vergleich mit anderen deutschen Bevölkerungsstudien, eine besondere Risikokonstellation hinsichtlich Typ 2 Diabetes mellitus (Frauen 13,1 % [95 % Konfidenzintervall (KI) 10,8-15,9], Männer 14,0 % [95 % KI 11,8-16,7]), dem Übergewicht abgeleitet aus erhöhtem Body-Mass-Index sowie dem Bluthochdruck (vgl. folgende Tabelle 2) zu finden. Dabei sticht der Bluthochdruck mit über 80 % bei Männern und Frauen über 65 Jahre besonders hervor. Bluthochdruck wird dabei definiert als ein standardisiert gemessener systolischer Blutdruck von mindestens 140 mmHg bzw. diastolischer Blutdruck von mindestens 90 mmHg oder eine Einnahme von Bluthochdruckmedikamenten bei ärztlich diagnostiziertem Bluthochdruck (Haerting, 2015).

Tab. 1: Häufigkeiten Kardiovaskulärer Risikofaktoren und Krankheiten. (CARLA Studienpopulation 2002-2006)

	Frauen (n=812)				Männer (n=967)			
	N	Mittelwert oder %	95 % Konfidenz-Intervall		N	Mittelwert oder %	95 % Konfidenz-Intervall	
Alter (Jahre)	812	63,75	63,07	64,44	967	64,86	64,21	65,50
Syst. Blutdruck (mmHg)	812	140,40	138,86	141,94	966	145,49	144,26	146,73
Diast. Blutdruck (mmHg)	812	83,59	82,85	84,33	966	86,98	86,29	87,67
Body Mass Index (kg/m^2)	812	28,53	28,16	28,91	967	28,21	27,95	28,48
Rauchen:								
gegenwärtig	119	17,09	14,00	20,76	225	27,56	23,79	31,85
Ex-Raucher	140	18,11	15,09	21,68	496	46,87	42,57	51,62
Nie-Raucher	553	64,79	59,28	70,79	245	25,52	22,21	29,30
Alkohol - Konsum % >20 (Fr)/ 30 (Mä) g/d	32	4,48	2,99	6,55	197	22,47	19,21	26,24
Sport: % aktiv	347	42,35	37,81	47,39	296	31,29	27,58	35,49
Krankheitsprävalenz:								
Herzinfarkt	17	1,88	1,06	3,29	88	7,64	6,06	9,69
Schlaganfall	27	2,77	1,81	4,27	42	3,51	2,50	5,02
Herz-Kreislauf-erkrankungen	48	5,24	3,82	7,17	153	12,74	10,71	15,21
Diabetes mellitus	120	13,08	10,79	15,86	154	14,01	11,78	16,70

Tab. 2: Altersbezogene Prävalenz (Häufigkeit des Vorkommens) der Hypertonie (CARLA 2002-2006)

Prävalenz der Hypertonie				
	Frauen		Männer	
Alter	Bluthochdruck (%)	KI 95 %	Bluthochdruck (%)	KI 95 %
45-54	55,4	48,3-62,3	58,7	51,9-65,3
55-64	65,7	59,5-71,6	78,8	73,4-83,5
65-74	84,2	78,6-88,9	83,8	78,9-88,1
75-83	86,5	79,9-91,2	83,6	78,0-88,3
45-83	71,7	68,4-74,8	76,7	73,9-79,4
45-83*	68,4	62,6-74,2	74,3	68,6-80,1

* altersstandardisiert (Deutschland 2000, Altersgruppe 45 – 85 Jahre)

Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen

Die CARLA-Studienpopulation und damit die ältere Allgemeinbevölkerung der Stadt Halle lässt sich für den Zeitraum des ersten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts somit als eine Hochrisikopopulation hinsichtlich relevanter Herz-Kreislauf-Krankheiten charakterisieren. Das gilt auch im Vergleich mit allen anderen bekannten deutschen Gesundheitsstudien in der Bevölkerung (KORA-Studie in Augsburg, RECALL-Studie in Städten des Ruhrgebiets, SHIP-Studie in Greifswald und Vorpommern). Auf der Suche nach Erklärungen für diese Auffälligkeiten haben wir die Gesundheitskompetenz unserer Studienpopulation untersucht.

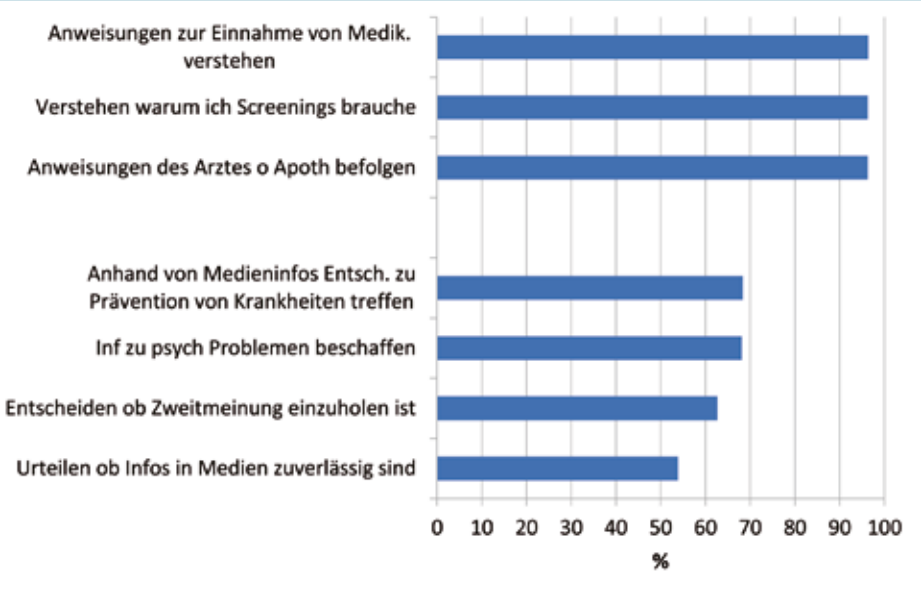


Abbildung 2: Einzelfragen mit den höchsten (3 Fragen) bzw. relativ niedrigsten (4 Fragen) Prozentanteilen von positiven Antworten („sehr/ziemlich einfach")

Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz in der CARLA-Studienpopulation

Der Gesundheitskompetenz-Score wurde bei 1.033 Studienteilnehmern der zweiten Folgeuntersuchung der Carla-Studie ermittelt. Der Gesundheitskompetenz-Mittelwert betrug 36,9 Punkte (Standardabweichung 6,9). Gemäß der obigen Klassifikation zeigten 4 % eine ungenügende, 23 % eine problematische, 50 % eine ausreichende und 23 % eine exzellente Gesundheitskompetenz (vgl. Tiller 2015).
Unter den 16 Einzelfragen hoben sich drei mit extrem positiver Beantwortung (nahezu 95 % antworteten, dass ihnen die genannten Anforderungen „ziemlich einfach" oder „sehr einfach" fielen) und vier mit eher mittlerer Beantwortung (zwischen 54 % und 68 % der Teilnehmer antworteten mit „ziemlich einfach" oder „sehr einfach") heraus (s. folgende Abbildung 2).

Zwei Drittel unserer Studiengruppe hatten ein mittleres Bildungsniveau und ungefähr die Hälfte ein Haushaltsnettoeinkommen zwischen 750 und 1.500 Euro. Bei den Teilnehmern gab es eine deutliche Abhängigkeit der Gesundheitskompetenz vom Bildungsniveau: Männer mit dem höchsten Bildungsgrad hatten im Mittel eine um 7,4 Punkte höhere Gesundheitskompetenz als Männer mit dem niedrigsten Bildungsgrad, bei den Frauen betrug der Unterschied nur 3,9 Punkte, war aber ebenfalls statistisch bedeutsam. Ebenso wurde eine Tendenz zu einer höheren Gesundheitskompetenz bei höher bewertetem Sozialstatus sowohl bei Männern als auch bei Frauen festgestellt.
Eine deutliche positive Assoziation gab es auch zwischen der selbst eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich) und der Gesundheitskompetenz sowohl bei Männern als auch bei Frauen.
Die Gesundheitskompetenz nahm mit dem Alter deutlich zu, bei den Männern stärker (um 12,2 Punkte (95 %-KI 0,6 bis 1,8)) als bei den Frauen (um 0,6 Punkte (95 %-KI -0,1 bis 1,4)). Männer hatten im Mittel eine um 1,4 Punkte höhere Gesundheitskompetenz als Frauen.
Hinsichtlich vorbestehender Krankheiten zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zum Diabetes in dem Sinne, dass Diabetiker sowohl Männer als auch Frauen, eine geringere mittlere Gesundheitskompetenz aufwiesen als Nichtdiabetiker. Hinsichtlich des berichteten Herzinfarkts war das nur bei Frauen der Fall, hinsichtlich eines Schlaganfalls nur bei Männern. Interessanterweise zeigten entgegen unseren Erwartungen Teilnehmer mit Bluthochdruck in der mittleren Gesundheitskompetenz keinerlei Unterschied zu Teilnehmern ohne Bluthochduck, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.
Da alle Ergebnisse aus CARLA besagen, dass die Krankheits- und Beschwerdenhäufigkeit ebenso wie die Arztkontakte mit dem Alter zunehmen, spricht dieses Ergebnis in erster Linie dafür, dass die mit dem Summenscore gemessene Gesundheits-

kompetenz stark mit der Beschäftigung mit gesundheitlichen Fragen und Problemen assoziiert ist und erst die eigene Betroffenheit zu differenzierenden und veränderungssensiblen Antworten führt.
Im Vergleich zu anderen bevölkerungsbezogenen Erhebungen zur Gesundheitskompetenz zeigten die CARLA-Studienteilnehmer im Mittel eine höhere Gesundheitskompetenz (Prozentanteil der als ausreichenden oder als exzellent bewerteten Antworten): CARLA 73 %, WIDO-Erhebung (AOK-Versicherte) 40 %, HLS-EU-Telefonbefragung 54 %.
Die Erklärung für diese Unterschiede zu anderen deutschen Erhebungen könnte sein, dass die CARLA Studie insbesondere ältere und risikobelastetere Studienteilnehmer umfasst. Unsere Studienteilnehmer sind sowohl aufgrund ihres Alters als auch ihrer Risiko- und Krankheitslast stärker mit den eigenen Gesundheitsproblemen und daher auch mit Gesundheitsinformationen befasst. Das geht mit der subjektiven Einschätzung einer höheren Gesundheitskompetenz einher.

Ausblick

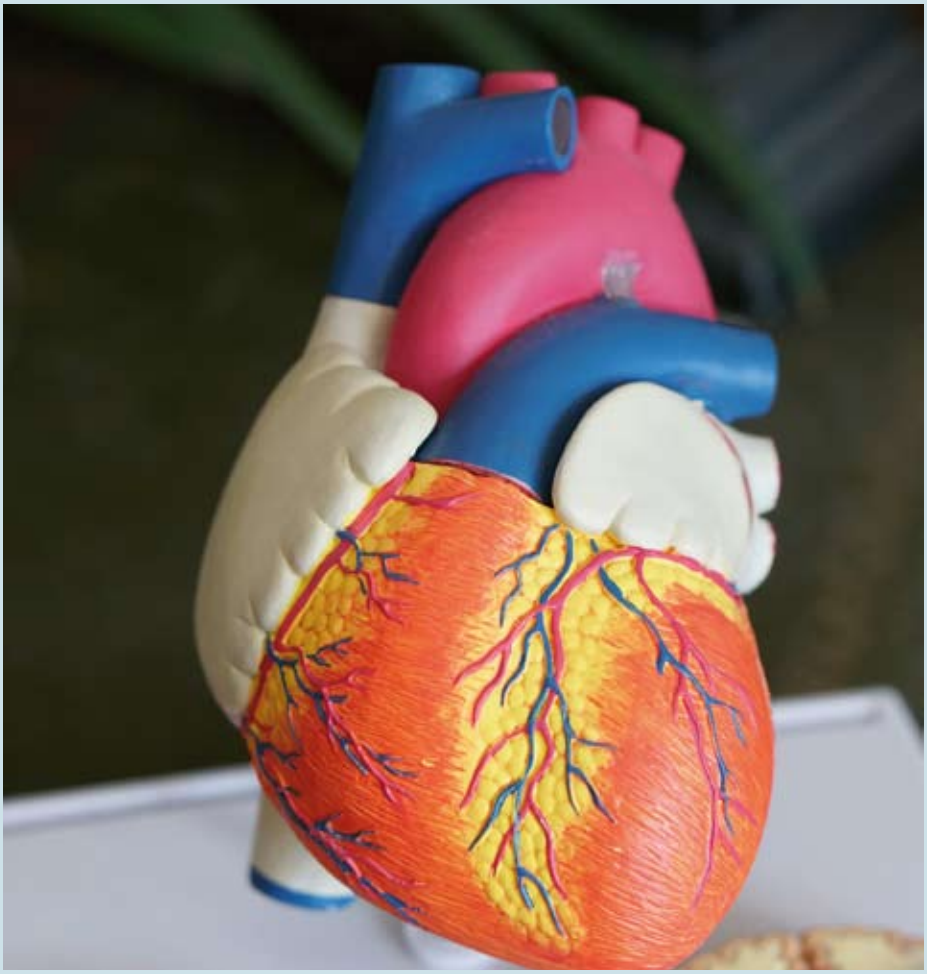
Die Befragung unserer CARLA-Studienteilnehmer zur Gesundheitskompetenz erfolgte im Rahmen der zweiten Nachuntersuchung. Damit konnten nur Querschnittsauswertungen durchgeführt oder Zusammenhänge untersucht werden, die eine Abhängigkeit der Gesundheitskompetenz von der vorbestehenden Krankheits- bzw. Risikolast der Studienteilnehmer postulierten. Um die Gesundheitskompetenz als potenziellen Mediator einer Einflussnahme sozialer Faktoren auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu bewerten, sind Langzeitstudien erforderlich, die zu Beginn Daten zur Gesundheitskompetenz erheben und in zeitlicher Folge das Auftreten von Risikofaktoren und neuen Erkrankungen erfassen. Eine solche Untersuchung läuft am Studienzentrum Halle der NAKO-Gesundheitsstudie im Rahmen einer Bevölkerungsstudie an Studienteilnehmern im Alter von 20 bis unter 70 Jahren aus Halle und dem Saalekreis. Die Basiserhebung ist abgeschlossen. Eine Folgeuntersuchung an denselben Teilnehmern läuft seit April 2019 und noch bis voraussichtlich Ende 2022. Im Rahmen der deutschlandweiten Auswertungen werden dann auch Analysen zum Einfluss der Gesundheitskompetenz durchgeführt. Die Ergebnisse werden zur Bewertung der Rolle der Gesundheitskompetenz für die gesundheitliche Situation der Bevölkerung weitere Aufschlüsse geben.

Prof. Johannes Haerting, Daniel Tiller, Dr. Alexander Kluttig

Kontakt:
Prof. Dr. Johannes Haerting
Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)

Literatur

Greiser K. H. et al. (2009): Cardiovascular diseases, risk factors and short-term heart rate variability in an elderly general population: the CARLA study 2002–2006. In: Eur J Epidemiol. 24, S.123–42.
Haerting J. et al. (2012): Kohortenstudie zu Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten in einer urbanen älteren ostdeutschen Allgemeinbevölkerung (CARLA-Studie). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 55, S. 795-800.
Sørensen K. et al. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12(1):80.
Tiller, D. et al. (2015): Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. In: BMC Public Health 15:883.



Gesundheitskompetenz als Jahresthema der LGK

Gesundheitskompetenz als Jahresthema im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz in Thüringen

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit im internationalen, aber auch im deutschsprachigen Raum gewonnen. Es existieren unterschiedliche Definitionen, die kontinuierlich weiterentwickelt wurden. Mit der Definition der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1998 (Schaeffer/Pelikan, 2017) im „Health Promotion Glossary" wurden stärker Ansätze der Gesundheitsförderung und aus dem Public Health Bereich berücksichtigt. Diese Definition beschreibt Gesundheitskompetenz (Health Literacy) als einen Bestandteil des Empowerments. Somit ist diese Definition anschlussfähig an die Grundsatzdokumente der Gesundheitsförderung wie z. B. der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1986 (Schaeffer/Pelikan, 2017). Don Nutbeam vollzieht mit seinen drei Typen von Gesundheitskompetenz, der funktionalen, der interaktiven und der kritischen Gesundheitskompetenz, eine stärkere Hinwendung zur Gesundheitsorientierung als der Krankheitsprävention. Die aktuell sehr häufig im europäischen Diskurs verwendete Definition von Sørensen aus dem Jahr 2012 arbeitet ähnlich der WHO-Definition den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen als zentral heraus (Schaeffer/Pelikan, 2017). Gesundheitskompetenz wird als eine Voraussetzung für Entscheidungsfindung und Partizipation beschrieben. Mit diesen Weiterentwicklungen der ursprünglichen Definitionen von Gesundheitskompetenz wird deutlich, dass es sich es um ein relationales Konzept handelt (Schaeffer/Pelikan, 2017). Nicht nur die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen des Einzelnen nehmen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz, sondern auch Kontextfaktoren der sozialen und strukturellen Umwelt. Gesundheitskompetenz trägt insbesondere unter Berücksichtigung dieses erweiterten Verständnisses dazu bei, gesundheitlichen Herausforderungen sowohl im Bereich der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als auch der Versorgung und Nachsorge zu begegnen.
Mit diesem breiten Verständnis ist Gesundheitskompetenz ein Konzept, welches in der Landesgesundheitskonferenz Thüringen als Jahresthema für das Jahr 2019 aufgegriffen wurde.

Relevanz für die Landesgesundheitskonferenz Thüringen

Auseinandersetzung mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz Thüringen
In der Landesgesundheitskonferenz Thüringen sind sowohl Akteur*innen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als auch der Krankenversorgung sowie der Selbsthilfe organisiert. In allen diesen Bereichen ist die Zunahme an Informationen und Optionen, verbunden mit der Herausforderung, Entscheidungen aufgrund komplexer Sachlagen treffen zu müssen, festzustellen. Grundlage für diese Entscheidungen ist das Vorhandensein von Informationen und die Fähigkeit, diese nicht nur zu finden, sondern auch zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Schaeffer/Pelikan, 2017, S. 12). Gleichzeitig lässt sich ein Wandel der Rolle von Patient*innen beobachten. Mit der Zunahme an Mitbestimmungs- und Entscheidungsmöglichkeiten ist die Notwendigkeit verbunden, über die dafür nötigen Informationen zu verfügen und sie anwenden zu können. Gleichzeitig bringt der zu beobachtende Wandel in der Rolle der Patient*innen mit sich, dass auch Gesundheitsprofessionen in ihrem Selbstverständnis, in ihren Kommunikationsmustern, aber auch in dem, wie und wo Gesundheitsinformationen zur Verfügung gestellt werden, umdenken müssen. Erfahrungen und Konzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz, wie z. B. Methoden der Arzt-Patienten-Kommunikation, Portale mit gesicherten Gesundheitsinformationen etc., können diesen Veränderungsprozess unterstützen. Somit kann eine Auseinandersetzung mit dem Konzept und mit Ansätzen zur Förderung von Gesundheitskompetenz eine Hilfestellung für die entsprechenden Akteursgruppen der LGK-Thüringen sein, diesem Veränderungsprozess zu begegnen.
Aber auch im Kontext von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gewinnt Gesundheitskompetenz zunehmend an Bedeutung. Dahlgren und Whitehead beschrieben 1991 Einflussfaktoren auf Gesundheit. In einem Mehrebenenmodell werden diese Einflussfaktoren (Determinanten) angeordnet und ihre wechselseitige Beeinflussung dargestellt. Um den gesundheitlichen Herausforderungen auf der Ebene des sozialen und kulturellen Umfeldes, der Ebene der Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Ebene der wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2014) begegnen zu können, braucht es Gesundheitskompetenz. Gleichzeitig bieten die im Modell dargestellten Faktoren und die Orte, in denen diese Faktoren wirken, die sog. Settings, Anknüpfungspunkte für die Förderung von Gesundheitskom-

Gesundheitskompetenz als Jahresthema der LGK

Die 4. Landesgesundheitskonferenz bereitet das Jahresthema vor.

petenz auf struktureller Ebene. Unter dem Stichwort der gesundheitskompetenten Organisationen sind Rahmenbedingungen, Organisationsprozesse und Qualitätskriterien zusammengefasst, die es Menschen ermöglichen, sich in ihren Settings gesundheitskompetent zu verhalten. Im englischsprachigen Raum gibt es bereits eine vielfältige Auseinandersetzung mit diesem Thema und entsprechende Arbeitshilfen für Akteur*innen (z. B. Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change). Dem Thema Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings wird auch in der deutschsprachigen Ausgabe von WHO Solid Facts Health Literacy (Kickbush et al., 2016) ein Kapitel gewidmet, in dem Bespiele aus den Settings Kommune, Schule, Arbeitswelt und Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammengetragen wurden.

Anknüpfungspunkte für Gesundheitskompetenz in den Thüringer Gesundheitszielen

Mit der Etablierung der Landesgesundheitskonferenz wurde die Überführung in eine einheitliche Zielesystematik beschlossen. Die Gesundheitsziele orientieren sich an den Lebensphasen „Gesund aufwachsen", „Gesund leben und arbeiten" und „Gesund alt werden".
Gesundheitskompetenz wird in der oben dargestellten Definition von Sørensen als eine Voraussetzung für Partizipation beschrieben. Somit ist Gesundheitskompetenz nicht nur ein Zielgegenstand innerhalb der Landesgesundheitskonferenz, sondern gleichzeitig auch eine Voraussetzung für das Funktionieren dieses gesundheitspolitischen Instrumentes. Trägerübergreifende Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz tragen somit auch dazu bei, die Potentiale, die in den partizipativen Aushandlungsprozessen der Gremien der LGK liegen, zu nutzen und wirksam werden zu lassen.
Die übergeordnete Absicht von Gesundheitszielen ist die Gesundheit der Bevölkerung. Sie intendieren die Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen sowie der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Gleichzeitig sollen Strukturen und Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Auch hier lassen sich Verbindungen zu dem bereits dargestellten relationalen Konzept von Gesundheitskompetenz (Schaeffer/Pelikan, 2017) erkennen.
In allen drei genannten Lebensphasen wurde im Entwicklungsprozess der Gesundheitsziele die Gesundheits- und Vorsorgekompetenz explizit herausgearbeitet.

Gesundheitskompetenz als Thema der 4. Landesgesundheitskonferenz Thüringen und Jahresthema in 2019

Seit Gründung der Landesgesundheitskonferenz Thüringen wurde bisher immer mit einer einjährigen Laufzeit ein sogenanntes Jahresthema ausgerufen. Das Jahresthema soll eine hohe Schnittmenge zu den Arbeitsbereichen der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz aufweisen, gleichermaßen aber auch gesundheitspolitisch relevant sein. Mit Hilfe des jeweils benannten Jahresthemas sollen die Aktivitäten der Mitglieder gebündelt und vor allem an die (Fach-)Öffentlichkeit transportiert werden. Neben der strategischen Neuausrichtung der Gesundheitszielbereiche und deren Umsetzung ergeben sich über das jeweilige Jahresthema konkrete praktische Anknüpfungspunkte zu den Aktivitäten der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz. Die Landesgesundheitskonferenz erhält ein „Gesicht" nach außen. Nach der Auseinandersetzung mit den Themen „Diabetes mellitus" und „Gesund durch Bewegung" wurde im Jahr 2019 das Jahresthema „Gesundheitskompetenz" gewählt. Den Auftakt für die Auseinandersetzung mit dem Thema bildete die 4. Landesgesundheitskonferenz. Die Ergebnisse der Fachveranstaltung gaben konkrete Anknüpfungspunkte für die weitere Bearbeitung des Themas innerhalb der Landesgesundheitskonferenz. Sowohl die diskutierten Potentiale, aber auch die Hindernisse und Herausforderungen werfen gleichzeitig ein Licht dar-

Gesundheitskompetenz als Jahresthema der LGK

auf, welche Stellschrauben grundsätzlich für eine gelingende Bearbeitung von Gesundheitsthemen in Thüringen bewegt werden bzw. weiter positiv vorangebracht werden müssen.
Im Nachgang der Landesgesundheitskonferenz wurde auf der Internetseite www.lgk-thueringen.de als eine konkrete Maßnahme ein Bereich eingerichtet, auf dem Informationen, Materialien und Angebote zum Thema Gesundheitskompetenz zusammengestellt wurden. Mit diesem Angebot soll den Mitgliedern eine komplexe Wissensressource zur Verfügung gestellt werden, die allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Sie ist als eine wachsende Wissensressource zu verstehen, die im Laufe des Jahres sukzessive erweitert wird. Ziel ist es, Informationen zum Thema Gesundheitskompetenz gebündelt im Kontext der Landesgesundheitskonferenz zur Verfügung zu stellen. Die Aufbereitung auf der Homepage der LGK kann einen ersten Schritt in diese Richtung bedeuten. Dennoch stellt sich die Frage, wie bei unterschiedlichen Ziel- und Adressatengruppen ein entsprechendes Format und ein passendes Angebot zur Aufbereitung von Informationen aussehen kann.
In den Diskussionen im Jahresverlauf ergab sich die Frage, wie darauf hingewirkt werden kann, dass Bürger*innen, Patient*innen und Nutzer*innen wie auch Systeme gleichermaßen „gesund denken", um damit auf ein gesundes Handeln Einfluss zu nehmen, genauso wie die Überlegung, wie vulnerable Zielgruppen mit dem Thema Gesundheitskompetenz erreicht werden können. Diese Fragen sollen in der weiteren Bearbeitung des Themas aufgegriffen werden.
Im Rahmen von öffentlichen Aktionstagen, z. B. der Thüringer Gesundheitsmesse und des Thüringer Waldgipfels, wurden einzelne Aspekte des Konzeptes Gesundheitskompetenz herausgegriffen und den Bürger*innen vermittelt. So wurde etwa mit Hilfe des Vorsorgeordners und durch sogenannte Notfalldosen das Thema Vorsorge näher gebracht.

Erkenntnisse und Diskussion

Wie deutlich wurde, wächst die Bedeutung des Themas Gesundheitskompetenz stetig. Die Landesgesundheitskonferenz, als gesundheitspolitischer Prozess in Thüringen, hat die Relevanz von Gesundheitskompetenz für die einzelnen Gesundheitsthemen erkannt und in eine strategische Zielausrichtung für Thüringer Gesundheitsakteur*innen kanalisiert. Darüber hinaus wird aktuell im Jahr 2019 dem Konzept der Gesundheitskompetenz durch das öffentlichkeitswirksame Jahresthema eine besondere Rolle beigemessen.
Im Laufe des Diskussionsprozesses mit den Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz stellte sich heraus, dass Gesundheitskompetenz als ein Hilfsmittel angesehen wird, um die Wechselwirkung von Verhalten und Verhältnissen darzustellen. Für viele Fachkräfte war die Abgrenzung des Themas zu dem grundsätzlichen Anliegen in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nicht immer erkennbar. Dennoch hat die Bearbeitung im Kontext der Landesgesundheitskonferenz einen großen Mehrwert, da es Anknüpfungspunkte für die Arbeit an und mit Gesundheitszielen für Akteur*innen und Institutionen bietet, die nicht originär aus diesem Themenfeld kommen. Es eignet sich daher gleichzeitig auch als ein „Transportmedium", um die Attraktivität der Konzepte aus dem Themenfeld der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu erhöhen.
Diese Anstöße können dazu genutzt werden, um die aktuell ca. 70 Mitgliedsinstitutionen zu einem – im Sinne der Gesundheitskompetenz – progressiven Vorgehen anzuregen. Zum einen bestehen Entwicklungspotentiale in Vernetzungsoptionen zwischen den Mitgliedern. Durch die gemeinsame Bearbeitung des Themas Gesundheitskompetenz können Synergieeffekte deutlich werden, zukünftige Schnittstellenthemen der Institutionen herausgearbeitet werden und somit besteht die Chance eine ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheitsthemen einnehmen zu können. Zum anderen

Thüringer Waldgipfel: Vorsorgeordner und Lebensretter-Dosen

Gesundheitskompetenz als Jahresthema der LGK

Workshop der 4. Landesgesundheitskonferenz

bietet das Thema Gesundheitskompetenz eine breite inhaltliche Plattform, um sowohl Versorgungs-, Pflege- und Reha-Themen mit originären Themen des Bereiches Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Verbindung zu setzten. Beispielhaft können hier die Themen: Patienteninformation, Einbezug der Settings und Lebenswelten sowie der „Whole-of-Society-Approach" (dt.: der gesamtgesellschaftliche Ansatz; WHO Regional Office for Europe 2013) genannt werden.

Aufgrund der Komplexität, Vielschichtigkeit sowie des Neuheitsgehaltes des Themas für deutsche Akteur*innen und der vielfältigen Entwicklungsoptionen ist grundsätzlich eine Beschäftigung über einen längeren Zeitraum mit dem Thema Gesundheitskompetenz als sinnvoll zu erachten. Die Landesgesundheitskonferenz Thüringen bietet hierfür die Projektions- und Vernetzungsfläche. Perspektivisch könnten sich somit weitere Akteursgruppen, bspw. aus dem Versorgungsbereich, zum Thema Patienteninformation der Landesgesundheitskonferenz anschließen, die Schnittstellen zwischen dem Thema Gesundheitskompetenz und Patienteninformation erörtern und somit gemeinsame Aufgabenschwerpunkte abstecken. Das Thema Digitalisierung sowie vulnerable Zielgruppen sind in Verbindung mit Gesundheitskompetenz weitere Themenfelder, die einer vertieften Positionierung und Bearbeitung in Thüringen bedürfen. Die Bearbeitung und Reflexion von gesellschaftlichen Normativen in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit, sowohl das eigene als auch das über andere Statusgruppen (bspw. chronisch erkrankte Menschen, Migrant*innen etc.) oder andere Personen (bspw. die eigenen Eltern oder das eigene Kind etc.), kann durch den strategischen Einsatz des Themas Gesundheitskompetenz mit thematisiert werden.

Abschließend bleibt zu konstatieren, dass das Thema Gesundheitskompetenz vielfältige Entwicklungsoptionen mit diversen Akteur*innen im Gesundheitswesen bietet, folglich gesundheitspolitische Prozesse wie der der Landesgesundheitskonferenz Thüringen umfänglich davon profitieren können und somit Nachhaltigkeit, Innovationskraft und vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen in Thüringen gesichert werden können.

Uta Maercker & Martin Staats

Dieser Beitrag beruht auf dem Artikel „Gesundheitskompetenz als Medium des landespolitischen Prozesses der Landesgesundheitskonferenz in Thüringen", erschienen in der Zeitschrift für Sozialmanagement, Ausgabe 2/2019

Kontakt: Dr. Uta Maercker
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V.
– AGETHUR –
E-Mail: maercker@agethur.de

Literatur

Abrams, M.A. et al. (2014): Building Health Literate Organizations. A Guidebook to Achieving Organizational Change, online unter: http://www.HealthLiterateOrganization.org

Allianz Gesundheitskompetenze (2016): Gesundheitskompetenz fördern – Ansätze und Impulse. Ein Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz, online unter: http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Brosch_A4_Gesundheitskompetenz_dt_web.pdf

Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 1, 4. aktualisierte Auflage.

Jordan, S./Töppich, J. (2015): Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In: Bundesgesundheitsblatt 58, S. 921-922.

Kickbusch, I. et al. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten, online unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf

Kolpatzik, K. (2019): Gesundheitskompetenz im Fokus. Das Praxishandbuch, Berlin: Kompart.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2018): Einfach gesund entscheiden. Konferenzbeiträge der 4. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz, online unter: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/11/4-oepgk-konferenz-sammelband-der-konferenzbeitraege-1.pdf

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2019): Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen? Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation, online unter: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/06/praxisleitfaden.pdf

Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven, Bern: Hogrefe Verlag.

WHO Regional Office for Europe (2013): Health 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1

Faktenboxen

Faktenboxen – Unterstützung für souveräne Gesundheitsentscheidungen aus dem Internet

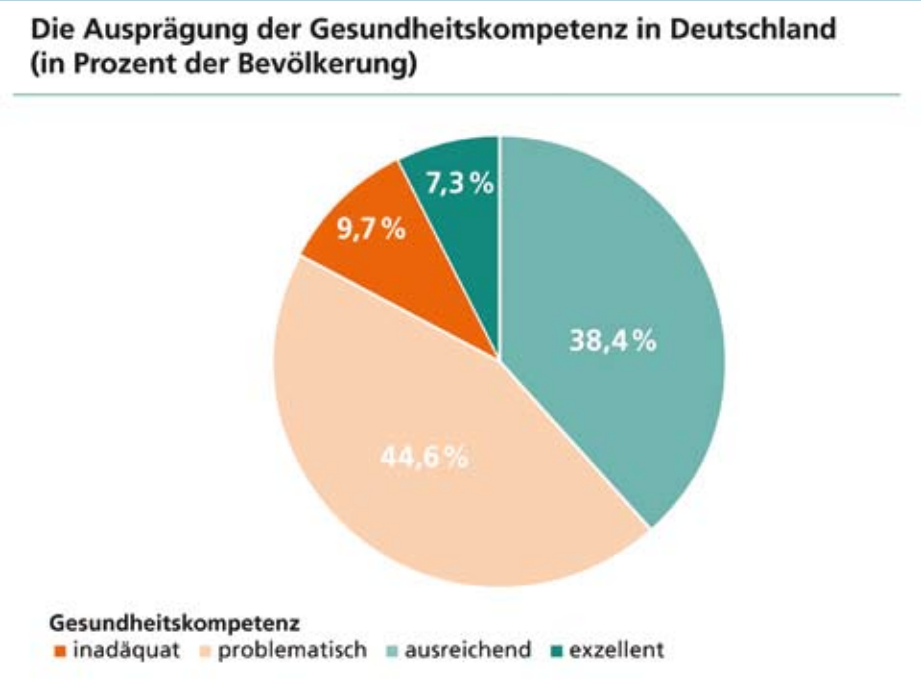
Was kaufe ich heute ein, was koche ich? Zu welchem Arzt gehe ich mit meinem gesundheitlichen Problem? Und was kann ich überhaupt tun, um gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden? Jeden Tag und jede Stunde treffen Menschen Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen. Die Basis dafür ist im besten Falle ein kompetenter Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Die AOK-Faktenboxen unterstützen Menschen dabei, diese Kompetenz zu stärken und souveräne Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen.

Gesundheitskompetenz ist die Voraussetzung dafür, dass sich Frauen und Männer bei gesundheitlichen Problemen die nötige Unterstützung sichern und sich im komplexen System unseres Gesundheitswesens zurechtfinden können. Generell bietet sie die Grundlage dafür, für das eigene gesundheitliche Wohlbefinden zu sorgen. In Deutschland wurde das Thema Health Literacy, wie die Gesundheitskompetenz international genannt wird, in der Vergangenheit eher stiefmütterlich behandelt. Eine systematische Forschung gab es bis vor wenigen Jahren nicht.
Es war der AOK-Bundesverband, der gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) 2014 erstmals in einer Studie die Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland untersuchte (Zok 2014). Fazit dieser Studie: Fast sechs von zehn BundesbürgerInnen weisen eine problematische bis unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Das Problem zieht sich quer durch alle Bildungs- und Einkommensschichten, wobei unter anderem Menschen mit hohem Lebensalter besonders stark betroffen sind. Auch eine Studie der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2016 (Schaeffer D. et al. 2016) kam zu dem Schluss, dass mit mehr als 54 Prozent mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland über eine nur eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt.
Die Situation wirkt abwegig: Deutschland hat ein leistungsfähiges und international geschätztes Gesundheitssystem, die Mehrheit der Menschen bewegt sich darin aber sehr unsicher. Viele Deutsche wissen überhaupt nicht, welche Hilfsangebote es gibt. Und sie wissen auch nicht, wo und wie sie sich darüber informieren könnten. Und wenn sie doch irgendwo – etwa im Internet – Informationen zu einem Gesundheitsproblem finden, dann haben sie Schwierigkeiten, diese zu verstehen und für sich richtig einzuordnen.

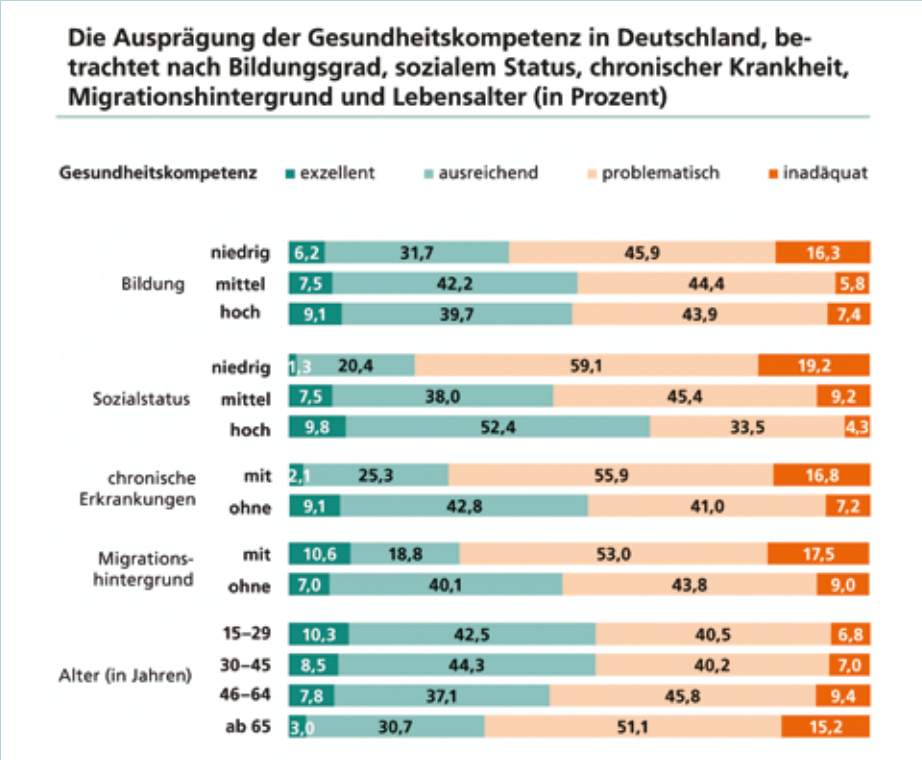
Gesundheitskompetenz wird zunehmend gestärkt

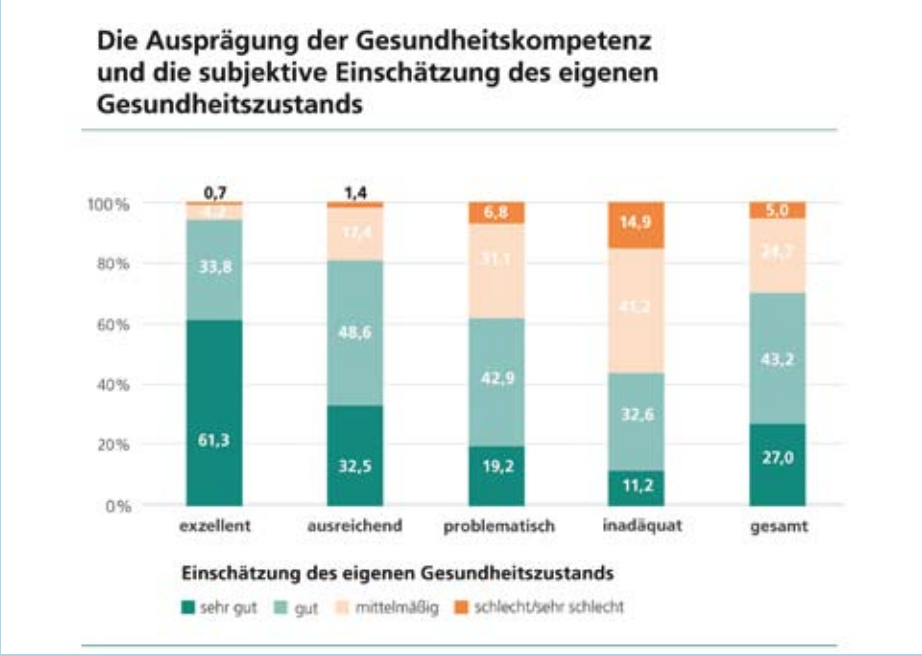
Inzwischen setzt sich in Deutschland zunehmend die Erkenntnis durch, wie wichtig Gesundheitskompetenz ist. So wurde unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers im Mai 2016 auf Initiative von WissenschaftlerInnen der Universität Bielefeld, der Hertie School of Governance, dem AOK-Bundesverband und der Robert-Bosch-Stiftung die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz angegangen und schließlich im Februar 2018 veröffentlicht. Der Plan wurde von ausgewiesenen ExpertInnen entwickelt und umfasst 15 konkrete Empfehlungen, die gesellschaftliche AkteurInnen wie ÄrztInnen, Pflegekräfte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken, Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen sowie die Behörden von Bund und Ländern einbinden. Angestrebt sind ein größeres individuelles Gesundheitswissen sowie ein nutzerfreundlicheres Gesundheitssystem. Dabei geht es um Bildung und Erziehung, um Verbraucherverhalten und Ernährung, um Wohnen und Arbeiten, um den Umgang mit Medien, aber auch um mehr Verständlichkeit im Austausch zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten.

Das gleiche Ziel verfolgt die vom Bundesgesundheitsministerium Mitte



Faktenboxen





Quelle für alle Statistiken: Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) 2018: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

2017 mit den Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen ins Leben gerufene „Allianz für Gesundheitskompetenz". Ihre Mitglieder haben sich dazu verpflichtet, gezielt Vorhaben zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu initiieren und entsprechende Aktivitäten voranzutreiben und zu bündeln. Die vom AOK-Bundesverband geschaffene Nationale Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance will die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans fördern und neue Forschungsvorhaben anstoßen. Die Koordinierungsstelle soll bereits laufende Projekte zur Gesundheitskompetenz bundesweit identifizieren und vernetzen. Sie sammelt Daten, Materialien und spezielle Kompetenzen in den Projekten, bereitet dieses Wissen auf und wird weitere Forschung zum Thema anregen und koordinieren. Sie soll auch für die Selbsthilfe zentrale Anlaufstelle rund um das Thema Gesundheitskompetenz werden.

Online-Coaches bieten schnelle Unterstützung

Im Internet bietet die AOK bereits zahlreiche weitere Hilfen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz wie Online-Coaches und Entscheidungshilfen an. Zum Beispiel unterstützt ein Familiencoach (www.familiencoach-depression.de) seit Herbst 2018 Angehörige im Umgang mit depressiv erkrankten Familienmitgliedern oder Freunden. Eine Online-Entscheidungshilfe für Frauen mit Brustkrebs unterstützt bei diesem Krankheitsbild mit wichtigen Informationen. Darüber hinaus finden Interessierte in den Online-Navigatoren der AOK rund um die Uhr Informationen über ambulante, stationäre und pflegerische Leistungserbringer in ihrer Region. Die Navigatoren bieten vielfältige Infos zur Qualität von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeanbietern.

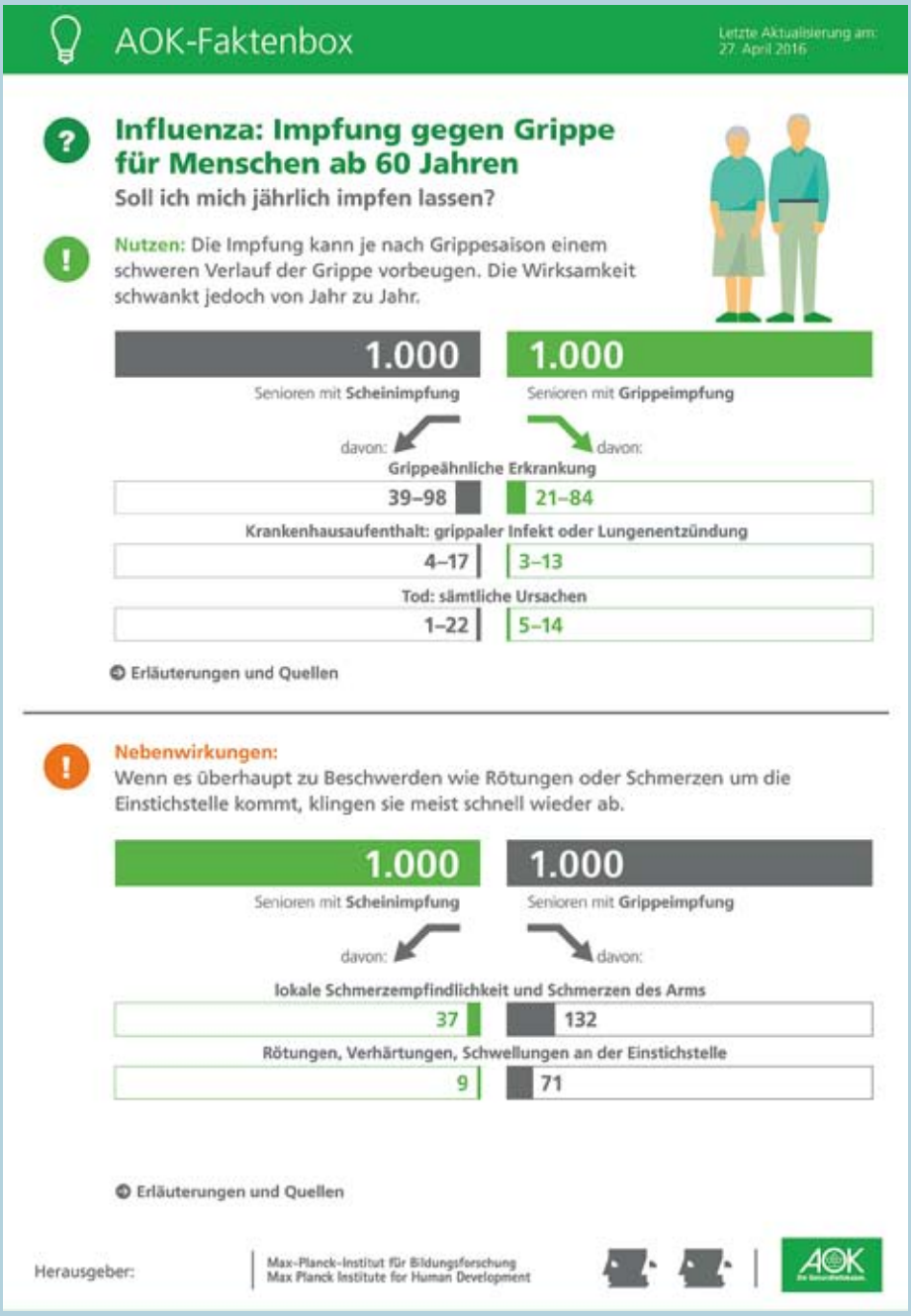
Faktenboxen geben Orientierung

Als ein ganz besonderes Instrument zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werden seit 2015 Faktenboxen angeboten. Der AOK-Bundesverband entwickelt sie seit 2015 zusammen mit dem Risikoforscher Professor Gerd Gigerenzer, Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung und des Harding-Zentrums für Risikokommunikation in Berlin. Das Ziel: eine verständliche und einprägsame Wissens-

Faktenboxen

vermittlung via Internet anzubieten, die den aktuellen Stand der medizinischen Forschung berücksichtigt. Dabei gibt eine Faktenbox keine Empfehlung. Vielmehr wird LeserInnen auf der Grundlage der Angaben ermöglicht, selbst eine informierte Entscheidung zu treffen. Nutzen und Risiko werden anhand absoluter Zahlen dargestellt.

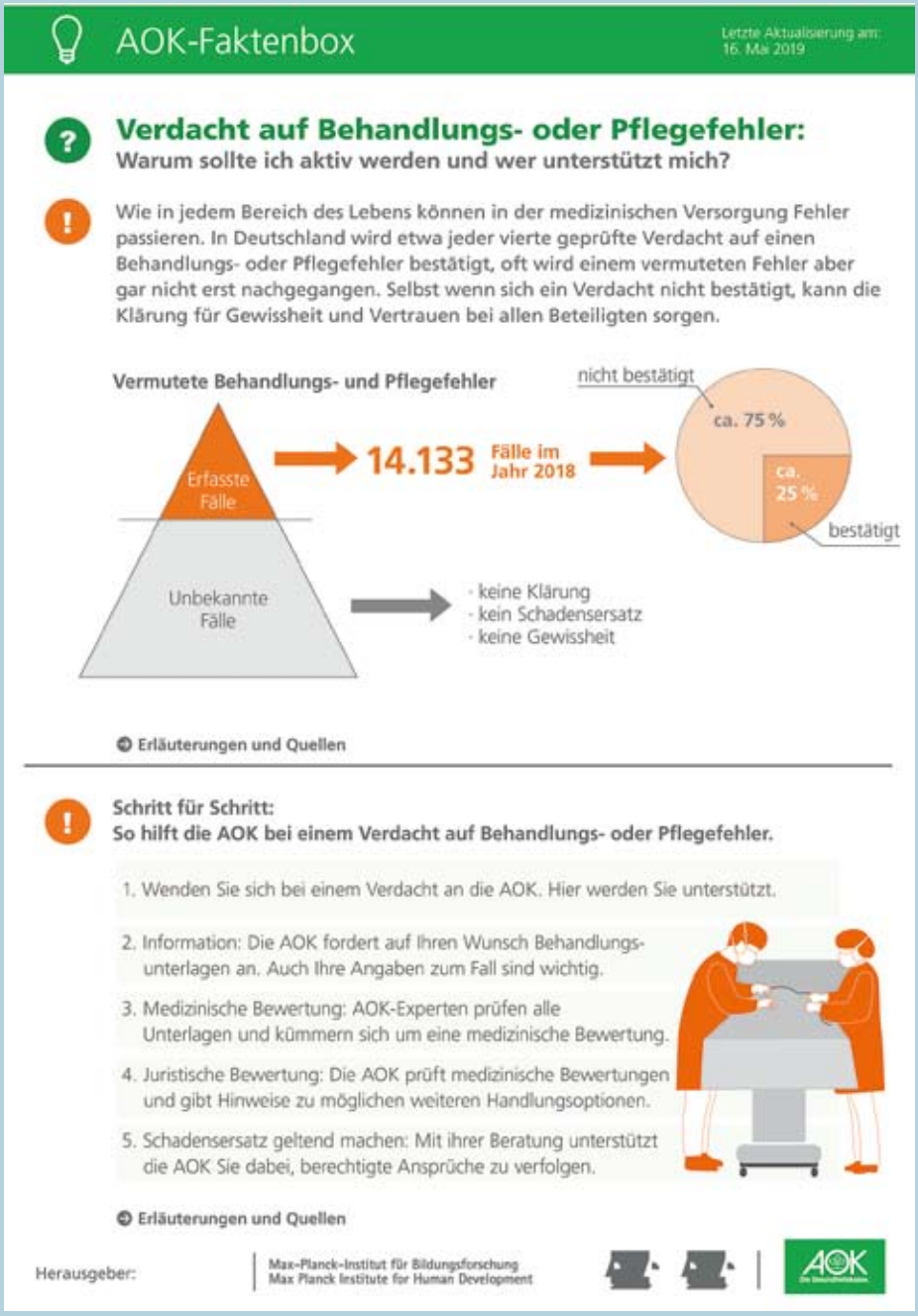
Ganz gleich, ob es um Nutzen und Risiken von medizinischen Behandlungen, Früherkennungsuntersuchungen oder von Nahrungsergänzungsmitteln geht: In bisher 20 Faktenboxen zeigt die AOK den aktuellen Stand der medizinischen Forschung auf – für Laien verständlich aufbereitet. So erläutern die Faktenboxen beispielsweise mittels leicht verständlicher Grafiken und kurzer, prägnanter Texte den möglichen Nutzen von Vitamintabletten und stellen diesem mögliche Risiken und Nebenwirkungen übersichtlich gegenüber. Damit Nutzen und Risiken leichter eingeschätzt werden können, werden diese in den Faktenboxen ausschließlich anhand absoluter Zahlen erläutert. Das erleichtert auch statistisch nicht vorgebildeten Personen, eine kompetente Entscheidung zu treffen. Neben den Faktenboxen zu medizinischen Themen gibt es auch solche, in denen Leistungen der Krankenkasse erläutert und Rechte der Versicherten beschrieben werden; so tragen sie dazu bei, dass sich NutzerInnen gut im Gesundheitswesen zurechtfinden. Faktenboxen gibt es unter anderem zu den Themen Pflegeberatung, Organspendeausweis, Behandlungsfehler, Grippeimpfung für Menschen ab 60 oder zu der Frage, ob die tägliche Einnahme von Vitamin C vor einer Erkältung schützt. Um auch Menschen zu erreichen, die nicht oder kaum lesen können, entwickelt die Gesundheitskasse Faktenboxen zudem in Form von Online-Videos.



Faktenboxen-Wissen hilft

Faktenboxen werden von NutzerInnen gut aufgenommen. So haben Untersuchungen des Harding-Zentrums am Max-Planck-Institut in Berlin ergeben, dass Gesundheitsinformationen, die in Faktenboxen präsentiert werden, von LeserInnen besser als andere seriöse Informationen, z. B. die Blauen Ratgeber der Deutschen Krebshilfe, verstanden werden. Bereits nach einmaligem Lesen stieg der Wissensstand der Menschen an, sie waren – wenn Schäden die Vorteile überwiegen – zum Beispiel vorsichtiger bei der Teilnahme an Screenings. Frühere Studien zeigten zudem, dass etwa neun von zehn LeserInnen einer Faktenbox genaue Informationen zum Auftreten von Nebenwirkungen entnehmen können. Etwa sieben von zehn können zudem die Wirksamkeit einer medizinischen Maßnahme anhand einer Faktenbox genau beziffern sowie die effektivste Medikation identifizieren. Bei her-

Faktenboxen



AOK-Faktenbox

Letzte Aktualisierung am: 16. Mai 2019

Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler:
Warum sollte ich aktiv werden und wer unterstützt mich?

Wie in jedem Bereich des Lebens können in der medizinischen Versorgung Fehler passieren. In Deutschland wird etwa jeder vierte geprüfte Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler bestätigt, oft wird einem vermuteten Fehler aber gar nicht erst nachgegangen. Selbst wenn sich ein Verdacht nicht bestätigt, kann die Klärung für Gewissheit und Vertrauen bei allen Beteiligten sorgen.

Erläuterungen und Quellen

Schritt für Schritt:
So hilft die AOK bei einem Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler.

1. Wenden Sie sich bei einem Verdacht an die AOK. Hier werden Sie unterstützt.
2. Information: Die AOK fordert auf Ihren Wunsch Behandlungsunterlagen an. Auch Ihre Angaben zum Fall sind wichtig.
3. Medizinische Bewertung: AOK-Experten prüfen alle Unterlagen und kümmern sich um eine medizinische Bewertung.
4. Juristische Bewertung: Die AOK prüft medizinische Bewertungen und gibt Hinweise zu möglichen weiteren Handlungsoptionen.
5. Schadensersatz geltend machen: Mit ihrer Beratung unterstützt die AOK Sie dabei, berechtigte Ansprüche zu verfolgen.

Erläuterungen und Quellen

Herausgeber: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Max Planck Institute for Human Development

kömmlichen Werbeanzeigen zu Medikamenten kann nur einer von zehn die effektivste Medikation nennen.

Die AOK-Faktenboxen sind im Internet www.aok.de/faktenboxen zu finden und auf diese Weise auch für Versicherte anderer Krankenkassen nutzbar.
Darüber hinaus gibt es verschiedene ÄrztInnen die sich die Boxen ausdrucken und laminieren, damit sie ihren PatientInnen anhand des Materials diese Informationen zeigen können. Ihren Wert zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz würdigte unter anderem der Sachverständigenrat für Verbraucherfragen (SVR). In seinem „Bericht zum Verbraucherschutz in der Digitalen Welt" (2016) hat er ausdrücklich den Vorbildcharakter der AOK-Faktenboxen hervorgehoben. Auch im Nachbarland Österreich kommt diese Art der Information gut an. Dort hat der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger die Faktenboxen für seinen Internetauftritt übernommen.

Ruth Zaunbrecher

Kontakt:
Fachkoordinatorin Projekte/Drittmittel
Abteilung Prävention, Geschäftsführungseinheit Versorgung
AOK-Bundesverband

Literatur

Schaeffer Doris et al. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld, online unter: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf.

Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) 2018: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

Sachverständigenrat für Verbraucherfragen beim Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) 2016: Verbraucher in der Digitalen Welt Verbraucherpolitische Empfehlungen. Berlin, online unter: https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/News/Artikel/01192016_Digitale_Welt_allgemein.pdf;jsessionid=10D2A7828C8DA44A013884FB8EB4CF4E.2_cid289?__blob=publicationFile&v=4.

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

Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. In: WidO Monitor 11, Nr. 2, S. 1-12.

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

Abb1.: Logo des Netzwerkes

Im Mittelpunkt der Begriffserklärung zur Gesundheitskompetenz (siehe https://www.nap-gesundheitskompetenz.de) stehen das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitskompetenz" führte wiederholt zu der Erkenntnis, dass die Gesundheitsförderung der entscheidende Umsetzungsprozess für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der einzelnen Mitglieder der Gesellschaft und der Gesellschaft insgesamt ist. Die gesundheitsfördernden Akteure/innen sind diejenigen, die die jeweiligen Zielgruppen im Alltag so unterstützen, dass diese Entscheidungen treffen können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten bzw. verbessern. Dabei müssen die Akteure/innen selbst gesundheitskompetent handeln, um Erfolg zu haben. Wir haben uns in Gera auf den Weg gemacht, die Zusammenarbeit der gesundheitsfördernden Akteure/innen zu unterstützen und zu koordinieren, um einerseits für die Akteure/innen selbst „das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen" zu erleichtern und andererseits die gesundheitsfördernden Ziele zu erreichen.

Gründung des Netzwerks

Das „Netzwerk Gesunde Kommune" in Gera wurde 2014 im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR gegründet. Gera wurde damit eine von insgesamt 4 Modellregionen (neben der Stadt Weimar, dem Wartburgkreis und dem Altenburger Land) in Thüringen.

Stadt Gera, Auftaktveranstaltung Netzwerk Gesunde Kommune Gera, November 2014

Kooperationspartner/innen

Die Mitarbeiter/innen der AGETHUR unterstützen beim Aufbau und der Integration des Netzwerkes, sie moderieren die Prozesse und bringen Sichtweisen und Erkenntnisse der landesweiten Gesundheitsförderung in die Netzwerkarbeit ein. Gemeinsam suchen wir nach Methoden, mit denen Kommunen die gesunde Stadt formen und weiterentwickeln können. Regelmäßig treffen sich die Gesundheitsförderer/innen aus den Modellkommunen zum von der AGETHUR moderierten Erfahrungsaustausch und erarbeiten z. B. in der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung gemeinsame Strategien.
Jede Kommune, die Interesse an dem Aufbau eines gesundheitsfördernden Netzwerkes hat, kann sich von der AGETHUR und den beteiligten Kommunen gern beraten lassen. Voraussetzung ist der politische Wille im Rahmen einer gesamtstädtischen integrierten Strategie, gesundheitsförderndes Denken und Handeln in der Region zu stärken und dafür personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
Des Weiteren nutzt die Kommune Gera den Partnerprozess „Gesundheit für alle", um sich bundesweit über erfolgreiche Maßnahmen oder hemmende Faktoren auszutauschen. Die beteiligten Kommunen informieren sich, nutzen gegenseitig die Erfahrungen und gute Ideen werden auf der Internet-Plattform (www.inforo-online.de) weitergetragen. Der Partnerprozess ist eine Initiative des bundesweiten Kooperationsverbundes „gesundheitliche Chancengleichheit" und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der Partnerprozess möchte alle diejenigen Kommunen zusammenführen, welche Präventionsketten zur Förderung der Gesundheit aufbauen, um besonders die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen nachhaltig zu verbessern. Die Umsetzung dieser integrierten kommunalen Strategie war und ist Anliegen der Akteure/innen in der Stadt Gera.

Integrierte und fachübergreifende Arbeit

Das Netzwerk ist ein Teilziel im Auditierungsprozess „Familiengerechte Kommune" zur Umsetzung des Integrierten Stadtentwicklungskonzepts Gera 2030 (ISEK Gera2030). Die integrierte fachübergreifende Zusammenarbeit der Akteure/innen ist sowohl Grundlage als auch Schlüssel zum Erfolg, um ein aktives und gesundheitsgerechtes Leben in Gera zu gestalten.
Deshalb haben sich im Netzwerk ca. 20 verwaltungsinterne und verwaltungsexterne Akteure/innen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich der Stadt Gera zum Querschnittsthema „Gesundheits-

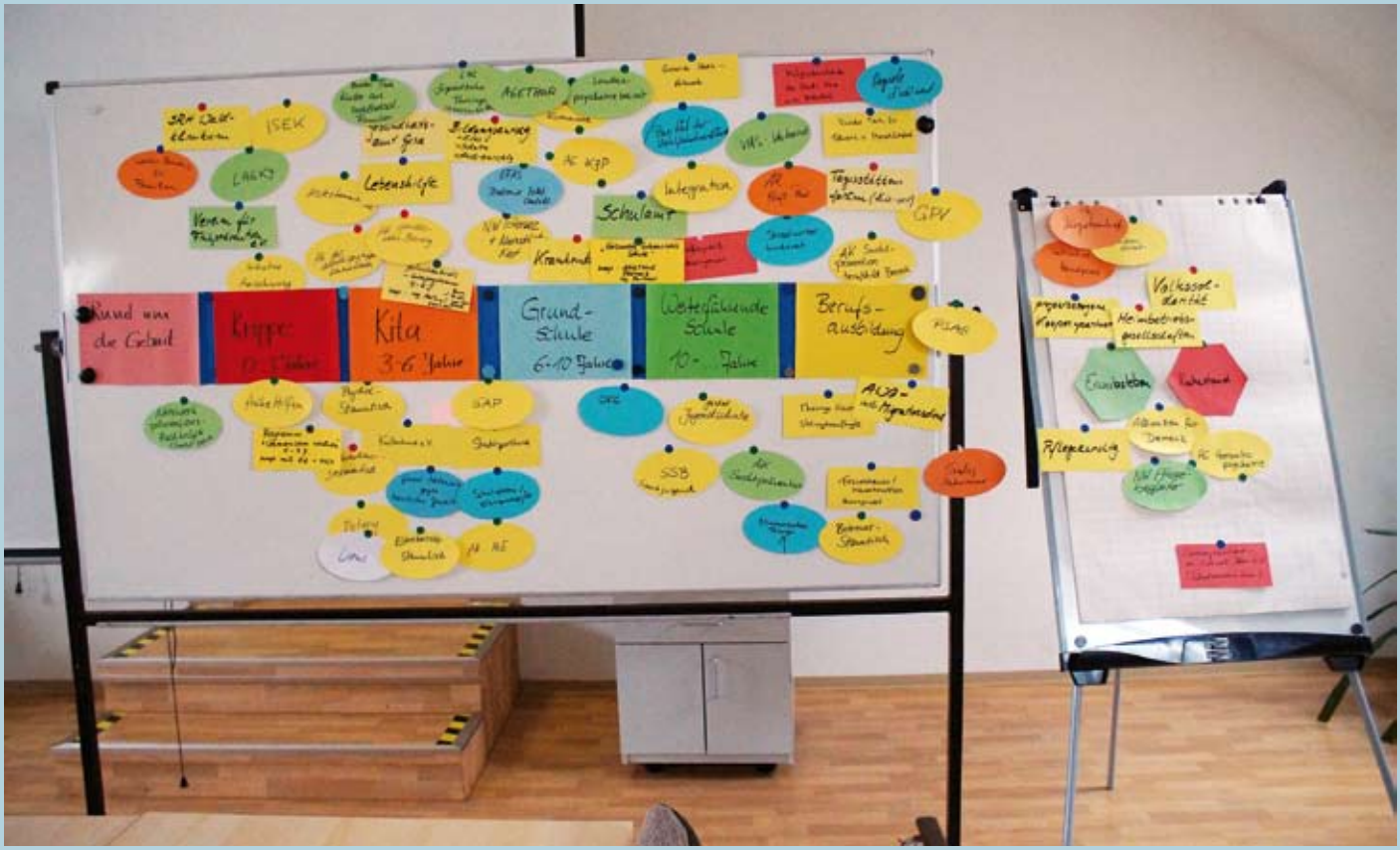
Netzwerk Gesunde Kommune Gera

Auftaktveranstaltung Netzwerk Gesunde Kommune Gera, November 2014

förderung“ kooperativ zusammengeschlossen.
Die Akteure/innen haben ein gemeinsames Verständnis zur Gesundheitsförderung entwickelt und Schwerpunkte für die Netzwerkarbeit gemeinsam erarbeitet. Wichtig ist den Akteuren/innen im Netzwerk

- der Informationsaustausch über Angebote und aktuelle Themen der Gesundheitsförderung
- die Sammlung und Überprüfung bestehender gesundheitsfördernder Angebote
- das Netzwerk als „Berater für Fachkräfte und Politik“ zu entwickeln.

Die Akteure/innen selbst schaffen durch den regen Informationsaustausch und durch die Diskussion von Fachthemen die Grundlage für ein gesundheitskompetentes Handeln der Fachkräfte in ihren Einrichtungen/Unternehmen/Behörden. In einzelnen Projekten ist die Zusam-



Netzwerktreffen Mai 2015

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

menarbeit mit Fachkräften aus der Stadtentwicklung unerlässlich.
In den ersten Netzwerktreffen haben sie sich sowohl mit der Zielstruktur des Netzwerks als auch mit den theoretischen Grundlagen der Präventionskette auseinandergesetzt, bevor im nächsten Schritt die vorhandenen Angebote sortiert und gesichtet worden sind.

Ziele sind:
- die in Gera vorhandenen Netzwerke und Angebote (Gesundheitsförderung und Prävention) zu verknüpfen
- Familien in sozial schwierigen Situationen so zu unterstützen, dass Angebote ankommen
- parallel laufende Entwicklungen zu erkennen
- Doppelstrukturen zu erkennen und möglichst zu verhindern
- blinde Flecken in der Angebotspalette zu vermeiden
- Übergänge zu gestalten und Blockaden zu verhindern.

Dieser Prozess ist nicht abgeschlossen und wird in der integrierten Arbeit der Netzwerker/innen innerhalb und außerhalb des Netzwerkes ständig fortgeführt. Die Methodik der Präventionskette ist für Akteure/innen aus den Einrichtungen/Unternehmen/Behörden schwer zu verstehen und gehört nicht zum täglichen Handwerkszeug. Die Präventionskette ist eine lebenslauforientierte Gesundheitsstrategie, die darauf abzielt, die Ressourcen und Kompetenzen unterschiedlicher kommunaler Akteur/innen zu bündeln sowie deren Unterstützungsangebote lebensphasenübergreifend aufeinander abzustimmen.
Die Diskussion dazu und der Austausch über ein erfolgversprechendes Format für das Netzwerk haben letztendlich das Netzwerk geformt. Das entstandene gemeinsame Selbstverständnis (gemeinsames Leitbild) bildet nun die Grundlage für die Arbeit des Netzwerkes. Darin festgehalten sind die Vision, die Arbeitsschwerpunkte sowie die Organisationsstruktur.

Die Struktur

Das Netzwerk setzt sich aus dem Hauptnetzwerk und einer Steuerungsgruppe zusammen. Die Kommune, Fachdienst Gesundheit übernimmt die Gesamtkoordination des Netzwerkes und leitet die Steuerungsgruppe. Seit der Auftaktveranstaltung im November 2014 fanden insgesamt 9 Netzwerktreffen statt.
Mitglieder der Steuerungsgruppe werden seit 2015 mit Coachings durch das nexus-Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung aus Berlin (nexus) begleitet. Die Coachings unterstützen dabei, die Arbeit der Akteure/innen auf die Ziele und Zielgruppen auszurichten und Lösungen für die Überwindung von Hindernissen zu finden. Die zielgerichtete Bündelung der Ressourcen der Netzwerkpartner/innen ist grundlegend und soll besonders sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen unterstützen. In den Treffen tauschen sich die Partner/innen zu aktuellen Informationen und Entwicklungen aus. Außerdem stellen die Akteure/innen ihre Institutionen, Maßnahmen und Projekte vor, damit im Sinne einer Präventionskette Schnittmengen und Lücken gefunden werden. Der Angebotsbestand sowie weitere Netzwerke mit ihren Arbeitsschwerpunkten werden gesammelt. Diese Informationen werden zukünftig im sogenannten „Familienkompass", einem Informationsportal für die Netzwerkpartner/innen, interessierte Fachkräfte sowie Bürger/innen dargestellt.

Familienkompass Thüringen

Abb. 3 Logo des Portals Familienkompass.info

Im Ergebnis der ersten Netzwerktreffen haben die Netzwerkpartner/innen festgestellt, dass es eine Vielzahl gesundheitsfördernder Angebote in der Region gibt, diese aber wenig be-

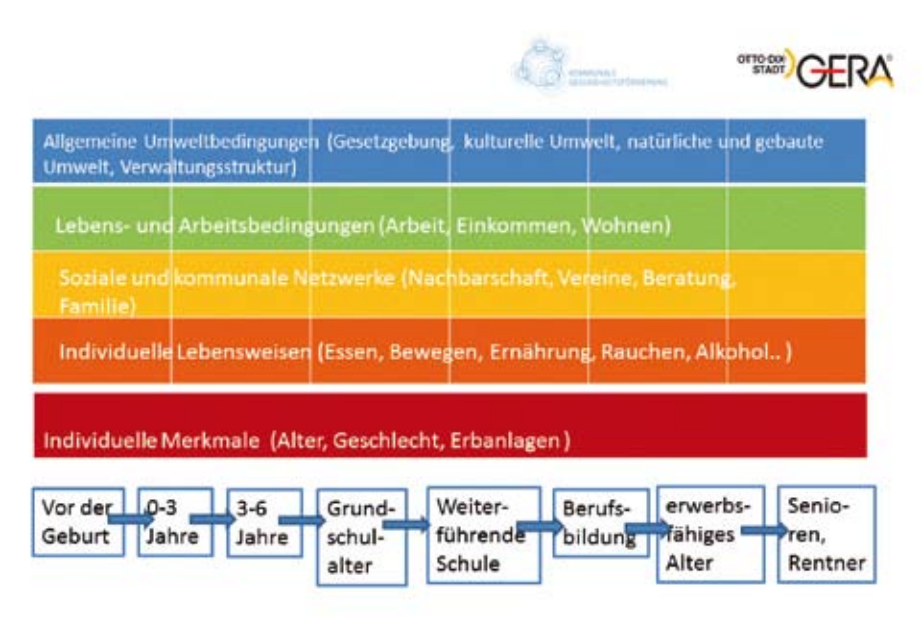


Abb. 2: Netzwerktreffen Mai 2015

kannt und transparent sind. Dass u. a. dieser Fakt zu einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz bei den zuvor herausgearbeiteten Zielgruppen, Familien mit Kindern und ältere Menschen, führt, war allen Akteur/innen bewusst. Wenn der Zugang für Angebote erschwert ist, werden die Angebote gerade von vulnerablen Zielgruppen nicht genutzt. Deshalb wurden verschiedene Möglichkeiten zwischen Broschüre, App und elektronischem Portal zur übersichtlichen Darstellung der regionalen Akteure und Angebote diskutiert.
Bisher wurden Angebote für Familien mit kleinen Kindern im Portal „Familienprofis-thueringen.de veröffentlicht. Der relativ hohen Angebotsdichte von Betreuungsangeboten für Kinder im Vorschulalter steht deshalb eine weniger bekannte Angebotsdichte für Kinder ab dem Schulalter oder Personen im Rentenalter entgegen. Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist es für Familien erforderlich, zuverlässige Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder im Schulalter zu erhalten. Diesem Informationsbedarf kann durch eine Ausweitung des Portals entsprochen werden.
Im Rahmen des Audits „Familiengerechte Kommune“ konnte die Stadt Gera gemeinsam mit noch 2 weiteren Thüringer Regionen (Altenburger Land, Kyffhäuserkreis) und mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Familiensinn beginnen, ein webbasiertes themen- und altersübergreifendes Informationsportal für Bürger/innen jeder Altersgruppe in Kooperation mit der GEBIT Münster GmbH & Co. KG aufzubauen. In dem themenübergreifenden Wegweiser sollen die Bürger/innen, Familien und beratende Fachkräfte unter den verschiedensten Stichworten ihr passendes Angebot mit den entsprechenden Kontaktdaten finden, so auch Angebote zu gesundheitlichen Themen. Dieser Wegweiser ist eine Weiterentwicklung des thüringenweiten Wegweisers für junge Familien Familienprofis-thueringen.de.
Mit diesem „Familienkompass“ wollen die Akteure/innen der Stadt Gera, die in verschiedenen Netzwerken zusammenarbeiten, ihre Angebote für Bürgerinnen und Bürger transparent, aktuell und mit den wichtigsten Informationen gemeinsam zur Verfügung stellen. Dieses Umsetzungsprinzip – Kooperation aller Akteure/innen herstellen – war einerseits die Grundlage für die gemeinsame Arbeit im Netzwerk sowie andererseits auch ein Weg zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Region.
Die Datenmasken, das Design, Logo und die Auswahlfelder wurden in mehreren Beratungen einer Steuerungsgruppe mit Mitgliedern aus den 3 beteiligten Thüringer Regionen erarbeitet. In Gera hat des Weiteren eine fachübergreifende Arbeitsgruppe die Themen der Steuerungsgruppe vor- und nachbereitet. Fachkräfte von potentiellen Anbietern/innen, aus der IT und dem Stadtmarketing u. a. waren involviert.
Die Themenfelder im Familienkompass sind vielfältig gewählt, so dass möglichst jede/r Anbieter/in sich und ihre/seine Angebote abbilden kann, z. B. alles rund um die Familie, Kinderbetreuung, Bildung und Lernen, Natur und Umwelt, Freizeit und Ferienangebote, Selbsthilfe, Begleitung/Hilfe/Betreuung, Leben mit Behinderung, Austausch/Kontakt, Angebote für ehrenamtliches Engagement, Handwerk/Technik, Gesundheit u. a.
Es ist ein einheitliches Erfassungssystem entstanden, dass die Datenerfassung für die Anbieter/innen erleichtert. Die Pflege der Daten übernehmen die Anbieter/innen selbst. Die Anbieter/innen können auf die eigene Webpräsenz verlinken oder Anmelde- und Informationsformulare als Upload zur Verfügung stellen.
Die Angebote können von den Nutzern/innen nach Stichwort, Thema oder Region gesucht und gefunden werden (Freitext- und Schlagwortsuche).
Die Qualitätskontrolle erfolgt über Auditoren/innen der Stadtverwaltung, die die erstellten Angebote zur Kenntnis nehmen, die Anbieter/innen ggf. auf notwendige Ergänzungen hinweisen und dann das Angebot freigeben.
Die Bereitstellung des Angebots in dem Portal ist für die Anbieter/innen und Nutzer/innen kostenlos. Das Portal kann grundsätzlich die vorhandene Angebotsvielfalt abbilden und ist über PC, Smartphone oder Notebook nutzbar und soll voraussichtlich ab dem 4. Quartal 2019 ans Netz gehen.
Zuvor sind die Anbieter/innen für die Eingabe ihrer Daten (auch) in diesem Portal zu gewinnen und Schulungen für die Eingabe durchzuführen. Mit diesem Portal wird die Vernetzung von verschiedenen Handlungsfeldern und Akteuren/innen unterstützt und die Übersicht über ressort- und altersgruppenübergreifende Prävention erleichtert.
Mit dem Familienkompass wollen wir den Überblick über die Angebote erhalten, Angebotslücken oder auch Doppellungen erkennen.
Da der „Familienkompass“ grundsätzlich überregional ist, besteht auch für andere Thüringer Regionen, Städte oder Landkreise die Möglichkeit, bei Bedarf dieses Instrument zu nutzen, um ihre regionalen Angebote für alle Altersgruppen zukünftig transparent zu veröffentlichen. Die Vorarbeit durch die drei beteiligten Kommunen ist geleistet.

Beteiligung – Partizipation der Zielgruppe

Neben dem Informationsaustausch und der Sammlung vorhandener

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

gesundheitsfördernder Angebote, Programme und Netzwerke haben sich die Netzwerkpartner/innen im „Netzwerk Gesunde Kommune“ über Beteiligungsverfahren informiert und deren praktische Anwendung diskutiert. Um den Einblick in die vielfältigen Methoden der Beteiligungsverfahren zu erlangen, wurden Workshops durchgeführt.
Anhand von zwei im Netzwerk erarbeiteten Vorhaben wurde „Bürgerbeteiligung“ in Unterarbeitsgruppen strategisch vorgedacht. In Begleitung von Frau Dr. Birgit Böhm (nexus) wurde je ein Konzept für ein partizipatives Angebot erarbeitet. Ziel war es, gemeinsam Wege zu finden, wie verschiedene Zielgruppen an der Gestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten beteiligt werden können. Dabei sind ein „Angebot zur Familienbildung“ sowie eine „Lotsenstelle“ für sozial benachteiligte ältere Menschen und deren Angehörige entstanden. Das Vorhaben Bürgerbeteiligung in Gera wurde von der BZgA unterstützt.

Workshop Beteiligungsverfahren im November 2016

Abb. 4 Logo der Veranstaltungsreihe ElternPlus-für löwenstarke Familien

Die Idee, ein niedrigschwelliges Angebot für sozial benachteiligte Familien zur Stärkung von deren Gesundheitskompetenzen zu schaffen, wurde von der AOK PLUS- die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen (AOK Plus), ebenfalls Akteur im „Netzwerk Gesunde Kommune“, initiiert. Nachdem Bedarf und Nutzen eines solchen Angebotes im Netzwerk abgestimmt wurden, unterstützten die Partner/innen seit 2016 dessen Entwicklung. Sie sammelten Vorschläge zum Titel des Angebotes sowie mögliche Themen und entsprechende Referenten/innen für die inhaltliche Gestaltung. Bei der Auswahl der Themen wurde auf das Wissen und die Erfahrungen der Netzwerkpartner/innen zurückgegriffen, um besonders die Bedarfe der Familien zu decken. Das Angebot hat den Anspruch, die Familien niedrigschwellig in ihren Lebenswelten zu erreichen. Daher wurden für die Umsetzung Einrichtungen in den Sozialräumen ausgewählt. Alle ausgewählten Einrichtungen sind aktive Mitglieder im „Netzwerk Gesunde Kommune“. Um das Konzept mit den betreffenden Fachkräften zu reflektieren und die einzelnen Schritte der Durchführung zu planen, fand im Januar 2017 eine von der AGETHUR moderierte Fokusgruppe statt.

Das entstandene niedrigschwellig, partizipativ gestaltete Angebot „ElternPlus-für löwenstarke Familien“ (der Löwe ist das Wappentier der Stadt Gera) bietet nun jungen Familien die Möglichkeit, sich zum Thema „Gesundheit“ in gemütlicher Atmosphäre auszutauschen. Das Angebot ist alltagsnah an bereits erfolgreich bestehende gut besuchte Treffen bzw. Veranstaltungen (z. B. Elternfrühstück, Elterncafè, Krabbelgruppe) angegliedert.

Das
- Kinder- und Familienzentrum Jumpers e. V., Gera- Lusan,
- das Familienzentrum vom Schlupfwinkel und Sorgentelefon Gera e. V. in Bieblach- Ost,
- das Frauenfreizeitzentrum des SOS Kinderdorf e. V. im Geraer Stadtzentrum und
- der Aktiv-Treff, eine Kooperation zwischen TAG-Wohnen und Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Regionalverband Ostthüringen

bieten nunmehr im 3. Jahr in Folge diese Veranstaltungen für junge Familien an. Alle Akteur/innen arbeiten regelmäßig im Netzwerk Gesunde Kommune Gera aktiv mit.

Der Erfahrungsaustausch zwischen den Eltern wird um fachliche Anre-

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

gungen und Tipps der Referenten/innen ergänzt. Regelmäßig werden die Eltern zu Themenwünschen befragt und somit an der Gestaltung der Treffen beteiligt. Ebenfalls können die Eltern mit Smileys ein Feedback zur Veranstaltung geben und die nächste Veranstaltung inhaltlich mit planen.
Jährlich werden ca. 16-20 Veranstaltungen in 4 verschiedenen Einrichtungen angeboten. Seit 2017 nahmen ca. 350 Teilnehmer/innen das Angebot wahr, davon waren z. B. 1/3 der Teilnehmer/innen alleinstehend oder 1/3 waren von Arbeitslosigkeit betroffen. Besonders gefragt waren Themen zur seelischen Gesundheit von Kindern und Eltern, zur gesunden Ernährung und Bewegung oder zur Unfallverhütung. Aber auch die Mundgesundheit, Kinderkrankheiten oder Fragen zum Sprechen lernen wurden in den Veranstaltungen besprochen.

Dieses Angebot ist ein Projekt der Gesundheitspartnerschaft zwischen der Stadt Gera und der AOK Plus. Mit diesem Angebot macht die Kommune gemeinsam mit Netzwerkpartnern/innen ein wohnortnah gut erreichbares Angebot zur Verbesserung der Gesundheitsinformation.

Zusammenfassung

Die Netzwerkarbeit ist sowohl die Grundlage als auch das Ergebnis einer integrierten gesamtstädtischen Strategie. Die Kooperation aller gesundheitsfördernden Akteure ist ein wesentliches Instrument zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Region. Gesundheitsförderung ist ein Querschnittsthema und dieser Prozess findet in verschiedenen Settings und auf Ebenen mit unterschiedlicher Verantwortung in der Region statt. Aufgabe der Netzwerkarbeit ist es dabei, die handelnden Akteure/innen miteinander in das Gespräch zu bringen und für ein fachübergreifendes Handeln für gemeinsame gesundheitsfördernde Ziele zu überzeugen. Dafür braucht es vor allem personelle Ressourcen, braucht es eine/n verantwortliche/n verlässliche/n kommunale/n Ansprechpartner/in für die Koordinierung, der/die selbst regional und überregional vernetzt ist. Im Ergebnis wird sowohl die Gesundheitskompetenz der handelnden Fachkräfte in allen Lebenswelten als auch die der jeweiligen Zielgruppe gestärkt.

Monika Jorzik

Kontakt:
Fachdienstleiterin Gesundheit
Stadt Gera
E-Mail: gesundheitsfoerderung@gera.de
Tel.: 0365 838 3500

Kompetent als Patient

Kompetent als Patient – eine Kursreihe der Techniker Krankenkasse

1. Hintergrund der Kursreihe

Immer mehr Patienten wünschen sich, gemeinsam mit ihrem Arzt zu entscheiden, ob sie bestimmte Untersuchungen oder Therapien durchführen. Sie möchten auf Augenhöhe kommunizieren und partnerschaftlich begleitet werden, wenn es um ihre Gesundheit geht.
Darüber hinaus ist der Markt an individuellen Gesundheitsleistungen, die der Patient selbst zahlen muss, gewachsen. Folglich müssen Patienten immer häufiger alleine abwägen, ob sie eine bestimmte Leistung in Anspruch nehmen oder nicht. Auch hierfür ist ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz notwendig.
Umfragen haben wiederholt belegt, dass das Informationsbedürfnis auf Seiten der Patienten hoch ist: Laut eine Forsa-Befragung im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Jahr 2017 bitten 99 Prozent der Befragten im Falle einer Erkrankung ihren Arzt, sie ausführlich über die Untersuchungsergebnisse und die Diagnose zu informieren. 98 Prozent möchten über die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Darüber hinaus teilen sie ihrem Arzt alle Fragen und Bedenken mit und erwarten, dass er darauf eingeht. 84 Prozent der Befragten informieren sich vor einer Entscheidung außerdem noch anderweitig.

Um ihre Versicherten auf dem Weg durch das Gesundheitswesen zu begleiten und ihnen Orientierungshilfen für selbstbestimmte Entscheidungen anzubieten, hat die Techniker Krankenkasse bereits im Jahr 2009 die Kursreihe „Kompetent als Patient“ ins Leben gerufen. Die Kursreihe

dient dazu, die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu verbessern.

Rechtliche Basis ist hierbei § 1 Satz 2 und 3 des SGB V:
§ 1 SGB V – Solidarität und Eigenverantwortung. Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“

2. Wissensvermittlungsformate

Die Kursreihe gibt es in drei verschiedenen Formaten: Präsenzkurs, Webinar und Onlinekurs. Auch auf der Webseite der TK (www.tk.de) sind umfangreiche Texte zum Thema „Kompetent als Patient“ enthalten.

Präsenzkurs
Der Kurs besteht aktuell aus zwei jeweils ca. 3-stündigen Themenkomplexen:
- Arztgespräche erfolgreich führen
- Gesundheitsinformationen finden und bewerten

Die Präsenzkurse werden an verschiedenen Standorten innerhalb Deutschlands angeboten. Zu jedem Kurs gibt es eine Broschüre, welche die Kursinhalte anschaulich erklärt. In den Präsenzkursen vor Ort werden Expertenvorträge durch viele praktische Übungen ergänzt, um das erworbene Wissen zu vertiefen und den Erfahrungsaustausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander zu fördern.
Dadurch, dass die Teilnehmerzahl auf 20 begrenzt ist, ergibt sich ein intensiver Dialog zwischen Teilnehmenden und der Kursleitung. Durch

den Erfahrungsaustausch sowie die Diskussionsrunden und vor allem durch die vielen praktischen Übungen können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Lernerfolg sichern. Umfangreiche Materialien runden das Angebot ab.

Webinar
Für Interessierte, die das Training lieber ortsunabhängig durchführen wollen, bietet die TK auch computergestütze Webinare an, bei denen sich mehrere Teilnehmer gleichzeitig online vernetzen. Für die so genannten Webinare wie auch die Präsenzkurse müssen sich Interessierte vorab anmelden.

Speziell ausgebildete Kursleiter
Die jeweiligen Kursleiter der Präsenzkurse und Webinare haben grundlegende Kenntnisse über das deutsche Sozialversicherungssystem sowie aktuelle Grundkenntnisse der gesetzlichen Krankenversicherung vorzuhalten. Des Weiteren sind methodische Kenntnisse und Moderationserfahrungen zur laienverständlichen Inhaltsvermittlung notwendig. Hinzu kommen berufliche Erfahrungen aus der Arbeit mit Patienten, die insbesondere die laienverständliche Vermittlung der Kursinhalte befördern.

Onlinekurs
Die Onlinekurse richten sich an Personen, die sich eigenständig informieren möchten. Die Gestaltung des Onlinekurses war eine große Herausforderung. Im Vorwege hat die TK eine Marktforschungsstudie mit insgesamt 30 Teilnehmern durchgeführt, um daraus Erkenntnisse für die Umsetzung zu erhalten.
Aus der Studie ging hervor, dass Arzt-Patienten-Gespräche keine „klassischen" Alltagssituationen sind. Sie erfordern ein hohes Maß an Reflexion und als Patient muss man sich aktiv mit dieser Situation auseinandersetzen.
Krankheit ist ein sensibles Thema. Deshalb sind beide Seiten verleitet, lieber „Schuldzuweisung" zu tätigen, als sich mit den eigenen Unzulänglichkeiten auseinanderzusetzen. Reflexionsprozesse sind unbequem, stoßen gerade bei Patienten auf Gegenwehr, weil damit eine Eigen- oder Mitverantwortung am Genesungsverlauf verbunden ist.
Gleichzeitig ist das Bild des „Halbgotts in Weiß" inzwischen überholt. Das bedeutet aber auch, dass Patienten die Sicherheit gebende Instanz verlorengeht. Daher ist es so bedeutsam, wenn Patienten in einem Rollentausch die Herausforderungen der Ärzte erkennen und umgekehrt sich Ärzte auf die Rolle als Patient einlassen. Der Rollentausch schafft Identifikation mit der anderen Seite und damit eine vertrauensvolle Grundlage für die Kommunikation.
Sind Gesprächspartner für diesen Zusammenhang sensibilisiert, dann liegt darin die Motivation, sich genauer mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Herausforderung bei der Konzeption einer Onlineschulung ist, einen langwierigen, teilweise schmerzhaften Prozess in kürzester Zeit abzubilden.
Mit dem Onlinekurs unter
https://arztgespraeche.tk.de/#/public/kompetent-als-patient
hat die TK ein niederschwelliges Angebot in Form von Info-Texten, Check-Listen, Videos und Quiz-Spielen geschaffen, das auch Versicherten anderer Krankenkassen kostenfrei zur Verfügung steht.

3. Die Kursinhalte

Arztgespräche erfolgreich führen
Im Kurs „Arztgespräche erfolgreich führen" zeigen die Kursleiterinnen und Kursleiter praxisnah und anhand anschaulicher Beispiele, wie der Arztbesuch erfolgreich wird und wie Patienten bestmöglich betreut und beraten werden. Der Kurs zeigt, wie Gespräche mit dem Arzt am besten vor- und nachbereitet werden und wie Patienten auf Augenhöhe kommunizieren.
Ein wesentlicher Baustein ist die Vorbereitung des Arztbesuches. Eine persönliche Liste hilft, bestens vorbereitet ins Sprechzimmer zu gehen. Dazu zählen Punkte wie:

Kompetent als Patient

- Anlass des Arztbesuchs und Beschwerden
- Krankengeschichte
- weitere wichtige Punkte wie etwa Medikamente, Krankenhausaufenthalte
- Vorschläge für Fragen, die man dem Arzt stellen könnte.

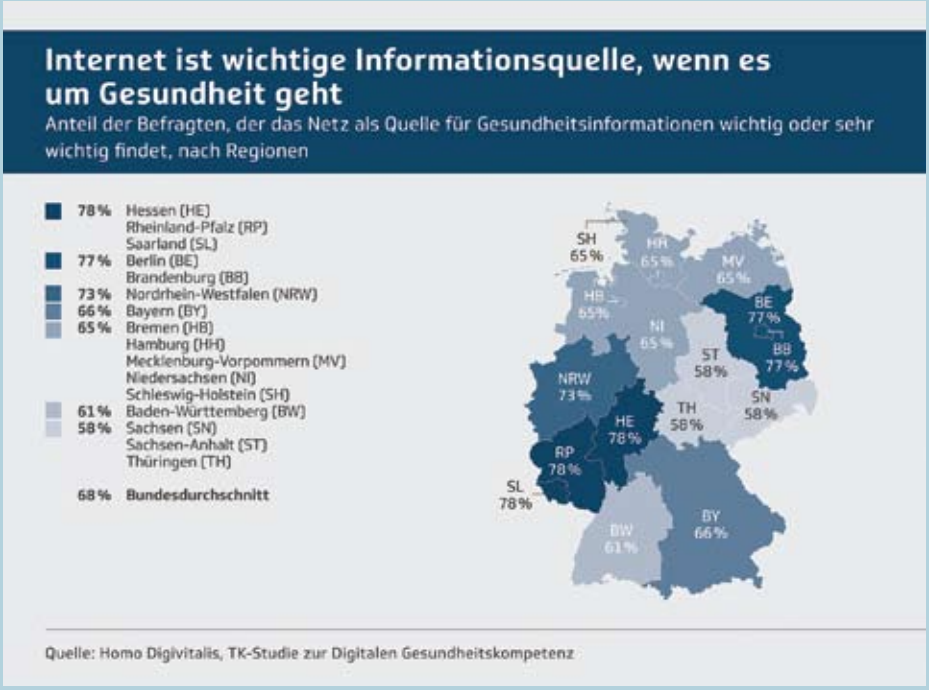
Ein weiterer Aspekt des Kurses umfasst das „Geheimnis einer erfolgreichen Kommunikation“: Im Sprechzimmer nehmen Arzt und Patient bestimmte Rollen ein.
Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen sich fragen: Wissen sie genau, was sie tun oder lassen sollen, um den Arzt zu verstehen bzw. um verständlich zu antworten und zu fragen? Das Kommunikationsmodell hilft ihnen dabei, ihre Anliegen klarer zu kommunizieren und das Arztgespräch aktiv mitzugestalten – beispielsweise indem sie dem Arzt eine Rückmeldung geben.
Neben Anregungen zeigen die Kursleiterinnen und Kursleiter praktische Beispiele für einen erfolgreichen Dialog und ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis. Auch gibt es Tipps für schwierige Situationen und wenn das Gespräch einmal nicht so gut läuft.
Ziel ist es, dass Arzt und Patient nach dem Informationsaustausch eine Entscheidung treffen, mit der sich beide wohl fühlen. Um sich gegenseitig Wertschätzung signalisieren zu können, üben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den so genannten Perspektivwechsel, sie sollen sich in die Rolle des Arztes hineinversetzen.
Danach lernen sie, das Arztgespräch zu prüfen:

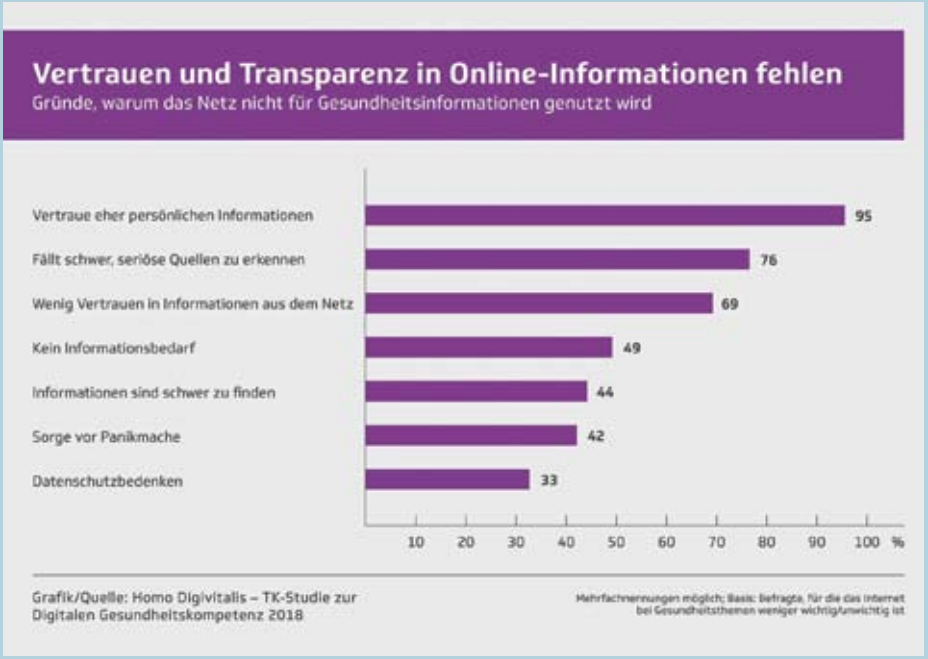
- Wurden alle Fragen zur Zufriedenheit beantwortet?
- Wissen sie genau, was nun getan werden soll?
- Haben sie ihre Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten verstanden?
- Kennen sie alle Vor- und Nachteile einer geplanten Untersuchung, Diagnose oder Behandlung?

Informationen über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Patientenrechte sowie weiterführende Links und Serviceleistungen der TK runden das Themenfeld ab.
Im Laufe des Kurses werden Checklisten, Entscheidungshilfen sowie Selbsttests eingesetzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können ihre Vorkenntnisse testen, persönliche Fragen stellen und eigene Erfahrungen in die Diskussion einbringen.

Gesundheitsinformationen
Ständig und überall begegnen uns Gesundheitsinformationen.
Wie eine Untersuchung der TK bestätigt, zählt vor allem das Internet als wichtige Informationsquelle, wenn es um das Thema Gesundheit geht.

Alleine in Deutschland gibt es mehr als 750.000 medizinische Internetseiten. Verständlich, dass es vielen Nutzern schwerfällt, seriöse Quellen im Netz zu erkennen.





Kompetent als Patient

Mit Gesundheitsinformationen sicher umzugehen und sie als wichtige Entscheidungsgrundlage zu nutzen, das wünschen sich viele Menschen.
Doch woran können sie erkennen, ob es sich hierbei um seriöse Informationsangebote handelt? Antworten auf diese Fragen erhalten sie im Kurs „Gesundheitsinformationen".
Die Kursleiter vermitteln zum Beispiel, wie man medizinische Fachbegriffe, Zahlen oder Studienergebnisse richtig einordnet. Es werden Fragen beantwortet wie: Was ist eine verlässliche und aussagekräftige Gesundheitsinformation? Welche Qualitätskriterien gibt es? Oder: Wie sind Zahlen und Statistiken richtig zu verstehen?
Egal ob aus dem Internet, aus einer Zeitschrift, TV-Sendung oder aus einem Buch: Leserinnen und Leser sollen erkennen können, ob es sich um seriöse Gesundheitsinformationen handelt.
Dazu werden die häufigsten medizinischen Grundbegriffe laienverständlich übersetzt. Was bedeutet zum Beispiel Anamnese, Symptom oder Inzidenz? Welche Suffixe und Präfixe werden in der Medizin verwendet und was bedeuten sie, beispielsweise Hyper-, Inter- oder -itis und -ektomie?
Praktisch üben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch, wie sie Informationen auf Vertrauenswürdigkeit und Aussagekraft prüfen können.
Eine gute Gesundheitsinformation sollte zum Beispiel folgende Anforderungen erfüllen:
- Wahrheitsgehalt
- Aussagekraft
- Glaubwürdigkeit
- Vollständigkeit
- Verständlichkeit
- Relevanz

Sie lernen, was evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind und warum diese bevorzugt werden sollten. Denn evidenzbasierte Gesundheitsinformationen beruhen auf objektiven und wissenschaftlich belegten Aussagen zu Erkrankungen und deren Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Sie berücksichtigen die zum Zeitpunkt der Erstellung vorhandenen besten und aussagekräftigsten Daten zu den untersuchten Themen und die Bedürfnisse betroffener Patienten.
Um sicherstellen zu können, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Gesundheitsinformationen erkennen können, die auf guten wissenschaftlichen Studien beruhen, beschäftigt sich der Kurs auch mit der Frage: Welche Anforderungen muss eine Studie erfüllen, um eine hohe Aussagekraft zu bekommen?
Dazu wird vermittelt, wie sich anhand wissenschaftlicher Studien sowohl der Nutzen als auch das Risiko medizinischer Behandlungen bewerten lässt. Gibt es zum Beispiel eine eindeutige Kausalität zwischen einer Therapie und dem beobachteten Heilungseffekt?
Auch die Auswahl der Studienteilnehmer sowie mögliche Interessen der Autoren oder Förderer von Studien lassen erkennen, wie aussagekräftig oder glaubwürdig eine Studie ist.
Welche Quellen kann ich finden und wer steckt hinter den Aussagen? Ist die Quelle verlässlich und seriös? Ist die Information außerdem aktuell? Vorsicht ist geboten, wenn
- Markennamen genannt werden, z. B. für Medikamente,
- Werbung nicht klar vom Inhalt getrennt ist,
- die Informationen reißerisch verfasst sind,
- nur eine Behandlungsmöglichkeit genannt wird oder
- Angaben zu Risiken und Nebenwirkungen fehlen.

Wie Patientinnen und Patienten die Ergebnisse medizinischer Tests und deren Ergebnisse verstehen lernen, einen Beipackzettel richtig lesen und Qualitätskriterien von Gesundheits-Apps erkennen können, sind weitere Bausteine des Kurses.
Eine Liste mit seriösen Internetquellen für Gesundheitsinformationen hilft den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sich weiterführend mit dem Thema „Gesundheit" zu beschäftigen.

4. Positive Resonanz

Nach einer Befragung unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kursreihe im Jahr 2018 sind zwei Drittel mit der Kursreihe „Kompetent als Patient" voll und ganz zufrieden. Mehr als 90 Prozent haben nach eigener Aussage sehr viel für sie Wichtiges erfahren und bestätigten, dass ihnen die Kurse sehr weitergeholfen haben. 98 Prozent waren der Meinung, dass alle Inhalte sehr verständlich erklärt wurden. 81 Prozent fanden die Übungen geeignet, um das theoretische Wissen zu vertiefen. Auch die Freundlichkeit und Fachkompetenz der Kursleiterinnen und Kursleiter wurden von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr gelobt.
Generell sind mehr als 80 Prozent der Teilnehmer älter als 56 Jahre. Sowohl Frauen als auch Männer nehmen den Kurs wahr. Im Jahr 2018 lagen der Frauenanteil bei 53 und der Männeranteil bei 47 Prozent.

Annika Landgrebe

Kontakt:
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Thüringen
Tel: 0361 / 54 21 - 421
Mail: lv-thueringen@tk.de

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

Gesundheitskompetenz für Kinder: Das Projekt „Ich kenn mich aus“

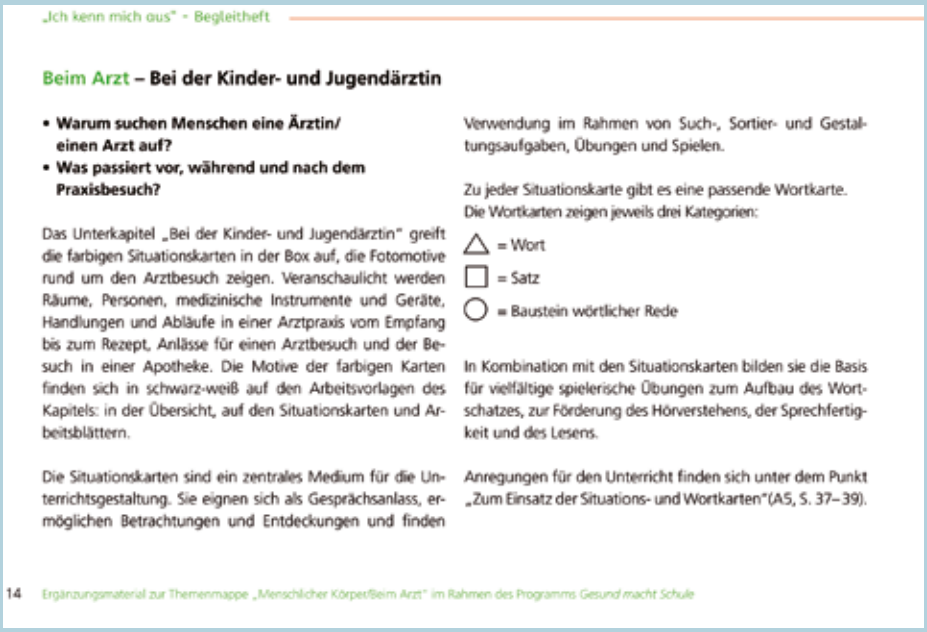
Linus und Paul, 6 Jahre, gehen gerne zu ihrer Kinder- und Jugendärztin, auch wenn sie krank sind. Sie erklärt ihnen immer alles Wichtige zu ihrer Krankheit und am Ende gibt es für mutige Patienten ein buntes Pflaster oder eine kleine Spielfigur. Karim ist 8 Jahre und seit drei Monaten in Deutschland. Seit Tagen hat er Bauchschmerzen und nun auch Fieber, aber er sagt nichts, weil er Angst hat, einen Arzt zu besuchen. Er und seine Familie sprechen noch kein Deutsch und brauchen einen Dolmetscher, den sie nicht kennen. Karim mag Fremden nichts von sich erzählen und sich nicht vor ihnen ausziehen. Lina ist 10 Jahre alt, kann nicht gut reden und sich konzentrieren. Ihre Ärztin im Sozialpädiatrischen Zentrum kennt sie gut. Doch nun hat Lina Ohrenschmerzen und bekommt kaum Luft. Sie geht

Materialien für den Unterricht

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

mit ihrer Mutter in die Notfallpraxis und wird von einem fremden Arzt untersucht. Sie kann nicht sagen, ob die Schmerzen stechend, klopfend oder dumpf sind. Ihr fehlen die Worte. Und sie hat Angst vor dem Gerät, mit dem der Arzt in die Ohren schaut. Sie weiß nicht, ob er noch tiefer ins Ohr geht. Sie weint aus Angst und wehrt sich. Alle Kinder sind in der gleichen Situation, doch ihre Voraussetzungen, die Situation einzuschätzen und sich in ihr sprachlich angemessen auszudrücken, sind unterschiedlich. Oft ist der Gang zum Arzt (auch für Erwachsene) mit Ängsten verbunden. Gründe dafür sind die Unkenntnis über den eigenen Körper und das Krankheitsgeschehen, das Gefühl, ausgeliefert zu sein, fehlende oder Fehlinformationen über Untersuchungen und Abläufe, Einschüchterung durch Kommunikationsansprüche, Geräte und Räumlichkeiten.

Gerade für Kinder, die aufgrund von sprachlichen und/oder kognitiven Einschränkungen mehr Zeit benötigen, um sich auf unbekannte (Untersuchungs-) Situationen einzustellen, ist es hilfreich, Untersuchungsabläufe im Vorfeld einer akuten Erkrankung zu kennen, zu verstehen und sie sprachlich zu durchdringen. Das hilft, Ängste im Krankheitsfall abzubauen, Hilfe früher in Anspruch zu nehmen, es fördert die Selbstständigkeit und das Erleben von Autonomie und führt langfristig zu einer Stärkung der Gesamtpersönlichkeit. Mit dem Projekt „Ich kenn mich aus" wollen die Ärztekammer Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg Kindern eine bessere Orientierung im Gesundheitswesen ermöglichen und eine aktive Patientenrolle von Kindern fördern.



„Ich kenn mich aus" – Begleitheft

Beim Arzt – Bei der Kinder- und Jugendärztin

- **Warum suchen Menschen eine Ärztin/ einen Arzt auf?**
- **Was passiert vor, während und nach dem Praxisbesuch?**

Das Unterkapitel „Bei der Kinder- und Jugendärztin" greift die farbigen Situationskarten in der Box auf, die Fotomotive rund um den Arztbesuch zeigen. Veranschaulicht werden Räume, Personen, medizinische Instrumente und Geräte, Handlungen und Abläufe in einer Arztpraxis vom Empfang bis zum Rezept, Anlässe für einen Arztbesuch und der Besuch in einer Apotheke. Die Motive der farbigen Karten finden sich in schwarz-weiß auf den Arbeitsvorlagen des Kapitels: in der Übersicht, auf den Situationskarten und Arbeitsblättern.

Die Situationskarten sind ein zentrales Medium für die Unterrichtsgestaltung. Sie eignen sich als Gesprächsanlass, ermöglichen Betrachtungen und Entdeckungen und finden Verwendung im Rahmen von Such-, Sortier- und Gestaltungsaufgaben, Übungen und Spielen.

Zu jeder Situationskarte gibt es eine passende Wortkarte. Die Wortkarten zeigen jeweils drei Kategorien:

△ = Wort
□ = Satz
○ = Baustein wörtlicher Rede

In Kombination mit den Situationskarten bilden sie die Basis für vielfältige spielerische Übungen zum Aufbau des Wortschatzes, zur Förderung des Hörverstehens, der Sprechfertigkeit und des Lesens.

Anregungen für den Unterricht finden sich unter dem Punkt „Zum Einsatz der Situations- und Wortkarten" (A5, S. 37–39).

14 Ergänzungsmaterial zur Themenmappe „Menschlicher Körper/Beim Arzt" im Rahmen des Programms *Gesund macht Schule*

Eine Bühne für das Stabpuppen-Spiel

Als Bühne für Rollenspiele mit den Stabpuppen können die Kinder in Partner- oder Gruppenarbeit eine **Arztpraxis im Schuhkarton** erstellen.
Dafür braucht es nicht mehr als einen Schuhkarton, Verpackungsreste, Papier, Schere, Kleber und Stifte.
Das Vorhaben kann im Laufe der Unterrichtsreihe in längeren und kürzeren Sequenzen verfolgt werden und bietet Kindern auf nahezu allen Leistungsniveaus Möglichkeiten zur aktiven, kreativen Teilhabe. Ein intensiver und vertiefender Austausch über die Unterrichtsinhalte wird gefördert.

Zur Ausstattung der Praxis gibt es
- Vorlagen für medizinische Instrumente und Geräte zum Ausschneiden (A26, S. 67).

Hilfestellungen für Rollenspiele bieten die
- Impulskarten für Rollenspiele (A66–70).

Die Karten schaffen einen Rahmen für szenisches Spiel, indem Zeichnungen rund um den Arztbesuch mit passenden Bausteinen der wörtlichen Rede verknüpft werden.
Die Motive der Impulskarten zeigen
- Mika krank im Bett,
- den Empfang in der Arztpraxis,
- eine Situation im Wartezimmer,
- die Untersuchung mit dem Stethoskop und
- Mika in der Apotheke.

©Ärztekammer Nordrhein/AOK Rheinland/Hamburg

13

Daten zur Gesundheitskompetenz und zum Hintergrund

Health Literacy, in Deutschland grob mit dem Begriff „Gesundheitskompetenz" umschrieben, spielt in der Gesundheitsförderung von Menschen eine immer wichtigere Rolle und kann unter anderem als die Fähigkeit definiert werden, Ressourcen einzusetzen, um im Lebensalltag gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und gesunde Lebensstile zu führen. Health Literacy wird unter Public Health-Gesichtspunkten heute als wichtige soziale Gesundheitsdeterminante verstanden, um sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Bislang wird das Health Literacy-Konzept vor allem auf Erwachsene und Organisationen angewandt.
Mehr als die Hälfte der Deutschen fühlt sich laut einer repräsentativen Studie[1] der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2016 von der Informationsflut zu Gesundheitsthemen überfordert. Demnach weisen rund 44 Prozent der Deutschen eine eingeschränkte und weitere zehn Prozent sogar eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Menschen mit

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

eingeschränkter oder unzureichender Gesundheitskompetenz wissen häufig nicht, wohin sie sich mit gesundheitlichen Problemen wenden sollen. Sie werden häufiger im Krankenhaus behandelt und nehmen häufiger den ärztlichen Notdienst in Anspruch. Und, so die Studie: Sie befinden sich subjektiv häufiger in einem schlechten Gesundheitszustand und leiden häufiger unter chronischen Krankheiten oder Gesundheitsstörungen.

Die Erforschung der Health Literacy in der Gesundheitssozialisation in der Kindheits- und Jugendphase ist noch jung. Gerade in den frühen Lebensphasen werden wesentliche Grundsteine für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die gesunde Entwicklung gelegt. Je jünger die Kinder sind, desto stärker sind ihre unmittelbaren Bezugspersonen, in erster Linie die Eltern, aber auch Bildungsinstitutionen angesprochen, die Heranwachsenden zu gesundheitsverträglichen Verhaltensweisen und Alltagspraktiken zu motivieren. Bei den Jugendlichen ist die Gesundheitskompetenz von der Bildung der Eltern und dem familiären Wohlstand, vor allem aber ihrer eigenen Bildung abhängig. Der Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Grund-, Haupt- und Förderschulen kommt daher eine hohe Bedeutung zu, wobei es wichtig erscheint, den hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen mit geringer Literalität zu berücksichtigen, der durch die Fluchtbewegungen in den vergangenen zwei Jahren stark angestiegen ist.

Im Rahmen der KIGGS-Studie konnte belegt werden, dass Kinder aus statusniedrigen Familien und mit Migrationsstatus deutlich weniger an Frühkerkennungsuntersuchungen teilnehmen (Kamtsiuris et al. 2007), sich weniger sportlich betätigen und dass Adipositas bei ihnen besonders

häufig ist[2]. Aufgeschlüsselte Zahlen der KIGGS Studie lassen erkennen, dass Familien mit hohem Sozialstatus bis zur U8 konstant hohe Teilnahmeraten zwischen 92 Prozent und 97 Prozent aufweisen und auch bei der U9 zu 89,6 Prozent das Angebot zur Vorsorge wahrnehmen. Demgegenüber nimmt die Inanspruchnahme bei niedrigem Sozialstatus ausgehend von 90,7 Prozent bei den nachfolgenden U-Untersuchungen kontinuierlich ab. Damit liegt die Teilnahmequote der U9 bei Familien mit niedrigem Sozialstatus mit mehr als 10 Prozent unterhalb der Quote der Familien mit hohem Sozialstatus. Noch größere Unterschiede stellen sich bei der Differenzierung nach Migrationsstatus dar. Die U9 wird in dieser Gruppe lediglich von 67,9 Prozent wahrgenommen. 14 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund haben sogar noch nie an einer Früherkennungsuntersuchung (U3-U9) teilgenommen. Nur gut ein Drittel der Jugendlichen nimmt die J1- Jugendgesundheitsuntersuchung in Anspruch; besonders selten wird sie von Jugendlichen mit Migrationshintergrund sowie von Jugendlichen mit älteren Geschwistern oder mit alleinerziehendem Elternteil genutzt.

Die gesundheitliche Versorgung ist in vielen Bereichen noch nicht ausreichend auf die besondere Situation und den Bedarf von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet. Dies kann unterschiedliche, teils schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen. Das Spektrum möglicher Probleme reicht von Zugangshürden bei Präventionsmaßnahmen über die unzureichende Kommunikation in Entscheidungssituationen bis hin zur fehlerhaften Interpretation und diagnostischen Einordnung von Krankheitssymptomen. Um einen gleichberechtigten Zugang von Menschen mit und ohne Behinderungen zum Gesundheitssystem sicherzustellen, müssen Kommunikationshürden auf allen Ebenen abgebaut werden. Gerade bei den Früherkennungsuntersuchungen, die eine Entscheidungsgrundlage für Förderbedarf und weitere Hilfen darstellen, ist eine gute Kommunikation besonders wichtig.

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 sowie J1 stellen einen wichtigen Baustein zur gesunden kindlichen Entwicklung von Kindern dar. Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen in einem

möglichst frühen Stadium zu erkennen, um möglichst rasch eine Therapie oder Fördermaßnahme einleiten zu können. So besteht die Chance, betroffene Kinder vor unerwünschten langfristigen Folgen für eine gesunde und altersgemäße Entwicklung zu bewahren. Um einen gesunden Start in unterschiedlichen sozialen Umfeldern, aber natürlich auch in Kindergärten und Schulen ebnen zu können, ist die Sprach- und Sprechfähigkeit beispielhaft von besonderer Bedeutung. Bei der U9, die am schlechtesten frequentierte Früherkennungsuntersuchung, beurteilt der Kinder- und Jugendarzt sowohl das Sprachvermögen und Sozialverhalten als auch die Intelligenz des Kindes. Zeigt das Kind Entwicklungsverzögerungen, klärt der Kinder- und Jugendarzt die Eltern über therapeutische Fördermaßnahmen auf. Aus dem AOK Heilmittelbericht 2012[3] wird deutlich, dass der Schuleintritt heute bei vielen Kindern nur noch mit therapeutischer Unterstützung bewältigt wird: Beispielsweise erhielt jeder fünfte fünfjährige Junge und ein Viertel der Sechsjährigen 2011 eine Sprachtherapie. Von den fünfjährigen Mädchen erhielten 13,2 Prozent eine sprachtherapeutische Maßnahme, bei den sechsjährigen Mädchen stieg dieser Anteil auf 16,8 Prozent. Gut 136.000 AOK-versicherte Fünf- bis Neunjährige benötigten 2011 vorübergehend eine sprachtherapeutische Maßnahme. Im Sinne der Chancengleichheit wäre es wünschenswert, wenn möglichst auch die Kinder von Familien mit niedrigem Sozialstatus und Familien mit Migrationshintergrund die U9, in der die Sprach- und Sprechfähigkeit getestet wird, nutzen würden. Dies gilt auch für die U10, die zurzeit von den meisten Krankenkassen, auch der AOK Rheinland/Hamburg angeboten wird. Gleichzeitig zeigen die Zahlen aus dem AOK Heilmittelbericht 2012 auch die Notwendigkeit auf, in allen kindlichen Lebenswelten mehr Angebote zur Förderung des Sprachvermögens zu schaffen, dem das Projekt „Ich kenn mich aus“, Rechnung trägt.

Ein Ziel von „Ich kenn mich aus“ ist es, Kindern Abläufe und Chancen der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen kindgerecht verständlich zu machen, ihr Wissen bezüglich der Untersuchungsabläufe zu erweitern und ihre Kommunikationsfertigkeiten in diesem Handlungsfeld zielgerichtet auszubauen. Damit verbindet sich die Zielvorstellung, die Kinder durch Aufklärung zu Früherkennungsuntersuchungen wie der J1 zu gewinnen, die diese bislang gar nicht oder nur unvollständig wahrgenommen haben.

Inhalt der „Ich kenn mich aus-Box“ (Unterrichtsmaterial für Lehrkräfte)

- 17 farbige Situationskarten mit Fotomotiven rund um den Arztbesuch
- Begleitheft (vermittelt einen komprimierten Überblick über die Inhalte und Arbeitsvorlagen und dient als Navigationshilfe).
- Unterrichtsmaterial (auf CD und im Download) zu folgenden Themen:
  1) Vorsorgeuntersuchungen für Kinder
  2) Infektionen und Impfung als weitere Anlässe für einen Arztbesuch
  3) Medizinische Instrumente und Geräte, deren Einsatz und Funktion
  4) Kommunikationsmuster in der Arztpraxis
  5) Darreichungsformen von Medikamenten
  6) grundlegende Hygiene
  7) gesunde Lebensführung
  8) Teile des menschlichen Körpers

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

Inhaltliche Konzeption des Projekts

„Ich kenn mich aus" ist ein ergänzendes Kooperationsprojekt der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg. Es bietet Grundschulen eine Hilfestellung an, das Gesundheitswissen zu erhöhen und kommunikative Fähigkeiten und Handlungskompetenzen von Kindern im Kontakt zum Gesundheitswesen zu stärken.

„Ich kenn mich aus" nutzt die vorhandenen Strukturen und Zugangswege von *Gesund macht Schule*, einem etablierten und evaluierten Settingprogramm, das derzeit an rund 330 Grundschulen im Rheinland, Hamburg und in Sachsen-Anhalt umgesetzt wird.

Leitmotiv ist es, Kindern mit unterschiedlichen Sprach- und Leistungsniveaus durch entsprechend differenzierte Materialien, Sprachübungen und Besuche außerschulischer Lernorte (Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Orte der gesundheitlichen Versorgung) in die Lage zu versetzen, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Befindlichkeiten rund um den eigenen Körper zu formulieren und im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontaktes zielgerichtet einzusetzen.

Die inhaltliche Konzeption des Projektes „Ich kenn mich aus" im Rahmen von *Gesund macht Schule* sieht folgende Interventionsebenen vor:

1. die Bereitstellung von differenzierten Medien für Kinder der Primarstufe und daher speziell geeignet für inklusiven fächerübergreifenden, sprachförderlichen (Literacy-Aspekt), handlungs- und kompetenzorientierten Gesundheitsunterricht,
2. die Multiplikatorenschulung für Lehrkräfte/Erzieher zur professionellen Nutzung der Materialien,
3. die Multiplikatorenschulung für Patenärztinnen und Patenärzte zum Projektansatz sowie zu Kommunikationsformen, die im Kind-Arzt-Kontakt eingeübt werden sollen,
4. und die Information der Eltern über die Themen des Unterrichts.

Zusätzlich werden die Patenärztinnen und Patenärzte, die die Schulen im Präventionsprogramm *Gesund macht Schule* begleiten, über den Einsatz und die pädagogischen Möglichkeiten des Materials informiert. Mit Hilfe der Patenärztinnen und Patenärzte soll Schulen der Einstieg in das Projekt und die Umsetzung der Themen erleichtert werden. Die zielgruppenspezifischen Materialien von „Ich kenn mich aus" sind ein modulhaftes Angebot, aus dem die Schulen je nach Klassenzusammensetzung differenziert wählen können. Sie sind ebenfalls geeignet, um Eltern mit Deutsch als Zweitsprache über Themen der Kindergesundheit und Leistungen des Gesundheitswesens adäquat zu informieren.

Der Einsatz der „Ich kenn mich aus-Angebote" lässt sich flexibel an die jeweiligen Gegebenheiten und Erfahrungen einer Schule anpassen, ermöglicht differenzierte schulspezifische Schwerpunktsetzungen und ist kompatibel zu anderen Gesundheitsprogrammen.

Entstanden sind die Materialien in Kooperation des Ausschusses für Prävention und Gesundheitsförderung der Ärztekammer Nordrhein mit der Stiftung „Ein Quadratkilometer Bildung" (Wuppertal) und dem Berufsverband der Kinder-und Jugendärzte in Nordrhein.
Weitere Informationen finden Sie unter: www.gesundmachtschule.de.

Sabine Schindler-Marlow

Kontakt:
Sabine Schindler-Marlow
kommissarische Leiterin Pressestelle / Stabsstelle Kommunikation
Ärztekammer Nordrhein
E-Mail: Sabine.Schindler-Marlow@aekno.de

1 Health Literacy in Deutschland - Erhebung repräsentativer Daten und Entwicklung einer Material- und Methodensammlung für die Beratung, online unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy_Deutschland.html
2 Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.] (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
3 Wissenschaftliches Institut der AOK (2012): Heilmittelbericht 2012, online unter: www.wido.de/heilmittel_2012.html.

Literatur

Kamtsiuris, P. et al. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6, S. 836-850.
Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.] (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
Wissenschaftliches Institut der AOK (2012): Heilmittelbericht 2012, online unter: www.wido.de/heilmittel_2012.html.

Förderung der Gesundheitskompetenz von älteren Erwachsenen in Zeiten des demografischen und digitalen Wandels: Die wissenschaftliche Perspektive am Beispiel des Interventionsprogramms „Fit im Nordwesten"

Die Bevölkerung wandelt sich im Laufe der Zeit, zusätzlich verändern sich die Bedingungen, unter denen wir leben. Eine der Veränderungen, die heutzutage in der Bevölkerung zu beobachten ist und die unser Leben beeinflusst, ist der *demografische Wandel*: Die Menschen werden älter und der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung nimmt zu. Gleichzeitig ist derzeit eine *digitale Transformation* im Gange: In allen Lebensbereichen nehmen Informationstechnologien zu. Sie verändern die Kommunikation und die Interaktion von Menschen und können ihnen das Leben erleichtern, zum Beispiel indem sie Menschen die soziale Teilhabe ermöglichen, auch wenn diese Personen eventuell gesundheitlich eingeschränkt sind. Auf der anderen Seite bringen diese Technologien nicht nur Erleichterungen, sondern auch Herausforderungen mit sich: Unter den älteren und gesundheitlich eingeschränkten Erwachsenen erleben viele Menschen die Nutzung dieser Technologien als schwierig oder gar nicht handhabbar (Paech/Lippke, 2015).

Die Perspektiven dieser Personengruppen werden allerdings bei den derzeitigen technologischen Entwicklungen oftmals nicht ausreichend berücksichtigt. In der Folge sehen wir, dass ältere Menschen eher zurückhaltend gegenüber neuen Technologien sind, in manchen Fällen sogar abwehrend. Um diesen Herausforderungen zu begegnen und neue Technologien für die alternde Bevölkerung nutzbar zu machen, stellt sich diese Frage: Wie kann der Einsatz dieser Technologien in der alternden Bevölkerung verbessert und damit ihre soziale Teilhabe und Gesundheit gesteigert werden? Ziel dieses Beitrags ist es zunächst, den Begriff der Gesundheitskompetenz zu erläutern und im Anschluss wissenschaftliche Ansätze zur Förderung von Gesundheitskompetenz im Rahmen von theorie- und evidenzbasierten Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität vorzustellen. Dies erfolgt u. a. anhand des Beispiels der Bewegungsförderungsmaßnahme „Fit im Nordwesten Intervention", die in den Jahren 2015 bis 2018 im PROMOTE-Projekt auf ihre Wirksamkeit untersucht wurde (Muellmann et al., under review; Ratz et al., 2019).

Bei der Beantwortung der oben genannten Frage spielt das Konzept der *Gesundheitskompetenz* (Health Literacy) eine entscheidende Rolle. Sie ist die Schlüsselressource, um mit einer großen Menge an (digital) verfügbaren Informationen umzugehen und diese entsprechend zugunsten der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen. Das Konzept der Gesundheitskompetenz hat in den letzten Jahren immer weiter an Bedeutung gewonnen (Kickbusch et al. 2013; Ownby et. al. 2012). Gesundheitskompetenz beschreibt „den Grad, in dem Menschen in der Lage sind, Informationen zu erhalten, zu verstehen, zu bewerten und zu kommunizieren, um sich mit den Anforderungen verschiedener Gesundheitskontexte auseinanderzusetzen, um eine gute Gesundheit über den gesamten Lebenszyklus hinweg zu fördern und zu erhalten" (Kwan et al., 2006, S. 80; Übersetzung der Autoren). Ein Unteraspekt ist die *digitale Gesundheitskompetenz*. Diese betrifft speziell die Kompetenzen in Bezug auf den Umgang mit digitalen Medien. Diese digitale Gesundheitskompetenz (oder eHealth-Kompetenz) beschreibt also die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu bewerten und die gewonnenen Erkenntnisse zur Lösung eines Gesundheitsproblems anzuwenden (Norman/Skinner, 2006).

Mittlerweile gibt es zahlreiche Ansätze, wie die Gesundheitskompetenz älterer Erwachsener effektiv gefördert werden kann, insbesondere im Zusammenhang mit mobiler Technologie und dem Internet. Ein Beispiel für solche Ansätze bildet das *IROHLA Projekt* (Paech/Lippke, 2015), das untersucht hat, inwieweit Gesundheitskompetenz zur Förderung gesunden Alterns beitragen kann (vgl. https://eurohealthnet.eu/ciri/irohla). IROHLA steht für „Intervention Research on Health Literacy among the Ageing Population", d. h. Interventionsforschung im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz in der alternden Bevölkerung. An diesem europaweiten Projekt waren Partner und Partnerinnen aus verschiedenen Ländern und Disziplinen – z. B. Psychologie, Public Health und Kommunikationswissenschaft – beteiligt. Die zentrale Annahme in diesem Projekt war, dass auf *individueller Ebene* Faktoren wie *Wissen* (sog. Einstellungen und Handlungsergebniserwartung), *Motivation* (sog. Handlungsziele) und *Selbstwirksamkeit* (der Glaube an die eigene Fähigkeit, ein Ziel trotz Schwierigkeiten zu erreichen) eine wichtige Rolle für die Gesundheitskompetenz spielen und dementsprechend gefördert werden sollten. Faktoren in der *Umgebung* sind beispielsweise das *Gesundheitssystem* und die *soziale Unterstützung*.

Neben der Gesundheitskompetenz beeinflussen diese Faktoren zudem

auch die Aufnahme oder Aufrechterhaltung von entsprechendem *Gesundheitsverhalten* (Schwarzer, 2008; Schwarzer/Lippke/Luszczynska, 2011). In Bezug auf die Förderung von Gesundheitskompetenz und -verhalten hat die Forschung der letzten Jahre, einschließlich der Ergebnisse des IROHLA-Projekts, gezeigt, dass es besonders darauf ankommt, dass Menschen gezielt und für sie passend unterstützt werden (Hardemann et al., 2019; McEwan et al., 2016; O'Brien et al., 2015). Dies bedeutet, dass die individuellen Voraussetzungen und Bedingungen von Menschen berücksichtigt werden sollten, zum Beispiel indem Programme auf das Alter oder das Geschlecht der jeweiligen Personen speziell zugeschnitten werden. Dies lässt sich ebenso auf die oben genannten Aspekte der Gesundheitskompetenz anwenden: Programme können darauf abgestimmt sein, ob jemand noch nicht motiviert oder hoch *motiviert* ist oder ob er/sie sich *selbstwirksam* und von Freunden, Familie oder Bekannten *unterstützt* fühlt (Langener/Ratz/Lippke, 2018). Dies kann mithilfe digitaler Lösungen realisiert werden, welche im Folgenden beschrieben werden.

Maßgeschneiderte Interventionen mittels Expertensystemen

Eine Maßschneiderung auf individuelle Charakteristiken von Personen im Rahmen von digitalen Lösungen braucht ein *Expertensystem* (Lippke/Preißner/Pischke für das AEQUIPA-Konsortium, 2018). Ein Expertensystem ist ein computerisiertes System, bei dem durch Handlungsvorschriften (Algorithmen) ein menschlicher Experte ersetzt wird. Es besteht aus Fragen, Rückmeldungen und Aufgaben für den Nutzer. Die Antworten des Nutzers werden dann als Daten vom Expertensystem weiterverarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt durch die Algorithmen theoriegeleitet und evidenzbasiert – also aufgrund von Regeln, die sich aus Theorien und anderen Datenquellen zusammensetzen. Dadurch lässt sich eine hohe Individualisierung und Personalisierung erreichen. In Interventionsstudien dient ein solches System dazu, soziodemografische Aspekte (z. B. Alter), Motivation, Einstellungen und Verhalten von Menschen zu Beginn zu erfassen und ihnen dann die passenden Interventionsbausteine zuzuweisen. Damit kann die Intervention individualisiert und ihr Verlauf auf den Nutzer genau abgestimmt gesteuert werden (Noar/Benac/Harris, 2007; Noar et al., 2011). Dadurch wird die Passung für den Einzelnen optimiert und die Effektivität gesteigert (Lustria et al., 2013; Vandelanotte et al., 2016).

Digitale Maßnahmen können auf diese Weise individuell zusammengestellt werden und einen hohen *Individualisierungsgrad* erreichen (Fuchs/Göhner/Seelig, 2007). Damit bieten maßgeschneiderte Interventionen, die über das Internet zur Verfügung gestellt werden, die Möglichkeit für sofortiges („just-in-time"), individuelles Feedback zu verschiedenen zentralen Aspekten der Gesundheitsverhaltensänderung (Hardemann et al., 2019; Hawkins et al., 2008). Durch die Anpassung der Intervention für den Einzelnen wird der Interventionsgegenstand als persönlich relevant wahrgenommen. Dies führt wiederum zu mehr Änderungen des Verhaltens und der hierbei behilflichen „Stellschrauben" wie Motivation, Einstellungen, Selbstwirksamkeit usw. (de Vries/Kremers/Lippke, 2017).

Dass Maßschneiderung sinnvoll ist, ist bereits länger nachgewiesen und wurde anhand der Vorgänger digitaler Interventionen demonstriert: Maßschneiderungen wurden in der letzten Dekade mittels Printmedien und per Telefon erfolgreich durchgeführt (z. B. Eakin et al., 2007; Neville/O'Hara/Milat, 2009; Short et al. 2011). Noch frühere Arbeiten hierzu stammen von Kreuter und Strecher aus dem Jahr 1996. Sie verglichen zwei Interventionsformen, zum einen mit allgemeinem Feedback und zum anderen basierend auf maßgeschneidertem, individuellen Feedback. Die Teilnehmenden in der maßgeschneiderten Interventionsgruppe waren im Vergleich zur ersten Interventionsgruppe eher dazu geneigt, mindestens ein Verhalten zu ändern (bspw. körperli-

Die Autorin, Prof. Dr. Sonia Lippke, am Ball.

che Aktivität; vgl. Kreuter/Strecher, 1996, S. 97ff).
Diese Prinzipien lassen sich auf *digitalisierte Interventionsansätze* sehr gut übertragen und dort so realisieren, dass ggf. die Effektivität von solchen maßgeschneiderten Interventionen gesteigert und evtl. eine Kosteneffizienz erreicht wird (Lippke et al., 2018). Wie dies konkret realisiert werden kann, wird im letzten Abschnitt des Kapitels anhand der Entwicklung und Evaluation zweier digitaler Interventionen zur Förderung von Bewegung bei Älteren im Rahmen des PROMOTE-Projekts beschrieben (vgl. Forberger et al., 2017, Muellmann et al., 2017; Meyer et al., 2016).

Digitalisierte Gesundheitskompetenzförderung am Beispiel der Förderung von körperlicher Aktivität

Digitalisierte Gesundheitskompetenzförderung bei älteren Menschen kann die Aufnahme oder Aufrechterhaltung regelmäßiger körperlicher Aktivität auch im fortgeschrittenen Alter als Ziel haben (Meyer et al., 2016). Bisherige Maßnahmen zur Bewegungsförderung zeigen oftmals nur eine eingeschränkte Wirksamkeit (Hardeman et al., 2019; Knittle et al., 2018; Larsen et al., 2018). Ernüchternd ist oft auch eine abnehmende Effektivität sowie Akzeptanz von digitalisierten Bewegungsinterventionen mit zunehmendem Alter der Teilnehmenden (Langener et al., 2018). Ein Grund dafür kann – wie bereits oben erwähnt – sein, dass diese Interventionen die individuelle Situation des Einzelnen nicht ausreichend berücksichtigen.
Entsprechend wissen wir seit einigen Jahren, dass digitalisierte Gesundheitskompetenzförderung (z. B. webbasierte Tagebücher und digitalisierte Bewegungsinterventionen) gezielt auf Ältere zugeschnitten werden sollten. Indem Angebote auf individuelle Frage- und Problemstellungen älterer Personen eingehen, kann vermieden werden, dass die Teilnehmenden sich mit zunehmendem Alter von der Technologie überfordert fühlen; dies erhöht in Folge auch die Nutzungswahrscheinlichkeit der Angebote.
Zu den *Bedingungen*, auf die insbesondere bei digitalisierten Bewegungsförderungsmaßnahmen für Ältere geachtet werden sollte, zählen zum Beispiel:

- ein größerer Zeitumfang zur Teilnahme, damit Personen die benötigte Zeit gegeben wird, sich mit den Technologien vertraut zu machen,
- eine höhere Service-Orientierung und Betreuung der Teilnehmenden muss gewährleistet werden,
- eine gute Lesbarkeit, um altersbedingten, visuellen Einschränkungen entgegenzuwirken (z. B. durch entsprechend große Schrift und Nutzung von im Alter gut erkennbaren Farben),
- die Verringerung der Komplexität der Bedienoptionen (z. B. mit automatischer, körpernaher Sensorik/Aktivitätstracker sowie durch genügend große Knöpfe und leichte Navigation des digitalen Mediums),
- eine altersgemäße Anpassung der Zielkriterien und deren konkreter Erreichung, z. B. Empfehlungen zum Umfang der körperlichen Aktivität mit Berücksichtigung altersspezifischer Vorgaben, mit dem Wissen, dass im Alter z. B. die Kraft abnimmt,
- die gezielte Einbeziehung und Mobilisierung personaler Ressourcen (familiäres und berufliches Umfeld, vorhandenes soziales Netzwerk).

Eine derartige Individualisierung und Maßschneiderung von Gesundheitskompetenzförderung ergibt Sinn: Programme können dadurch nachhaltiger wirken und auch von den Nutzenden selbst als positiver wahrgenommen werden. Darüber hinaus zeigte eine Studie zu individuellen Präferenzen von Älteren, dass diese Zielgruppe spezielle Wünsche hat: Die Programme sollen keinen großen Aufwand machen, verständlich und technisch unkompliziert sein (Lippke/Kuhlmann, 2013). Auch sollten Gesundheitskompetenzinterventionen *motivierend* sein (Faller/Reusch/Meng, 2011). Das Erleben von Verbesserungen und dass doch Veränderungen möglich sind, können diese nötige motivierende Wirkung haben (Lippke/Kuhlmann, 2013).
Eine Maßschneiderung an das bisherige Verhalten kann erfolgen, indem das aktuelle Verhalten der älteren Erwachsenen erfasst wird und ihnen daraufhin aufgezeigt wird, was besser gemacht werden kann. Dies geschieht idealerweise mittels *individueller Rückmeldungen* (z. B. „Neben Ihrem Sport sind Sie täglich durchschnittlich dreimal zwei Minuten körperlich aktiv. Das sind insgesamt sechs Minuten an jeweils sieben Tagen pro Woche, also 42 Minuten. Die allgemeine Empfehlung liegt jedoch bei 150 Minuten pro Woche“; Lippke et al., 2015, S. e225ff; Meyer et al., 2016).
Darüber hinaus können *maßgeschneidert passende Interventionsbausteine* angeboten werden. Beispielweise können Personen unterschiedliche Empfehlungen oder Hilfestellungen erhalten, die abhängig davon sind, wie aktiv sie bereits vor Teilnahme an der Interventionsstudie waren. Älteren Erwachsenen, die zwar zu Sportkursen gehen, aber regelmäßige Aktivität noch nicht in ihren Alltag integrieren, könnte z. B. folgende Empfehlung ausgesprochen werden: „Sie nehmen regelmäßig an Ihren Sportkursen teil, das ist gut. Aber versuchen Sie auch, in Ih-

rem Alltag aktiver zu sein und immer die Treppe zu nehmen oder mehrere Strecken zu Fuß zu gehen und das Auto stehen zu lassen" (Lippke et al., 2015, S. e225ff). Solche bedürfnisorientierten, individuellen Ansprachen können nachweislich die Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen erhöhen und so eine Verhaltensänderung und in der Folge positive gesundheitliche Auswirkungen begünstigen (de Vries et al., 2017).

Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz und zielgruppenspezifischen Merkmalen: Erfahrungen aus der Durchführung der Fit im Nordwesten Intervention

Im Rahmen des „PROMOTE"-Projektes im Forschungsnetzwerk AEQUIPA (vgl. Forberger et al., 2017; Lippke et al., 2018; Meyer et al., 2016; Muellmann et al., 2017) wurden zwei digitale Bewegungsinterventionen entwickelt und mit älteren Menschen im Alter von 65 bis 75 Jahren im Hinblick auf ihre Wirksamkeit getestet. Effekte auf Aktivitätsverhalten und Wohlbefinden sowie körperliche und kognitive Fitness wurden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht, welche zunächst auf der Warteliste stand und das Bewegungsprogramm zwölf Wochen später erhielt. Das heißt, es wurden drei Gruppen verglichen: Teilnehmende in der ersten Gruppe erhielten ein digitales Bewegungstagebuch über einen Link zu einer Webseite, mit dem sie ihre körperliche Aktivität über einen Zeitraum von zehn Wochen dokumentieren sollten (Interventionsgruppe 1). Teilnehmende der zweiten Gruppe erhielten zusätzlich zu dem digitalen Bewegungstagebuch einen Aktivitätstracker (Fitbit©), sodass das Bewegungsverhalten nicht nur von den Teilnehmenden selbst (subjektiv), sondern auch objektiv durch das Zählen der Schritte mithilfe des Fitbits erfasst und dokumentiert wurde (Interventionsgruppe 2). Teilnehmende in Gruppe 3 erhielten die Intervention der Interventionsgruppe 1 nach Abschluss der Folgeerhebung. Diese Gruppe wurde deshalb als Wartelistenkontrollgruppe bezeichnet (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Muellmann et al., 2017, S. 512ff).

Der Zugang zum Portal war über einen pseudonymisierten Nutzernamen mit Passwort geschützt. Die Interventionen im Rahmen dieser Studie lassen sich als digitalisierte Gesundheitskompetenzförderungsmaßnahmen bezeichnen. Zentral bei der Intervention war, neben ausgedruckten Bewegungsempfehlungen und Übungskatalogen, das Internetportal, in dessen Nutzung die Teilnehmenden in einer Einführungssitzung durch ein Mitglied des Forschungsteams eingewiesen wurden. Zudem fanden praktische Bewegungsangebote in Form wöchentlicher Gruppentreffen statt, in denen Ausdauer-, Kraft- und Gleichgewichtsübungen gemeinsam unter Anleitung geschulter Studierender durchgeführt wurden. Teil dieser wöchentlichen Gruppentreffen war zusätzlich die Behandlung verschiedener Gesundheitsthemen sowie die Klärung technik- und programmbezogener Fragen, welche die digitale Gesundheitskompetenz verbessern sollten (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Muellmann et al., 2017, S. 512ff; Meyer et al., 2016).

Die primäre Funktion des Internet-Portals war das *Bewegungstagebuch*, in dem die Teilnehmenden die durchgeführten Übungen der jeweiligen Woche eintragen sollten (siehe Abbildung 1). In Anlehnung an die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und des American College of Sports Medicine (ACSM) sollten Teilnehmende wöchentlich körperliche Aktivitäten in den Bereichen Ausdauer, Kraft und Gleichgewicht ausüben und in das Bewegungstagebuch eintragen. Anleitungen für diese Übungen waren in Form von Bildern von Männern und Frauen aus der Altersgruppe auf das jeweilige Geschlecht angepasst. In Interventionsgruppe 2 wurden die täglich zurückgelegten Schritte, die mit den eingesetzten *Aktivitätstrackern* (Fitbit©) gemessen wurden, automatisch mit der Webseite synchronisiert (siehe Abbildung 2). Die Leistungen der vergangenen Wochen konnten rückblickend angesehen und so der eigene Fortschritt über den Interventionszeitraum betrachtet werden. Damit erfolgte eine Selbstreflektion über die erzielten Erfolge (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Muellmann et al., 2017, S. 512ff; Meyer et al., 2016). Zu Beginn der Intervention erhielten die Teilnehmenden zusätzlich Empfehlungen und Hilfestellungen, wie sie ihr Bewegungsziel in Bezug auf Ausdauer- und Krafttraining erreichen konnten, welche an ihre Motivation, die jeweiligen Zielverhaltensweisen auszuüben, angepasst waren.

Erste Ergebnisse zeigen, dass die Motivation, das Bewegungsverhalten in dem empfohlenen Maße zu erreichen, in beiden Interventionsgruppen ähnlich stark, aber über unterschiedliche Mechanismen gestiegen ist. Eine positivere Einstellung, das Zielverhalten auszuüben, war in der zweiten Gruppe (Bewegungstagebuch plus Aktivitätstracker) teilweise darauf zurückzuführen, dass die Intervention direkt deren Zielsetzung hinsichtlich des empfohlenen Verhaltens beeinflusst hat. Die erste Gruppe (nur Bewegungstagebuch) hingegen profitierte von der Intervention in Form einer gestiegenen Selbstwirksamkeit, welche indirekt zu einer stärker ausgeprägten Zielsetzung und Motivation geführt hat (Ratz et al., 2019).

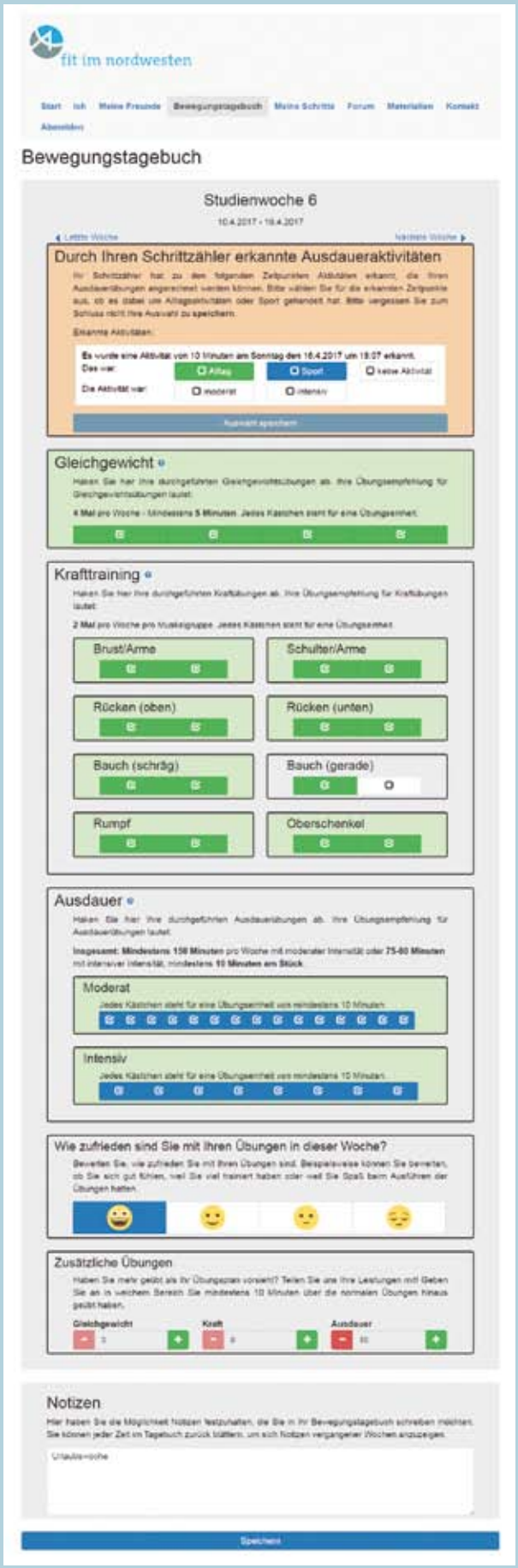


Abbildung 1: Screenshots der Fit im Nordwesten Intervention – Wöchentliche körperliche Aktivität in den Bereichen Gleichgewicht, Kraft und Ausdauer (aus: Meyer et al., 2016, S. 264 und Ratz et al., 2019 mit Supplementary Material 3).

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

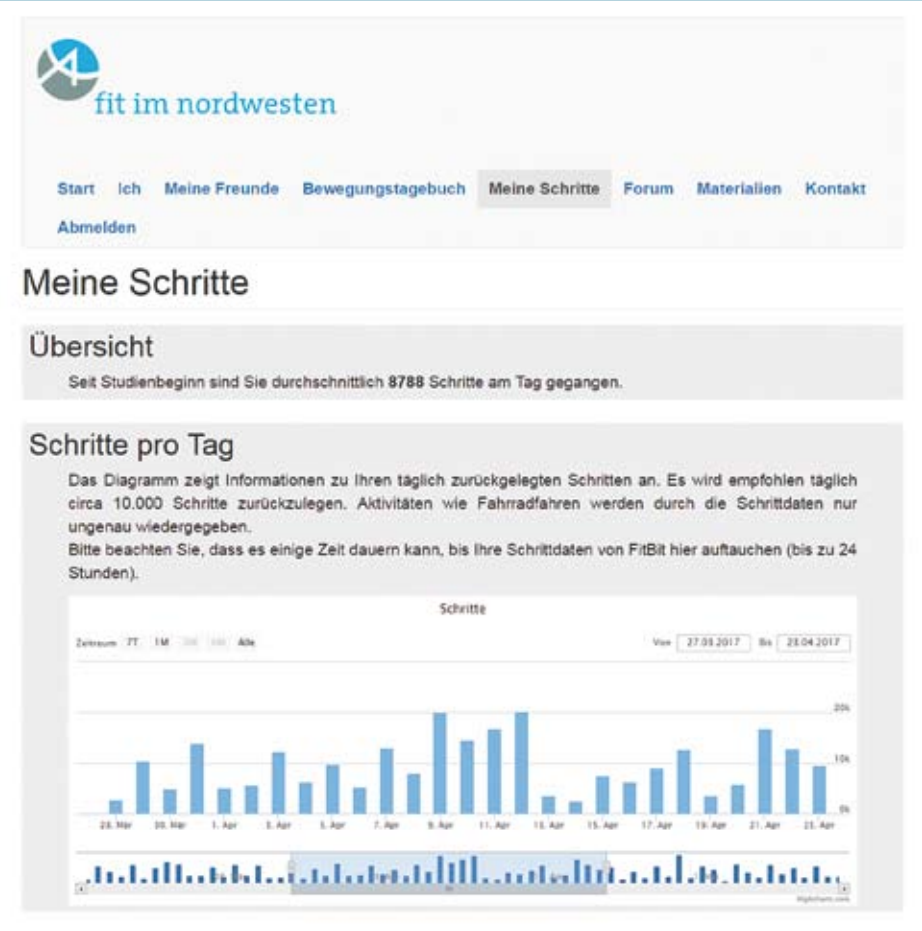


Abbildung 2: Screenshot der Fit im Nordwesten Intervention, Interventionsgruppe 2 – Körperliche Aktivität im Bereich Ausdauer/Schritte pro Tag (aus: Ratz et al., 2019, Supplementary Material 3).

Als weitere wesentliche Interventionskomponente wurde die *soziale Interaktion über ein bereitgestelltes Internetforum über die Webseite* angeboten. Dort konnten sich die Teilnehmenden untereinander austauschen, miteinander verabreden und gemeinsam diskutieren. Auch sollte damit eine Möglichkeit gegeben werden, die Zufriedenheit mit den Trainingserfolgen zu beschreiben und Feedback zu erhalten. Die Studienleitung konnte die Beiträge in dem Forum moderieren und darüber hinaus weitere Informationen für alle Teilnehmenden bereitstellen (z. B. zu Bewegungsmöglichkeiten in ihren jeweiligen Gemeinden). Dabei konnte individualisiert auf die Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppe eingegangen werden, ohne auf starre Kategorien wie Geschlecht oder möglicherweise arbiträre Altersgruppen beschränkt zu sein (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Meyer et al., 2016; Muellmann et al., 2017, S. 512ff). Jedoch zeigte sich, dass die älteren Erwachsenen von diesem Angebot nur geringfügig Gebrauch machten. Wahrscheinlich gilt es hier, in partizipatorischen Ansätzen ein Format zu entwickeln, das besser auf die *Lebenswelten der Nutzenden* abgestimmt ist. Denn in der angebotenen Form schien dieses Forum für diese Zielgruppe weniger attraktiv zu sein als für jüngere Gruppen (Lippke et al., 2018).

Fazit

Digitale Gesundheitskompetenz und Maßnahmen, um diese zu fördern, bieten vielfältige Möglichkeiten. Sie können theorie- und evidenzbasiert Interventionsinhalte verschiedenen Bevölkerungsgruppen zugänglich machen. Wichtig ist, dass diese Inhalte auf die Gesundheitskompetenz (u. a. Motivation, Einstellungen und auf bisheriges individuelles Verhalten) zugeschnitten sind. Nur so können sich Personen verschiedener Zielgruppen und auch besonders ältere Personen passend angesprochen fühlen. Da es gilt, individuelle Barrieren in Bezug auf die Veränderung von Gesundheitsverhalten zu überwinden, sollten hier mehr Anstrengungen erfolgen. Dazu bieten sich insbesondere *partizipatorische Ansätze* an, also ein Vorgehen, bei der die Zielgruppe gleichberechtigt eingebunden und nicht nur als Nutzende, Konsumierende oder Forschungssubjekte betrachtet werden.
Vorteile des Einsatzes von digitalen Interventionen liegen in der Möglichkeit, sowohl subjektive als auch objektive Daten, z. B. zu Verhalten, zu erfassen. Auch bieten sich hier Chancen, Zugang zu bestimmten Bevölkerungsgruppen zu bekommen, die ansonsten nicht oder nur wenig an Gesundheitsthemen interessiert sind. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf Kosteneffektivität, d. h. wenn zahlreiche Menschen erreicht werden, dann haben digitale Lösungen mehr Potential als persönliche, analoge Ansätze.
Herausforderungen der Zukunft liegen darin, die genaue Bestimmung und *Feinadjustierung* bei digitalisierten Bewegungsprogrammen zu finden. Das heißt, es gilt auch weiterhin herauszufinden, wie die jeweilige Intervention auf die Bedürfnisse der spezifischen Zielgruppen angepasst werden kann – u. a. im Rahmen von Interventionsstudien, bei welchen die jeweilige Zielgruppe bei der Entwicklung der Angebote mit einbezogen wird. Ers-

te Ansätze hierzu wurden in diesem Beitrag vorgestellt. Es ist zu erwarten, dass zusätzliche wissenschaftliche Erkenntnisse in diesem sich rasant entwickelnden Themenfeld in naher Zukunft vorliegen werden.

Das Projekt AEQUIPA und die Arbeit an diesem Beitrag wurden mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter den Förderkennzeichen 01EL1422F und 01EL1822F gefördert.

Prof. Sonia Lippke, Tiara Ratz, Christian Erik Preißner & Prof. Claudia R. Pischke

Kontakt:
Prof. Dr. Sonia Lippke
Professor of Health Psychology and Behavioral Medicine;
Department of Psychology & Methods/Focus Area Diversity;
Jacobs University Bremen gGmbH
Campus Ring 1, 28759 Bremen
Tel.: +49 421 200-4730
Fax: +49 421 200-49-4730
s.lippke@jacobs-university.de
http://slippke.user.jacobs-university.de
http://www.jacobs-university.de/jcll/slippke

Literatur

de Vries, H./ Kremers, S./Lippke, S. (2017): Health Education and Health Promotion. In: Fisher, E. F. et al. (Hrsg.), *Principles and Concepts of Behavioral Medicine: A Global Handbook*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Eakin, E. G. et. al. 2007): Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. In: *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(5), S. 419-434.

Faller, H./ Reusch, A./Meng, K. (2011): DGRW-update: Patientenschulung. *Die Rehabilitation*, *50*(05), S. 284-291.

Forberger, S. et. al. (2017): How to tackle key challenges in the promotion of physical activity among older adults (65+): the AEQUIPA network approach. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(4), S. E379.

Fuchs, R./Göhner, W./Seelig, H. (Hrsg.) (2007): *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hardeman, W. et al. (2019): A systematic review of just-in-time adaptive interventions (JITAIs) to promote physical activity. In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *16*(1), S. 31.

Hawkins, R. P. et al. (2008): Understanding tailoring in communicating about health. In: *Health Education Research*, *23*(3), S. 454-466.

Kickbusch, I. et al. (2017): *Health literacy: The solid facts.* Kopenhagen, DK: World Health Organization, Regional Office for Europe. Verfügbar unter: *http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf*

Knittle, K. et al. (2018): How can interventions increase motivation for physical activity? A systematic review and meta-analysis. In: Health Psychology Review, 12(3), S. 211-230.

Kreuter, M. W./ Strecher, V. J. (1996): Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. In: *Health Education Research*, *11*(1), S. 97-105.

Kwan, B./Frankish, J./Rootman, I. (2006): *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations.* Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research.

Langener, S./Ratz, T./Lippke, S. (2018): User-centered digital health application development to promote healthy ageing. In: *MEDIENPRODUKTION – Online Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 12*, S. 23-32. Verfügbar unter: *http://www5.tu-ilmenau.de/zeitschrift-medienproduktion/index.php/user-centered-digital-health-application-development-to-promote-healthy-ageing/*

Larsen, R. T. et al. (2018): Physical activity monitors to enhance the daily amount of physical activity in elderly-a protocol for a systematic review and meta-analysis. In: *Systematic Reviews, 7*(1), S. 69.

Lippke, S. et al. (2015): A computerized lifestyle application to promote multiple health behaviors at the workplace: testing its behavioral and psychological effects. In: *Journal of Medical Internet Research*, *17*(10), S. e225.

Lippke, S./Kuhlmann, T. (2013): Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Ältere mittels neuer Medien: Befunde sowie Implikationen für Forschung und Interventionen [Health promotion programs for older individuals by means of modern technologies: Findings as well as implications for research and interventions]. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 21*, S. 34–44.

Lustria, M. L. A. et al. (2013): A meta-analysis of web-delivered tailored health behavior change interventions. In: *Journal of Health Communication*, *18*(9), S. 1039-1069.

McEwan, D. et al. (2016): The effectiveness of multicomponent goal setting interventions for changing physical activity behaviour: A systematic review and meta-analysis. In: *Health Psychology Review, 10*(1), S. 67-88.

Meyer, J.(2016): Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen durch körpernahe Sensorik: Entwicklungen und erste Beobachtungen der PROMOTE-Studie. In: Weidner, R. (Hrsg.) *Technische Unterstützungssysteme, die die Menschen wirklich wollen. Band zur zweiten Transdisziplinären Konferenz*. Hamburg: Helmut-Schmidt-Universität, S. S. 259-267.

Muellmann, S. et al. (Under review): Effects of two web-based interventions promoting physical activity among older adults compared to a delayed intervention control group in Northwestern Germany: results of the PROMOTE community-based intervention trial.

Muellmann, S. et al. (2017): Development and evaluation of two web-based interventions for the promotion of physical activity in older adults: study protocol for a community-based controlled intervention trial. In: *BioMed Central Public Health*, *17*(1), S. 512.

Neville, L. M./O'Hara, B./Milat, A. (2009): Computer-tailored physical activity behavior change interventions targeting adults: a systematic review. In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *6*(1), S. 30.

Noar, S. M./Benac, C. N./Harris, M. S. (2007): Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), S. 673.

Noar, S. M. (2011): Tailored health communication to change lifestyle behaviors. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *5*(2), S. 112-122.

Norman, C. D./ Skinner, H. A. (2006): eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. In: *Journal of Medical Internet Research*, *8*(2), S. e9.

O'Brien, N. et al. (2015): The features of interventions associated with long-term effectiveness of physical activity interventions in adults aged 55–70 years: A systematic review and meta-analysis. In: *Health Psychology Review, 9*(4), S. 417-433.

Ownby, R. L./Waldrop-Valverde, D./Taha, J. (2012): Why is health literacy related to health? An exploration among US National Assessment of Adult Literacy participants 40 years of age and older. In: *Educational Gerontology*, *38*(11), S. 776-787.

Paech, J./Lippke, S. (2015): Health literacy as a key to healthy ageing in Europe. In: *The European Health Psychologist, 17*(2), S. 67-71.

Ratz, T. et al. (2019-in press): Effects and working mechanisms of two web-based interventions on stage of change regarding physical activity in older adults. In: *Applied Psychology: Health and Wellbeing.*

Schwarzer, R. (2008): Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. In: *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), S. 1.

Schwarzer, R./Lippke, S./Luszczynska, A. (2011): Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). In: *Rehabilitation Psychology*, *56*(3), S. 161.

Short, C. E. et al. (2011): Efficacy of tailored-print interventions to promote physical activity: a systematic review of randomised trials. In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *8*(1), S. 113.

Vandelanotte, C. et al. (2016): Past, present, and future of eHealth and mHealth research to improve physical activity and dietary behaviors. In: *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *48*(3), S. 219-228.

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Gesundheitskompetenzen älterer Menschen stärken – Das Forschungsprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mitWirkung“

Hintergrund

Durch ein stetig komplexer werdendes Gesundheitssystem und die Einflüsse einer Marktwirtschaft, in der ungesunde Lebensweisen beworben werden, stehen die Menschen zunehmend vor der Herausforderung, selbstbestimmte Entscheidungen zu einer gesunden Lebensweise zu treffen und sich durch das Gesundheits- und Versorgungssystem zu navigieren. In diesem Zusammenhang sind Gesundheitskompetenzen, die dazu beitragen, Informationen im Gesundheitskontext besser verstehen, beurteilen und nutzen zu können, von Bedeutung. Diese wirken sich positiv auf die Gesundheit aus (Kickbusch/Pelikan/Haselbeck et al. 2016, S. 3).

Die Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland weisen darauf hin, dass mehr als die Hälfte der Deutschen Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen hat und eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweist. Demnach fällt es etwa jedem Zweiten schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag auf die eigene Lebenssituation anzuwenden (Schaeffer et al. 2018, S. 6)

Darüber hinaus zeigen sowohl internationale als auch nationale Studien große soziale Unterschiede im Bereich der Gesundheitskompetenz auf. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, ältere Menschen und chronisch Kranke, weisen häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Jordan & Hoebel 2015, S. 942; Schaeffer et al. 2018, S. 23). Es bestehen z. B. große Schwierigkeiten, Gesundheitsinformation zu beurteilen, unterschiedliche Behandlungsoptionen einzuschätzen oder Packungsbeilagen für Medikamente zu verstehen und zu bewerten (Schaeffer 2016, S. 2). Auch die Einschätzung von Gesundheitsinformationen in den Medien bereitet Schwierigkeiten. Folglich erschwert es ein Mangel an Gesundheitskompetenz, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und alltäglich Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf den Erhalt und die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität auswirken (ebd.). Geringe Gesundheitskompetenz ist jedoch nicht nur auf unzureichendes Wissen oder mangelnde Fähigkeiten des Einzelnen zurückzuführen, sondern insbesondere auch abhängig von gesellschaftlichen, lebensweltlichen und sozialen Bedingungen sowie vielfältigen Anforderungen, die sich aus der eigenen Lebenssituation und dem Umfeld ergeben (Schaeffer et al. 2018, S. 6).

„GeWinn-Gruppe“

Die zuvor aufgeführten Erkenntnisse unterstreichen sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Relevanz des noch jungen Forschungs- und Handlungsfeldes „Gesundheitskompetenz“. Vor diesem Hintergrund ist die Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz bedeutsam. Hierzu sind insbesondere die Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer und bedarfsgerechter Interventionen notwendig.

Basisdaten, Ziele und Inhalte des Projekts „GeWinn – Gesund älter werden mitWirkung“

Das dreijährige Forschungsprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mitWirkung. Health Literacy für mehr Lebensqualität und soziale Integration“ (Laufzeit: Dezember 2015 bis November 2018) zielte darauf ab, die Gesundheitskompetenz von älteren Menschen ab 60 Jahren zu stärken. Dabei standen insbesondere die soziale Teilhabe in der Kommune, die Förderung von Selbstmanagementkompetenzen im Umgang mit chronischen Erkrankungen und die Nutzung neuer Medien im Mittelpunkt (Killenberg 2016, S. 10).

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Das Projekt wurde im Forschungsverbund der Hochschule Coburg und der Hochschule Magdeburg-Stendal sowie in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg und Partner*innen aus Wissenschaft und Praxis durchgeführt. Eine Projektförderung erfolgte im Rahmen der Förderrichtlinie „SILQUA – Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter"" durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Das Projekt beinhaltete die Entwicklung und Umsetzung einer Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Die Entwicklung der Intervention erfolgte durch ein partizipatives Vorgehen – gemeinsam mit den Adressat*innen. Umgesetzt wurde das Projekt sowohl im ländlichen Raum (in vier bayerischen Landkreisen) als auch im städtischen Raum (in der Stadt Magdeburg). Das Vorhaben wurde in den vier Landkreisen Würzburg, Coburg, Ansbach und Passau sowie in Magdeburg durch sogenannte Wissenschafts-Praxis-Kooperationspartner*innen mit jeweils einzelnen Ansprechpartner*innen unterstützt.
Die Intervention besteht aus einem peer-moderierten Gruppenprogramm mit selbständig arbeitenden Seniorengruppen nach dem Prinzip „von Älteren für Ältere". Dazu wurden ein zielgruppenspezifisches Konzepthandbuch, ein Methodenkoffer sowie ein Good-Practice-Leitfaden zur Erreichbarkeit von älteren Menschen sowie der Implementation von entsprechenden Angeboten auf kommunaler Ebene erarbeitet. Darüber hinaus erfolgte die Entwicklung und der Einsatz einer „GeWinn-App" zur Stärkung digitaler Kompetenzen als Ergänzung zum Gruppenprogramm.
Im Rahmen der partizipativen Entwicklung des Gruppenprogramms wurden an den Projektstandorten Fokusgruppendiskussionen (FGD) mit Adressat*innen und Multiplikator*innen durchgeführt. Auf der Basis eines mit der Zielgruppe entwickelten Schulungskonzeptes erfolgte im nächsten Schritt mittels des Peer-Education-Ansatzes eine mehrtätige Schulung älterer Menschen zu Gruppenleiter*innen. Diese begleiteten und moderierten im Tandem die Seniorengruppen in den jeweiligen Bundesländern und Kommunen.

Die Interventionsentwicklung
Zu Beginn fanden im Rahmen des Projektes an den fünf Standorten elf Fokusgruppendiskussionen (FGD) mit älteren Menschen und Multiplikator*innen statt. Zudem wurden zwei FGD mit Multiplikator*innen durchgeführt. Im Fokus stand die Identifikation von Ressourcen und Barrieren im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen (Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden), von relevanten Themen in den Bereichen Wohlbefinden und Gesundheitsförderung sowie von Selbstmanagement chronischer Erkrankungen (Killenberg, 2016, S.10; Killenberg et al. 2017, o. S.).
Die Auswertungen von Killenberg et al. 2017 zeigen, dass den Befragten z. B. das Finden von vertrauenswürdigen Quellen und das Beurteilen von Informationen aufgrund der Vielfalt an unterschiedlichen Aussagen besonders schwerfällt. Weiterhin werden soziale Kontakte von älteren Menschen als die wichtigste Gesundheitsressource wahrgenommen.

Im Rahmen der Auswertung kristallisieren sich weitere relevante und häufig genannte Themen in den Themenbereichen „Selbstmanagement chronischer Erkrankungen" sowie „Wohlbefinden und Gesundheitsförderung" (Abbildung 1) (Killenberg, 2016, S. 10) heraus. Hierbei zeigt sich, dass im Themenfeld „Wohlbefinden und Gesundheitsförderung" sowohl klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung und Bewegung als auch Stressregulation und Mitwirkung (auf kommunaler Ebene) für Senior*innen von Relevanz sind. Beim Thema „Selbstmanagement chronischer Erkrankungen" spielen z. B. insbesondere die Generierung von Wissen, die Organisation von Selbsthilfe sowie eine positive Haltung für die Teilnehmenden eine wichtige Rolle.

Im Anschluss an die FGD wurden die Ergebnisse mit Multiplikator*innen diskutiert und gemeinsam Strategien zur Akquise von Interventionsteilnehmer*innen erarbeitet. Nach Killenberg et al. 2017 fungieren verschiedene Ansprechpartner*innen vor Ort als Türöffner und sind für den Zugang zur Zielgruppe von zentraler Bedeutung. Für die Umsetzung des GeWinn-Gruppenprogramms ist es ebenfalls hilfreich, an bereits bestehende Gruppen anzuknüpfen.

Wohlbefinden und Gesundheitsförderung		Selbstmanagement	
Ernährung	Bewegung	Wissen generieren	Digitale Medien
Stressregulation	Mitwirkung (Kommune)	Positive Haltung	Selbsthilfe organisieren

Abb. 1: Inhalte der GeWinn-Intervention (Killenberg 2016, S.10, eigene Darstellung)

Anhand der Ergebnisse aus den FGD wurden die Bausteine der Intervention entwickelt. Diesbezüglich wurden ein Modulhandbuch sowie ein Methodenkoffer erarbeitet, welche die Umsetzung und Anleitung des Gruppenprogramms unterstützten (Killenberg 2016, S. 10).

*Qualifizierung von Gruppenleiter*innen und Akquise von Teilnehmer*innen*

Die Gruppenleiter*innen wurden mithilfe der Kooperationspartner*innen und Schlüsselakteur*innen sowie durch lokale Medien wie z. B. Pressemitteilungen in der lokalen Tageszeitung akquiriert. Die Qualifizierung der Gruppenleiter*innen erfolgte im Rahmen einer Schulung mit insgesamt 16 Unterrichtsstunden. Die Schulung zielte darauf ab, die Gruppenleiter*innen zu befähigen, die Treffen mithilfe des Modulhandbuchs zu moderieren.
Die Konzeption der Schulung lag federführend bei der Hochschule Magdeburg-Stendal. In die Entwicklung und Durchführung des Schulungskonzeptes wurden Studierende im Rahmen eines Studienprojekts aktiv eingebunden. Der Fokus der Schulung lag insbesondere auf der Handhabung des Interventionshandbuchs und der Simulation von Programmsequenzen. Inhaltlich standen Themen wie z. B. Lernen im Alter, Moderationsmethoden und gruppendynamische Prozesse im Mittelpunkt. Besonderheit in Magdeburg war zudem, dass die Studierenden als studentische Gruppenpaten zur organisatorischen Unterstützung der Gruppentreffen eingesetzt wurden. Während der gesamten Interventionsphase wurden die Gruppenleiter*innen kontinuierlich vom Projektteam z. B. in Form von regelmäßigen Feedbacktreffen bzw. telefonischen Feedbackgesprächen betreut. Weiterhin fanden je nach Bedarf auch Zwischenschulungen zu verschiedenen Themen statt. Die Schulung erfolgte in den bayerischen Landkreisen im Rahmen von vier separaten Schulungen (jeweils zweitägig) und in Magdeburg an vier halben Tagen.

Zur Teilnehmerakquise wurden seitens der Hochschulen Coburg und Magdeburg folgende Zugangswege genutzt:
Informationsveranstaltungen (Landratsamt, Hochschule, Seniorenein-richtungen der beteiligten Kommunen)
- Vorstellung des Programms in bestehenden Seniorengruppen

„GeWinn-Gruppentreffen“

- Presseartikel (Tageszeitung, Gemeindeblätter)
- Flyer und Aushänge in Senioreneinrichtungen und Kirchen
- persönliche Ansprache durch Multiplikator*innen z. B. Seniorenbeauftragte
- örtliche AWO-Mehrgenerationenhäuser
- Informationen auf der Hochschulseite mit Internetanmeldung

In Magdeburg erfolgte die Umsetzung der GeWinn-Intervention auf kommunaler Ebene in Kooperation mit den Alten- und Servicezentren (ASZ) in verschiedenen Stadtteilen.

Aufbau und Ablauf der GeWinn-Intervention

Die Abbildung 2 zeigt einen Überblick zum Aufbau und zeitlichen Verlauf der Intervention und Evaluation. Das GeWinn-Gruppenprogramm setzt sich aus einer Basis- und einer Verstetigungsintervention zusammen und erstreckt sich über 53 Wochen mit insgesamt 19 Treffen von 90-120 Minuten. Zu jeder Phase der Intervention wurde ein entsprechendes Modulhandbuch erarbeitet. Das Modulhandbuch dient den Gruppenleiter*innen als Leitfaden zur Umsetzung des Gruppenprogramms und umfasst eine detaillierte Beschreibung der Inhalte in Form von Stundenbildern.

Im Rahmen der **Basisintervention** fanden ab Ende März 2017 elf Gruppentreffen im zweiwöchigen Abstand statt. Dabei erfolgt die Umsetzung der entwickelten Module der Fokusgruppendiskussionen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Selbstmanagementkompetenz. Diese Treffen verliefen nach folgendem Schema:

- Einstieg
  Rückblick auf vorheriges Thema
  Eisbrecher (Einstieg ins aktuelle Thema)
  Aufzeigen der Agenda
- Hauptteil (Förderung von Gesundheitskompetenz durch angeleitete Übungen; Erfahrungsaustausch in der Gruppe)
- Abschluss (Feedback)

Abb. 2 Übersicht und Ablaufplan der GeWinn-Intervention

Die **Verstetigungsphase** umfasste acht Treffen im vierwöchigen Abstand, wobei die Vertiefung und Anwendung der Themen aus der Basisintervention im Fokus stand. Hierzu erfolgte eine erneute Schulung der Gruppenleiter*innen vor Beginn. Zusätzlich wurden sogenannte „Treffen in eigener Regie – TIERE" von den Gruppen (in unterschiedlicher Häufigkeit) organisiert und durchgeführt, um insbesondere die Selbstorganisation und die Akzeptanz des Programms zu fördern.

Die GeWinn-App

In Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg und einer Softwareentwicklungsfirma wurde auf Grundlage von zwei Fokusgruppendiskussionen mit älteren Menschen die „GeWinn-App" entwickelt. Diese beinhaltet folgende Funktionen:

- Informieren: Bereitstellung von weiterführenden Informationen zu den Interventionsinhalten (z. B. Entspannung, positive Haltung usw.)
- Orientieren: Kennzeichnung und Beschreibung von seniorenrelevanten Orten in der Gemeinde
- Engagieren: Recherche von Möglichkeiten, die zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Kommune (insbesondere im Bereich Ehrenamt) relevant sind
- Vernetzen (Suche-Biete-Funktion): Anbieten und Suche von gezielten Hilfe- und Unterstützungsleistungen für ältere Menschen (z. B. Mitfahrgelegenheit)

Da sich die App während der Interventionsphase in der stetigen Entwicklung befand, konnten einzelne Funktionen teilweise erst später bzw. nur eingeschränkt genutzt werden.

Die Evaluation

Die Intervention wurde im Hinblick auf ihre Akzeptanz und Wirkung u. a. in den Bereichen Lebensqualität, Health Literacy (Publikation wurde eingereicht), generische Selbstmanagementkompetenzen von chronischen Erkrankungen und Nutzung mobiler Endgeräte evaluiert. Die Evaluation erfolgte zu drei Messzeitpunkten mittels einer schriftlichen Befragung der Teilnehmenden zu

t0 (vor Beginn der Intervention), t1 (nach Abschluss der Basisintervention) und t2 (acht Monate nach t1). Zu den Messzeitpunkten t1 und t2 wurde zusätzlich ein Akzeptanzfragebogen für die Teilnehmer*innen, die Gruppenleiter*innen und die Multiplikator*innen eingesetzt. Der Fragebogen wurde auf der Basis standardisierter Fragebögen sowie neu adaptierten Fragen entwickelt.

Bilanz der GeWinn-Intervention

Im Rahmen der GeWinn-Intervention konnten insgesamt 25 Gruppen an den fünf Standorten implementiert werden. Die Intervention umfasste zum Projektstart insgesamt 209 Teilnehmer*innen (TN) und 26 Gruppenleiter*innen (GL). Im weiteren Verlauf der Intervention reduzierte sich die Anzahl der Teilnehmenden auf 181 Personen (TN=155, GL=26). Die Abbruch-Rate lag somit bei ca. 23 % – ein Wert, der für diesen Interventionstyp erwartet wurde.

Soziodemografische Angaben der Programmteilnehmer*innen
Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer*innen ist mit ca. 70 Jahren etwas höher als das Alter der Gruppenleiter*innen mit ca. 65 Jahren. Von den Teilnehmer*innen und Gruppenleiter*innen (n=235 t0) ist die Mehrheit weiblich. Dies betrifft ca. 80 % der Teilnehmer*innen und ca. 72 % der Gruppenleiter*innen. Die Mehrheit der Senior*innen (45 %) lebt mit einer weiteren Person im Haushalt und ca. 40 % leben allein. 70 % aller Teilnehmer*innen geben an, an einer oder mehr chronischen Erkrankungen zu leiden. Dabei werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen (44 %) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (24 %) am häufigsten genannt. Trotz gesundheitlicher Einschränkungen schätzen die meisten Befragten mit chronischer Erkrankung ihren Gesundheitszustand als gut ein, nur rund 16 % gaben einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an.

Überblick zur Wirksamkeit des Programms
Die GeWinn-Intervention verfolgte in Bezug auf die Mediennutzung nicht primär das Ziel, Kenntnisse im Umgang mit digitalen Medien zu vermitteln, sondern vorrangig Berührungsängste abzubauen und zum Ausprobieren anzuregen. Hierbei konnten die zunehmende Nutzung von Smartphones und eine gesteigerte Sicherheit im Umgang mit digitalen Medien im Verlauf des Gruppenprogramms beobachtet werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisse zum Mediennutzungsverhalten ist in Vorbereitung.

Die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden wurde mit dem deutschen Kurzinstrument (HLS-EU-Q16) des European Health Literacy Survey erhoben. Die Auswertungen im Rahmen des GeWinn-Programms zeigen, dass sich die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden signifikant verbessert hat. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse wurde eingereicht.

Akzeptanz der GeWinn-Intervention
Neben Fragen zum Mediennutzungsverhalten und zur Gesundheitskompetenz stand die Akzeptanz des Gruppenprogramms im Fokus der Evaluation. Fragen diesbezüglich wurden überwiegend positiv beantwortet.
Die Teilnehmenden gaben an, durch das Gruppenprogramm neue soziale Kontakte gewonnen zu haben und wünschen sich die Fortführung von Gruppenaktivitäten. Die deutliche Mehrheit der bestehenden Gruppen wollte sich nach dem Projektabschluss weiterhin treffen. Die Publikation zur Akzeptanz ist in Vorbereitung.

Zusammenfassung und Fazit

Studien zur Gesundheitskompetenz verdeutlichen, dass insbesondere ältere Menschen auf eine ausreichende bzw. gute Gesundheitskompetenz zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit angewiesen sind. Die Verbesserung bzw. Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels besonders wichtig, um ein gesundes Älterwerden zu ermöglichen. Daher erlangen kontinuierliche, zielgruppenspezifische Analysen zur Gesundheitskompetenz sowie die Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Interventionen und Angebote besondere Bedeutung.
Anhand der Evaluationsergebnisse, insbesondere zur Gesundheitskompetenz (Veröffentlichung in Vorbereitung), kann geschlussfolgert werden, dass das vorgestellte Programm zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen älterer Menschen geeignet ist.

Da die Intervention von den Teilnehmenden sehr gut akzeptiert wurde, ist es wünschenswert, dass das Konzept multipliziert und in weiteren Bundesländern, Landkreisen und Städten bzw. Einrichtungen im kommunalen Kontext etabliert werden kann. Interessierte Personen, Akteur*innen und Einrichtungen erhalten auf der GeWinn-Homepage (https://www.gesund-aelter-werden-mit-wirkung.de/) weiterführende Informationen und können auf entsprechende Materialien zugreifen.

Maria Schimmelpfennig[1], Elisabeth Foitzik[2], Nadine Ladebeck[1], Katrin Neher[2], Tina Zeiler[1], Holger Hassel[2], Kerstin Baumgarten[1]

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

„Gruppenleiterschulung“

[1] Hochschule Magdeburg-Stendal,
[2] Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg

Kontakt:
Hochschule Magdeburg-Stendal
Maria Schimmelpfennig
Breitscheidstr. 2
39114 Magdeburg
maria.schimmelpfennig@h2.de

Literatur

Jordan, S./Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenzen von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“(GEDA). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58 (9): Online publiziert: 31. Juli 2015, S. 942-950.

Kickbusch, I. et al. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten. WHO.

Killenberg, Alvia (2016): „GeWinn - Gesundheitskompetenz im Alter fördern“. In: StadtpunkteThema Ausgabe 02/November, S. 10-11.

Killenberg, Alvia et al. (2017): „Gesundheitskompetenz im Alter fördern – Partizipative Interventionsentwicklung im Projekt „GeWinn““. In: Public Health Forum25(1), S. 90–93.

Pelz, C./Schmitt, A./Meis, M. (2004): Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 5(2), Art. 35, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402351.

Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

Schaeffer, D. (2016): Statement Pressekonferenz. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Abgerufen am 09.04.2019 unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/04_statement_schaeffer_pk_gesundheitskompetenz_2016web.pdf

Gesundheitsförderung in der REWE-Group

Förderung der Gesundheitskompetenz in der REWE Group

Die 1927 in Köln gegründete genossenschaftliche REWE Group ist einer der führenden Handels- und Touristikkonzerne in Deutschland und Europa. Sie ist mit ihren mehr als 360.000 Beschäftigten in 22 europäischen Ländern präsent. Zu den Vertriebslinien zählen Super- und Verbrauchermärkte der Marken REWE, REWE CENTER und BILLA sowie MERKUR, der Discounter PENNY und die Baumärkte von toom. Hinzu kommen Convenience-Märkte, E-Commerce-Aktivitäten sowie die DER Touristik Group.

Gesunde, motivierte und leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die entscheidenden Erfolgsfaktoren für Unternehmen. Entsprechend ist für die REWE Group das betriebliche Gesundheitsmanagement ein wichtiger Bestandteil der Unternehmensphilosophie. Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten der Mitarbeiter stehen hierbei im Mittelpunkt, um sich nachhaltig als gesundes und wettbewerbsstarkes Unternehmen auf dem Markt durchsetzen zu können. In einem Konzern mit einer Vielfalt von Geschäftseinheiten wie der REWE Group (Einzelhandel, Logistik, Touristik, Produktion, Verwaltung usw.) und somit auch unterschiedlichen Belastungen steht das betriebliche Gesundheitsmanagement vor großen Herausforderungen. Die Spannweite reicht von stark körperlich beanspruchenden Tätigkeiten im Bereich der Logistik oder der Märkte bis hin zu Berufsbildern, die eher mentalen Belastungen ausgesetzt sind, beispielsweise in der Verwaltung und im Management. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, ist es wichtig, dass das Gesundheitsmanagement als kontinuierlicher Prozess gelebt wird und geeignete Maßnahmen gewählt werden.

Für die Erarbeitung und Erprobung von modellhaften Konzepten zur Gestaltung der Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen wurde von 2007 bis 2010 mit dem Institut für gesundheitliche Prävention (IFGP) das Projekt **„naprima"** umgesetzt. Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen seit vielen Jahren eine der großen Volkskrankheiten dar. Trotz vieler Bemühungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, arbeitsbedingte Belastungen des Muskel-Skelettapparates zu reduzieren und Erkrankungen des Bewegungsapparates zu vermeiden, sind diese Angebote insbesondere für Unternehmen mit dezentraler Struktur und mit geringen innerbetrieblichen Möglichkeiten, Präventionsleistungen anbieten zu können, nur selten um- bzw. einsetzbar. Genau diese Situation sollte durch das Projekt naprima näher beleuchtet werden. Dabei sollten nicht schon bestehende Präventionsleistungen Anwendung finden, sondern Instrumente, Produkte und Maßnahmen mit innovativem Charakter praxisnah und alltagsrelevant entwickelt und konzipiert werden. Anhand von rund 16 REWE Märkten innerhalb der REWE Group konnte aufgezeigt werden, welche Vorgehensmodelle in dezentralen, kleinbetrieblichen Strukturen, bei unterschiedlichen Organisationsformen und insbesondere in Bereichen mit hoher Öffentlichkeit und starker Serviceorientierung praxistauglich sind. Die erarbeiteten Ergebnisse zeichnen sich durch eine hohe Übertragbarkeit für andere Filialisten und unabhängige Einzelhändler aus. Im Rahmen des naprima-Projektes wurden viele Produkte, unter anderem Infoposter, Coaching-Ausbildungen und ein Gesundheitsfilm entwickelt.

Um vermehrt die Ausbildung der Gesundheitskompetenz zu fördern und eine stärkere Einbindung der Führungskräfte in die Gesundheitsförderung zu erzielen, wurde von 2010 bis 2012 ebenfalls zusammen mit dem IFGP die Toolbox „Gesundheitskompetenz im Markt" (GesiMa) entwickelt. Menschen mit einer ausgeprägten Gesundheitskompetenz haben die Fähigkeit, bei Fragen rund um die eigene Gesundheit seriöse Informationsquellen zu finden, zu verstehen und die Inhalte durch aktives Handeln auch umzusetzen (vgl. Sørensen et al. 2012, S.1). Das Projekt GesiMa verfolgte das Ziel, für Führungskräfte und Personalverantwortliche Instrumente und Medien zu entwickeln, die dazu dienen, die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zu fördern und zu unterstützen. Im Projekt ist ein unternehmensspezifischer, medialer Gesundheitsinformationsdienst entstanden, der die verschiedenen Aspekte von Gesundheitskompetenz bei Beschäftigten und Führungskräften anspricht. Die entstandenen Medien stellten Informationen zur Förderung und zum Erhalt von Gesundheit bereit, trugen zum Verständnis von Gesundheitsinformationen bei und unterstützten bei der konkreten Anwendung. Die Medien der Toolbox bestanden unter anderem aus Informationsbriefen, einem Onlinetraining zum Thema „Gesundes Führen", Gesundheitskarten zur Bewegungsförderung, Informationsflyern und einer DVD, in der über ergonomisches Arbeiten in den Märkten informiert wurde.

Auch nach den Projekten naprima und GesiMa fanden in der REWE Group verschiedene Maßnahmen und Initiativen statt. Die Digitalisierung der Arbeitswelt und die dezentralen Strukturen der REWE Group gaben Anlass, über die Einführung einer digitalen Plattform zur Förderung der Gesundheitskompetenz nachzudenken. Umgesetzt wurde dieser Gedanke nun mit dem Projekt

Gesundheitsförderung in der REWE-Group

Gemeinsam.topfit. Im März 2019 fiel der Startschuss des von der DAK Gesundheit unterstützten und von der Dr. Holiday AG als Tochterfirma der REWE Group umgesetzten Gesundheitsprojekts.
Die dezentralen Strukturen sowie die vielfältigen Tätigkeitsfelder stellten in der Vergangenheit eine große Herausforderung dar, individuelle und zielgruppenspezifische Konzepte im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) zu realisieren. Die Digitalisierung ermöglicht eine „tragbare Gesundheitsförderung", die das Bewusstsein von gesundheitlichen Verhaltensweisen verändert (WHO 2014). Die Ergänzung von analogen Maßnahmen durch digitale Instrumente lässt neue Möglichkeiten entstehen, die individuelle Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter zu stärken und das Thema Gesundheit in der Unternehmenskultur zu verankern. Ziel des Projektes Gemeinsam.topfit ist es, allen Mitarbeitern der REWE Group einen Zugang zu individueller Gesundheitsförderung unabhängig von Zeit und Ort zu bieten. Die zentralen Bestandteile des Projekts stellen das Onlineportal (verfügbar als App sowie auch als Web-Version) sowie die persönliche Ausbildung von Multiplikatoren („die Topfit-Macher") als Gesundheitsbotschafter innerhalb des Unternehmens dar.

Die Gemeinsam.topfit-App

Das speziell für die REWE Group entwickelte Onlineportal „Gemeinsam.topfit" bringt Gesundheitswissen in digitaler Form zu den Beschäftigten. Die Gemeinsam.topfit-App ist auf mobilen Endgeräten wie Smartphones oder Tablets abrufbar. Des Weiteren ist das Onlineportal als Web-Version für Laptops bzw. Computer verfügbar. Der Zugang erfolgt über einen anonymisierten Web-Code, der postalisch an die Mitarbeiter versendet oder im Rahmen von Gesundheitstagen oder durch die Führungskraft persönlich verteilt wird. Eine Eingabe von persönlichen Daten im Onlineportal obliegt dem Mitarbeiter und ist freiwillig. Je spezifischer Angaben zur eigenen Person und gesundheitlichen Interessen eingetragen werden, umso exakter werden die Portalinhalte auf die Nutzer abgestimmt (s. Abb. 1).

Das Onlineportal bietet eine schnelle und einfache zeit- bzw. ortsunabhängige Verfügbarkeit von Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen. Diese gliedern sich in die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Entspannung sowie tätigkeitsspezifische Inhalte. Im Bereich Bewegung stehen angeleitete Übungsvideos zur Verbesserung der körperlichen Fitness und Gesundheit sowie Übungen zur Behandlung bestimmter Beschwerdebilder zur Verfügung, z. B. bei Rückenschmerzen. Die Dauer und Intensität der Übungen sind variabel gestaltet, sodass eine Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Schwierigkeits- und Anforderungsstufen besteht. Die Rubrik Ernährung beinhaltet Kurssequenzen in Text- und Videoformat zu Mikro- und Makronährstoffen. Des Weiteren erhalten die Nutzer wertvolle praxisnahe Tipps, eine gesündere Ernährung in den Alltag zu integrieren. Der Bereich Entspannung enthält angeleitete Audio- und Videodateien zu einer Vielzahl an Entspannungs- und Stressbewältigungsverfahren (z. B. Meditationen, Autogenes Training [AT], Progressive Muskelrelaxation [PMR], Augenentspannung etc.). So lernen die Nutzer gelassen mit persönlichen Stresssituationen umzugehen und einen Ausgleich im Alltag zu schaffen. Vor dem Hintergrund der Zielgruppenerreichung nimmt der tätigkeitsspezifische Themenbereich eine wichtige Rolle im Gemeinsam.topfit-Projekt ein. In dieser Rubrik erhalten die Mitarbeiter gesundheitsförderliche Informationen, die auf individuelle Herausforderungen bei ihrer Tätigkeit abgestimmt sind. Hier stehen den Mitarbeitern im REWE Markt beispielsweise hilfreiche Lehrvideos zum rückenfreundlichen Heben und Tragen von schweren Gegenständen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der DER Touristik hingegen erhalten Tipps zum ergonomischen Arbeiten am Schreibtisch. Dadurch gelingt es, am individuellen Bedarf anzusetzen und Herausforderungen am Arbeitsplatz zu berücksichtigen. Eine attraktive Möglichkeit, Pausen

Abb. 1: Gemeinsam.topfit-Portal

Gesundheitsförderung in der REWE-Group

im Arbeitsalltag sinnvoll zu nutzen, stellt die Umsetzung muskulärer Ausgleichs- oder Atemübungen dar. In der Rubrik „5-Minuten-Auszeit" vermitteln kurze Lehrvideos einfache Übungen, die leicht und schnell im Arbeitsalltag durchgeführt werden können. Dadurch gelingt es, einen Ausgleich zur körperlichen Haltung am Arbeitsplatz zu schaffen und die geistige Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Um die Motivation der Mitarbeiter und die Nachhaltigkeit des Projektes zu steigern, können im Gemeinsam.topfit-Portal sogenannte „Challenges" initiiert werden (vgl. Abb. 2). In spielerisch gestalteten virtuellen Wettbewerben haben die Portal-Nutzer die Möglichkeit, in Teams oder als Einzelperson gegeneinander anzutreten. So motiviert beispielsweise eine Fahrrad-Challenge dazu, Wege zur Arbeit und in der Freizeit gesundheits- und umweltfreundlich mit dem Rad zurückzulegen (vgl. Abb. 3). Durch die Eingabe der zurückgelegten Kilometer entsteht hierbei ein Wettbewerbscharakter, welcher die Nutzer zur Teilnahme motiviert. Zusätzlich werden Verbesserungen des Teamgeistes sowie der Unternehmensidentifikation ermöglicht.

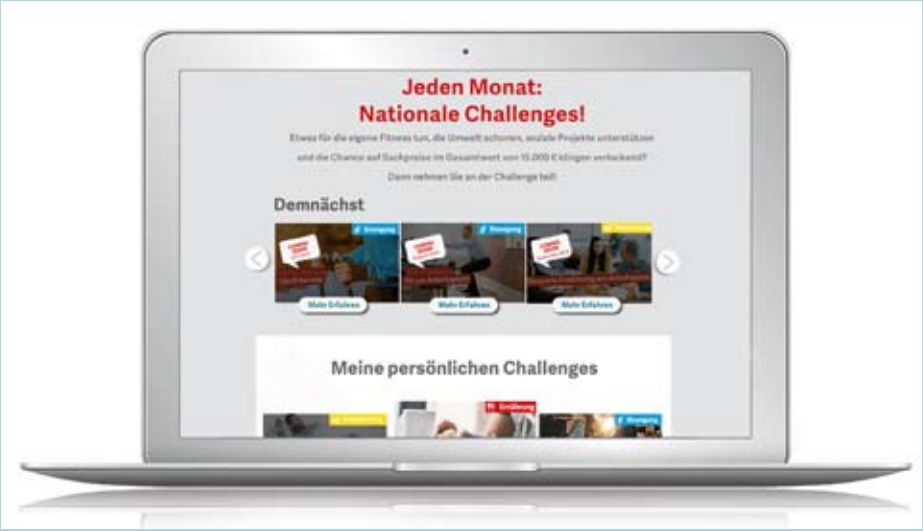


Abb. 2: Challenges im Gemeinsam.topfit-Portal

Die Mitarbeiter können so aus einer Vielfalt an Themenbereichen auswählen und ihre Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Handlungsfeldern (Ernährung, Bewegung, Entspannung, tätigkeitsbezogen) verbessern. Eine einfache und ansprechende Gestaltung der App-Inhalte trägt dazu bei, die gelernten Inhalte im Alltag umzusetzen.

Digitale Instrumente im BGM ermöglichen Unternehmen, die Verbindung von privater und beruflicher Gesundheitsförderung der Arbeitnehmer zu gewährleisten (Matusiewicz/Kaiser 2017, S. 2). Gesundheitsbezogene Angebote und Regelungen innerhalb der REWE Group wie Sabbatical oder Pflege sind in der App ebenfalls verfügbar. Zudem sind vielfältige Angebote der DAK Gesundheit als Partner-Krankenkasse integriert. Somit wird der Bekanntheits- und Nutzungsgrad bereits bestehender Maßnahmen erhöht und eine Verknüpfung aller internen gesundheitsfördernden Programme geschaffen.

Die Ausbildung von „Machern" als Botschafter innerhalb der REWE Group

Im Rahmen des Projekts „Gemeinsam.topfit" werden Multiplikatoren („Macher") als Botschafter für eine gesunde Lebensweise geschult. Dabei handelt es sich um Kollegen, die freiwillig an einer kostenlosen „Macher"-Schulung zu gesundheitsrelevanten Themen und der Nutzung des Gemeinsam.topfit-Portals teilnehmen. Sie kommunizieren das Projekt innerhalb der REWE Group und haben die Möglichkeit, als Ansprechpartner für Kollegen zu gesundheitsbezogenen Themen am Arbeitsplatz zur Verfügung zu stehen. In der Gemeinsam.topfit-App besteht ein eigener Bereich bzw. eine Chatfunktion für „Macher", so dass die Kommunikation untereinander sowie ein Erfahrungsaustausch möglich sind.

Rollout und interne Kommunikation des Projektes

Im ersten Halbjahr 2019 erhielten nach und nach alle Mitarbeiter der REWE Group Zugang zum Onlineportal bzw. der App. Bereits im Oktober 2018 durften die ersten Pilotgruppen – Kollegen, die am Köln Marathon teilnahmen, sowie Mitarbeiter aus der Touristikeinheit Business Travel – das Portal auf Herz und Nieren testen. Ziel des Pilot-Rollouts war es, fundiertes Feedback von gesundheitsaffinen Portal-Nutzern zu erhalten und Optimierungspotenziale aufzudecken. Der Testlauf verlief äußerst erfolgreich: Rund 45 Prozent der Personen, die einen Portalzugang erhalten haben, meldeten sich an und besuchten das Portal in den ersten Wochen im Schnitt dreimal. Im Rahmen eines Gesundheitstages folgte im Januar 2019 der Rollout für die Mitarbeiter der Verwaltung

Gesundheitsförderung in der REWE-Group

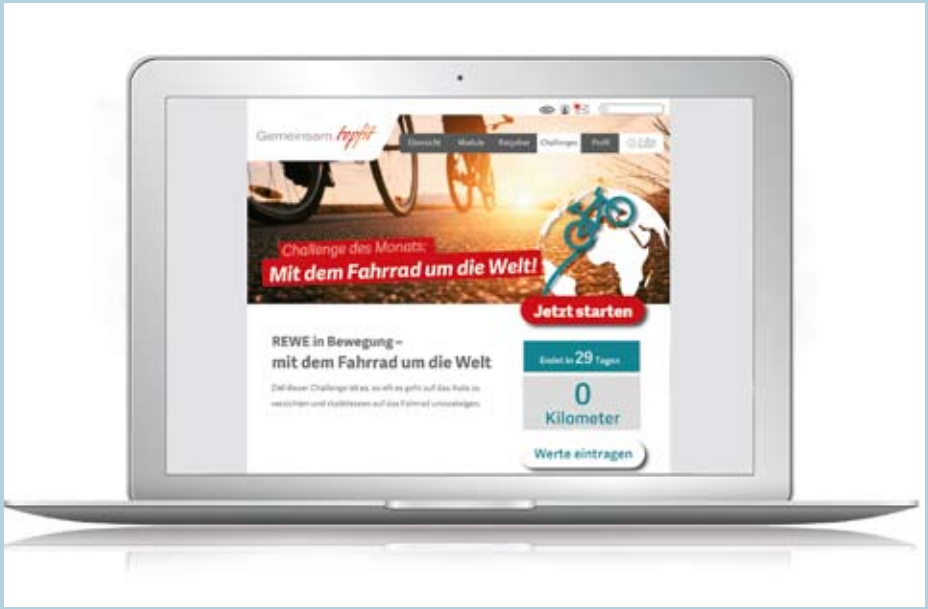


Abb. 3: Fahrradchallenge im Gemeinsam.topfit-Portal

an den REWE Group Zentralstandorten in Köln. Dabei konnten über 4.000 Zugänge zum Portal vergeben und die Beschäftigten für Entspannungsübungen, einen Stresstest und Vorträge zur Work-Life-Balance begeistert werden. Im Februar 2019 erhielten die Touristik-Mitarbeiter in Frankfurt über ein ähnliches Eventformat einen Zugang zum Portal. Schon im Anschluss an diese erste Rollout-Phase gab es auf Anhieb über 100 Anmeldungen für die eineinhalbtägigen „Macher"-Ausbildungsgänge. Somit zeigte sich ein großes Interesse an dem neuen BGM-Projekt. Seit März 2019 ermöglicht der Gesamt-Rollout jedem REWE Group-Beschäftigten, von dem BGM-Projekt zu profitieren. Je nach Geschäftseinheit erhalten die Mitarbeiter die Zugangscodes auf unterschiedliche Weise, beispielsweise als Gehaltsbeileger oder per Paketversand an die jeweilige Führungskraft. Die Anzahl der Mitarbeiter, die das Portal nutzen und sich zu Gesundheitsthemen weiterbilden, steigt also fortlaufend an.

Aufgrund der vielen Standorte und verschiedenen Strukturen von Märkten, Baumärkten und Reisebüros besteht eine Herausforderung darin, den Bekanntheitsgrad des Projekts und die Motivation der Beschäftigten zu steigern. Das Projektteam setzt daher besonders auf vorhandene Kommunikationswege, zum Beispiel über Führungskräfte und Betriebsräte. Um alle Beschäftigten zu erreichen, ist es bedeutend, dass jeder das Portal per App von zu Hause aus nutzen kann.

Für die Zukunft zielt das Gemeinsam.topfit-Projekt auf positive Ergebnisse für Beschäftigte sowie das Unternehmen ab. Durch die praxisnahe Wissensvermittlung profitieren Mitarbeiter von einer Steigerung der persönlichen Gesundheitskompetenz sowie der Verbesserung der individuellen körperlichen und psychischen Gesundheit. Auf Unternehmensseite stehen Ergebnisfaktoren wie eine Verbesserung des Arbeitsklimas und der Zufriedenheit der Mitarbeiter, eine höhere Mitarbeiterbindung und Arbeitgeberattraktivität sowie ein Beitrag zu einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur in Aussicht. Die Verknüpfung persönlicher und digitaler Komponenten im BGM ist dabei ein effizienter und nachhaltiger Ansatz, die Herausforderungen der Vergangenheit (z. B. dezentrale Strukturen und vielfältige Tätigkeitsfelder) zu überwinden und Mitarbeiter der REWE Group bei der Förderung ihrer persönlichen Gesundheit zu unterstützen.

Isa Göbel – Dr. Holiday AG
Anna Peck – REWE Deutscher Supermarkt AG & Co. KGaA
Nils Meixner – REWE Deutscher Supermarkt AG & Co. KGaA

Literatur

Matusiewicz, David/Kaiser, Linda (2018): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Gabler.

Sørensen, Kristine et al. (2015): Health literacy in Europe. Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: European Journal of Public Health 25, H. 6, S. 1053-1058.

Weltgesundheitsorganisation (2011): mHealth – New horizons for health through mobile technologies (= Global Observatory for eHealth series – Volume 3), online unter: https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.,.

Eisenach

Dem Eisenacher Seniorenbeirat liegt das Thema Gesundheitskompetenz sehr am Herzen. Das bedeutet, wir unternehmen viel, damit ältere Bürgerinnen und Bürger unserer Stadt diese Kompetenz erwerben. Seit vielen Jahren ist ein Mitglied unseres Beirates (nun aus Altersgründen ausgeschieden) Beauftragter der Deutschen Herzstiftung. Unentwegt organisiert er Aufklärungsveranstaltungen. Wöchentlich hält er im St. Georg-Klinikum Sprechstunden ab. In diesem Jahr kann die Dt. Herzstiftung auf 40 Jahre erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Von den mehr als 100 Selbsthilfegruppen für Herz- und Kreislauf-Erkrankte arbeiten auch einige in unserem Raum. Die Selbstbestimmung eines jeden Patienten wird dadurch gestärkt – und das ist der Beginn einer wertvollen Alternative zu herkömmlichen Therapien.

In dem Veranstaltungskalender, den der Seniorenbeirat monatlich herausgibt, wird zu unterschiedlichen Selbsthilfegruppen eingeladen: Dt. Rheuma-Liga, Schwerhörigen-Verein, Gesprächskreis Herz/Defi, Initiative „Gib niemals auf“, Lymphselbsthilfe, SHG für Pflegende Angehörige, Blinden- und Sehbehindertenverband mit Beratungsstelle „Blickpunkt Auge“, SHG Zöliakie, SHG Agoraphobie…
Um die Gesundheit zu erhalten, gibt es viele kleine und größere Angebote wie z. B. Reha- und Wirbelsäulengymnastik, Osteoporose-Vorbeugung, Senioren-Tanz. Und seit Neuem Gesundheitswandern für Menschen, die langsam wieder an Bewegung in freier Natur herangeführt werden wollen.

Seit Jahren bieten wir Hilfen an, Gesundheitsinformationen zu finden. So gibt es innerhalb unserer Senioren-Woche eine Gesundheitsmesse. Auch in diesem Jahr haben wieder mehr als 20 Aussteller ihre Angebote präsentiert.

Die diesjährige Senioren-Woche stand unter dem Thema „Gemeinsam statt einsam“. Das Thema bot sich an, wird doch unser Nachbarschaftszentrum im September 5 Jahre alt.
Von Montag bis Freitag wird es nachmittags von Ehrenamtlichen offengehalten, teils als offener Treff, teils als Raum für Interessengruppen wie Singen, Basteln, Tanzen, Häkeln und Stricken, Flüchtlingen Hilfestellung geben zum täglichen Leben im Gastland, Sprechstunden mehrerer Organisationen. Mittwochs wird Kaffee und selbstgebackener Kuchen gereicht, oft auch Vorträgen zu ausgesuchten Themen gelauscht. In größeren Abständen gibt es auch Bus-Ausfahrten.
Dass Lachen zur Gesundung gehört, haben viele internalisiert. Jedes Fest im Kalender wird zum Anlass genommen, fröhlich zu feiern. So erwarteten wir freudig die 26. Seniorenwoche mit der großen Auftaktveranstaltung am 7. September und den Feierlichkeiten zum 5. Jahrestag des Nachbarschaftszentrums.

Gudrun Weber aus Eisenach

Weimar

Gesundheitskompetenz – nicht nur im Alter

Der Mensch ist Zeit seines Lebens anfällig für viele Krankheiten. Umwelteinflüsse und gesellschaftliche Herausforderungen sowie persönliche Probleme können gesundheitsschädigend sein. Das Thema Gesundheit (nicht nur im Alter) ist in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung auch in unserer Seniorenvertretung regelmäßig im Gespräch. Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ sowie die „15 Regeln für gesundes Älterwerden“ von Prof. Dr. Andreas Kruse sind Leitlinien für unsere persönliche Gesundheitskompetenz. Die unübersehbaren Informationsquellen zum Thema Gesundheit in den Massenmedien sind oft unwissenschaftlich, widersprüchlich, irritierend und unverständlich. Wir sollten den Ärzten verraten, was wir wann und wo gelesen und geglaubt haben. Nicht immer sind wir in der Lage, beispielsweise aus den vielfältigen Ernährungsangeboten richtige Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise für uns und die Familie zu treffen. Selbst für „aufgeklärte“ Patienten sollte mit einer gründlichen Vorbereitung der Hausarzt der erste „Ansprecharzt“ sein. Gesundheitskompetenz bezieht sich auch auf unser lebenslanges Lernen und auf den Umgang mit unserer Lebenszeit. Wir begrüßen die Initiative des Thüringer Landesseniorenrates, mit dieser Ausgabe des Seniorenreports eine rege Diskussion dieser so bedeutsamen gesamtgesellschaftlichen Problematik aus Thüringer Sicht anzuregen.
Sehr oft wünschen mir Verwandte, Kollegen und Freunde Gesundheit und ein langes Leben. Ich nehme ihre Wünsche gern entgegen und versuche, sie mit eigener Kraft und mit Unterstützung meiner Familie, meiner Freunde und meiner Ärzte zu erfüllen – ich bin mir meiner Verantwortung mir und meiner Umwelt gegenüber wohl bewusst. In meiner Brieftasche befindet sich meine persönliche Gesundheitsdokumentation mit einer Liste von Behandlungsdatem und der damit zusammenhängenden Medikation. Als Diabetiker plane ich meine Lebensmitteleinkäufe mit Hilfe einer Diabetes-Ernährungsampel. Meinen Blutdruck messe und dokumentiere ich regelmäßig. Auf meine Arztbesuche bereite ich mich gründlich vor. Vor einer Operation werde ich mich um ein ärztliches Zweitgutachten bemühen. In einem kleinen Koffer ist das nötige Gepäck für eine plötzliche Krankenhauseinweisung enthalten.
Mein Freund Friedrich Gracht erinnert mich daran, dass altersbedingte, gesundheitliche und gesellschaftliche Faktoren auch auf die Mitglieder unserer Seniorenvertretung gewirkt ha-

ben. Immerhin erfreuen wir uns noch entsprechend unserer Lebensweise und dank einer guten medizinischen Versorgung einer relativ zufriedenstellenden Gesundheit. Gesund ist man nicht nur, gesund bleibt, beziehungsweise wird man wieder. Krank ist man nicht, krank wird man – in jedem Lebensalter. Dieser Erkenntnis sollten sich die Menschen nicht erst im Hochaltrigkeitsalter bewusst werden. Wir wissen aus eigener Erfahrung, dass Gesundheit und Wohlbefinden im zunehmenden Alter auch durch Multimorbidität gekennzeichnet ist. Das relative gesundheitliche Wohlbefinden betrachten wir als eine wesentliche Bedingung und Voraussetzung auch für unsere gesellschaftliche Teilhabe. Wir appellieren immer wieder an die Eigenverantwortung unserer Mitglieder, durch einen gesunden Lebensstil selbst zu ihrer Gesunderhaltung beizutragen. Friedrich machte auf die Bedeutung der Digitalisierung für das Gesundheitssystem aufmerksam. Mit Interesse verfolgen auch ältere Menschen die Diskussion zu weiteren Formen der Kommunikation zwischen Patient und Arzt. „Telemedizin", „Fernbehandlung", „Telearzt", „Online-Behandlung" sind nur einige in Medien gebrauchte Begriffe, die interessierte Patienten verwirren. Mein Freund Friedrich fragt mich: Beherrschen wir die Technik noch oder beherrscht die Technik schon uns? Zwischenruf: Konrad Zuse* schrieb: „Die Gefahr, dass der Computer so wird wie der Mensch, ist nicht so groß wie die Gefahr, dass der Mensch so wird wie der Computer". Werden wir künftig von Robotern im Pflegeheim betreut, von Robotern operiert, von Robotern beim Einkaufen begleitet, von einem „Roboter-Arzt" behandelt, wird der Mensch als biologisches und gesellschaftliches Wesen zunehmend von künstlicher Intelligenz im Rahmen der Digitalisierung begleitet? Und weiter: Da ist das Unbehagen, die Angst, dass unsere Daten nicht „geschützt" bleiben. Wer überwacht mit Interesse unsere Gesundheit, aus welchen Gründen, mit welchen Absichten? Unser Interesse, unsere Begeisterung, aber auch ein Gefühl des Misstrauens gegenüber „Künstlicher Intelligenz" hat Grenzen. Die Technologie der „Gesichtserkennung" wird bereits gegenwärtig als Eingriff in unsere Privatsphäre als totale Überwachung der Menschen kritisiert. Künstliche Intelligenz und Gedankenlesen – wer ist in der Lage, die Gedanken seines Gesprächspartners in der Arztpraxis beziehungsweise im Krankenhaus zu lesen? Sicher wird man dann auch noch die Gedanken eines gerade Verstorbenen lesen können oder müssen. Für die Gerichtsmedizin eine erwartungsvolle Perspektive. Roboter können und dürfen alles, was Menschen können und ihnen beibringen sowie kontrollieren, wenn ihre Anwendungen rechtlichen und ethischen Normen entsprechen. Daten, Algorithmen und Rechnerleistungen befähigen Programme, selbst zu lernen und sich zu entwickeln. Im Mittelpunkt der globalen Digitalisierung stehen immer noch die gesellschaftlichen Herausforderungen an uns Menschen und an unsere Beziehungen untereinander. Unser Standpunkt ist und bleibt: Im Gesundheitswesen ist und bleibt der Arzt die erste und wichtigste Vertrauensperson jedes Patienten. Das persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient in der Arztpraxis beziehungsweise am Krankenbett zu Hause oder im Krankenhaus ist und bleibt unentbehrlich. Nur der Arzt verfügt über die medizinische, psychologische und gesellschaftliche Fähigkeit, auch die Gefühlswelt seines Patienten zu verstehen, um auf der Grundlage der Kenntnis von Ursachen und Auslösern der Symptome notwendige und mögliche Folgerungen für eine optimale Therapie einzuleiten und deren Ergebnisse zu analysieren.

Beispiele und Maßnahmen zur weiteren Unterstützung und Weiterentwicklung eines erfolgreichen Arzt-Patienten-Verhältnisses wurden auch auf dem 21. Ärztekongress 2019 in Erfurt diskutiert. Mit Interesse verfolgen auch viele ältere Menschen die Diskussion zur Problematik „Fernbehandlung". Mein Freund Friedrich nutzte schon vor vielen Jahren dankbar die „Telefon-Sprechstunde" seines Hausarztes. Andere bewährte Formen der Beziehungen zwischen Patient und Arzt sollten aus der Sicht von Gesundheitskompetenz diskutiert werden. Eine „Fernberatung" (keine „Fernbehandlung") sollte unseres Erachtens im Notfall vorwiegend zur Beantwortung von Fragen in Anspruch genommen werden. Grundlage einer jeden medizinischen Betreuung ist und bleibt das persönliche vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient, auch am Telefon.

Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz" beinhaltet umfangreiche Schwerpunkte für eine gesunde Lebensqualität, er enthält viele Anregungen auch für spezifische Aktionen in den Bundesländern, in Kommunen und gesellschaftlichen Organisationen. Gesundheitskompetenz bezieht sich auf alle Menschen, nicht erst im hohen Alter. Dabei geht es um Bildung und Erziehung, um Verbraucherverhalten und Ernährung, um Wohnen und Erholung, um den Umgang mit den Medien, um gesellschaftliche Teilhabe.

Mein Freund Friedrich meint, ein gesunder Mensch hat tausend Wünsche – ein kranker nur einen. CARPE DIEM.

Konrad Zuse (22.06.1910 – 18.12. 1995) entwickelte den ersten funktionsfähigen vollautomatischen und frei programmgesteuerten Computer der Welt.

Dr. Hans-Jürgen Paul

„Die vorbeugenden Diskurse und Praktiken konstituieren eine Anthropologie im Gerundivum und bestimmen den Menschen als ein durch Techniken des Selbstmanagements auf der einen, durch pädagogische, medizinische, eugenische, militärische, rechtliche, sozialpolitisch usw. Maßnahmen auf der anderen Seite zu schützendes Wesen. Sie suchen weder nach Universalien menschlicher Existenz, noch verwerfen sie deren Möglichkeit, sondern übersetzen die Frage nach der condition humaine in die praktische Aufgabe risikominimierender Selbst- und Fremdführung."
Ulrich Bröckling (2017): Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 85.

Landesseniorenrat Thüringen
Alter ist Kompetenz

Bei Interesse senden wir Ihnen gern gegen Übernahme der Portokosten ein Exemplar des oben abgebildeten Seniorenreports zu. Alternativ finden Sie das Heft im Internet: https://www.landesseniorenrat-thueringen.de/eigene-publikationen.html

LANDESSENIORENRAT Thüringen

ISSN-Print 2364-9860
ISSN-Internet 2364-9879
ISBN 978-3937107-43-1

SENIORENREPORT,
24. Jahrg. 3/2019

Impressum

Auflage 2100

Herausgeber:
Landesseniorenrat Thüringen,
Jan Steinhaußen (Geschaftsführer) in Kooperation mit der Landesgesundheitskonferenz Thüringen

Schillerstraße 36, 99096 Erfurt
Telefon: 0361/562 16 49
Mobil: 0152 55353013
Fax: 0361/601 37 46
info@landesseniorenrat-thueringen.de
www.landesseniorenrat-thueringen.de
Vorsitzende: Hannelore Hauschild

Redaktion:
Andrea Priebe , Dr. Jan Steinhaußen

Wenn Sie Fragen, Anregungen oder Kritik haben, freuen wir uns auf Ihre Post, E-Mail oder Ihren Anruf. Bitte nehmen Sie mit unserer Redaktion in Erfurt (Landesseniorenrat) Kontakt auf.

Layout und Satz: Dr. Kerstin Ramm, Grafik und Werbung, Dorfstr. 15, 07646 Albersdorf, Tel.: 036692/213 82, Fax: 036692/355 77, www.grafikundwerbung-ramm.de

Produktion: Förster & Borries GmbH & Co. KG, Zwickau

Fotoverzeichnis auf S. 2

Verlag Barbara Budrich
Stauffenbergstraße 7
51379 Leverkusen
Tel. +49 (0)2171 344 594
Fax +49 (0)2171 344 693
www.budrich-verlag.de
info@budrich.de

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autoren wieder und sind keine Stellungnahmen der Redaktion. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Beiträge zu kürzen und zu überarbeiten.
Die Nutzung von Texten und Bildern ist nur nach Rücksprache mit dem Landesseniorenrat Thüringen möglich.
Personenbezogene Substantive gelten gleichermaßen für die Geschlechter männlich/weiblich/divers.

LANDES GESUNDHEITS KONFERENZ THÜRINGEN

Gefördert durch den Freistaat Thüringen.