

Klaus Hurrelmann und Doris Schaeffer

Gesundheitsbildung für alle

Das Konzept des „Nationalen Aktionsplans zur Stärkung der Gesundheitskompetenz“

Aktuelle Studien zeigen: Das Gesundheitswissen in der Bevölkerung ist erschreckend niedrig, ebenso die Kompetenz, sich gezielt die Informationen zu beschaffen, die man braucht, wenn man erkrankt ist (Schaeffer, Vogt, Behrens und Hurrelmann 2016). So paradox es klingt: Gerade weil heute über das Internet eine unglaublich große Menge an Gesundheitsinformationen zur Verfügung steht, fühlen sich die Menschen stärker überfordert als vor zwanzig Jahren. Das hängt auch mit ihrem Bildungsgrad zusammen; wer zum Beispiel keine ausreichende Kompetenz im Umgang mit komplex aufgebauten Portalen und der Bewertung ihres Inhaltes hat, lässt sich schnell durch partielle Informationen in die Irre führen.

Der insgesamt niedrige gesundheitliche Bildungsstand der Bevölkerung und die großen Unterschiede im Bildungsstand zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen stellen in allen hoch entwickelten Ländern eine gesellschaftspolitische Herausforderung dar. Australien, Kanada, England, Schottland und die USA gehören zu den Ländern, die als erste mit einem „Nationalen Aktionsplan zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“ hierauf reagiert haben. Die Pläne wurden in der Regel von Regierungseinrichtungen oder regierungsnahen Organisationen erstellt und zu offiziellen Leitlinien der Gesundheitspolitik gemacht (Schaeffer und Pelikan 2017).

Auch Deutschland hat seit Anfang 2018 einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer und Kolpatzik 2018). Er wurde aber nicht von einer Regierungseinrichtung konzipiert, sondern von einem unabhängigen Expertengremium aus Wissenschaftlern und Praktikern. Hervorgegangen ist er aus der Arbeit eines gemeinsamen Forschungsteams der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance in Berlin, das durch die Robert Bosch Stiftung und den Bundesverband der AOK finanziert wurde. Das siebzehnköpfige Expertengremium hat zwei Jahre lang alle relevanten Studien zur Gesundheitskompetenz und die Anregungen aus den bisher vorliegenden Plänen der anderen Länder gesichtet und aufbereitet. Daraus wurden fünfzehn konkrete Empfehlungen abgeleitet. Sie reichen von der Einführung eines Gesundheitsunterrichtes in den Schulen über bessere Kommunikation in den Medien bis hin zur Einführung von gut verständlichen Orientierungssystemen in Krankenhäusern und dem gezielten Training des ärztlichen und pflegerischen Personals im Umgang mit chronisch kranken alten Menschen. Für den fertigen Plan hat das Bundesgesundheitsministerium die Schirmherrschaft übernommen.

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz lehnt sich eng an Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation an. Die WHO spricht sich angesichts der großen Herausforderungen grundsätzlich für eine „gesundheitliche Alphabetisierung“ aus, die dringend einzuleiten sei, und zwar nicht nur in Entwicklungsländern, sondern auch und gerade in hoch entwickelten Nationen (Kickbusch et al. 2016; WHO 2016). Nur Menschen, die bewusst und mit Freude gesund leben und sich zutrauen, beim Auftreten von körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen gezielt die richtigen Informationen einzuholen und sich damit im Alltag von Wohnen, Essen und Arbeiten, aber im Bedarfsfall auch von Krankenversorgung zurecht zu finden, können demnach eine „Selbstwirksamkeit“ aufbauen (Schaeffer, Vogt, Behrens und Hurrelmann 2016).

Empirische Studien machen deutlich, dass eine Stärkung von Gesundheitskompetenz positive Folgen hat. Verbesserte Gesundheitskompetenz geht Hand in Hand mit erhöhter Teilnahme an gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Screening-Maßnahmen. Sie korreliert mit einem gesünderen Lebensstil, gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität und geringerem Suchtverhalten. Eine niedrige Gesundheitskompetenz hingegen führt zu weniger gesunden Entscheidungen, riskanterem Verhalten, höherer Krankheitslast und mehr Krankenhauseinweisungen. Positive Auswirkungen von Gesundheitskompetenz lassen sich auch im Krankheitsfall beobachten, zum Beispiel durch ein verbessertes Management chronischer Erkrankungen, höhere Therapiemotivation, weniger Schwierigkeiten, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen und weniger Klinikeinweisungen. Aufgrund der engen Verknüpfung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsstatus ist es wenig verwunderlich, dass verbesserte Gesundheitskompetenz mit einer verringerten bevölkerungsbezogenen Krankheitslast und weniger vorzeitigen Sterbefällen einhergeht (Parker und Ratzan 2010; Schaeffer und Pelikan 2017).

Zusätzlich zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der gesamten Bevölkerung kann Gesundheitskompetenz einen Beitrag zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten leisten. Gesundheitskompetenz folgt einem sozialen Gefälle, und wie in anderen Bereichen der Gesundheit findet man auch im Bereich der Gesundheitskompetenz eine große Ungleichheit. Unzureichende Gesundheitskompetenz und fehlende Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu verarbeiten, können bestehende gesundheitliche Ungleichheiten verstärken (Sörensen et al. 2012). Andererseits können gut entwickelte Strategien zur Förderung von Gesundheitskompetenz zu gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen. Bisherige Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass gezielte Interventionen, welche die Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen erhöhen, gesundheitliche Ungleichheit reduzieren können (Schaeffer, Vogt, Behrens und Hurrelmann 2016).

Alle diese Aspekte werden in den fünfzehn Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz aufgegriffen. Die erste der 15 Empfehlungen lautet, um ein Beispiel zu geben: „Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen“. Die vierzehn folgenden Empfehlungen berücksichtigen alle gesellschaftlichen Lebensbereiche. Nicht nur Bildungseinrichtungen, sondern auch Unternehmen, Kommunen, Medien und Konsumgüterhersteller werden als Akteure in die Pflicht genommen, letztere zum Beispiel durch klare Kennzeichnungspflichten durch eine Lebensmittelampel. Dem Gesundheitssystem kommt natürlich ein besonderes Gewicht zu. Konkrete Empfehlungen zielen hier auf mehr Transparenz und den Abbau komplexer administrativer Prozesse im Gesundheitssystem sowie die gezielte Unterstützung von Ärzten und Pflegepersonal, um mit Patienten verständlich zu kommunizieren. Das gesamte System soll demnach einen Paradigmenwechsel vollziehen und sich im Vorsorge-, Behandlungs- und Versorgungsprozess auf den Patienten ausrichten. Weitere Aktionsfelder betreffen chronisch kranke Menschen, die in die Lage versetzt werden sollen, lebenslang kompetent mit ihrer Krankheit umzugehen. Abschließend wird auch der systematische Ausbau der Forschung zum Thema Gesundheitskompetenz angemahnt, ohne die ein Fortschritt auf diesem Gebiet nicht denkbar ist.

Literatur

Kickbusch I., Pelikan J. M., Haslbeck J., Apfel F., Tsouros A. (Hrsg.): Gesundheitskompetenz. Die Fakten 2016. www.careum.ch/documents/20181/113461/KPB_WHO_Gesundheitskompetenz_Fakten/1b5693c2-cfa7-4c8c-82a1-e6edf4dab1db.

Parker R., Ratzan S. C.: Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. *Journal of Health Communication* 2010;15(sup2):20–33.

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

Schaeffer D., Vogt D., Berens E.-M., Hurrelmann K.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht 2016. www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf.

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

Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J. M., Slonska Z., Brand H., HLS-EU Consortium: Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* 2012;12(1):1–13.

World Health Organization: Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development 2016. www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/.

Kontakt

Klaus Hurrelmann

Hertie School of Governance

Friedrichstr. 180

10771 Berlin

E-Mail: hurrelmann@hertie-school.org