

Health Literacy

Doris Schaeffer
Jürgen M. Pelikan
(Hrsg.)

Forschungsstand
und Perspektiven

Health Literacy

Health Literacy

Doris Schaeffer, Jürgen M. Pelikan (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip,
Bielefeld; Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

Doris Schaeffer
Jürgen M. Pelikan
(Hrsg.)

Health Literacy

Forschungsstand und Perspektiven

mit Beiträgen von

Ullrich Bauer
Alison Beauchamp
Eva-Maria Berens
Janine Bröder
Julia Dahlvik
Marie-Luise Dierks
Christina Dietscher
Olga Domanska
Michael Ewers
Christiane Firnges
Kristin Ganahl
Uwe Hartung
Jörg Haslbeck
Klaus Hurrelmann
Susanne Jordan

Kai Kolpatzik
Afaf I. Meleis
Melanie Messer
Orkan Okan
Richard Osborne
Jürgen M. Pelikan
Paulo Pinheiro
Gudrun Quenzel
Rima E. Rudd
Doris Schaeffer
Sebastian Schmidt-Kaehler
Peter Schulz
Gabriele Seidel
Dominique Vogt
und Klaus Zok

 **hogrefe**

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG

Lektorat Gesundheit

Länggass-Strasse 76

3000 Bern 9

Schweiz

Tel: +41 31 300 45 00

E-Mail: verlag@hogrefe.ch

Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Susanne Ristea

Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald

Herstellung: Daniel Berger

Umschlag: Claude Borer, Riehen

Satz: punktgenau GmbH, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín

Printed in Czech Republic

1. Auflage 2017

© 2017 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95604-6)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75604-2)

ISBN 978-3-456-85604-9

<http://doi.org/10.1024/85604>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	7
Konzeptionelle Perspektiven auf Health Literacy	9
1. Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz	11
<i>Doris Schaeffer, Jürgen M. Pelikan</i>	
2. Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes	19
<i>Rima E. Rudd</i>	
3. Health Literacy im Kindes- und Jugendalter – eine explorierende Perspektive	33
<i>Orkan Okan, Janine Bröder, Paulo Pinheiro, Ullrich Bauer</i>	
4. Chronische Krankheit und Health Literacy	53
<i>Doris Schaeffer</i>	
5. Optimising Health Literacy, Equity and Access (Ophelia)	71
<i>Richard H. Osborne, Alison Beauchamp</i>	
6. The Future of Health Literacy	79
<i>Peter J. Schulz, Uwe Hartung</i>	
7. Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse	93
<i>Jürgen M. Pelikan, Kristin Ganahl</i>	
Empirische Befunde zur Erfassung von Health Literacy in der Bevölkerung und einzelnen Bevölkerungsgruppen	127
8. Health Literacy in Deutschland.	129
<i>Doris Schaeffer, Dominique Vogt, Eva-Maria Berens, Melanie Messer, Gudrun Quenzel, Klaus Hurrelmann</i>	
9. Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten – Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativumfrage unter GKV-Versicherten	145
<i>Kai Kolpatzik, Klaus Zok</i>	
10. Health Literacy und Gesundheitsverhalten vulnerabler Bevölkerungsgruppen	157
<i>Gudrun Quenzel, Doris Schaeffer, Melanie Messer, Dominique Vogt</i>	
11. Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung	175
<i>Kristin Ganahl, Jürgen M. Pelikan</i>	

12. Health Literacy und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund	189
<i>Melanie Messer, Dominique Vogt, Gudrun Quenzel, Doris Schaeffer</i>	
13. Was determiniert Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien?	205
<i>Kristin Ganahl, Julia Dahlvik, Jürgen M. Pelikan</i>	
14. Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein: Überlegungen zur Konzeption von Gesundheitskompetenz unter Einbezug empirischer Daten aus der GEDA-Studie.	221
<i>Susanne Jordan, Olga Domanska, Christiane Firnges</i>	
Interventionserfordernisse und Ansätze zur Erhöhung von Health Literacy.	235
15. „Teach more, do less“ – Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege	237
<i>Michel Ewers, Doris Schaeffer, Afaf I. Meleis</i>	
16. Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten	259
<i>Jörg Haslbeck</i>	
17. Erfahrungen aus der Beratungspraxis der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland.	277
<i>Sebastian Schmidt-Kaehler</i>	
18. Erhöhung der Gesundheitskompetenz durch interaktive Formen der Gesundheitsbildung – Konzept und Erfahrungen der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)	289
<i>Marie-Luise Dierks, Gabriele Seidel</i>	
19. Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations – Results from an Austrian Feasibility Study on the Self-assessment of organizational Health Literacy in Hospitals	303
<i>Christina Dietscher, Jürgen M. Pelikan</i>	
20. Health Literacy – künftige Herausforderungen	315
<i>Doris Schaeffer, Jürgen M. Pelikan</i>	
Autorenverzeichnis	321
Abkürzungsverzeichnis	325
Sachwortverzeichnis	329

Geleitwort

Eine große Herausforderung unserer Zeit ist die Frage, ob es möglich sein wird, Gesundheit neu zu denken und zu praktizieren – sowohl im Alltag, wie in der Politik. Gesundheitskompetenz ist Entscheidungskompetenz und berührt die drei großen Werteorientierungen in der Gesundheitsgesellschaft – Gesundheit als Produkt, Gesundheit als ultimativer Wert und Gesundheit als emanzipativer Prozess. Diese Bereiche unterscheiden sich sowohl im Ausmaß, wie in der Art und Weise, in der die Menschen an Entscheidungen über ihre Gesundheit beteiligt sind.

Optiert man für ein Gesundheitsverständnis, das zum Ziel hat „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Ottawa Charta für Gesundheitsförderung), dann kommt der Gesundheitskompetenz eine bedeutende Rolle zu. Das gilt für alle wichtigen Bereiche des Alltags, des Konsums und des Gesundheitswesens: von den Gesundheitsdeterminanten, den Essgewohnheiten, von der Prävention bis hin zum Leben mit chronischer Erkrankung, Versorgung, Pflege und Tod. Gesundheitskompetenz stellt eine zunehmend bedeutende Alltagskompetenz dar, für die noch keine etablierten Vermittlungsformen bestehen, aber zunehmend antwortet der Markt als Ratgeber auf das offene Orientierungsbedürfnis.

Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung hat sich klar positioniert: „Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten“ die Gesundheitsdeterminanten positiv zu beeinflussen. Dabei wird deutlich, dass der Ruf nach Teilhabe und Selbstbestimmung immer auch

Machtfragen beinhaltet – dementsprechend kann man einen zukunftsweisenden Gesundheitsdiskurs nicht ohne die Reflexion über unterschiedliche Werteverständnisse und Demokratieverständnisse führen. Gesundheitskompetenz ist nur vordergründig eine Bildungsfrage, so wichtig diese Dimension auch ist.

Es geht um mehr als um Wissen, darin liegt auch der Unterschied zur Gesundheitserziehung, sonst könnte man das Thema durch die Einführung von Gesundheitsinformationen im Internet und die vielen angebotenen APPS ad acta legen. Vielmehr geht es – wie von Michel Foucault entwickelt – um die Ermächtigung zum Handeln. Ein solcher Prozess des ‚Empowerment‘ oder ‚power to‘ hat stets eine individuelle und eine gesellschaftliche Komponente. Macht ist dynamisch, sie manifestiert sich in konkreten sozialen Beziehungen und der Kommunikation zwischen Menschen und innerhalb von Organisationen und Systemen. In der Gesundheitsgesellschaft finden wir daher viele verschiedene Dynamiken von Macht – von mehr traditionellen hierarchischen Ausprägungen bis hin zu neuen Formen der zunehmenden Selbstkontrolle.

Im Gesundheitswesen finden wir Mikropraktiken der Macht, wie die Arzt-Patient Beziehung oder die Definitionsmacht über das Verständnis von gesund-krank. Wie in jeder Organisation sehen sich Patienten und Angehörige im Gesundheitswesen vielfältigen Machtbeziehungen gegenüber: formale Autorität des Arztes, Kontrolle über Entscheidungsprozesse, Organisationsstrukturen und -prozeduren, Verfügungsgewalt über Wissen, Information, Technologie und Ressourcen, um nur einige zu nennen. In der Konsumwelt

manifestiert sich die Dynamik über die Macht des Marketing und der Bilder, des Angebotes und Zugangs und die mangelnde Klarheit der Produktinformation. Beide Bereiche – Gesundheitswesen und Konsumwelt – sind definiert durch die neue Unübersichtlichkeit. So mag man zwar Wissen in einzelnen Bereichen besitzen, es fehlt aber die Systemkompetenz, die es ermöglicht, einen Zusammenhang herzustellen und Entwicklungen zu verstehen, oder auch zu durchschauen.

Diese Dynamik der Macht weist auch darauf hin, dass eine Strategie der Gesundheitskompetenz nicht nur auf Individuen ausgerichtet sein kann, sondern auch Organisationsstrukturen und Entscheidungsprozesse verändern muss. Sie beinhaltet Transparenz und Rechenschaftspflicht, die sowohl dem Bürger, wie dem Kunden und dem Patienten zustehen. Das geschieht durch Handlungsansätze wie „gesundheitskompetente Organisationen“ oder durch Behandlungsleitlinien, die gemeinsam von Patienten und Gesundheitspersonal erstellt werden. Die Sicherung der verständlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln fällt ebenso in diesen Handlungsbereich, wie die Informationen über die Qualität von medizinischen Dienstleistungen.

Es bedarf also auch eines politischen Verständnisses von Gesundheitskompetenz. Wir müssen uns verständigen, dass die Teilhabe an Gesundheitsentscheidungen ein Recht der Bürger ist und mit der Entwicklung von Gesundheitskompetenz eine Grundlage für das Einlösen dieses Rechtes gelegt wird. Die Daten, die in diesem Buch vorgestellt werden, zeigen es deutlich: Wie in anderen Bereichen der Gesundheit herrscht auch bei der Gesundheitskompetenz eine große Ungleichheit. Nur ca. ein Drittel der Bürger sind den vielen Herausforderungen, die in der Gesundheitsgesellschaft auf sie zukommen, gewachsen und das „Gesundheitssystem“ macht es ihnen nicht einfach. Man bedenke die Undurchsichtigkeit, die mit der „freien Arztwahl“ oder der freien Kassenwahl verbunden ist. Das macht unzufrieden, schafft vermeidbare Gesundheitsprobleme und verursacht überflüssige Kosten.

Obwohl mindestens 12% des deutschen Brutto sozialprodukts durch gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen geschaffen werden, wird der Bezug dazu, dass die Nutzung dieser Produkte und Dienstleistungen kompetente Bürger erfordert, nur selten hergestellt.

Entwicklung von Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Strategie, um die Dynamik und die Widersprüchlichkeiten der „Gesundheitsgesellschaft“ anzugehen. Menschen wollen vermehrt in ihrer Individualität akzeptiert und an Entscheidungen beteiligt werden – auch im Gesundheitswesen. Dies auch politisch und organisatorisch zu ermöglichen wäre Aufgabe einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Dazu gibt es erste Ansätze: In Österreich ist Gesundheitskompetenz nun zu einem der wichtigsten nationalen Gesundheitsziele erklärt worden. Auch in Deutschland und der Schweiz beginnt sich das Thema durchzusetzen, nicht zuletzt durch die Unterstützung von Stiftungen.

In der Politik wird die Gesundheitskompetenz erst langsam mit Entscheidungskompetenz, Bürgerrechten und Demokratie in Verbindung gebracht. Die Herausforderungen angesichts rapider medizinischer, gesellschaftlicher und technologischer Veränderung sind gewaltig – zunehmend bergen sie das gleichzeitige Potenzial von mehr Kontrolle und mehr Transparenz und Mitsprache. Es ist wichtig, dass unsere demokratischen Institutionen Gesundheit wertschätzen und politische Entscheidungen für Gesundheit treffen. Damit erlangt die Gesundheitskompetenz der Parlamentarier und die der Bürger, die sie wählen, eine hohe Bedeutung für die Richtung, die die Gesundheitsgesellschaft in Zukunft zwischen Solidarität und Eigenverantwortung einschlagen wird. Im Englischen werden diese Fragen unter dem Begriff ‚health citizenship‘ diskutiert – diese Verbindung eines emanzipativen Gesundheitsbegriffes mit dem Begriff des ‚citoyen‘ ist eine wichtige Grundlage für eine neue Bürgerkompetenz für Gesundheit.

Ilona Kickbusch, Brienz 2016

Konzeptionelle Perspektiven auf Health Literacy

1. Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz

Doris Schaeffer, Jürgen M. Pelikan

Was ist Health Literacy? Definition und Konzept

Health Literacy ist in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum zu einem bedeutsamen und vielbeachteten Thema geworden und hat eine rasante Themenkarriere durchlaufen. Auf vielen Tagungen ist Health Literacy präsent, es haben sich Kooperationen und Netzwerke gebildet und es sind erste Studien entstanden. Doch was verbirgt sich hinter dem Begriff?

Übersetzt wird er hierzulande meist als Gesundheitskompetenz, meint aber wörtlich gesundheitliche Literalität, was im Deutschen nicht sehr gebräuchlich ist. Der Begriff entstammt der anglo-amerikanischen Alphabetisierungsdiskussion, in der Literalität als Schriftsprachkompetenz definiert und als Voraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe verstanden wird. Inzwischen wird Literacy in der anglo-amerikanischen Diskussion jedoch als Metapher für zahlreiche, ganz unterschiedlich gelagerte Kompetenzen verwendet, wie allein Begriffe wie „food literacy“, „physical literacy“, „financial literacy“, „computer literacy“ etc. zeigen – so u. a. auch für im Alltag benötigte Fähigkeiten für gesundheitsrelevante Entscheidungen und Handlungen.

Health Literacy ist jedoch mehr als eine Metapher, wie allein die lange, bis heute anhaltende definitorische Diskussion zeigt. Zu Beginn war das Konzept lange Zeit durch ein ausschließlich funktionales Verständnis ge-

prägt. Danach wurden unter Health Literacy vornehmlich die erforderlichen Lese- und Schreibfähigkeiten verstanden, um die an die Patientenrolle gestellten Anforderungen bei der Behandlung und Therapie zu erfüllen und sich im Gesundheitswesen bewegen zu können (Parker, 2000). Viele der frühen Definitionen sind dabei eng an Krankheit bzw. Krankheitsbewältigung orientiert (Pelikan, 2015; Pelikan & Ganahl, in diesem Buch; Schaeffer, in diesem Buch). Durch die viel zitierte frühe Definition der World Health Organization (WHO, 1998) erfolgte eine Erweiterung. Sie definierte Health Literacy in ihrem „Health Promotion Glossary“ folgendermaßen:

Health Literacy represents the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointment. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. (WHO, 1998, p. 357)

Nach dieser an Gesundheitsförderung und Public Health orientierten Definition ist Health Literacy ein Bestandteil von Empowerment und umfasst die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die Individuen benötigen, um Informationen zu erschließen, zu verstehen und diese effektiv zur Gesundheitserhaltung