Unter Schirmherrschaft der European Health Information Initiative (EHII) der WHO-Europa

Netzwerk zur Messung von Gesundheitskompetenz

Nach der in Europa verbreitetsten Definition, die von einem Wissenschaftskonsortium im Rahmen der Vorbereitung der ersten europäischen Gesundheitskompetenz-Erhebung erarbeitet wurde, bedeutet Gesundheitskompetenz (GK), dass „Menschen über das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten verfügen, Informationen in Bezug auf Krankenbehandlung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung aufzufinden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Lebensverlauf Entscheidungen und Handlungen zur Verbesserung bzw. zum Erhalt der eigenen Gesundheit treffen bzw. setzen zu können" (Sørensen et al. 2012).

>> Der Zusammenhang zwischen GK und Gesundheit gilt als zunehmend belegt: Gesundheitskompetentere Menschen treffen gesundheitsförderlichere Alltagsentscheidungen, z.B. bewegen sie sich mehr (Pelikan/Ganahl 2017). Sie nehmen mehr präventive Leistungen in Anspruch und benötigen weniger Akutbehandlungen. Als Patientinnen und Patienten können sie ihre Situation besser kommunizieren und umgekehrt auch medizinische, therapeutische und pflegerische Empfehlungen besser verstehen (Brach et al. 2011). Daher sind sie besser in der Lage, durch Selbstmanagement einen Beitrag zu ihrer Behandlung zu leisten und haben auch bessere klinische Ergebnisse (Berkman et al. 2011). Gesundheitsökonomen schätzen, dass 3-5% der Behandlungskosten auf ungenügende GK (die z.B. auch mit einem höheren Komplikationsrisiko zusammenhängt) zurückzuführen sind (Eichler et al. 2009).

Dies alles weiß man, weil GK – in unterschiedlichen verfügbaren Operationalisierungen – tatsächlich messbar ist und dadurch mit anderen Messwerten in Beziehung gesetzt werden kann. Nicht zuletzt deshalb hat GK im akademischen, praktischen und politischen Diskurs in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen.

In den USA beschäftigt man sich mit GK bereits seit den 1970er Jahren (Simonds 1974) und entwickelte zunächst eine Reihe von Instrumenten, mit denen die GK von Patienten gemessen werden konnte, um die Kommunikation auf ihr Kompetenz-Niveau abstellen zu können (vgl. Davis et al. 1991; Parker et al. 1995; Weiss et al. 2005; Chew et al. 2004). Zusätzlich wurden aber auch in Bevölkerungsbefragungen Verbindungen zwischen Bildungs- und Gesundheitsfragen hergestellt (Jones 1995; Murray 2005).

Durch die verfügbaren Daten wurde auch die politische Ebene zunehmend auf das Thema aufmerksam. Die WHO hat GK erstmals 2009 im Rahmen der Globalen Gesundheitsförderungskonferenz in Nairobi prominent als eines von fünf Sub-Themen diskutiert. Im gleichen Jahr wurde GK im Rahmen einer Sitzung des Ökonomie- und Sozialrats der Vereinten Nationen (ECOSOC) als „important factor for ensuring significant health outcomes" (ECOSOC 2009) anerkannt und die Implementierung von Aktionsplänen zu deren Förderung eingefordert. Auch bei der neunten globalen Gesundheitsförderungskonferenz der WHO in Shanghai 2016 war GK prominent im Programm vertreten und nimmt einen zentralen Platz in der „Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development" (20) ein. Dort wird GK als wichtiger Beitrag zur Erreichung der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen gesehen (WHO 2016).

In letzter Zeit hat auch das Interesse an GK im Zusammenhang mit nicht übertragbaren Erkrankungen zugenommen: GK wird als eine zentrale Voraussetzung für die Prävention und effektive Behandlung dieser Erkrankungen verstanden, wie dies beispielsweise in der „Montevideo Roadmap 2018-2030 on NCDs as Sustainable Development Priority" festgehalten ist (WHO 2017).

Auch die OECD hat GK als Thema aufgegriffen und im Dezember 2018 ein Fast Track Paper veröffentlicht, das einen Überblick darüber gibt, welche OECD-Mitgliedsstaaten GK bereits in unterschiedlichen Formen aufgreifen (Moreira 2018).

Da sowohl die Messung von GK als auch die Entwicklung funktionierender Ansätze zu ihrer Verbesserung vom internationalen Austausch profitieren können, wurden auch auf globaler Ebene Institutionen gegründet, die diese Zielsetzung verfolgen, wie z.B. die International Health Literacy Association (IHLA)[1] oder die Global Working Group Health Literacy der International Union of Health Promotion and Education (IUHPE) (Broeder et al. 2018).

Das 2018 gegründete Aktionsnetzwerk M-POHL zur Messung der GK von Bevölkerungen und der organisationalen GK unter Schirmherrschaft der European Health Information Initiative (EHII) der WHO-Europa stellt im Vergleich dazu eine gewisse Innovation dar. Denn M-POHL arbeitet gezielt darauf hin, Wissenschaft und Politik in einen Austausch zu bringen, sodass die Daten und Wissensgrundlagen, die erarbeitet werden, eine gute Chance haben, von der Politik als Grundlage für evidenzorientierte Entscheidungen und Maßnahmen auch aufgegriffen zu werden.

Das M-POHL-Aktionsnetzwerk: Entwicklung, Ziele und Strukturen, aktuelle Aktivitäten

In Europa wurde GK im Vergleich zu den USA erst relativ spät, Anfang der 2000er Jahre, aufgegriffen. Ausgangspunkt dafür war eine erste nationale Erhebung der Bevölkerungsgesundheit in der Schweiz (Wang et al. 2014). Diese bereitete den Boden auf für die erste von der Europäischen Kommission geförderte europäisch-vergleichende Studie der GK – die HLS-EU-Studie mit zunächst acht teilnehmenden Ländern (HLS-EU-Consortium 2012), die letzten Endes auch zur Basis für die Gründung von M-POHL wurde.

Exkurs: Die HLS-EU-Studie

Ein Vorteil der HLS-EU-Studie ist, dass sie das Konzept der GK theoretisch weiter entwickelte und dem sogenannten „relationalen Charakter" der GK Rechnung trägt. GK wird entsprechend als Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten mit den situativen Anforderungen an diese Fähigkeiten verstanden und gemessen. GK ist daher nicht nur eine Frage persönlichen Wissens und persönlicher Fähigkeiten, sondern hängt auch davon ab, welche Probleme Menschen mit ihren Fähigkeiten bewältigen müssen. Das heißt, der Zugang zu Gesundheitsinformationen, das Verständnis, die Bewertung und Anwendung derselben für eigene Entscheidungen und Handlungen hängt auch von der Verfügbarkeit und Qualität dieser Informationen ab, sodass auch die Bereitsteller von Gesundheitsinformationen einen Teil der Verantwortung für die GK der Nutzer dieser Informationen tragen. Folgt man Forschern wie Rudd & Anderson (2006) oder Parker (2009), müssen Gesundheitsdienstleister dafür Sorge tragen,

1: http://www.i-hla.org/

dass Gesundheitssysteme gut navigierbar sind, und dass Informationen zugänglich, verstehbar, bewertbar und anwendbar sind. Entsprechend sind die Fragen in HLS-EU alle nach einem bestimmten Schema formuliert: „Wie einfach oder wie schwierig ist es für Sie …".

Die Messbarkeit des Konzeptes der GK und die damit gegebene Vergleichsmöglichkeit mit anderen Ländern haben sicherlich mit dazu beigetragen, dass in Folge der HLS-EU-Studie immer mehr europäische Staaten ein Interesse am Thema entwickelten und mit Hilfe des HLS-EU Instruments eigene GK-Messungen auf Bevölkerungsebene durchführten. Zu diesen Staaten gehören Albanien (Toçi et al. 2014), Belgien (Vandenbosch et al. 2016), Dänemark, Deutschland (Schaeffer et al. 2017), Israel (Levin-Zamir et al. 2016), Italien (Palumbo et al. 2016), Malta (Office of the Commissioner for Mental Health 2014), Portugal (Espanha/Ávila 2016), Schweiz (Bieri et al. 2016), Tschechien (Kucera et al. 2016), und Ungarn (Koltai/Kun 2016).

Die Erhebungen zeigten zwar deutliche Unterschiede des Niveaus der GK der Bevölkerung in den einzelnen Staaten, aber auch gemeinsame Trends über die teilnehmenden Staaten hinweg auf. Zum Zeitpunkt der Messung waren in den acht beteiligten Ländern zwischen einem und zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung von mangelnder GK betroffen. Den Analysen zufolge scheint GK auch in einem klaren Zusammenhang zum sozio-ökonomischen Status, zur Bildung, zum Alter und zum Gesundheitsstatus zu stehen. Entsprechende Zusammenhänge bestätigten sich neben den europäischen Staaten auch für einige asiatische Länder (Duong et al. 2015; Duong et al. 2017; Nakayama et al. 2015), in denen der HLS-EU-Fragebogen eingesetzt wurde.

Besonders zu denken gibt, dass den Studienergebnissen zufolge vor allem auch chronisch kranke und ältere Menschen – in anderen Worten: Menschen, die besonders häufig Interventionen der Krankenbehandlung benötigen – eine unterdurchschnittliche GK aufweisen (vgl. z.B. Sørensen et al. 2015). Angehörige dieser vulnerablen Gruppen haben daher auch ein erhöhtes Risiko, vom Krankenversorgungssystem nur suboptimal zu profitieren. Dem relationalen Charakter der GK entsprechend kann – und soll – diese Diagnose durchaus dahingehend verstanden werden, dass Gesundheitssysteme ihre Verantwortung, notwendige gesundheitsbezogene Informationen in verständlicher, bewertbarer und handlungsorientierter Form einfach zugänglich zu machen, derzeit nicht ausreichend wahrnehmen.

Entwicklung von M-POHL

Die Verfügbarkeit von Daten hat inzwischen in einer ganzen Reihe von Ländern dazu geführt, dass GK von der politischen Ebene aufgegriffen wurde und dass diverse Initiativen zur Verbesserung der GK gestartet wurden, wie beispielsweise nationale Strategien, Aktionspläne, Gesundheitsziele, Allianzen oder Plattformen. Ein Bericht des Health Evidence Network der WHO-Europa vom September 2018 mit Fokus auf Regelungen (Policies) der GK identifizierte 46 derartige Ansätze auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene in insgesamt 19 Staaten der europäischen WHO-Region (das sind 36% der 53 Mitgliedsstaaten) (Rowlands et al. 2018).

Dies zeigt, wie wichtig Daten als Impuls für Veränderung sind. Um es mit einer Formulierung aus dem Qualitätsmanagement auszudrücken: Was nicht gemessen wird, kann auch nicht verbessert werden. Vor diesem Hintergrund stellte die WHO-Publikation „Health literacy – the solid facts" (Kickbusch et al. 2013) nicht nur die bis dahin bekannte Evidenz und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der GK zusammen, sondern forderte auch regelmäßige qualitativ hochwertige, international vergleichbare Messungen der GK ein.

Um diese Forderung auch umzusetzen, trat eine Gruppe von Forschern und Promotoren der GK im Jahr 2015 an die Gesundheitsminister von Deutschland, Österreich und der Schweiz heran und ersuchte um Unterstützung zur Erfüllung dieser Forderung auf internationaler Ebene.

Dies führte dazu, dass die Gesundheitsminister der fünf deutschsprachigen europäischen Staaten Deutschland, Liechtenstein, Luxemburg, Österreich und Schweiz (das sogenannte Gesundheitsquintett) in ihrem jährlichen Austauschtreffen 2016 beschlossen, die Initiative der Forscher zu unterstützen. Sie setzten zu diesem Zweck eine Arbeitsgruppe ein, die dem Quintett zur Verbreiterung der Initiative die Etablierung eines WHO-Aktionsnetzwerks vorschlug. Sondierungsgespräche führten schließlich dazu, dass die Gründung eines derartigen Netzwerks unter Schirmherrschaft der European Health Information Initiative (EHII) der WHO Europa vorbereitet werden konnte. Während der 67. Sitzung des WHO-Regionalkomitees für Europa in Budapest im September 2017 wurden die Delegierten der WHO-Mitgliedsstaaten über das Vorhaben der Netzwerkgründung informiert. In Folge wurde ein Hintergrundpapier („Concept Note") zu Zielen und Arbeitsweise des Netzwerks ausgearbeitet (M-POHL 2018a). Im Februar 2018 fand die Gründungssitzung von M-POHL in Wien mit Vertreterinnen und Vertretern aus 19 Staaten statt und das „Vienna Statement" (M-POHL 2018b) wurde verabschiedet. Währen der 68. Sitzung des WHO-Regionalkomitees in Rom im September 2018 war dem Netzwerk eine eigene Fachinformationssitzung gewidmet, die zu einer weiteren Stärkung des Themas in der WHO-Europa beitrug.

Ziele, Mitglieder und Struktur von M-POHL

M-POHL zielt darauf ab, durch Bereitstellung von qualitativ hochwertigen international vergleichbaren Daten Grundlagen für die evidenzbasierte Verbesserung der GK in Europa bereitzustellen. Die Datenbereitstellung soll dabei zwei Aspekte abdecken: Daten zur GK der Bevölkerung in der europäischen WHO-Region und Daten zur GK-Freundlichkeit von Gesundheitssystemen und -organisationen. Empfehlungen für Umsetzungsmaßnahmen auf Ebene von Politik und Verwaltung sollen basierend auf den Studienergebnissen entwickelt und verbreitet werden.

Eine Besonderheit von M-POHL ist die Verbindung von Wissenschaft mit Verwaltung bzw. Politik. Denn wissenschaftlich gesichertes Wissen benötigt in der Regel politische Entscheidungen, um auch gesellschaftlich wirksam zu werden. Die in M-POHL mitwirkenden Länder sind daher idealerweise mit einem Duo, das beide Bereiche repräsentiert, vertreten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Bereitstellung von Daten an den Bedarf von Politik und Verwaltung anknüpft und die von M-POHL entwickelten Empfehlungen auf möglichst breite Akzeptanz treffen.

Bisher haben sich die folgenden Länder in M-POHL involviert: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Irland, Israel, Italien, Kasachstan, Luxemburg, Moldawien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Polen, Russische Förderation, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tschechien, Türkei. Den Vorsitz in M-POHL führt derzeit Österreich.

HLS_{19} – das erste Projekt des M-POHL-Netzwerks

M-POHL bearbeitet seine Ziele in Form von Projekten. Das erste Projekt des Netzwerks ist die unter dem Akronym HLS_{19} fir-

mierende nächste europäisch-vergleichende Erhebung zur persönlichen GK der Allgemeinbevölkerung in Europa. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Textes liegen Absichtserklärungen von elf europäischen Staaten zur Mitwirkung an der Erhebung vor. Der Start ist für Herbst 2019 geplant, ein international vergleichender Bericht soll 2021 vorliegen.

Zielsetzung von HLS_{19} ist nicht nur, die Datenlage zur GK in Europa zu verbessern, sondern auch den Weg für regelmäßige europäisch-vergleichende Erhebungen zur GK zu bereiten. Ähnlich wie bei der Health Behaviour in School-Aged Children-Studie (HBSC) der WHO, an der sich bereits über 40 Staaten weltweit beteiligen, will auch M-POHL mittel- und längerfristig in regelmäßigen Abständen vergleichende Daten zur GK erheben, um

Literatur

Berkman, N.D./Sheridan S.L./Donahue, K.E./Halptern, D.J./Crotty, K. (2011): Low health literacy and health outcomes. In: Ann Intern Med 155(2), 97-107
Bieri, U./Kocher, J.P./Gauch, C./Tschöpe, S./Venetz, A./Hagemann, M. (2016): Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015". Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: BAG, Abteilung Gesundheitsstrategie.
Brach, C./Keller, D./Hernandez, L./Baur, C./Parker, R./Dreyer, B./Schyve, P./Lemerise, A./Schillinger, D. (2012): Ten attributes of health literate health care organizations. Washington DC: Institute of Medicine
Broeder et al IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. May 2018 Global Health Promotion 25(4), DOI: 10.1177/1757975918814421
Chew, L.D./Bradley, K.A./Boyko, E.J. (2004): Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. In: Fam Med. 2004 (36), 588-594
Davis, T.C./Crouch, M.A./Long, S.W./Jackson, R.H./Bates, P./George, R.B., Bairnsfather, L.E. (1991): Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. In: Fam Med 23, 433-435
Dietscher, C./Pelikan, J.M. (2017): Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations – Results from an Austrian Feasibility Study on the Selfassessment of organizational Health Literacy in Hospitals. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (eds): Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven. Bern: hogrefe; 313
Duong, T.V./Aringazina, A./Baisunova, G./Nurjanah, T.V., Pham, K.M. et al. (2017): Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. In: Journal of Epidemiology 27(2), 86.
Duong, V.T./Lin, I.F./Sorensen, K./Pelikan, J.M./Van Den Broucke, S./Lin, Y.C. et al. (2015): Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. In: Asia-Pacific Journal of Public Health 27(8), 871-80.
ECOSOC (2009): Ministerial declaration of the 2009 high-level segment of the Economic and Social Council: "Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health. Geneva: United Nations Economic and Social Council.
Eichler, K./Wieser, S./Brügger, U. (2009): The costs of limited health literacy: a systematic review. In: International Journal of Public Health 54(5), 313
Espanha, R./Ávila, P. (2016): Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications. Procedia Computer Science. 2016;100:1033-1041
HLS-EU Consortium (2011). HLS-EU Q47. The European Health Literacy Survey Questionnaire - original matrix-related version
HLS-EU-Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey.
Jones, S./Kirsch, I./Murray, S. (1995): Literacy, Economy, and Society: Results of the First International Adult Literacy Survey. Washington, D.C.: OECD Publications and Information Centre.
Kickbusch, I./Pelikan, J.M./Apfel, F./Tsouros, A.D. (2013): Health literacy: The solid facts. Kopenhagen: World Health Organization
Koltai, J./ Kun, E. (2016): The practical measurement of health literacy in Hungary and in international comparison. In: Orv Hetil. 157(50), 2002-6
Kučera, Z./Pelikan,J.M./Šteflová,A. (2016): Health literacy in Czech population: results of the comparative representative research. In: Casopis lekaru ceskych.155(5), 241
Levin-Zamir, D./Baron-Epel, O.B./Cohen, V./Elhayany, A. (2016): The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. In: Journal of Health Communication 21(sup2), 61-68
M-POHL (2018a): Concept Note for a WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL Network) within the European Health Information Initiative (EHII). Vienna: M-POHL
M-POHL (2018b): The Vienna Statement on the measurement of population and organizational health literacy in Europe. Vienna: M-POHL. Available from: https://dory.goeg.at/s/yo6HazJ2HBcnbZn#pdfviewer.
Moreira L. (2018): Health literacy for people-centred care. Where do OECD countries stand? OECD Health Working Paper No. 107. Paris: OECD http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2018)4&docLanguage=En
Murray, T.S./Owen, G./McGaw, B. (Eds.) (2005): Learning a Living: First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Ottawa: Statistics Canada & OECD.
Nakayama, K./Osaka, W./Togari, T./Ishikawa, H./Yonekura, Y./Sekido, A, et al. (2015): Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. In: BMC Public Health 15:505.
Office of the Commissioner for Mental Health (2014): Health Literacy Survey. Malta 2014.
Palumbo, R./Annarumma, C./Adinolfi, P./Musella, M./Piscopo, G. (2016): The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. In: Health Policy 120(9), 94.
Parker, R.M. (2009): Measuring health literacy: what? So what? Now what? In: Hernandez, L. (ed.): Measures of health literacy: workshop summary. Roundtable on Health Literacy. Washington, DC: National Academies Press, 91–98.
Parker, R.M./Baker, D.W./Williams, M.V./Nurss, J.R. (1995): The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. In: J Gen Intern Med. 10(10), 537-41
Pelikan, J.M./Ganahl, K. (2017): Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS_EU Consortium´s Health Literacy Assessment Effort. In: IOS Press 2017 (59).
Rowlands, G./Russell, S./O'Donnell, A./Kaner, E./Trezona, A./Rademakers, J. et al.(2018): What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
Rudd, R.E./Anderson, J.E. (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Cambridge, MA: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy
Schaeffer, D./Berens, E.M./Vogt, D. (2017): Health Literacy in the German Population. In: Deutsches Ärzteblatt International 114(4), 60.
Simonds, S.K. (1974): Health education as social policy. In: Health Education Monograph 1974 (2), 1-25
Sørensen, K./Pelikan,J.M./Röthlin, F./Ganahl, K./Slonska, Z./Doyle, G., et al. (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: Eur J Public Health 2015:6.
Sørensen, K./Van den Broucke, S./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. In: BMC Public Health 2012, 12
Toçi, E./Burazeri, G./Sørensen, K./Kamberi, H./Brand, H. (2014): Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. In: The European Journal of Public Health 2014(12):cku190.
Trezona, A./Dodson, S./Osborne, R.H. (2017): Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. In: BMC Health Services Research. 2017(17), 513
Vandenbosch, J./Van den Broucke, S./Vancorenland, S./Avalosse, H./Verniest, R./Callens, M. (2016): Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. In: J Epidemiol Community Health 2016(0):1-7.
Wang. J./Thombs, B.D./Schmid, M.R. (2014): The Swiss Health Literacy Survey: development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competencies for health. In: Health Expectations 17(3), p. 396-417; https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00766.x
Weiss, B.D./Mays, M.Z./Martz, W./Catro, K.M.,/DeWalt, D.A./Pignone, M.P./Mockbee, J./Hale, F.A. (2005): Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. In: Annals of Family Medicine 3 (6), 514-522
WHO (2016): Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO
WHO (2017): Montevideo Roadmap 2018-2030 on NCDs as a sustainable development priority. Geneva: World Health Organization

Zitationshinweis

Dietscher et al.: „Das Aktionsnetzwerk zur Messung von Gesundheitskompetenz M-POHL unter Schirmherrschaft der European Health Information Initiative (EHII) der WHO-Europa“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/19), S. 40-43, doi: 10.24945/MVF.03.19.1866-0533.2144

den Diskurs zur GK sowohl in den beteiligten Staaten als auch international voranzutreiben und Maßnahmen zur Verbesserung der GK auf empirisch fundierte Beine zu stellen.

Um dem Anspruch der internationalen Vergleichbarkeit zu genügen und ein Benchmarking zwischen den teilnehmenden Staaten zu ermöglichen, werden die Daten von HLS_{19} in allen teilnehmenden Ländern auf Basis eines gemeinsam festgelegten Forschungsprotokolls erhoben. Ausgangspunkt dafür sind die Definition, das multi-dimensionale Modell und das Erhebungsinstrument der HLS-EU-Studie (HLS-EU-Consortium 2011; HLS-EU-Consortium 2012; Sørensen et al. 2012).

HLS_{19} wird auf dem HLS-EU-Fragebogen aufbauen, diesen aber sowohl kürzen als auch ergänzen. Wie schon in der HLS-EU Studie wird der Fragebogen neben Fragen zur GK auch Fragen zu deren Determinanten und Wirkungen umfassen. Die Analysen werden daher Aussagen zu Beziehungen zwischen diesen Ebenen auf international vergleichendem Niveau ermöglichen. Dadurch wird die Studie zur Weiterentwicklung der Wissensbasis im Bereich GK beitragen.

HLS_{19} wird neben einem Pflicht-Instrument, das von allen teilnehmenden Staaten zu verwenden ist, auch optionale Datenpakte umfassen. Eines davon wird sich mit digitaler GK befassen, zwei weitere mit Fragen der Orientierung und Kommunikation im Gesundheitssystem. Zusätzlich werden Staaten auch die Möglichkeit haben, länderspezifische Fragen in das Instrument zu integrieren. Und es wird der Versuch unternommen, eine gewisse Vergleichbarkeit mit der geplanten zweiten Erhebungswelle zur GK in einer Reihe asiatischer Staaten zu ermöglichen, um dadurch auch ein Benchmarking über den europäischen Raum hinaus anzubieten.

Weiterer Fokus von M-POHL: Gesundheitskompetente Organisationen

Maßgeschneiderte Informations- und Schulungsangebote können für manche Bevölkerungsgruppen wesentlich zur Steigerung ihrer GK beitragen. Zu diesen gehören insbesondere auch chronisch kranke Menschen. Aber allein aus Kapazitätsgründen kann die Verbesserung der GK der hohen Bevölkerungsanteile von Menschen, die den Daten zufolge von mangelnder GK betroffen sind, nicht allein durch personenorientierte Maßnahmen erzielt werden. Um größere Gruppen von Menschen einigermaßen effizient zu erreichen und vor allem auch jenen mit geringer GK zu ermöglichen, bestmöglich vom Gesundheitssystem zu profitieren, bedarf es Interventionen zur Verbesserung der GK-Freundlichkeit von Gesundheitssystemen und -organisationen – das heißt, der Art und Weise, wie Gesundheitssysteme und -organisationen die Zugänglichkeit, Verständlichkeit, Bewertbarkeit und Anwendbarkeit von Gesundheitsinformationen ermöglichen und unterstützen. So kann beispielsweise der Zugang zu Gesundheitsinformationen durch öffentliche Gesundheitsportale erleichtert werden. Die Navigation im System kann durch leicht zugängliche telefon- und web-basierte Beratungssysteme unterstützt werden. Die Verständlichkeit von Informationen kann durch leichte Sprache in schriftlichen Produkten oder durch Berücksichtigung bestimmter Kommunikationsregeln in der persönlichen Kommunikation unterstützt werden. Die Bewertbarkeit der Qualität von Informationen wird beispielsweise dadurch unterstützt, dass Informationsquellen und potenzielle Interessenkonflikte offengelegt werden und dass der mögliche Nutzen und der mögliche Schaden von Interventionen ausgewogen dargestellt werden. Die Anwendbarkeit von Informationen kann schließlich dadurch unterstützt werden, dass Informationen nicht in allgemeiner Form, sondern an die konkreten Lebensumstände der Informations-EmpfängerInnen angepasst werden.

Um all dies zu erreichen, bedarf es eines systematischen Abbaus von Barrieren und des Aufbaus unterstützender Ressourcen für einen möglichst einfachen Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen. Zur Unterstützung dieser Zielsetzung plant M-POHL, mittelfristig auch Daten zur organisationalen GK bzw. „GK-Freundlichkeit“ von Organisationen und Gesundheitssystemen zu erheben und Benchmarks auch auf dieser Ebene zu ermöglichen. Ausgangspunkt dafür sind umfassende Ansätze und Messinstrumente, die aufbauend auf den „Ten attributes of health literate organizations” (Brach et al. 2012) entstanden sind, beispielsweise das „Vienna Concept of health literate healthcare organizations” (Dietscher/Pelikan 2017), oder das „Organizational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework“ (Trezona et al. 2017).

Aber auch die bevölkerungsorientierte HLS_{19}-Befragung wird bis zu einem gewissen Grad Diagnosen der GK-Freundlichkeit von Gesundheitssystemen ermöglichen. Wenn europäisch-vergleichend erhoben wird, wie einfach oder schwer es Menschen fällt, bestimmte relevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, und wenn sich dabei systematische Unterschiede zwischen den beteiligten Ländern ergeben, unterstützt dies die Bildung von Hypothesen über die Ursachen dieser Unterschiede – wie beispielsweise die Qualität von Leitsystemen oder der Kommunikation im Gesundheitswesen.

Möglichkeiten zur Mitwirkung in M-POHL

An M-POHL können alle Staaten der europäischen WHO-Region teilnehmen. Voraussetzung für die Mitwirkung ist eine Absichtserklärung der jeweiligen Gesundheitsministerien und die Nominierung von Vertretern – idealerweise eine Person aus Politik/Verwaltung und eine Person aus dem Bereich Wissenschaft – die das Land in M-POHL repräsentieren.

Die teilnehmenden Staaten haben die Möglichkeit, sich aktiv in die Projekte von M-POHL einzubringen oder auch nur beobachtend teilzunehmen. Derzeit halten sich die beiden Formen der Mitwirkung in etwa die Waage. Die Kosten für die jeweilige Form der Mitwirkung müssen von den Staaten selbst getragen werden. Die endgültige Anzahl der Staaten, die sich an HLS_{19} beteiligen werden, wird bis zum Sommer 2019 feststehen. <<

Autoren:
Mag.a Dr.in Christina Dietscher [1]
Univ.-Prof. em. Dr. phil. Jürgen Pelikan [2]
Julia Bobek, MSc, MA [2]
Mag. Dr. phil. Peter Nowak [2]

1: Österreichisches Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
2: Gesundheit Österreich GmbH

Kontakt M-POHL

M-POHL Chairs Christina Dietscher (christina.dietscher@sozialministerium.at) und Jürgen Pelikan (juergen.pelikan@goeg.at) sowie M-POHL Webseite: https://m-pohl.net/