

(sich) informieren, kommunizieren, entscheiden und handeln

Gesundheitskompetenz zwischen Gesundheitsversorgung,
Public Health und Politik

Die Anforderungen an die Menschen, zwischen gesunden oder ungesunden Nahrungsmitteln zu entscheiden, sich im Gesundheitswesen selbständig zu orientieren, Leistungen zu wählen oder etwa über Therapien oder die Unterbrechung von Therapien zu entscheiden, haben stark zugenommen. Gesundheitskompetenz besteht darin, gesunde Entscheidungen zu treffen. Gesunde Entscheidungen setzen Information und Verstehen voraus.

von **Therese Stutz Steiger**
Public-Health-Expertin;

Mitarbeit: Doris Summermatter Kaufmann,
Public-Health-Expertin

Die Artikel von Erika Ziltner (Soziale Medizin 3.08) und Angie Hagmann (Soziale Medizin 1.09) haben die Frage der Gesundheitskompetenz vorwiegend aus dem Blickwinkel der Gesundheitsversorgung reflektiert. Der folgende Beitrag soll nebst dem medizinischen auch den gesamtgesellschaftlichen Kontext beleuchten. Dass soziale, ökonomische und Umweltfaktoren den Lebensstil, Erkrankungsrisiken und Lebenserwartung negativ beeinflussen können, ist im Bewusstsein von Gesellschaft und Politik zu wenig verankert. Selbst die Akteure der Gesundheitsversorgung beziehen Gesundheitskompetenz im breiteren Sinne ungenügend ein und fokussieren primär auf Gesundheitskompetenz im medizinischen Bereich. Gesundheit ist eine persönliche und gleichzeitig eine höchst politische Angelegenheit. Das Gesundheitssystem ist komplexer geworden; auf Grund der demographischen Entwicklung und der begrenzten Mittel wird von Bürgerinnen und Bürgern zunehmend Mit- und Eigenverantwortung gefordert. Dies lässt an ähnliche Forderungen im Zusammenhang mit Empowerment erinnern. Neu an der Gesundheitskompetenz ist, dass sie im engeren und weiteren Gesundheitsbereich ermöglicht, diese Verantwortung sowohl auf Angebotsseite als auch auf Nutzerseite zu entwickeln.

Gesundheitskompetenz – Begriffsbestimmung:

Aus der Sicht von Public Health

Gesundheitskompetenz wird als umfassendes Konzept verstanden, das es dem Individuum erlaubt, sich mit Hilfe seines sozialen Umfeldes im und ausserhalb des Gesundheitssystems gesundheitsbewusst zu verhalten bzw. die gesellschaftliche und politische Umwelt so zu beeinflussen, dass gesundheitsbewusstes Verhalten möglich ist. Im Krankheitsfall ist sowohl den an Diagnose, Heilung und Gesundheitsförderung beteiligten Professionellen als auch den PatientInnen bewusst zu machen, dass der autonome und selbstbestimmte Mensch, der Mitverantwortung für seine Gesundheit wahrnehmen will, im Zentrum steht.

Die Definition der Gesundheitskompetenz bietet ähnliche Herausforderungen wie die Definition der Gesundheit selber. Es kommt darauf an, aus welchem Blickwinkel wir diese Kompetenz reflektieren. Wird von der Ottawa Charta (1) oder den sozialen Determinanten ausgegangen, stehen salutogene Konzepte wie Lebensqualität und Le-



benskompetenz im Vordergrund, in der Gesundheitsversorgung eher das Risiko- und Krankheitsmanagement und damit die Orientierung an den Defiziten.

Kickbusch und Maag (2006) haben Gesundheitskompetenz definiert als die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Diese Definition umfasst fünf wichtige Bereiche:

a) *Persönliche Gesundheit: Individuelle Gestaltung der Gesundheit. Wissen und*

Anwendung von entsprechendem Verhalten auch bei der Betreuung der Familie;

b) *Systemorientierung: Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gegenüber den Gesundheitsberufen als kompetent/r Partner/in aufzutreten;*

c) *Konsumverhalten: Die Fähigkeit, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen;*

d) *Arbeitswelt: Unfälle und Berufskrankheiten vermeiden, Einsatz für die*

Sicherheit und für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen sowie eine angemessene Balance zwischen Beruf und Privatleben;

e) *Gesundheitspolitik: Informiertes gesundheitspolitisches Handeln (Eintreten für Gesundheitsrechte, Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen, Mitgliedschaften in Patienten- und Gesundheitsorganisationen).*

Quelle: Kickbusch (2006)

Diese Begriffsbestimmung meint eine Lebenskompetenz, welche die zahlreichen Entscheide im Umgang mit Gesundheitspotenzialen und –defiziten unter dem Aspekt der Gesundheit im Blick hat. Wie eingangs angedeutet, ist das Konzept von Gesundheitskompetenz vielschichtig und variiert je nach Perspektive. Für die Arbeit im Bereich Gesundheitskompetenz, sei es Forschung, Evaluation oder Intervention, ist jedoch zumindest eine Arbeitsdefinition vonnöten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beispielsweise hat sich für die oben genannte Definition von Kickbusch et al. (2005) entschieden, da sie vor allem umsetzungsorientiert ist, während andere Definitionen für den Forschungsbereich oder für einen einzelnen Sektor wichtig sind. Allerdings muss man je nach Art einer Studie oder eines Umsetzungsprojektes den Begriff meist einschränken und damit auf bestimmte Aspekte der Gesundheitskompetenz fokussieren. Ende August fand in Zürich die Jahreskonferenz von Public Health Schweiz zu diesem Thema statt. Sie stellte die Bereiche Bildung, Arbeit und Wirtschaft sowie die Gesundheitsversorgung ins Zentrum.

Beleuchtet wurden aus dieser Perspektive die Chancen, die sich in den entsprechenden Bereichen aus dem Konzept der Gesundheitskompetenz für die Verbesserung von Rahmenbedingungen ergeben. In der Schlussrunde wurde ein Modell für die Situierung von Health Literacy gezeigt. Darauf ist sehr gut ersichtlich, wie Salutogenese und Pathogenese, wie Ressourcen- bzw. Risiko-

orientierung und die Gesundheitsdeterminanten miteinander verknüpft sind. Gesundheitskompetenz muss nicht nur in der Bevölkerung gefördert werden, auch Leistungserbringer, Krankenversicherungen, Bildungswesen, Arbeitgeber und Wirtschaft müssen darauf sensibilisiert werden, damit sie die nötigen Rahmenbedingungen schaffen und selber bereit sind für den herausfordernden Umgang in Augenhöhe mit Menschen zur Heranbildung einer gemeinsamen Gesundheitskompetenz. In multisektoralen Projekten sind die wichtigen Partner systematisch zu identifizieren und in deren Prozessgestaltung mit einzubeziehen. Gesundheitskompetenz befähigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie ist eine Voraussetzung für die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu gewichten, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Die gute Gesundheit und die hohe Lebenserwartung werden bekanntlich nicht ausschlaggebend durch die medizinischen Leistungen bestimmt. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung in den Industrieländern stärker durch sozio-ökonomische Faktoren und durch den Lebensstil bestimmt wird als durch die erbrachten medizinischen Leistungen (OECD, 2006) (2).

Gesundheitsbewusstsein und damit Gesundheitskompetenz müssen im Alltag und auf gesellschaftlicher Ebene gefördert werden. Es genügt allerdings nicht, nur auf Verhaltensänderungen zu setzen, soll die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig beeinflusst werden. Die Verhältnisse müssen ebenso stark gewichtet werden. Wird wie so oft Gesundheitskompetenz einseitig als Frage des Verhaltens thematisiert, wird ausser acht gelassen, dass sie auch Wissen und Einstellungen im Hinblick auf gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen, wie z.B. die Lebens- oder Arbeitswelt, umfasst. Förderung und Erhaltung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz bedingen ein Verständnis für die sozialen Determinanten.

Folgende Faktoren stehen im Blickfeld (Meyer 09):



Mehrere Studien weisen darauf hin, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung in den Industrieländern stärker durch sozio-ökonomische Faktoren und durch den Lebensstil bestimmt wird als durch die erbrachten medizinischen Leistungen

- Einkommen und sozialer Status
- soziale Unterstützung und soziale Netze
- Bildung und Ausbildung
- Teilnahme am Arbeitsmarkt
- Arbeit und Arbeitsbedingungen
- soziale und physische Lebenswelt
- persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien
- gesunde frühkindliche Entwicklung
- Geschlecht und kulturelles Umfeld.

Die Erforschung dieser Faktoren könnte als Wegweiser zur Verbesserung von Entscheidungsprozessen und damit der Gesundheit der Bevölkerung dienen.

Aus der Sicht der Gesundheitsversorgung

Im medizinischen Bereich wird auch von Patientenkompetenz gesprochen. Zu beachten ist, dass es im Gesundheitswesen viele NutzerInnen gibt, die die Rolle des Patienten nur passager oder kaum einnehmen. Die Zunahme an chronischen Krankheiten jedoch verlangt einiges von den Betroffenen ab; es geht um ein eigentliches Selbstmanagement verbunden mit der Anwendung von schwierigen medizinischen Applikationen, bei denen das Gesundheitspersonal den PatientInnen nicht immer zur Seite stehen kann.

Das Wort Gesundheitskompetenz hat seinen Ursprung im englischen Begriff Health Literacy, der zu Beginn dieses Jahrtausends an Bedeutung gewann.

«The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health informa-

tion and services needed to make appropriate health decisions» (3) (Nielsen-Bohlmann et al., 2004, 32).

Wie im Folgenden dargelegt, erscheint auch diese Definition, primär entstanden aus der Sicht der Medizin, als zu eng. Ärzteschaft und Angehörige anderer Gesundheitsberufe erkannten, dass PatientInnen mit Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben spezielle Instruktionen und besondere Betreuung benötigten, um in gleichem Masse von einer Therapie profitieren zu können wie besser Gebildete.

Mangelnde Gesundheitskompetenz als Einschränkung

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und damit sinnvolle Entscheidungen über die eigene Gesundheit und die medizinische Betreuung zu fällen. Gesundheitsinformationen können sogar Personen mit höherer Bildung überfordern. In den USA weist etwa ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung ungenügende Gesundheitskompetenzen auf. Ungenügende Gesundheitskompetenz kann folgende Fähigkeiten einschränken:

- Ausfüllen von komplexen Formularen, Auffinden von Leistungserbringern und medizinischen Dienstleistungen
- Auskünfte geben über den Verlauf der eigenen Krankengeschichte, persönliche Hygiene und Pflege
- Selbst-Management einer chronischen Krankheit, Verstehen, wie Medikamente einzunehmen sind.

Quelle: U.S. National Library of Medicine and the National Institute of Health (2009) unter: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/healthliteracy.html>

Das beinhaltet, dass Menschen sich im Gesundheitssystem allgemein zurechtfinden können müssen und dass sie im Krankheitsfall verantwortungsvoll mit diesem umgehen. Es heisst auch, dass sie gegenüber den Professionellen im Gesundheitswesen wenn möglich die Rolle als Partner einnehmen und entsprechend Mitsprache und Mitentscheidung einfordern. Um z.B. eine möglichst hohe Therapietreue zu erzielen, sind Kommunikationsfähigkeit und Selbsteinschätzung sowohl von Seiten der Ärztin als auch von Seiten des Patienten gefragt. Der Umgang mit der ärztlichen Therapie – nicht nur in Bezug auf Medikamente – ist ein beachtlicher Kostenfaktor in der Gesundheitsversorgung (WHO 2003, Stutz Steiger et al. 2008). Der Mensch im Gesundheitssystem von heute wird von verschiedenen Seiten gefordert. Insbesondere wird von ihm mehr eigenverantwortliches Handeln verlangt. Dies ist insofern positiv zu werten, als er in einem Gesundheitsmarkt neue Wahlmöglichkeiten vorfindet und damit auch als Konsument agieren kann, der das Angebot mitbestimmt (Olmsted Teisberg, 2008). Es bieten sich ihm heute mehr Optionen und Anreize für ein gesundheitsförderndes Verhalten. Damit steht der Mensch heute aber vor der Herausforderung, vermehrt Entscheidungen in Bezug auf seine Gesundheit zu treffen. Zum einen hat das auch damit zu tun, dass das Gesundheitssystem nicht (mehr) alles bezahlt, aber auch, dass es bzw. die Gesellschaft von ihm vermehrt gesundheitsförderndes Verhalten verlangt.

Aus übergeordneter Sicht

Wie oben dargelegt, ist Letzteres nicht allen Menschen möglich. Bildung und sozioökonomischer Status sind beispielsweise Faktoren, die mit bestimmten Ressourcen und Verhaltensweisen in Bezug auf Gesundheit korrelieren. Vor dem Hintergrund des wachsenden Druckes zu mehr Mit- und Eigenverantwortung kann sich der Graben zwischen *Gesunden* und *Nichtgesunden* weiter vergrössern. Die Gesellschaft steht vor der Herausforderung, solche Unter-



schiede aufzufangen. Welche Fähigkeiten oder Kompetenzen sind nötig, um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden und im heutigen Gesundheitswesen zu bestehen? Welche Lebensumstände oder Rahmenbedingungen sind nötig, damit ein gesunder Lebensstil erreicht wird? Welche Rolle spielen dabei die einzelnen Akteure? Interessant macht solche Reflexionen, dass sowohl Individuen als auch Institutionen – z.T. freiwillig, z.T. unfreiwillig – verschiedene Rollen gleichzeitig oder im Wechsel einnehmen, und dies mit unterschiedlichem Kompetenzniveau. Neben einer professionellen Rolle hat man auch diejenige als BürgerIn, KonsumentIn oder möglicherweise PatientIn (Rödiger, Stutz 2009)

Auch das Selbstverständnis der PatientInnen hat sich verändert. In den 60er-Jahren des vorigen Jahrhunderts liessen sie sich noch mehrheitlich bevormunden und wurden über ihre Diagnose – vor allem bei bösartigen Krankheiten – häufig im Ungewissen gelassen. In den 70er-Jahren setzte eine Entwicklung ein, die über den informierten zum mündigen, autonomen und kompetenten Patienten führt (Nagel).

Nutbeam hat zwischen drei Stufen der Gesundheitskompetenz unterschieden: *funktional* – damit sind die Grundkompetenzen wie Lesen gemeint –, *kritisch* – damit ist das Interpretieren und Hinterfragen angesprochen – sowie *interaktiv* – hier ist die Fähigkeit, sich mit Fachleuten auseinanderzusetzen, gemeint (Nutbeam 2000). 2008 hat er auch auf die unterschiedlichen Gesundheitskompetenzbereiche hingewiesen, die durch die Einnahme der beiden Blickwinkel entstehen: Sicht des Gesundheitswesens, Sicht von Public Health.

Aus der *Sicht des Gesundheitswesens* wird Gesundheitskompetenz mit dem Begriff «Risiko» (*risk*) verknüpft; gemeint ist, dass sich mangelnde Gesundheitskompetenz in schlechteren Behandlungsergebnissen und höheren Kosten niederschlägt. Eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz zielt auf bessere klinische Resultate auf individueller Ebene, und dies durch mehr Effizienz und Prozessoptimierungen innerhalb der Gesundheitsversorgung.

Aus der *Sicht von Public Health* hingegen wird der Begriff mit «Potenzial» (*asset*) in Verbindung gebracht. Ge-

sundheitskompetenz hat in dieser Perspektive eine Bedeutung für die öffentliche Gesundheit (Nutbeam, 2008; Pleasant et al., 2008). Gesundheitskompetenz soll nicht nur Lesen und Schreiben, Verstehen und Gewichten, kritisch Diskutieren und Handeln in Bezug auf die eigene Gesundheit respektive Krankheit beinhalten, sondern bedeutet eine Lebenskompetenz in Bezug auf Gesundheit. Diese Kompetenz umfasst unter anderem Fähigkeiten wie sich in der Gesellschaft zu orientieren, am Gesellschaftsleben zu partizipieren sowie Kontrolle über sein Leben zu haben. Das Ergebnis ist dabei nicht nur eine bessere eigene Gesundheit, sondern auch ein gesellschaftlicher Mehrwert, der sich in höherer Produktivität, besserer allgemeiner Gesundheit und besseren Rahmenbedingungen für Entstehung, Erhalt und Förderung von Gesundheit ausdrückt. Diese Sicht auf Gesundheitskompetenz entspricht derjenigen von Public Health und Gesundheitsförderung. Es geht um einen gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsgewinn.

Vor kurzem wurde in einem australischen Artikel (Peerson et al. 2009), darauf hingewiesen dass man zwischen der Health Literacy (die sich auf den Alltag bezieht) und der „Medical Literacy“ (die sich auf die Gesundheitsversorgung bezieht) unterscheiden sollte. Auch sollte der fehlende Konsens rund um den Begriff unbedingt überwunden und die ungenügenden Messinstrumente bestimmt und aufgebaut werden.

Informationsaufnahme und -verarbeitung; Kommunikation

Vor dem Hintergrund der verschiedenen Konzepte zeichnen sich Themenkreise ab, die in Bezug auf Gesundheitskompetenz eine besondere Rolle spielen: Gesundheitskompetenz hat sehr viel mit Informationen und mit Entscheidungen zu tun, die jede/r für sich treffen muss. Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen bringen verschiedene Kompetenzen und Defizite mit, die es zu berücksichtigen gilt. Die neue Publikation des SRK geht im Detail auf diesen Punkt ein (SRK 2009).

Wie aus der Definition von Kickbusch hervorgeht, besteht Gesundheitskompetenz darin, *gesunde Entscheide*

zu treffen. Gesunde Entscheide setzen Information und Verstehen voraus. Sich für Früchte und Gemüse zu entscheiden, bedingt, dass man um den gesundheitlichen Wert dieser Nahrungsmittel weiss und diese erschwinglich sind. Umgekehrt wird vorausgesetzt, gesundheitliche Risiken von zu viel Fett oder mangelnder Bewegung zu kennen. Allerdings genügt Wissen allein nicht, wie gerade Studien zum Risikoverhalten zeigen (Moore et al., 2008). Obwohl Herzinfarkte oder Schlaganfälle zu den häufigsten Todesursachen in den USA gehören, führen vier von fünf Amerika-

lichkeiten der Information und Kommunikation kann leider nicht im Detail eingegangen werden. Die Strategie eHealth Schweiz (5), die 2007 vom Bundesrat angenommen wurde und zu einem komplexen Umsetzungsprojekt von Bund und Kantonen führte, setzt die Gesundheitskompetenz der Menschen ins Zentrum.

Ein Bereich der in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern eher unterbewertet und in seinem Potenzial unterschätzt wird ist die Selbsthilfe. Durch gezielte Stärkung und Aufwertung dieses Bereichs könnte die Wir-



Entscheidend für die Risikoeinschätzung ist daher nicht das tatsächliche Risiko, sondern die Häufigkeit, mit der ein Risiko in den Medien erscheint.

nerInnen einen Lebensstil, der dieses Risiko erhöht. Weit weniger häufig auftretende Risiken, wie etwa ein Atomkraftwerkunfall oder von einem Blitz erschlagen zu werden, werden dagegen meist als viel höher eingestuft.

Diese Fehleinschätzung liegt nicht nur am Unvermögen des Einzelnen, sondern hat auch mit anderen Faktoren zu tun. So haben Teilnehmende einer Studie diejenigen Infektionskrankheiten als gefährlicher eingestuft, die häufiger in den Medien vorkamen (Young et al., 2003). Entscheidend für die Risikoeinschätzung ist daher nicht das tatsächliche Risiko, sondern die Häufigkeit, mit der ein Risiko in den Medien erscheint. Dieselbe Studie zeigt, dass dies nicht nur für Laien, sondern auch für MedizinstudentInnen gilt. Die Medien spielen also eine wichtige Rolle: einerseits als eine der wichtigsten Informationsquellen für Gesundheit, andererseits in der Wertung und Gewichtung. Ein aktives Agenda-Setting im Gesundheitsbereich von Seiten der Professionellen wäre wünschenswert.

Wang und Schmid haben festgestellt, dass drei der fünf am häufigsten genannten Informationsquellen für Gesundheit Medien sind (Wang und Schmid, 2007) (4). Auf die neuen Mög-

kungsbreite und -tiefe solcher Gruppen erhöhte werden. Insbesondere ist der Dialog zwischen dem Selbsthilfebereich und den Professionellen zu stärken und Infrastrukturen für diesen Bereich bereitzustellen und zu fördern.

Gesundheitskompetenz – Bedeutung von Entscheidungen

Die heutige Wissens- und Informationsgesellschaft und unser liberales Gesundheitssystem fordern von der Bevölkerung immer mehr gesundheitsrelevante Kompetenzen. Gemäss der jüngsten breit angelegten Studie (Wang, Schmid, 2007) wollen PatientInnen mehr Mitsprache. Auch die Leistungserbringer übertragen dem Patienten mehr Eigen- oder Mitverantwortung.

Dies macht nochmals deutlich, wie stark der heutige Mensch in der Gesundheitsversorgung und im Alltag gefordert ist, Entscheidungen zu treffen. Dienstleistungen, Behandlungsmöglichkeiten und Produkte, die mit Gesundheit zu tun haben, sind in den letzten 15 Jahren immer zahlreicher geworden. Die Anforderungen an die Menschen, zwischen gesunden oder ungesunden Nahrungsmitteln zu entscheiden, sich im Gesund-

heitswesen selbständig zu orientieren, Leistungen zu wählen oder etwa über Therapien oder die Unterbrechung von Therapien zu entscheiden, haben stark zugenommen.

Herausfordernd ist in diesem Zusammenhang auch der ganze Bereich der Früherkennungs-Programme (Fontana 2008), der sich zunehmend auch in der Schweiz etabliert. Sowohl Fachleute als auch NutzniesserInnen diskutieren Vor- und Nachteile solcher Screeningprogramme sehr kontrovers. Eine der wichtigsten Aufgaben von Gesundheitsfachleuten müsste sein, durch transparente und vollständige Information über die Sachlage es der Klientin zu ermöglichen, unter Abwägung aller Fakten eine für sie richtige Entscheidung zu treffen. Auch Fachleuten fehlt in diesem Bereich zum Teil der nötige Hintergrund, um zu beraten und im Dialog mit dem Klienten/der Klientin eine Entscheidung für oder gegen eine Partizipation zu ermöglichen.

Hier ein paar Beispiele anhand der Gesundheitskompetenzbereiche nach Kickbusch und Maag (2008):

persönliche Gesundheit: Erhaltung der eigenen Gesundheit (Gesundheitsförderung, Prävention) und Heilung von Krankheit, z. B. durch Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Lebensrhythmus, Sorge-Tragen für soziale Eingebundenheit und Unterstützung, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen (für sich oder Kinder), Therapieentscheide und Therapietreue

Systemorientierung: sich im Gesundheitswesen zurecht finden, Wahl der Informations- oder Beratungsstelle, der Ärztin, des Krankenhauses oder anderer Leistungserbringer, Wahl der Versicherung, der Versicherungsleistungen oder des Versicherungsmodells, Wahl der Franchise, Versicherungsansprüche kennen, Vorsorgeuntersuchungen kennen, Entscheidungshilfen kennen und nutzen

Konsumverhalten: Wahl der Nahrungsmittel, Verkehrsmittel, Informationskanäle, Freizeitgestaltung und anderer gesundheitsrelevanter Angebote und Produkte

Arbeitswelt: Wahl der Arbeit, des Arbeitgebers, Sensibilität für Arbeitsplatzsicherheit und -gesundheit, Arbeitsbedingungen, *work-life balance*

Gesundheitspolitik: Stellungnahme zu gesundheitspolitischen Vorlagen, Mitgliedschaft in Patienten- oder Gesundheitsorganisationen.

Zusammengefasst kann man die Gesundheitskompetenz auch folgendermassen umschreiben: «*Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, so zu entscheiden und zu handeln, dass es für mich und meine Umwelt gesund ist*» (Abel, 2008).

Dieses Schlusswort von T. Abel an einem Expertentreffen weist auf die Wichtigkeit vom Entscheiden und Handeln hin.

Die Auswirkungen des vorhandenen Grades an Gesundheitskompetenz sind noch nicht endgültig untersucht. Die Hypothese, dass eine höhere Gesundheitskompetenz zu besserer Gesundheit führt, scheint einleuchtend. Dennoch gibt es Studien, die dieser Hypothese widersprechen. Barragán et al. (2005) zeigen beispielsweise, dass Menschen mit geringerer Gesundheitskompetenz eher den Empfehlungen des Arztes folgen, einen HIV-Test zu machen. Paasche-Orlow et al. (2006) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis bei der Therapietreue: Mangelnde Gesundheitskompetenz korreliert mit höherer Therapietreue und besserer Virus-Suppression. Die Hypothese ist damit aber noch nicht widerlegt. Wie die erste Studie zeigt, hatten Menschen mit geringerer Gesundheitskompetenz auch ein grösseres Wissen über HIV-Tests als diejenigen mit höherer Gesundheitskompetenz. Paasche-Orlow et al. (2006) machen geltend, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und *health outcomes* näher untersucht werden müsste. So könne es auch sein, dass sich Menschen mit höherer Gesundheitskompetenz selbständiger verhalten und eigenständig Anpassungen in der Medikation vornehmen, wenn es etwa zu Nebenwirkungen komme. Ergebnisse wie diese weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und individueller Gesundheit im Fall von Selfmanagement von chronischen Krankheiten komplexer ist als angenommen.

Eine ebenso wichtige Rolle spielt das Konzept von Gesundheitskompetenz, das diesen Studien zu Grunde liegt: Lesen-, Schreiben- und Rechnenkönnen

sind zwar wichtige Voraussetzungen, Menschen können jedoch durchaus auch ohne diese Fähigkeiten im Alltag funktionieren und Risiken einschätzen. Ebenso wenig geht höhere Gesundheitskompetenz mit der häufigeren Nutzung von Gesundheitsleistungen einher. Eine höhere Gesundheitskompetenz kann durchaus auch dazu führen, gewisse medizinische Massnahmen zu verweigern (Noll, 2005). Lohnt es sich etwa, eine Chemotherapie mit den damit verbundenen Nebenwirkungen auf sich zu nehmen, wenn sie die Überlebenschancen nur geringfügig erhöht? Darüber hinaus spielen Lebenseinstellungen und -situationen ebenso eine wichtige Rolle, wenn es um den Umgang mit Gesundheit und Risikoverhalten geht (Moore et al., 2008).

Schlussbemerkungen

Im Konzept der Gesundheitskompetenz steckt einiges an Nutzen versprechendem Veränderungspotential für die Förderung der Gesundheit, die Prävention von Krankheiten und die Forschung im Bereich Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene – und auch für das Gesundheitswesen. Folgende Fragestellungen sollen das verdeutlichen:

Wird Gesundheitskompetenz ein Schlüsselement für gesundheitliches Handeln im Alltag und in der Politik? (Sommerhalder, Abel)?

Welche Kompetenzen, aber auch welche Rahmenbedingungen sind erforderlich, damit sich der Bürger / die Bürgerin gerade auch an den Schnittstellen zwischen Medizin und Alltag, sowie zwischen klassischer und Komplementär-Medizin effizient bewegen kann?

Bietet die Förderung der Gesundheitskompetenz neue Chancen für ein „verbraucher-bestimmtes Gesundheitswesen“ und für Patienten und Gesundheitsfachleute?

Führt Gesundheitskompetenz durch die gewichtigere Rolle von PatientInnen und NutzniesserInnen generell zu einem kritischen Hinterfragen von Gesundheitsleistungen, deren Qualität und Preis?

Noch ist die erste Frage kaum ein Forschungsthema, während im klinischen im Bereich der Medizin doch et-



paula de ardiola / flickr

liche Fragen forschungsmässig bereits angegangen werden. In den angelsächsischen Ländern liegt ein beachtliches Wissen über Patienteneinbezug und Patientenförderung vor (user involvement and influence) (6).

Gerade Gesundheitskompetenz im Alltag wäre ein Thema, das sich nicht nur auf die höhere soziale Schichten, sondern auch auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen konzentrieren könnte. Es ist interessant zu beobachten, dass gewisse Projekte sich bereits auch mit kommunaler Gesundheitskompetenz befassen (dialog gesundheit 2009).

Gesundheitskompetenz ist eine Herausforderung für Individuen (Bürger), für Fachleute im Gesundheitsbereich und andere Akteure sowie für Institutionen im privaten und öffentlichen Bereich. Die Gesundheitskompetenz bietet die Voraussetzung zur Entwicklung eines Gesundheitsverständnisses, das beispielsweise zwischen Laien (Patienten) und Professionellen im Gesundheitswesen konkretisiert werden kann. Gesundheitskompetenz ist aber auch ein hoch politisches Thema (Kickbusch 2009), geht es doch um Beteiligung, Mitsprache, Mitbestimmung, Chancengleichheit, Zugangsgerechtigkeit, Autonomie, Machtansprüche, Machtteilung; und dies nicht nur in der engen Gesundheitsversorgung, sondern

generell im wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Umfeld. Damit wird deutlich, dass es auch um Fragen der gesellschaftlichen Werte in diesen Bereichen geht. Von daher muss die Diskussion auch mit Partnern ausserhalb des engen Gesundheitsbereichs geführt werden, denn gerade auch als Alltagskompetenzen anbelangt, sind die BürgerInnen in den Bereichen Gesundheit, Ökologie, Soziales und Wirtschaft gleichermaßen gefordert.

Gesundheitsbildung und Patientenbildung (7) sind weiterzuentwickeln unter Einsatz von traditionellen Methoden und all den heutigen und künftigen technologischen Instrumenten. Hilfreich wäre auch, gerade Schnittstellen wie Medizin und Alltag, klassische Medizin, Komplementärmedizin und weitere Angebote bis hin zum Wellnessbereich besser und integrativer zu bearbeiten.

Ein Anfang wurde mit der Bildung der Allianz Gesundheitskompetenz gemacht. Es bleibt zu hoffen, dass sie künftig mit breiterem Engagement vorangetrieben werden kann, damit sich Netzwerkpartner gegenseitig stimulieren können und „neue“ Forschungsfragen mit kritischem Geist, aber mit „Goodwill“ entgegennehmen. Fragestellungen im Public-Health Bereich müssen gefordert und gefördert werden. Insbesondere

re müssen im nationalen und internationalen Umfeld Messinstrumente entwickelt werden. Da kann die Schweiz mit ihrer Studie (ISMP ZH) entscheidend mitwirken.

Die oben erwähnten Fragen harren einer vertieften Klärung – es ist erstaunlich, dass die Kompetenz des Menschen als *Schlüsselfaktor* im Bereich Gesundheit so wenig Beachtung gefunden hat. Fortschritte und begleitende Forschung im Sinne von Public Health in den Bereichen Bildung und Ausbildung, Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung, kulturelles Umfeld und Förderung des persönlichen Gesundheitsverhaltens und der zugrunde liegenden Gesundheitsdeterminanten könnten Antworten liefern. Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien (Coping) im Gesundheitssystem sind zu wenig akute Fragen und sie haben offenbar zu wenig technische und wirtschaftliche Brisanz.

(1) Ottawa Charta: WHO 1986: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_?language=German

(2) Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition: <http://www.oecd.org/dataoecd/56/31/35630897.pdf>

(3) Das Ausmass, in dem Individuen fähig sind, grundlegende Gesundheitsinformationen und -angebote, die nötig sind, um angemessene Gesundheitsentscheidungen zu treffen, zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen .

(4) Es gehört zu den Gesetzmässigkeiten der Medien, dass sie eher über seltene oder aussergewöhnliche Ereignisse berichten. Kommt hinzu, dass Medien die Gewichtigkeit von Informationen potenzieren können und in der Folge nicht nur Ereignisse wiedergeben, sondern gar selbst Einfluss auf die Wirklichkeit nehmen – ganz im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung (Sturm und Rupprecht, 2007; Udriș et al., 2008).

(5) Strategie eHealth Schweiz: <http://www.bag.admin.ch/ehealth/index.html>

(6) Wilson and Mahala (2009): Key Concepts in Public Health.

<http://www.stiftung-careum.ch/de-ch/careum/projekte/patientenbildung.html> (Zugriff 15.10.09)

Literatur

Abel, Thomas (2008), Einführung anlässlich des Expertenforums *Ökonomische Bedeutung von Gesundheitskompetenz* am 12. Dezember 2008 in Bern (unveröffentlicht).
Barragán, Maribel; Giselle Hicks, Mark V Williams, Carlos Franco-Paredes, Wayne Duffus, Carlos del Rio (2005), Low Health

Prävention und Gesundheitsförderung stärken – gemeinsam mit der Migrationsbevölkerung

Schlechte sozioökonomische Bedingungen sind mit einem schlechten Gesundheitszustand und mit schädlichem Gesundheitsverhalten assoziiert. Die Regel-Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz sollten deshalb verstärkt auf benachteiligte Personen ausgerichtet werden. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei jenen Gruppen der Migrationsbevölkerung gelten, die zusätzlich mit sprachlichen und soziokulturellen Barrieren oder mit Diskriminierungen und mangelnder Öffnung der Regelversorgung zu kämpfen haben. Das Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ widmet sich diesem Anliegen.

Die Träger-Organisationen des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ (siehe Kasten) möchten dazu beitragen, die Voraussetzungen für die Arbeit zugunsten der Schweizer Migrationsbevölkerung zu verbessern. Zu diesem Zweck ist der Stand des Wissens zur transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung in einem Synthesebericht gesammelt worden. Der Synthesebericht basiert auf einer Literaturanalyse und auf Umfragen bei Fachleuten und RepräsentantInnen der Migrationsbevölkerung. Die Erkenntnisse aus dem Bericht werden nun zusammen mit Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit in die Praxis getragen. Sie führen unter anderem Gespräche mit EntscheidungsträgerInnen von Organisationen und veranstalten Workshops für Projekt- und

Angebotsverantwortliche, zum Beispiel für die Fachleute der Tabak- und Alkoholprävention.

In diesem Beitrag stellen die ProjektleiterInnen die wichtigsten Schlussfolgerungen aus dem Synthesebericht vor (der Synthesebericht und weitere Dokumente des Projekts stehen unter www.transpraev.ch zum freien Download zur Verfügung). Die zentrale Erkenntnis aus dem Synthesebericht: Die Prävention und Gesundheitsförderung muss sich transkulturell öffnen.

Die Träger-Organisationen

Mit dem Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ sollen Entscheidungsträger für die migrationsgerechte Arbeit sensibilisiert und Fachpersonen zur transkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention motiviert und befähigt werden. Am Projekt arbeitet eine breite Allianz von Organisationen:

Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention; Caritas Schweiz; Krebsliga Schweiz; Public Health Services; RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention; Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme; Schweizerisches Rotes Kreuz

Das Bundesamt für Gesundheit unterstützt die Ziele des Projekts. Ein Beirat aus Fachpersonen der transkulturellen Arbeit – mehrheitlich aus der Migrationsbevölkerung – und ein wissenschaftlicher Beirat begleiten das Projekt inhaltlich. Die Finanzen stammen vom Tabakpräventionsfonds, dem Alkoholzehntel, Gesundheitsförderung Schweiz und von den beteiligten Organisationen.

- Literacy Is Associated with HIV Test Acceptance, *J Gen Intern Med*, 20: 422–425.
- DeWalt, Darren A.; Nancy D. Berkman, Stacey Sheridan, Kathleen N. Lohr, Michael P. Pignone (2004), Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature, *J Gen Intern Med*, 19: 1228–1239.
- Deppeler Michael: Dialog Gesundheit; News - Public Health 2009.
- Fontana, Marina; Alexander Bischoff (2008), Uptake of breast cancer screening measures among immigrant and Swiss women in Switzerland, *Swiss Medical Weekly*, 138 (49–50): 752–758.
- Kickbusch, Ilona (2006), *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, Ilona (2009), Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten, in: Katharina Meyer, Hrsg., *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Bern: Verlag Hans Huber, 19–33.
- Kickbusch, Ilona (2009), Health Literacy: engaging in a political debate
- Meyer, Katharina (Hrsg.) (2009), *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Moore, R. Andrew; Sheena Derry, Henry J. McQuay, John Paling (2008), What do we know about communicating risk? A brief review and suggestion of contextualising serious, but rare, risk, and the example of cox-2 selective and non-selective NSAIDs, *Arthritis Research & Therapy*, 10: R20.
- Nagel, Gerd (2008), Ärztliche Therapiefreiheit in der Onkologie – quo vadis? Die Sicht kompetenter Patienten; Lilly-Symposium, 25.1.2008, Berlin, unter: <http://mlecture.uni-bremen.de/extern/lilly/lilly-onkologie-berlin-01-2008/slides/nagel-lilly-onkologie-berlin-01-2008.pdf> (Zugriff: 21.2.2009)
- Nielsen-Bohman, Lynn; Allison M. Panzer, David A. Kindig, Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine (eds.) (2004), *Health literacy: a prescription to end confusion*, Washington DC: The National Academies Press.
- Noll, Peter (2005), *Diktate über Sterben und Tod*, Starnberg: Pendo.
- Nutbeam, Don (2000), Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15(3): 259–267.
- Nutbeam, Don (2008), The evolving concept of health literacy, *Social Science & Medicine*, 67: 2072–2078.
- Olmsted Teisberg, Elizabeth (2008), Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health Care; *economiesuisse*, Klinik Hirslanden AG, Interpharma, Swiss Insurance Association SIA, Swisscom IT Services AG (Hrsg.), Basel, Bern, Zürich.
- Peerson Anita and Saunders Margo (2009): Health Literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24 (3): 285–296.
- Rödiger, Alexander und Stutz Steiger, Therese (2009): Gesundheitskompetenz: Hintergrund, Begriffsbestimmung und Auswirkungen. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz. Zwischen Anspruch und Umsetzung. Reihe Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis*. Zürich: Seismo Verlag.
- Spycher, Stefan (2006), *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*, Bern, unter: www.bag.admin.ch (Zugriff: 4.1.2009)
- Sturm, Jan-Egbert; Sarah Rupprecht (2007), Die zunehmende Macht der Medien. Wie Nachrichten unsere Wirtschaft beeinflussen können, *NZZ* vom 30.6/1.7.2007.
- Stutz Steiger, Therese; Jürg Gasser, Edith Graf-Litscher, Tania Weng und Alexander Rödiger (2009), *Therapie treue, Gesundheitskompetenz und E-Health: Bausteine für das Gesundheitswesen der Zukunft*, *Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ)*, 19: 773–775.
- U.S. National Library of Medicine and the National Institute of Health, Medline Plus, unter: www.nlm.nih.gov/medlineplus/healthliteracy.html (Zugriff 12.4.2009)
- Wang, Jen; Margrit Schmid (2007), Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz, Zürich, unter: www.ispmz.ch (Zugriff: 2.1.2009)
- Wild, Stefan; Alexander Rödiger (2008), Von der veränderten Rolle des Patienten – Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor, in: Willy Oggier; Andreas Walter; Serge Reichlin, Michael Egli (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswesen Schweiz*, Sursse: Trend Care AG.
- World Health Organization (WHO) (1998), *Health Promotion Glossary*; WHO/HPR/HEP/98.1; S. 19, siehe auch http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf