

# Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland

Die HLS-GER-Studie und ihre Relevanz für die Logopädie

*Doris Schaeffer, Dominique Vogt, Eva-Maria Berens*

**ZUSAMMENFASSUNG.** Gesundheitskompetenz wird zusehends als wichtige Voraussetzung erachtet, um die eigene Gesundheit erhalten, bei Gesundheitsstörungen und Krankheiten aktiv an der Behandlung und der Wiedererlangung der Gesundheit mitwirken und sich auch für gesunde Lebensbedingungen engagieren zu können. Erste empirische Befunde zeigen jedoch, dass die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland eine niedrige Gesundheitskompetenz und damit Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat. Die HLS-GER-Studie deutet zugleich an, dass vor allem Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Menschen im höheren Lebensalter und ebenso Menschen mit chronischer Krankheit eine vergleichsweise niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen. Menschen mit einem niedrigen Gesundheitskompetenzniveau haben zudem häufiger einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand. Erkenntnisse wie diese unterstreichen, wie wichtig die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland ist. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte daher künftig einen festen Stellenwert im Gesundheitssystem erhalten. Zugleich ist es notwendig, dem Thema nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen größere Aufmerksamkeit zu schenken, denn die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine facettenreiche Aufgabe, die viele Bereiche der Gesellschaft tangiert. Sie erfordert daher eine gesamtgesellschaftliche Strategie.

Schlüsselwörter: Gesundheitskompetenz – Health Literacy – Intervention

## Einleitung

Gesundheitskompetenz wird zusehends als wichtige Voraussetzung erachtet, um die eigene Gesundheit erhalten, sich bei Gesundheitsstörungen und Krankheiten gezielt durch das Gesundheitswesen zu navigieren, aktiv an der Behandlung und der Wiedererlangung der Gesundheit mitwirken und auch, um sich für gesunde Lebensbedingungen engagieren zu können.

Da all diese Aufgaben in modernen Gesellschaften mit hohen Anforderungen an das Individuum verbunden sind, müssen Menschen motiviert und in der Lage sein, relevante Gesundheitsinformationen finden, lesen und verstehen, einschätzen und nutzen zu können, benötigen sie also – anders formuliert – Gesundheitskompetenz.

## Was ist Gesundheitskompetenz?

Gesundheitskompetenz ist die Übersetzung von „Health Literacy“ – ein Begriff, der der anglo-amerikanischen Alphabetisierungsdebatte entstammt. Dort wird Literalität (Literacy) als Schreib- und Lesefähigkeit (Schrift-

sprachkompetenz) definiert; Health Literacy wiederum als Anwendung literaler Fähigkeiten auf Gesundheitsfragen.

Der Begriff tauchte erstmals 1974 in der Literatur auf (*Oldfield & Dreher* 2010). Den Hintergrund bildeten die hohen Analphabetenraten in den USA (*Kirsch et al.* 2002). Über 20% der Erwachsenen in Amerika erreichten lediglich das niedrigste Literalitätsniveau (Level 1) und hatten erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit schriftlichen Informationen (*Kirsch et al.* 2002). Die hohen Raten riefen zahlreiche Diskussionen hervor und führten rasch zu der Frage, ob Menschen mit eingeschränkten literalen Fähigkeiten überhaupt in der Lage sind, die im Gesundheitswesen an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen: beispielsweise Terminezettel zu lesen oder Packungsbeilagen von Medikamenten oder Therapiehinweise zu verstehen und zu befolgen (*Parker et al.* 1995).

Überarbeitete Fassung des Keynote-Vortrags auf dem 46. Jahreskongress des dbl 2017 in Mainz

**Prof. Dr. Doris Schaeffer** ist seit 1997 Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Bewältigung und Versorgung chronischer Krankheit, Förderung der Gesundheitskompetenz und neue Versorgungsmodelle. Sie ist Mitglied zahlreicher Expertengremien und hat das vom BMJV geförderte Projekt „Health Literacy in Deutschland – Erhebung repräsentativer Daten und Entwicklung einer Material- und Methodensammlung“ initiiert und geleitet. Derzeit ist sie federführend an der Erarbeitung eines nationalen Aktionsplans zur Gesundheitskompetenz beteiligt.



**Dr. Dominique Vogt** ist Gesundheitswissenschaftlerin und seit 2012 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld beschäftigt. Dort promovierte sie zum Thema „Health Literacy bei älteren Menschen“. Zudem war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Health Literacy als Ausgangspunkt nutzerorientierter Beratung: Erhebung repräsentativer Daten und Entwicklung einer Material- und Methodensammlung für die Beratung (HLS-GER)“ tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich Gesundheits- und Nutzerkompetenz sowie der Prävention von Pflegebedürftigkeit.



**Dr. Eva-Maria Berens** hat an der Universität Bielefeld Gesundheitswissenschaften studiert und ist seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin der AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Von 2010-2015 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der AG Epidemiologie und International Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften beschäftigt. 2016 hat sie ihre Promotion zum Thema „Mammographie-Screening bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund“ abgeschlossen.



Die zur Beantwortung dieser Fragen durchgeführten Untersuchungen stellen die ersten Gesundheitskompetenzstudien dar. In ihnen stand der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Literalität und Indikatoren der Gesundheit im Mittelpunkt (Williams et al. 1995). Sie basierten zunächst auf einem rein funktionalen Verständnis von Health Literacy/Gesundheitskompetenz – der Anwendung von Schreib-, Lese- und Rechenkompetenzen auf Gesundheitsthemen – und beruhten zudem auf einer traditionellen, vorrangig auf Sicherung von Compliance zielenden Sicht der Patientenrolle, wie die erwähnten Beispiele andeuten. Dieses enge Verständnis unterlag im Laufe der nachfolgenden Jahre zahlreichen Weiterentwicklungen und Erweiterungen (siehe dazu Vogt et al. 2016).

Den Hintergrund bildete nicht zuletzt die Diskussion über Patientenorientierung im Gesundheitssystem und der Wandel der Patientenrolle, durch den sich die Anforderungen an Patienten im Gesundheitssystem weitgreifend verändert haben (SVR 2003, 2012). Sie sind nicht mehr passive Leistungsempfänger, sondern werden als „aktive Subjekte“ angesehen, die sich als Partner und Ko-Produzenten (Dierks & Schwartz 2003, Gerlinger 2009, Horch et al. 2011) verantwortlich an der Behandlung und auch der dazu nötigen Entscheidungsfindung beteiligen. Patienten ist im Zuge dessen mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zugebilligt worden, wird aber auch mehr Engagement abgefordert. Dies setzt entsprechende Gesundheitskompetenz voraus.

Diese Veränderungen der Patientenrolle schlagen sich auch in der weiterentwickelten Definition von Sørensen und Kollegen nieder, die die aktuelle Diskussion über Gesundheitskompetenz im europäischen und besonders im deutschsprachigen Raum prägt: „Gesundheitskompetenz basiert auf 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 Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankenversorgung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen“ (ebd. 2012, 3).

Gesundheitskompetenz wird somit als Fähigkeit zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen definiert, die benötigt werden, um im Alltag die zur Gesundheitserhaltung bzw. Krankheitsbewältigung nötigen Entscheidungen treffen zu können.

In anderen Definitionen wird zudem betont, dass Gesundheitskompetenz dabei nicht nur auf persönlichen Fähigkeiten beruht, sondern gleichzeitig durch die Anforderungen der Umgebung, so auch die Bedingungen des Gesundheitssystems bestimmt wird (Parker 2009, Pelikan & Ganahl 2017), weshalb Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz auch das Gesundheitssystem und die dort tätigen Professionen einbeziehen müssen.

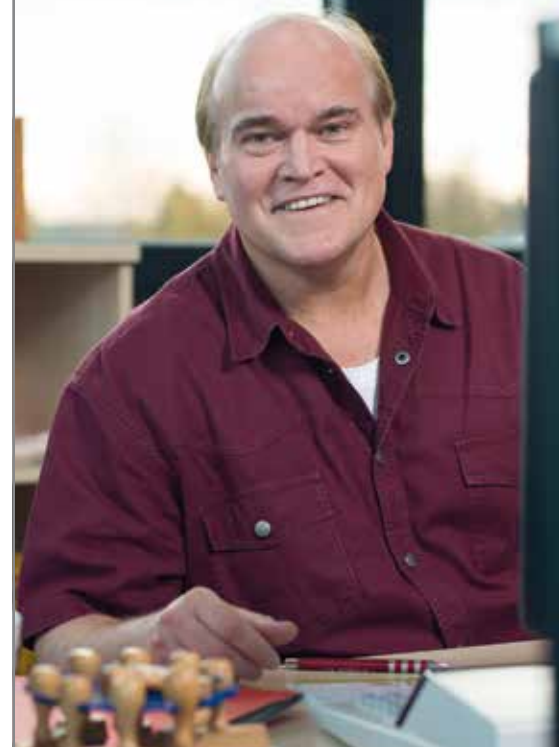
## Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung – empirische Befunde

International existiert bereits seit mehreren Jahrzehnten eine breite Forschungstradition zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (z.B. Paasche-Orlow et al. 2004, Nielsen-Bohman et al. 2004), die lange Zeit in den deutschsprachigen Ländern kaum zur Kenntnis genommen wurde (Schaeffer & Pelikan 2017). Das änderte sich mit dem Europäischen Health Literacy-Survey. Mit ihm wurde erstmalig die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in acht europäischen Ländern erhoben (HLS-EU-Consortium 2012).

Die Ergebnisse wurden im Jahr 2012 veröffentlicht und zeigen, dass fast jeder zweite EU-Bürger eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweist und damit Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen hat (ebd.): Konkret sind dies 47,6%. Deutschland, bzw. das für Deutschland an der HLS-EU-Studie beteiligte Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW), rangierte im Mittelfeld aller beteiligten Länder (ebd).

Diese Zahlen alarmierten auch in Deutschland einige Forschergruppen und motivierten sie, erste Studien auf den Weg zu bringen. Sie alle knüpften in unterschiedlicher Weise an den HLS-EU an und trugen dazu bei, dass das Thema Gesundheitskompetenz auch hierzulande zunehmend Aufmerksamkeit erhielt. Dazu gehören eine Befragung zur Gesundheitskompetenz unter gesetzlich Versicherten (Zok 2014) und die GEDA-Studie des Robert-Koch-Instituts, in der erstmalig ein Instrument zur Messung von Gesundheitskompetenz eingeschlossen wurde (Jordan & Hoebel 2015).

Zudem existiert eine Untersuchung zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen (ältere Menschen und bildungsferne Jugendliche jeweils mit und ohne Migrationshintergrund, Quenzel & Schaeffer 2016). Sie alle liefern erste Erkenntnisse darüber, welche Schwierigkeiten der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen für die Bevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen aufwirft.



**„Im Vorfeld schnell reagieren, um Ihnen Absetzungen der Kostenträger zu ersparen – das ist mein Ziel.“**

Robert Brockmann ///  
Mitarbeiter Mahnwesen

Die RZH macht Ihre Abrechnung und bietet Ihnen zahlreiche Dienstleistungen, die Sie individuell buchen können.

Profitieren Sie jetzt von umfangreichen Leistungen zu Top-Konditionen.

 Spezialist für Sonstige Leistungserbringer  
in der ARZ Haan AG

**RZH.**



Wir sind für Sie da.

Michael Rest ///  
Vertriebsleiter

Telefon 0281/9885-111  
www.rzh.de

### Erhebung repräsentativer Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland

Eine weitere Studie, aus der hier berichtet wird, stellt der deutsche Health Literacy-Survey (HLS-GER)<sup>1</sup> „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland“ dar (Schaeffer et al. 2016). Sein Ziel bestand darin, erstmals repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland zu liefern und die nach wie vor im HLS-EU-Survey für Deutschland bestehende Datenlücke zu schließen, da Deutschland hier nur mit einem Bundesland (NRW) teilgenommen hatte.

Die HLS-GER-Studie ist daher methodisch eng an den europäischen Survey angelehnt. Es erfolgte eine Querschnitterhebung von 2.000 Personen im Alter ab 15 Jahren, die in persönlichen computerassistierten Interviews (CAPI) befragt wurden (Schaeffer et al. 2016)<sup>2</sup>. Zur

Messung der Gesundheitskompetenz wurde der in der HLS-EU-Studie eingesetzte Fragebogen HLS-EU-Q47 genutzt. In ihm wird in 47 Fragen nach den empfundenen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen – Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen, beurteilen, Informationen nutzen – in den drei Bereichen Krankheitsversorgung, Prävention, Gesundheitsförderung erfragt.

Die Befragten konnten auf einer vierstufigen Skala von „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“ antworten. Die sich ergebenden Summenwerte wurden anschließend in vier Kategorien (inadäquat/problematisch/ausreichend/exzellente) eingeteilt. Detaillierte Informationen zur Erhebungs- und Auswertungsmethodik können der Publikation von Schaeffer et al. 2016 entnommen werden.

### Prävalenz und Folgen niedriger Gesundheitskompetenz in Deutschland

Die Studie zeigt, dass nur etwa 7 % der deutschen Bevölkerung über eine exzellente und weitere 38 % über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen (Abb. 1). Dagegen weist mehr als die Hälfte der Bevölkerung – konkret 54,3 % – eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Sie sehen sich vor große Herausforderungen gestellt, wenn es darum geht, gesundheitsrelevante Informati-

onen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf dieser Basis Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen (ebd.).

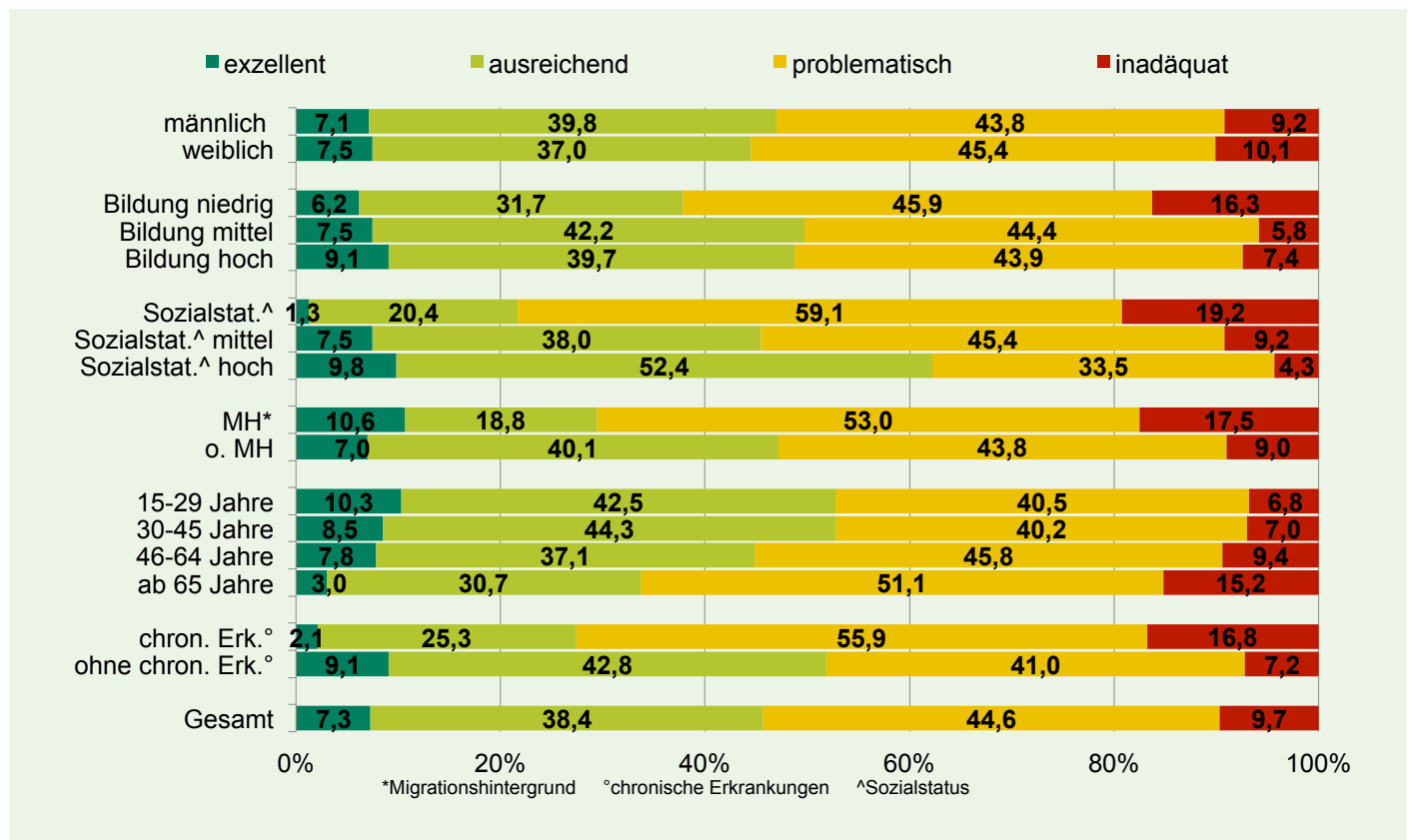
Dabei sind vor allem Anforderungen und Aufgaben aus dem Bereich der Gesundheitsförderung für die deutsche Bevölkerung schwer zu bewältigen. Beispielsweise finden es 41,9 % schwierig, sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in der Schule oder Kommune/Gemeinde zu informieren oder auch Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen (45,2 %).

Aber auch in anderen Situationen im Gesundheitssystem sehen sich die Bürger mit Problemen konfrontiert: So ist es für knapp die Hälfte von ihnen sehr oder ziemlich schwierig zu beurteilen, ob Gesundheitsinformationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind oder aber Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen. Auch finden es viele der Befragten schwer, Angaben auf Lebensmittelverpackungen oder Packungsbeilagen zu verstehen (ebd.).

Die Ergebnisse verweisen außerdem auf Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen. Menschen mit niedrigem Bildungsstand, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen im höheren Lebensalter und Menschen, die von Gesundheitseinbußen und chronischer Krankheit betroffen sind, haben

1 Das Projekt, in das die HLS-GER-Studie eingebettet war, wurde von der Universität Bielefeld durchgeführt und von 2014-2016 vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gefördert.  
2 Die Stichprobenziehung basierte auf einem dreistufigen ADM-Auswahlverfahren (Schaeffer et al. 2016)

■ Abb. 1: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (n=1.946) (Schaeffer et al. 2016)



häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz. Sie werden deshalb als vulnerabel bezeichnet. So haben beispielsweise mehr als zwei Drittel (72,7%) der Menschen, die an einer chronischen Krankheit leiden, erhebliche Probleme im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen.

Auch ein Großteil der befragten älteren Menschen ab 65 Jahren ist vor ähnliche Schwierigkeiten gestellt. Dabei nimmt der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz im hohen Lebensalter zu (ebd.). Während der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 70-Jährigen und den 71- bis 75-Jährigen bei etwa 60% liegt, verfügen bereits 75,5% der ab 76-Jährigen über eine niedrige Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2016, Vogt et al. 2017). Hochaltrige können somit zu den besonders vulnerablen Gruppen gezählt werden. Ihnen fällt es besonders schwer, sich im Gesundheitswesen zu orientieren, mit den Herausforderungen der Krankheitsbewältigung und Gesundheitserhaltung umzugehen und dazu erforderliche gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen (ebd.).

Menschen mit einem niedrigen Gesundheitskompetenzniveau haben zudem häufiger einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand. Knapp 15% der deutschen Bevölkerung mit inadäquater Gesundheitskompetenz schätzt die eigene Gesundheit als schlecht oder sogar sehr schlecht ein. Bei Menschen mit exzellenter Gesundheitskompetenz trifft dies nur auf weniger als 1% zu.

Zudem weisen Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ungesündere Verhaltensweisen auf, sie sind deutlich weniger körperlich aktiv: Etwa 15% von ihnen bewegt sich nach eigenen Angaben überhaupt nicht. Auch beim Ernährungsverhalten zeigen sich Unterschiede: Für Menschen mit ausreichender Gesundheitskompetenz zählen Obst und Gemüse häufiger zur alltäglichen Ernährung (Schaeffer et al. 2016).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass niedrige Gesundheitskompetenz ein zentrales Public-Health-Problem darstellt, denn die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland sieht sich vor Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt. Sie unterstreichen damit die Wichtigkeit der Stärkung der Gesundheitskompetenz und verweisen auch auf den hohen, hier auch für die Gesundheitsprofessionen bestehenden Handlungsbedarf – ein Ergebnis, das auch für die Logopädie relevant ist. Denn der Logopädie kommt hohe Bedeutung für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz zu – sei es bei der Allgemeinbevölkerung oder bei vulnerablen Gruppen, wie z.B. bildungsfernen Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen

oder Menschen mit chronischen Krankheiten. Diese Gruppen machen einen Großteil der Klientel der Logopädie aus. Die Profession hat zudem ein besonderes Verständnis für Menschen mit eingeschränkter funktionaler literaler Fähigkeiten und mit Artikulations- und Sprechstörungen und könnte deshalb zugleich Multiplikatorenfunktion für andere Gesundheitsberufe einnehmen.

## Maßnahmen und Ansätze zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sind ganz unterschiedliche Interventionsstrategien und -ansätze erforderlich. Eine wichtige Rolle spielen ganz sicher Maßnahmen, die darauf zielen, die persönliche Gesundheitskompetenz zu verbessern, sei es durch Empowerment und Befähigung zum Umgang mit Information, durch bessere, qualitätsgesicherte Information, nutzerfreundlichere Aufbereitung und Gestaltung von Information oder Vereinfachung des Zugangs zu Informationen etc.

Dabei sollte vulnerablen Gruppen besondere Beachtung zukommen. Doch ebenso wichtig sind Maßnahmen auf struktureller und vor allem auf professioneller Ebene. Denn die Gesundheitsprofessionen spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen, nehmen diese Aufgabe aber oft nicht so wahr, wie es aus Nutzersicht wünschenswert wäre, weil es ihnen an der erforderlichen Kommunikations- und Vermittlungskompetenz wie auch an hinreichender Kenntnis zum Umgang mit niedriger Gesundheitskompetenz fehlt (Schaeffer et al. 2016).

Deshalb wurde basierend auf den Ergebnissen der HLS-GER-Studie an der Universität Bielefeld eine Material- und Methodensammlung „Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten“ erarbeitet (Schmidt-Kaehler et al. 2017). Sie soll die Gesundheitsberufe für die Herausforderungen im Bereich Gesundheitskompetenz sensibilisieren und sie darin unterstützen, Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz besser verstehen und förderlicher mit ihnen umgehen zu können.

Die Material- und Methodensammlung beinhaltet Grundlagenwissen zum Thema Gesundheitskompetenz, Instrumente zur Identifizierung von Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz, Strategien der Gesprächsführung sowie Methoden zur Verbesserung schriftlicher und gesprochener Information sowie zur Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen bzw. gesundheitskom-

petenter Organisationen. Beispielhaft sollen kurz einige Instrumente aus der Sammlung vorgestellt werden.

► *Red Flags* ist eine Methode, die der Sensibilisierung für bestimmte Warnhinweise dient, um Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz besser erkennen zu können. Angeführt werden folgende Indikatoren, die auf eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz hinweisen:

- Unter einem Vorwand vermeiden Patienten, schriftliche Informationen oder Texte vor Dritten zu lesen, zu bearbeiten oder zu schreiben;
- Angehörige oder Bekannte begleiten Patienten zur Behandlung und übernehmen das Lesen und Ausfüllen von Formularen;
- Patienten stellen Fragen, die bereits ausführlich in einer Broschüre oder anderen schriftlichen Materialien erklärt wurden;
- Formulare oder dergleichen werden von Patienten nicht korrekt oder sehr lückenhaft ausgefüllt;
- Termine werden von Patienten gar nicht oder zur falschen Zeit wahrgenommen;
- Patienten verhalten sich eventuell unangemessen (z.B. übertriebenes Herumalbern oder Verärgerung).

► Zu den Methoden, die die Gesundheitsprofessionen bei der Kommunikation mit Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz unterstützen sollen, gehört u.a. *Askme3*. Patienten und Nutzer werden bei dieser Methode dazu motiviert, bei jedem Kontakt mit Gesundheitsprofessionen – besonders mit Ärzten – drei Fragen zu stellen:

- Was ist mein Hauptproblem?
- Was kann oder sollte ich tun?
- Warum ist es für mich wichtig, das zu tun?

Ziel ist es, die Nutzer über diese Fragen darin zu unterstützen, eine aktivere Rolle im Behandlungs- und Versorgungsgeschehen zu übernehmen, sie zu stimulieren, sich zu äußern und dadurch die Kommunikation zu intensivieren, damit Nutzer relevante Informationen (besser) verstehen und einschätzen können und so eine Grundlage erhalten, um sich an gesundheitsrelevanten Entscheidungen beteiligen zu können (siehe genauer Schmidt-Kaehler et al. 2017).

► Auch die *Teach-Back-Methode* zielt auf Verbesserung der Kommunikation zwischen den Nutzern und Gesundheitsprofessionen. Bei dieser Methode, die in den USA ebenfalls seit einigen Jahren Anklang findet, geht es weniger um den Prozess der Informationsvermittlung als vielmehr um das Ergebnis eines Gesprächs und genauer: um die Rückversicherung darüber, welche Informationen Nutzer im Anschluss an ein Gespräch noch

erinnern und abrufen können. So können Informationslücken aufseiten der Nutzer identifiziert und auch die kommunikativen Fähigkeiten der Gesundheitsprofessionen reflektiert werden.

► Der *Motivierenden Gesprächsführung* liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen nicht veränderungsresistent, sondern ambivalent sind. Deshalb werden ein erhobener Zeigefinger, moralische Hinweise und Vorschriften vermieden und stattdessen wird versucht, die Motivation des Patienten zu erhöhen. So wird beispielsweise die Entscheidung für eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens unterstützt und der Patient zum Fürsprecher dieser Veränderung gemacht. Die Methode beinhaltet, dass der Therapeut die nächsten Schritte gemeinsam mit den Nutzern so konkret wie möglich plant. Da-

### Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten

Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz  
**Sebastian Schmidt-Kaehler,  
Dominique Vogt, Eva-Maria Berens,  
Annett Horn & Doris Schaeffer**

Bielefeld: Universität Bielefeld 2017  
55 S., kostenloser Download:

[http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-\\_und\\_Methodensammlung.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf)



durch entsteht Verbindlichkeit, und es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung (ebd.).

► Im Leitfaden „Building Health Literate Organizations“ werden wiederum Prozesse der Organisationsentwicklung beschrieben, die das Ziel haben, die Weiterentwicklung zu einer gesundheitskompetenten Organisation zu stimulieren und zu befördern. Dazu werden die wichtigsten Entwicklungsbereiche in Organisationen (z.B. Gestaltung der Führungsstrukturen; Qualifizierung des Personals; Gestaltung der Versorgungsumgebung) unter dem Aspekt „Gesundheitskompetenz“ in den Blick genommen. So gilt es beispielsweise leicht auszufüllende Formulare zu implementieren.

Soweit ein Einblick in die Material- und Methodensammlung „Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten“, die – so der bisherige Eindruck – auf eine sehr positive Resonanz im Gesundheitswesen stößt. Auf Ansätzen wie diesen gilt es künftig aufzubauen und sie zu erweitern.

## Die Förderung der Gesundheitskompetenz erfordert gesamtgesellschaftliche Strategie

Festzuhalten bleibt, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz künftig einen festen Stellenwert im Gesundheitssystem erhalten sollte, wie die im ersten Teil des Beitrags dargestellten Untersuchungsergebnisse gezeigt haben. Zugleich ist notwendig, dem Thema nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen, etwa im Erziehungs- und Bildungssektor oder in der Forschung größere Aufmerksamkeit zu schenken, denn die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine facettenreiche Aufgabe, die viele Bereiche der Gesellschaft tangiert. Sie erfordert daher eine gesamtgesellschaftliche Strategie.

Dies wird auch von Initiativen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstrichen, so beispielsweise in der kürzlich veröffentlichten *Shanghai Erklärung* (WHO 2016), der WHO Faktensammlung zur Gesundheitskompetenz (*Europe WHO* 2013) oder in den aus unterschiedlichen Ländern vorliegenden Nationalen Aktionsplänen (*Ministry of Health* 2015, *Putoni* 2010). All diese Initiativen belegen zudem die hohe Beachtung, die das Thema international inzwischen findet.

Auch in Deutschland erfährt das Thema zunehmend Beachtung. So erfolgt aktuell die Erarbeitung eines „Nationalen Aktionsplans zur Stärkung der Gesundheitskompetenz“ (*Schaeffer et al.* 2017). Der Aktionsplan<sup>3</sup> wird von einer Gruppe von elf wissenschaftlich einschlägig ausgewiesenen Experten erstellt mit dem Ziel, ein systematisches Vorgehen bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zu ermöglichen. Das Vorhaben steht unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Auf seine Initiative hin wurde kürzlich außerdem gemeinsam mit den Spitzenverbänden im Gesundheitswesen die *Allianz zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland* gegründet. Die grundlegende Idee ist, damit ein Forum zur Umsetzung entsprechender Maßnahmen in der Praxis zu etablieren. Exemplarisch belegt dies, dass dem Thema Gesundheitskompetenz auf gesundheitspolitischer Ebene vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Wichtig ist, diese Aufgabe künftig auch im Bewusstsein der Gesundheitsprofessionen – auch der Logopädie – zu verankern. Denn

3 Die Erarbeitung des Nationalen Aktionsplans „Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland“ wird von der Robert Bosch Stiftung und dem AOK Bundesverband finanziell unterstützt.

wenn Patientenorientierung und Teilhabe nicht nur postuliert, sondern wirklich realisiert werden sollen, kann man die Schwierigkeiten der Bevölkerung im Umgang mit Gesundheitsinformationen nicht ignorieren. Die Gesundheitsprofessionen sind nicht nur angehalten zu informieren, sondern auch dafür Sorge zu tragen, dass ihre Informationen auch wirklich ankommen, verstanden und genutzt werden können. Dabei kann die Logopädie einen wichtigen Beitrag leisten.

## LITERATUR

- Dierks, M.L. & Schwartz, F.W. (2003). Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. (Hrsg.) (2003), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (314-321). München: Urban & Fischer
- Europe WHO (2013). *The solid facts. Health Literacy*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) (26.07.2017)
- Gerlinger, T. (2009). Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven. In: Mozygema, K., Mümken, S., Krause, U., Zündel, M., Rehm, M., Höfling-Engels, N., Lüdecke, D. & Qurban, B. (Hrsg.), *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung* (17-31). Bern: Huber
- HLS-EU Consortium (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU*.
- Horch, K., Ryl, L., Hintzpetter, B. & Dierks, M.-L. (2011). *Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen. Die Nutzerperspektive*. GBE kompakt 2. Berlin: Robert-Koch-Institut (Hrsg.)
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (9), 942-950
- Kirsch, I.S., Jungeblut, A., Jenkins, L. & Kolstad, A. (2002). *Adult literacy in America. A first look at the findings of the national adult literacy survey*. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education
- Ministry of Health (2015). *A framework for health literacy*. Wellington, Neuseeland
- Nielsen-Bohman, L. & Kindig, D.A. & Panzer, A.M. (Hrsg.) (2004). *Health Literacy. A prescription to end confusion*. Washington: National Academies Press
- Oldfield, S.R. & Dreher, H.M. (2010). The concept of health literacy within the older adult population. *Holistic Nursing Practice* 24 (4), 204-212
- Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohman, L.T. & Rudd, R.R. (2004). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20 (2), 175-184

Parker, R.M. (2009). Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In: Hernandez, L. (Hrsg.), *Measures of health literacy* (91-98). Washington, DC: National Academic Press

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. *Journal of General Internal Medicine* 10 (10), 537-541

Pelikan, J.M. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer, D. & Pelikan, J.M. (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (93-125). Bern: Hogrefe

Puntoni, S. (2010). *Health literacy in Wales: a scoping document for Wales*. Public Health Wales

Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016). *Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, DOI: 10.13140/RG.2.1.2509.1604

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Berlin: SVR

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Bonn: SVR

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

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Weishaar, H. & Vogt, D. (2017). Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan. *Public Health Forum* 25 (1), 13-15

Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. DOI: 10.2391/0070-pub-29081112

Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E.M., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017). *Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz*. Bielefeld: Universität Bielefeld

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. et al. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80

Vogt, D., Berens, E., Messer, M., Schaeffer, D. & Hurrelmann, K. (2017). Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promotion International*. DOI: 10.1093/heapro/dax012

Vogt, D. & Messer, M., Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016). „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung* 11 (1), 46-52

Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W., Parikh, N.S., Pitkin, K., Coates, W.C. & Nurss, J.R. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *The Journal of the American Medical Association* 274 (21), 1677-1682

World Health Organization (2016) (Hrsg.). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai

Zok, K. (2014). Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *Wldo monitor* 11 (2), 1-12

#### SUMMARY. Health literacy of the German population – relevance for logopedics

Health literacy concerns the competencies to deal with health related information and is of increasing importance in order to take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve health and quality of life during the life course. First representative data show that limited health literacy is a public health problem – half of the German population has difficulties regarding health relevant tasks. The German Health Literacy Survey (HLS-GER) also shows that especially people with migration background, low educational attainment, chronic illness and older people more often have limited health literacy. In addition, limited health literacy can lead to poorer health outcomes (e.g. poorer health status). Insights like these indicate the need to improve health literacy in the german population. Improving health literacy should therefore form an integral part of the health system. Furthermore it is necessary to also pay attention to other fields (e.g. education sector), as the strengthening of health literacy is a multifaceted task affecting diverse areas of society. It therefore requires a strategy for the whole of society.

KEYWORDS: Health literacy – improving health literacy – German Health Literacy Survey – intervention

DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))  
10.2443/skv-s-2017-53020170501

#### Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Doris Schaeffer  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften AG 6  
Postfach 100 131  
33501 Bielefeld  
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

## The Grid 2 Mobilis

### Die Kommunikationsstrategie bei neurologischen und degenerativen Erkrankungen

Aphasie | MS | Demenz | Parkinson

- Einfach strukturiert
- Symbole und Vokabular erwachsenengerecht
- Integriertes Therapiematerial
- Benutzerfreundliche Oberflächengestaltung

The Grid 2 Fortbildungsangebote und weitere Infos unter:

[www.talktools-gmbh.de](http://www.talktools-gmbh.de)

Duisburg 0203 71354720 | Berlin 030 45020764 | Hamburg 04321 8526490

