Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann
Dr. PH Dominique Vogt
Svea Gille M.Sc. PH

Fokus Gesundheitskompetenz

„Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz" – Relevanz für die Versorgungsforschung

Seit Anfang des Jahres 2018 hat auch Deutschland nach dem Vorbild anderer Länder einen „Nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Gesundheitskompetenz". Von einer unabhängigen Expertengruppe erstellt, enthält der Plan fünfzehn Empfehlungen, die sich auf vier große Handlungsbereiche beziehen: die alltäglichen Lebenswelten, das Gesundheitssystem, das Leben mit chronischer Erkrankung und die Forschung (Schaeffer et al. 2018). In dem nachfolgenden Beitrag wird zunächst ein kurzer Überblick über den Diskussionsstand zum Thema „Gesundheitskompetenz" gegeben und dann erläutert, warum ein Aktionsplan sinnvoll und notwendig ist, auf welchen empirischen Grundlagen er aufbaut und welche inhaltlichen Schwerpunkte er hat. Anschließend wird die Empfehlung zur Förderung der Forschung über Gesundheitskompetenz vorgestellt und erläutert. Gezeigt wird, dass der Nationale Aktionsplan auch als Agenda für neue Ansätze und Themen der Versorgungsforschung gelesen werden kann.

>> Moderne Gesellschaften sind heute Informations- und Wissensgesellschaften (Steinbicker 2001), in denen eine kaum noch überschaubare Menge an Fakten und Wissen zur Verfügung steht. Gesundheitsthemen – gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, Prävention von Krankheiten, aber auch der Umgang mit Krankheiten, Information über verfügbare Versorgungs- und Behandlungsinstanzen und -möglichkeiten – haben darin einen festen Platz und gewinnen immer größeren Stellenwert. Denn längst sind Information und Wissen über Gesundheits- und Krankheitsfragen nicht mehr nur den Gesundheitsprofessionen zugänglich, vielmehr stehen sie durch die digitalisierten Informationsplattformen jeder Bürgerin und jedem Bürger direkt zur Verfügung. Diese Informationen sind meist komplex, vielschichtig und oft auch widersprüchlich. Täglich ist jeder Einzelne daher vor die schwierige Aufgabe gestellt, die Flut an Information zu filtern, die richtige Information ausfindig zu machen, sie einzuschätzen und zu bewerten und auf dieser Grundlage Entscheidungen für das eigene Gesundheitsverhalten und das seiner Angehörigen zu treffen. Diese Herausforderungen stellen sich bei Entscheidungen und Aufgaben in der häuslichen Umgebung, am Arbeitsplatz, im sozialen Umfeld, beim Konsumverhalten und auch – im Falle einer Erkrankung – im gesundheitlichen Versorgungssystem (Kickbusch/Hartung 2014).

Um sich so entscheiden zu können, dass die eigene Gesundheit davon profitiert, ist erforderlich, Information und Wissen angemessen rezipieren und verarbeiten zu können. Das gilt für gesunde Bürgerinnen und Bürgern und es gilt auch im Krankheitsfall, weil dann jeder als Patient und Nutzer vor der Herausforderung steht, sich in einem hoch leistungsfähigen, aber zergliederten, unübersichtlich und intransparent gewordenen Versorgungssystem zurecht finden und möglichst aktiv an anstehenden Entscheidungen über die Diagnostik, Auswahl und den Ablauf der Behandlung mitwirken zu müssen. Dazu muss er mit gesundheitsrelevanter Information umgehen können oder anders formuliert – „Gesundheitskompetenz" besitzen.

Definition von Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz stellt die freie Übersetzung des englischen Begriffs „Health Literacy" dar. Semantisch und fachlich präziser wäre eine Übersetzung wie „gesundheitsbezogene Literalität"; doch ist sie zu sperrig, um sich in der Alltagssprache durchzusetzen. Behauptet hat sich der Begriff „Gesundheitskompetenz". Er wird deshalb auch im Nationalen Aktionsplan verwendet. Der englische Begriff weist jedoch darauf, worum es im Kern geht, wenn von Gesundheitskompetenz die Rede ist. Gemeint ist nicht etwa die Fähigkeit, generell mit Gesundheitsfragen umgehen zu können, sondern – grob gesagt – in der Lage zu sein, gesundheitsrelevante Information erschließen, diese verstehen und handhaben zu können. Dies schließt literale Fähigkeiten ein, aber auch mehr, wie in der deutschen Übersetzung der vom European Health Literacy Consortium entwickelten Definition zum Ausdruck kommt:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen 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 ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern" (Sørensen et al. 2012, S.3).

Danach liegen Gesundheitskompetenz basale Schreib-, Lese- und

Zusammenfassung

Studien zur Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung haben gezeigt, dass große Teile der Bevölkerung eine niedrige Health Literacy aufweisen. Um diese Situation zu verbessern, sind in vielen Ländern nationale Strategien und Aktionspläne zur Förderung von Gesundheitskompetenz erstellt worden. Diesen Beispielen folgend wurde jüngst auch für Deutschland ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz" erarbeitet. An dem zweijährigen Entwicklungsprozess waren 15 ausgewiesene Expertinnen und Experten beteiligt. Auf Basis einer Analyse vorliegender Literatur zur Gesundheitskompetenz und bestehender Aktionspläne wurden die Konzeption, Ziele und Schwerpunkte des Aktionsplans festgelegt und konkrete Empfehlungen erarbeitet. Die Empfehlung zur Förderung der Forschung über Gesundheitskompetenz wird im vorliegenden Beitrag vorgestellt und erläutert. Gezeigt wird, dass der Nationale Aktionsplan auch als Agenda für neue Ansätze und Themen der Versorgungsforschung gelesen werden kann.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, Nationaler Aktionsplan, Health Literacy, Deutschland

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2091

Rechenfähigkeiten („Literalität") zugrunde, die benötigt werden, um beispielsweise Dokumente wie Behandlungsinformationen oder Hinweise zur Medikamenteneinnahme in gedruckter oder elektronischer Form zu lesen und zu verstehen. Der Begriff ist aber absichtlich weit gefasst und schließt über Literalität hinaus auch die kognitiven und sozialen Fertigkeiten und Fähigkeiten eines Menschen ein, sich Zugang zu Informationen verschaffen und sie so verstehen und nutzen zu können, dass sie zur Förderung und zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen. Gesundheitskompetenz schließt zudem immer auch das Selbstvertrauen ein, im täglichen Leben angemessen gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können, setzt also „Selbstwirksamkeitsgefühl" voraus.

Der relationale Charakter von Gesundheitskompetenz

In der einschlägigen Literatur wird betont, dass Gesundheitskompetenz als „relational" zu verstehen ist. Gemeint ist, dass sie nicht allein auf den persönlichen Fähigkeiten eines Menschen beruht, sondern auch durch den sozialen und kulturellen Kontext geprägt wird, in denen Menschen sich aufhalten (Parker/Ratzan 2010).

Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz sollten deshalb sowohl auf die persönlichen Fähigkeiten der Informationsaufnahme und -verarbeitung zielen („individuelle Gesundheitskompetenz") wie auch auf die Kontextbedingungen – beispielsweise darauf, das Gesundheitssystem nutzerfreundlicher und gesundheitskompetenter zu gestalten („systemische und organisatorische Gesundheitskompetenz") (Dietscher/Pelikan 2017; Sheridan et al. 2011). So finden Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz es oft schwer, Informationen der Gesundheitsprofessionen zu verstehen und einzuschätzen. Das hat seine Ursache nicht allein in der Ausprägung der persönlichen Fähigkeiten, sondern vielfach auch in Schwierigkeiten der Gesundheitsprofessionen, sich inhaltlich und sprachlich auf ihre Klienten einzustellen und eine Verständigung herzustellen. Das wiederum kann auf strukturelle Bedingungen zurückzuführen sein, die eine verständliche Information und Kommunikation blockieren (etwa Zeitmangel), oder aber auf unzureichender kommunikativer Kompetenz. Sie verhindert, dass der richtige Kommunikationsstil für die jeweilige Zielgruppe gefunden und sie befähigt werden kann, Gesundheitsinformationen zu verstehen und vor allem: sie auch in gesundheitsförderliches Verhalten zu transferieren (Kripalani/Weiss 2006).

Ausrichtung des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz"

Aus diesen Überlegungen heraus wurden in den letzten zehn Jahren in vielen Ländern Programme und Strategien erarbeitet, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. In etwa 60 Ländern der Welt existieren strategische Leitlinien oder sogar ausgearbeitete „Nationale Aktionspläne". Auch Deutschland hat seit Anfang 2018 einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP)" (Schaeffer et al. 2018). Er orientiert sich an den Vorbildern aus den USA (U.S. Department of Health and Human Services 2010), Australien (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2014), Kanada (Public Health Association of British Columbia 2012) und Schottland (The Scottish Government 2018), weist aber zugleich zahlreiche andere und neue Akzentsetzungen auf.

Der Aktionsplan für Deutschland wurde von einer unabhängigen Expertengruppe aus Wissenschaftlern und Praktikern erstellt. Er geht im Unterschied zu den erwähnten Plänen aus anderen Ländern nicht auf einen politischen Anstoß zurück, sondern ist das Ergebnis einer zivilgesellschaftlichen Initiative – eines Forschungsteams der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance in Berlin, das durch die Robert Bosch Stiftung und den Bundesverband der AOK unterstützt wurde. Die vier Herausgeber des NAP haben den Plan zusammen mit elf Expertinnen und Experten[1] aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, Forschungseinrichtungen und Gesundheitsorganisationen ausgearbeitet.

Die insgesamt fünfzehnköpfige Gruppe hat fast zwei Jahre lang die vorliegende Literatur zur Gesundheitskompetenz wie auch die in anderen Ländern existenten Strategien und Pläne analysiert und diskutiert und auf dieser Basis die Akzentsetzungen und Empfehlungen für den deutschen Aktionsplan erarbeitet.

Empirische Grundlagen des Plans

Eine wichtige Grundlage für den Aktionsplan bilden die für Deutschland vorliegenden Studien zur Ausprägung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung (ex. Jordan/Hoebel 2015; Zok 2014; Schaeffer et al. 2016). Als wichtigste Quelle wurde die repräsentative Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2016 herangezogen (HLS-GER, Schaeffer et al. 2016). Nach dieser Studie, die sich an der international abgestimmten methodischen Vorgehensweise des European Health Literacy Survey orientiert, hat über die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland – konkret 54,3 % – eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz, sieht sich also vor Schwierigkeiten gestellt, mit gesundheitsrelevanter Information umzugehen. Die Studie weist zugleich auf große Unterschiede nach Bildungsstand, Sozialstatus, Alter und Migrationshintergrund hin. So haben Menschen mit niedrigem Bildungsniveau mit 62 % häufiger eine eingeschränkte Health Literacy als die Allgemeinbevölkerung. Das gilt auch für Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (78 %), mit Migrationshintergrund (71 %) und im höheren Lebensalter ab 65 Jahren (66 %). Auch Menschen mit chronischer Erkrankung verfügen häufiger über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2016). Dies ist vor allem ein Hinweis auf die Schwierigkeiten, die das deutsche Gesundheitssystem mit seiner Komplexität für die Nutzer aufwirft. Weil Menschen mit chronischer Erkrankung krankheitsbedingt zu den intensiven Nutzern des Gesundheitssystems gehören, scheinen sie die Schwierigkeiten, die eine Nutzung mit sich bringt, besonders gut zu kennen und als schwerwiegender einzuschätzen als die Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2017).

Die Studie bestätigt zudem Ergebnisse internationaler Untersuchungen: Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, haben einen ungesünderen Lebensstil und sind einem höheren Krankheitsrisiko ausgesetzt (Berkman et al. 2011; DeWalt et al. 2004; Nielsen-Bohlman et al. 2004). Ebenso nutzen sie das Versorgungssystem häufiger und sehen sich vor Schwierigkeiten gestellt, Therapiehinweise zu verstehen, fun-

1: Die Herausgeber sind: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Prof. Dr. Ullrich Bauer, Dr. Kai Kolpatzik. Zu den weiteren Expertinnen und Experten gehören: Prof. Dr. Attila Altiner, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Prof. Dr. Michael Ewers, Susanne Jordan, Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Dr. Bernadette Klapper, Prof. Dr. Jürgen Pelikan, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. Alexander Schmidt-Gernig, Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Prof. Dr. Christiane Woopen.

dierte Entscheidungen über Präventions-, Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen zu treffen, konstruktiv an der Behandlung und Gesundheitserhaltung mitzuwirken oder sich adäquaten Zugang zum Gesundheitssystem zu verschaffen (Berkman et al. 2011; Berens et al. 2018; Nielsen-Bohlman et al. 2004). Auch aus diesen Befunden lässt sich ablesen, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe darstellt.

Ausgangsüberlegungen für den Nationalen Aktionsplan

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz in Deutschland knüpft an diese empirischen Befunde an und verfolgt die Intention, ein Programm dafür vorzulegen, wie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland in den kommenden zehn Jahren verbessert werden kann. Verfolgt wird ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz, bei dem die Förderung von Gesundheitskompetenz nicht auf das Gesundheitssystem beschränkt ist. Vielmehr wird betont, dass Gesundheitskompetenz Sektoren, Ressorts, Organisationen und Professionen verbindet und deshalb in allen Teilen der Gesellschaft Engagement erfordert, ebenso die Zusammenarbeit vieler gesellschaftlicher Akteure.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die zunehmend komplexer werdenden Kontextbedingungen der Alltagsgestaltung gelegt, durch die es für viele Menschen eine große Herausforderung ist, sich gesundheitskompetent zu verhalten – besonders für jene, die sozial benachteiligt sind, einen niedrigen Bildungsgrad oder Migrationshintergrund aufweisen, sich im höheren Lebensalter befinden oder chronisch erkrankt sind. Daher wird zum Prinzip erklärt, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz zur Milderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und zur Verbesserung von Autonomie, Patientenzentrierung, Koproduktion, Partizipation und Teilhabe beitragen sollte. Der Plan folgt damit den Leitvorstellungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die zuletzt in ihrer Deklaration von Shanghai (WHO 2017) die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu einem der drei vorrangigen Ziele der Gesundheitspolitik erklärt hat.

Die Relevanz der Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans für die Versorgungsforschung

Den Kern des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz bilden 15 Empfehlungen in insgesamt vier Handlungsbereichen.

- Die fünf Empfehlungen des ersten Handlungsbereichs zielen auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in den alltäglichen Lebenswelten, wobei das Erziehungs- und Bildungssystem, Beruf und Arbeit, Konsum und Ernährung sowie die Bereiche Medien und Kommune gezielt mit einzelnen Empfehlungen angesprochen werden.
- Der zweite Handlungsbereich konzentriert sich auf das Gesundheitssystem und die gesundheitliche Versorgung. Empfohlen wird, die Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen der Versorgung zu verankern, die Navigation im Gesundheitssystem zu erleichtern, die Kommunikation und Information nutzerfreundlich zu gestalten und die Partizipation zu erleichtern und verbessern.
- Der dritte Handlungsbereich widmet sich dem Leben mit chronischer Erkrankung. Die vier Empfehlungen in diesem Bereich stellen auf die Ermöglichung einer gesundheitskompetenten Versorgung bei chronischer Krankheit ab, die Förderung eines gesundheitskompetenten Umgangs mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen, die Verbesserung des Selbstmanagements von Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihren Familien sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz im Alltagsleben mit chronischer Erkrankung.
- Der vierte Handlungsbereich zielt auf die Forschung zur Gesundheitskompetenz und enthält folgende Empfehlung: „Gesundheitskompetenz systematisch erforschen". Denn, so heißt es im Aktionsplan weiter: „Die Entstehung, Verbreitung und Förderung der Gesundheitskompetenz wurde in Deutschland – anders als etwa im anglo-amerikanischen Raum – bislang nur vereinzelt und noch nicht systematisch erforscht. Daher fehlen für viele Aspekte der Umsetzung noch ausreichende wissenschaftliche Grundlagen. Deshalb ist es notwendig, deutlich mehr als bisher in die Grundlagenforschung, die Bedarfserhebung, die Interventionsentwicklung und in die Evaluationsforschung zu investieren" (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer und Kolpatzik 2018, S. 50).

Zur Umsetzung dieser Empfehlung werden im Aktionsplan konkrete Vorschläge gemacht. Einige davon werden im Folgenden dargestellt und unter der Perspektive diskutiert, welche Implikationen aus ihnen für die Versorgungsforschung erwachsen.

Regelmäßig Daten zur Gesundheitskompetenz in Deutschland nach Bevölkerungsgruppen und Regionen im Sinne eines Monitorings erheben

Um die Gesundheitskompetenz systematisch fördern zu können und eine geeignete Datenbasis für die Entwicklung von Strategien zur Förderung von Gesundheitskompetenz zu schaffen, ist es erforderlich, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht nur punktuell, sondern regelmäßig zu messen. Eine solche regelmäßige Messung ist ein entscheidender Baustein auf dem Weg zu einer gesundheitskompetenten Gesellschaft, ebenso zur Entwicklung evidenzbasierter Interventionen. Bisher fehlen jedoch regelmäßige repräsentative Erhebungen zur Ausprägung, zum Niveau und zum Profil der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. In den nächsten Jahren wird es deshalb wichtig sein, eine regelmäßige Erhebung der Gesundheitskompetenz zu ermöglichen.

Sie sollte die Untersuchung der Einflussfaktoren und Auswirkungen von Gesundheitskompetenz einschließen. Denn bislang fehlt es an vertiefenden Kenntnissen über die individuellen, organisationalen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren, die auf die Entwicklung von Gesundheitskompetenz einwirken. Erst durch die Schaffung entsprechender Datengrundlagen kann auch eine bedarfsorientierte Interventionsentwicklung ermöglicht werden.

Erste Schritte dazu wurden eingeleitet: Das Bundesministerium für Gesundheit hat seine Bereitschaft erklärt, die zweite repräsentative Befragung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland unter Einsatz eines weiter entwickelten Fragebogens zu fördern. Sie wird Teil der Wiederholung des Europäischen Health Literacy Surveys sein. Die Erhebung soll im Jahr 2020 durchgeführt werden.

Forschung zur Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen intensivieren

Eine weitere Herausforderung besteht darin, die Forschung zur Gesundheitskompetenz einzelner Bevölkerungsgruppen zu intensivieren. Auch in Deutschland liegen dazu erste Untersuchungen vor, jedoch weitaus zu wenige. Daher ist es notwendig, weitere

Studien einzuleiten und sich dabei besonders auf die als vulnerabel identifizierten Gruppen – Menschen mit geringer Bildung und niedrigen Sozialstatus, Menschen mit Migrationshintergrund und im höheren Lebensalter, Menschen mit chronischer Krankheit – zu konzentrieren. Auch steht die Forschung vor der Herausforderung, anderen, ebenfalls bislang zu wenig beachteten Gruppen größere Aufmerksamkeit zu schenken – so etwa Kindern, Menschen mit Behinderung, mit kognitiven Einschränkungen oder mit einer anderen Muttersprache als der deutschen Sprache.

Denn differenzierte empirische Kenntnisse über die Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen wie auch über ihr Informationsverhalten sind nicht zuletzt deshalb wichtig, um zielgruppenspezifische Interventionen entwickeln zu können, die sich an den Besonderheiten, den Präferenzen und den lebensweltlichen Bedingungen der jeweiligen Adressatengruppe orientieren.

Auch dazu wurden erste Schritte eingeleitet: Im Rahmen der geplanten zweiten repräsentativen Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland soll eine Zusatzerhebung von Menschen mit russischem und türkischem Migrationshintergrund erfolgen. Auch die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen wird in einem interdisziplinären Forschungsverbund (HLCA) systematisch erforscht.

Vorliegende Erhebungsinstrumente weiterentwickeln und neue Instrumente zur Messung spezifischer Aspekte der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen konzipieren

In den letzten Jahren hat es vielfältige Versuche gegeben, Messinstrumente zur Erfassung von Gesundheitskompetenz zu entwickeln und bestehende Erhebungsinstrumente methodisch weiterzuentwickeln und sie um wichtige Themen zu erweitern (zum Beispiel eHealth Literacy, Health Care Literacy). Diese Bemühungen sind auch in Deutschland künftig zu unterstützen.

Eine weitere Aufgabe besteht darin, Messinstrumente an die Besonderheiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen anzupassen. Auch dazu existieren verschiedene Initiativen, die ausgebaut werden sollten. Zudem ist empfehlenswert, die Entwicklung von Kurzinstrumenten zur Messung von Gesundheitskompetenz zu forcieren, die in etablierte, laufende administrative gesundheitsrelevante Datenerhebungen bzw. Berichterstattungen eingehen könnten. Beides könnte dazu beitragen, der Gesundheitspolitik die notwendigen Daten zu liefern, um Probleme im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz festzustellen bzw. die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen zu evaluieren (siehe auch Schaeffer/Pelikan 2017).

Forschung zur Gesundheitskompetenz von Organisationen und Professionen im Gesundheitssystem etablieren

Dieser Punkt ist unter Gesichtspunkten der Versorgungsforschung von besonderer Relevanz. Denn mit ihm wird auf die gegebenen strukturellen Bedingungen und die Frage abgehoben, wie Systeme und Organisationen beschaffen und welche Voraussetzungen seitens der Professionen erfüllt sein müssen, um die Gesundheitskompetenz wirksam fördern zu können. Dieses in Deutschland noch kaum bearbeitete Gebiet wird international als „Health Literate Care Systems" oder „Health Literate Organizations" bezeichnet und widmet sich der Frage, wie die Förderung von Gesundheitskompetenz strukturell verankert werden kann oder aber wie Organisationen (seien es Krankenhäuser,

Literatur

Atlin, S./Stock, S. (2015): Health Literate Healthcare Organizations and their Role in Future Healthcare. In: The Journal of nursing care 2015, 4, 2: 1-3

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2014): Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality. Im Internet: https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf; Stand: 20.06.2018

Berens, E.M./Vogt, D./Ganahl, K./Weishaar, H./Pelikan, J./Schaeffer, D. (2018): Health Literacy and Health Service Use in Germany. In: Health Literacy Research and Practice 2018, 2, 2: 115-122

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 (Annals of Internal Medicine) 2011, 155, 2: 97-107

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

DeWalt, D.A./ Berkman, N.D./Sheridan, S./Lohr, K.N./Pignone, M.P. (2004): Literacy and health outcomes – a systematic review of the literatuce. In. Journal of general internal medicine 2004, 19, 12: 1228-1239

Dietscher, C./ Pelikan, J. (2017): Health-literate hospitals and healthcare organizations Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer, D./ Pelikan, J. (Hrsg.) (2017): 303-313

Kickbusch, I./Hartung S. (2015): Die Gesundheitsgesellschaft. Bern: Hans Huber

Kripalani, S./Weiss, B.(2006): Teaching About Health Literacy and Clear Communication. In: Journal of General Internal Medicine 21: 888-890

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

Nielsen-Bohlman, L./Panzer, A. M./Kindig, D. A. (2004): Committee on Health Literacy. Health Literacy - a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press

Parker, R./Ratzan S. (2010): Health Literacy: a second decade of distinction for Americans. In: Journal of Health Communication 2010, 12, 2: 20-33

Public Health Association of British Columbia (2012): An Approach for Improving Health Literacy for Canadians. A Discussion Paper. Victoria: University of Victoria.

Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./ Kolpatzik, K. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart

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

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland – eine repräsentative Erhebung in der Allgemeinbevölkerung (HLS-GER) In: Schaeffer, D./ Pelikan, J. (Hrsg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 129-143

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht 2016. Im Internet: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf; Stand: 20.06.2018

Sheridan, S.L./Halpern, D.J./Viera, A.J./Berkman, N.D./Donahue, K.E./Crotty, K. (2011) Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. Journal of Health Communication: International Perspectives 16: 30-54.

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

Steinbicker, J. (2001): Soziale Ungleichheit in der Informations- und Wissensgesellschaft. Berliner Journal für Soziologie, 11, 4: 441-458

The Scottish Government (2017): Making it Easier. A health literacy action plan for Scotland 2017-2025. Im Internet: http://www.gov.scot/Publications/2017/11/3510/6; Stand: 20.06.2018

U.S. Deparment of Health and Human Services (2010): National Action Plan to Improve Health Literacy 2010. Im Internet: https://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf; Stand: 20.06.2018

World Health Organization (2017): Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development 2016. Im Internet: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf; Stand: 20.06.2018

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



Arztpraxen, Pflegeheime) so weiter entwickelt werden können, dass sie den Erwerb von Gesundheitskompetenz unterstützen und stärken (Altin/Stock 2015; Brach et al. 2012; Dietscher/Pelikan 2017).

Generell ist die „organisationale Gesundheitskompetenz" in der Forschung bisher nur wenig bearbeitet worden und sollte künftig höhere Beachtung finden. Unter anderem geht es dabei darum zu erforschen, wie die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem und in den Versorgungseinrichtungen erleichtert und wie Transparenz über die Funktionsweise und Qualität von Versorgungseinrichtungen sowie über die Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen der unterschiedlichen Kostenträger geschaffen werden kann. Auch geht es darum, angemessene Wege zu finden, um in allen Einrichtungen leicht zugängliche und verständliche Informationen und Beratung für die Nutzer zur Verfügung zu stellen – etwa durch Patientenleitsysteme und die Schaffung informationsfreundlicher Rahmenbedingungen. Darüber hinaus geht es um die Identifizierung von strukturellen Veränderungen, die die Partizipation von Patienten und Nutzern fördern. Bisher ist auch wenig erforscht, welche Wirkungen Veränderungen der Organisationskultur, des Führungsstils und der Personalpolitik in diesem Zusammenhang haben.

Weiterhin ist Forschung dazu notwendig, wie die Health Literacy der Professionals gestärkt werden kann. Gemeint sind alle Berufe, die mit der Vermittlung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsinformation befasst sind. Dazu gehören die Gesundheitsprofessionen (u.a. Ärzte, Pflegende, therapeutische Gesundheitsberufe), aber auch professionelle Akteure aus dem Bildungswesen wie Lehrer und Weiterbildungsexperten. Zu fragen ist u.a., wie sie für das Thema Gesundheitskompetenz sensibilisiert werden können, wie es um ihre Kommunikationskompetenz und wie es um ihre Kompetenz zur Informationsvermittlung bestellt ist und wie diese nachhaltig und alltagstauglich gefördert werden kann.

Den Ausbau der Implementations- und Evaluationsforschung vorantreiben

Von großer Bedeutung wird es künftig sein, die Forschung zur Interventionsentwicklung und -evaluation zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu forcieren, um evidenzbasierte Interventionen und Best-Practice-Modelle entwickeln zu können. Angesichts der hohen Eigendynamik auf diesem Gebiet – speziell im Bereich der digitalen Medien – kann die Wichtigkeit der Entwicklung evidenzbasierter Interventionen, die auf den Erkenntnissen der vorliegenden Untersuchungen über Health Literacy aufbauen, nicht deutlich genug unterstrichen werden.

Aus dem gleichen Grund ist erforderlich, die Forschung zur Implementation und Evaluation von Interventionen zu stärken. Denn aktuell werden nicht selten Interventionen entwickelt und umgesetzt, ohne die Implementationsbedingungen genau zu kennen und ohne von Beginn an Evaluationen mitzudenken und zu planen, so dass kein systematischer Erkenntnis- und Wissenszuwachs erfolgen kann und einmal gemachte Fehler immer neu wiederholt werden. Allein unter Ressourcengesichtspunkten ist es wichtig, hier ein Umdenken einzuleiten.

Partizipative Forschung fördern, damit Interventionen den Präferenzen und lebensweltlichen Bedingungen der Adressaten entsprechen

Partizipation ist für einen selbstbestimmten Umgang mit Gesundheitsherausforderungen essenziell, ebenso für den Erfolg von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Mit Blick auf die Forschung bedeutet dies, Adressaten entsprechender Maßnahmen verstärkt in Studien – besonders zur Interventionsentwicklung – einzubeziehen. „User-Involvement" in die Interventionsentwicklung und auch die dazu nötige Forschung trägt – wie vorliegende Erfahrungen zeigen – dazu bei, dass Interventionen den Bedürfnissen, Interessen und Präferenzen der anvisierten Adressaten-/Nutzergruppen entsprechen und auf Akzeptanz und Zuspruch stoßen.

Gleichzeitig ist erforderlich, in der (Versorgungs-)Forschung den Voraussetzungen für die Realisierung von Partizipation und Teilhabe mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Nicht selten wird die Ermöglichung von Mitbestimmung und Selbstbestimmung im Versorgungs-

system schlicht postuliert, ohne zu beachten, welche Bedingungen dazu in der Praxis gegeben sein müssen. So reicht es beispielsweise nicht, allein zu fordern, das Votum von Patienten in allen Phasen des Behandlungs- und Versorgungsprozesses zu berücksichtigen („Keine Entscheidung über mich ohne mich"); vielmehr ist notwendig, auch die dazu nötigen Bedingungen systematisch zu untersuchen und umzusetzen, ebenso die Effekte zu untersuchen.

Schlussbemerkung

Insgesamt zeigen die Ausführungen, wie wichtig die Intensivierung der Forschung – auch und besonders der Versorgungsforschung – über Gesundheitskompetenz sind. Zwar haben auch in den deutschsprachigen Ländern mit einiger zeitlicher Verzögerung die Forschungsaktivitäten zur Gesundheitskompetenz[2] zugenommen. Doch in der Summe betrachtet ist das Wissen über viele Aspekte von Health Literacy hierzulande noch zu gering und zugleich fehlt es an hinreichenden Fördermitteln für Studien. Beides sollte rasch verändert werden. <<

2: Von der AG Gesundheitskompetenz des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung wird aktuell ein Memorandum zum Thema Gesundheitskompetenz erarbeitet, indem ebenfalls bestehende Forschungslücken aufgezeigt werden.

The National Action Plan Health Literacy – relevance for health services research

Studies on health literacy of the population show that large parts of the population possess low health literacy levels. National strategies and action plans to promote health literacy have been developed in many countries to address these results. Following these examples, a National Action Plan on Health Literacy was also developed for Germany. 15 experts were involved in the two-year development process. Based on an analysis of available literature on health literacy and existing action plans, the concept, objectives and priorities of the action plan were defined and recommendations were developed. The National Action Plan on Health Literacy formulates recommendations for the fields of living environments, the healthcare system, chronic illness, and research. The recommendation to develop and expand health literacy research is presented and explained in this paper. It is shown that the National Action Plan can also be read as an agenda for new approaches and topics in health services research.

Keywords

health literacy, national action plan, Germany

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

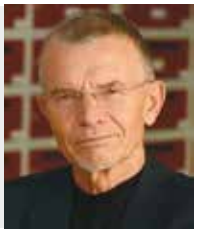
Zitationshinweis

Schaeffer et al.: „Der ‚Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz' – Relevanz für die Versorgungsforschung", in: „Monitor Versorgungsforschung" (04/18), S. 53-58, doi: 10.24945/MVF.0418.1866-0533.2091

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Sie studierte Soziologie und Erziehungswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und an der Freien Universität Berlin. Sie war u.a. am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der Arbeitsgruppe „Public Health" tätig.
Kontakt: Doris.Schaeffer@uni-bielefeld.de



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann
ist Sozialwissenschaftler mit dem Schwerpunkt Jugend-, Bildungs- und Gesundheitsforschung. Er wurde 1975 zum Professor an der Universität Essen ernannt und wechselte 1979 an die Universität Bielefeld. Seit 2009 arbeitet er als Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin.
Kontakt: Hurrelmann@hertie-school.org



Dr. PH Dominique Vogt
ist Gesundheitswissenschaftlerin an der Hertie School of Governance und wissenschaftliche Geschäftsführung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance in Berlin. Sie hat an der Universität Bielefeld Public Health studiert und war dort auch als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland tätig.
Kontakt: Vogt@hertie-school.org



Svea Gille M.Sc. PH
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und an der Hertie School of Governance in Berlin. Sie hat an der Universität Bielefeld Public Health studiert.
Kontakt: Svea.Gille@uni-bielefeld.de

