

Gesundheitskompetenz und der informierte Konsument
in der Gesundheitsversorgung

Wer ist bereit, die Kompetenz- Rolle zu übernehmen?

Das Selbstverständnis der Bürger und Patienten – ebenso wie das Fremdverständnis ihrer Rollen – hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte deutlich gewandelt, heute wollen Menschen Partner sein in der Gesundheitsversorgung, und sie wollen an Entscheidungen aktiv beteiligt sein. Den «neuen Rollenvorstellungen» gemeinsam ist die Betonung der Partizipation nicht nur auf der Mikroebene der Versorgung, sondern ebenso auf der Meso- und Makroebene. In der Versorgungsrealität zeigt sich allerdings, dass die hier intendierte Nutzerorientierung immer noch im Widerspruch zu einer Reihe von Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen in den Institutionen des Gesundheitswesens steht.¹



Prof. Dr. Marie-Luise Dierks
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

Zudem fehlen den Nutzern grundlegende Kompetenzen, um sich in den komplexen westlichen Gesundheitssystemen adäquat bewegen zu können. Von den Nutzern werden nämlich zahlreiche Fähigkeiten erwartet. Sie sollen (und wollen) zwi-

schen diversen Versicherungsoptionen wählen, Bonusmodelle der Krankenkassen nutzen, eine informierte Wahl bei ihrer Krankenversicherung treffen, den «richtigen» Arzt oder das «beste Krankenhaus» finden, zweite Meinungen einholen, Transparenzinformationen suchen und einordnen.

Unübersehbare Zahl von Info-Quellen

Zudem können sie sich inzwischen aus einer unübersehbaren Zahl von Informationsmaterialien aus diversen Quellen informieren – eine Situation, die einerseits ihre Autonomie im Gesundheitswesen durchaus stärken kann, andererseits zu einer gewissen Ratlosigkeit führt, zumal die Qualität der Informationen heterogen und zum Teil erschreckend schlecht ist.^{2,3,4} Schliesslich werden die Nutzer des Gesundheitswesens zunehmend in die Rolle von Kunden gebracht – die Selbst- und Zuzahlerleistungen, OTC-Medikamente und ein breiter Markt vielfältiger Wellness-Angebote tragen dazu bei. Damit wird die in der Patientenrolle durchaus vorhandene «Schutzfunktion» an vielen Stellen aufgebrochen, die Marktmechanismen greifen zum einen in der unmittelbaren Entscheidungssituation, zum anderen da, wo Anbieter angesichts monetärer Bedingungen eher über Quantität denn über Qualität von Leistungen entscheiden.

Halbe Analphabeten sollten komplexe Zusammenhänge verstehen ...

In diesem Zusammenhang hat die WHO noch einmal sehr eindrücklich auf das «health deci-

sion-making paradox» hingewiesen: Menschen müssen (und wollen) in komplexen Gesundheitssystemen gute Entscheidungen treffen und möglichst lange und gesund leben, auf der anderen Seite propagieren und unterstützen «moderne» Gesellschaften ungesunde Lebensweisen, die Navigation in dem zunehmend komplexer werdenden Gesundheitssystem wird – selbst für gut gebildete Personen – immer schwieriger und die Bildungssysteme schaffen es nicht mehr, die grundlegenden Fähigkeiten des Lesens und Schreibens zu vermitteln.⁵

Dies ist einer der Gründe, warum der Begriff «Gesundheitskompetenz» aktuell Hochkonjunktur hat und viele Diskussionen, die bislang unter der Überschrift «Empowerment», «Gesundheitsförderung» oder «Beteiligung» geführt worden sind, diese Formulierung aufgreifen. Gesundheitskompetenz wird als ein lebenslanger Prozess definiert, der bei grundlegenden Fertigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen beginnt und das Zusammenspiel zwischen individuellen Voraussetzungen der Bürger und Patienten, den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und institutionellen Gegebenheiten thematisiert.⁶

Ungleiche Kompetenz-Verteilung

Dass die Gesundheitskompetenz in Gesellschaften ungleich verteilt ist, ist bekannt. Auch in den westeuropäischen Staaten ist ein nicht unerheblicher Anteil der Bevölkerung kaum in der Lage, geschriebene Texte zu lesen bzw. zu verstehen – 14,5% der erwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland

gelten als funktionale Analphabeten, 26% können nur langsam oder fehlerhaft schreiben.⁷

Entsprechende Angaben liegen auch aus der Schweiz vor.⁸ Dies aktualisiert Daten der OECD-Studien aus den frühen 1990er Jahren, auch hier haben wir gelernt, dass knapp die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland und der Schweiz aufgrund ihres Lese- und Schreibverständnisses nicht in der Lage ist, mit den Anforderungen moderner Gesellschaftssysteme angemessen umzugehen. Damit lagen die deutsche und auch die schweizerische Bevölkerung im Mittelfeld, die besten Ergebnisse erzielten die Menschen in Schweden und Norwegen.⁹ Das heisst für den Gesundheitsbereich: Ohne die Fähigkeit, schriftliche, aber auch mündliche Informationen aufzunehmen, einzuordnen und umsetzen, ist gesundheitsbezogenes Handeln erschwert, weder echte Partnerschaft noch nutzeradäquate Kundenmodelle sind dann zu realisieren.

Niedrige Kompetenz – schlechte Gesundheit

Niedrige Gesundheitskompetenz hat zudem Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Menschen, die im unteren Bereich der Gesundheitskompetenz zu verorten sind, haben deutlich mehr als eine chronische Erkrankung als Personen im höheren Bereich der Gesundheitskompetenz. Zusammenhänge zeigen sich zudem zwischen einer niedrigen Gesundheitskompetenz und Risikoverhalten, z.B. Rauchen⁶ oder mangelnde Adherence.

Die Förderung von Gesundheitskompetenz, und dies wird die Public-Health-Herausforderung für die nächsten Jahre sein, muss entsprechend der skizzierten Randbedingungen und erforderlichen Dimensionen drei wichtige Bereiche berücksichtigen: Das Verstehen, das Kommunizieren und

das Handeln. Wichtig sind und werden in diesem Zusammenhang Initiativen, die im Elementarbereich beginnen und über diverse Angebote für gesunde Erwachsene, spezielle Angebote für vulnerable Zielgruppen bis hin zu Patientenschulungen und Hilfen beim Selbstmanagement von Erkrankungen reichen. Diese Förderung ist eine zentrale zukünftige Aufgabe aller Akteure im Gesundheits- und Bildungswesen und schliesst die Themen Information und Transparenz, aber vor allem auch Unterstützung und Advocacy ein. Hier müssen auch die Professionellen in den Institutionen der Gesundheitsversorgung mehr als bisher lernen, die unterschiedlichen Gesundheitskompetenzen der Nutzer zu erkennen und diese bei der Informationsgestaltung grundsätzlich zu berücksichtigen und sich damit das Label einer «Health-literacy-freundlichen Institution» zu erarbeiten.⁵

Literatur

- ¹ Dierks ML, Diel F, Schwartz F. Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In: Schwartz F, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks M et al. (Hrsg.). Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. 3.Auflage. München: Urban & Fischer; 2012. p. 379–89.
- ² Shahar S, Shirley N, Noah SA. Quality and accuracy assessment of nutrition information on the Web for cancer prevention. *Inform Health Soc Care* 2013; 38(1): 15–26.
- ³ Reavley NJ, Jorm AF. The quality of mental disorder information websites: a review. *Patient Educ Couns* 2011; 85(2): e 16–25.
- ⁴ Borutta B, Seidel G, Dreier M, Kramer S, Kreusel I, Helmstädter J, et al. Systematische Bewertung von Gesundheitsinformationen aus Experten- und Nutzerperspektive. Erste Ergebnisse am Beispiel Darmkrebsfrüherkennung. In: Gesundheitsziele.de (Hrsg.). Gesundheitsinformationen in Deutschland – Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.; 2011. p. 37–48.
- ⁵ World Health Organization, Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts; 2013 [cited 2013 Aug 19].
- ⁶ Sorensen K, Van den Broucke, Stephan, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
- ⁷ Grotlischen A, Riekmann W. leo. – Level-One Studie: Literalität von Erwachsenen auf den unteren Kompetenzniveaus; [Presseheft]; 2011. Available from: blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2011/02/leo-Level-One-Studie-Presseheft1.pdf. [13.08.2013]
- ⁸ Statistik Schweiz. Lesen und Rechnen im Alltag. Grundkompetenzen von Erwachsenen in der Schweiz; 2006. Available from: www.adult-lliteracy.admin.ch/bfs/all/de/index/hidden_folder/publications.html?publicationID=2261. [10.08.2013]
- ⁹ Gnahs D. Ein PISA für Erwachsene? «DIE FAKTEN» des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung; 2007. Available from: www.die-bonn.de/doks/gnahs0701.pdf. [10.06.2013].

Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover

Professorin Marie-Luise Dierks leitet die Patientenuniversität der MHH. Die Patientenuniversität dient dazu, mit strukturierten Bildungsangeboten das universitäre Wissen und aktuelle Forschungsergebnisse nicht nur Expertenkreisen, sondern der gesamten Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. Sie will Wissen der Medizin vermitteln, über körperliche und seelische Abläufe im menschlichen Körper aufklären und Erkrankte und ihre Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung unterstützen, aber auch Kenntnisse über Strukturen des Gesundheitswesens und methodische Grundlagen verständlich machen.



Jubiläumsschrift

Brennpunkt Gesundheitssystem

Zehn Jahre Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenachafren



Schriftenreihe der SGGP | Band 120
Bestellung via info@sggp.ch