

# Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Aufgabe der Pflege

von Kai Kolpatzik<sup>1</sup>, Doris Schaeffer<sup>2</sup>, Dominique Vogt<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Die Gesundheitskompetenz der Patienten** wird international zunehmend erforscht. Verschiedene Studien haben dabei Defizite aufgedeckt – auch und gerade bei chronisch Kranken und Pflegebedürftigen. In Deutschland ist die Forschung zur Gesundheitskompetenz ebenfalls angelaufen, allerdings gibt es noch sehr wenige Erkenntnisse zum Thema Pflege. In der Pflegeausbildung ist Gesundheitskompetenz noch kein Thema, und auch die Angehörigen stehen bislang zu selten im Fokus. Der Nationale Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz mit seinen Handlungsempfehlungen, die Allianz für Gesundheitskompetenz und die Einrichtung einer Koordinierungsstelle, gefördert durch den AOK-Bundesverband, lassen jedoch erwarten, dass mehr Forschung initiiert wird, deren Ergebnisse helfen, das Selbst- und Fremdmanagement von Pflegebedürftigkeit spürbar zu verbessern.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitskompetenz, Pflegebedürftigkeit

*In the last few years, health literacy has received more and more attention. A number of international studies have uncovered significant deficits, particularly with respect to chronically ill patients and people in need of care. A number of years after the first international studies, German scientists have discovered health literacy as a field of research, but there is still little material on health literature with respect to people in need of care and the relatives who support them. Nurses' training still does not cover health literacy at all. However, the National Action Plan for the Promotion of Health Literacy with its guidelines, the Health Literacy Alliance, and the support of a coordination unit through the AOK-Bundesverband awaken the hope that more research will be done and that the results will help to improve the management of care dependency significantly.*

**Keywords:** health literacy, care dependency

## 1 Einführung: steigende Bedeutung von Gesundheitskompetenz in der Pflege

Die Förderung der Gesundheitskompetenz stellt ein gesellschaftlich zunehmend relevantes Thema dar (WHO 2016); das auch für professionell Pflegende bedeutsam ist. International wird der Pflege sogar eine zentrale Funktion bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zugewiesen (Speros 2011; 2005). Auch in Deutschland wird das Thema Gesundheitskompetenz – ausgelöst durch vorliegende empirische Befunde – aktuell verstärkt beachtet, sei es auf wissenschaftlicher oder politischer Ebene (Zok 2014; Kolpatzik 2014; Schaeffer et al. 2017).

Die Pflege ist dabei noch relativ wenig im Blick, und in der Pflege selbst wird die Diskussion über Gesundheitskompetenz bislang eher selten aufgegriffen – meist mit der Intention, überhaupt erst einmal die Relevanz des Themas für die Pflege zu eruieren (siehe beispielsweise Thilo et al. 2012; Ewers et al. 2017; Weishaar et al. 2017). Ziel dieses Beitrags ist es, zu erläutern, wie sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland darstellt, welche Schritte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz erforderlich sind und welche Rolle die Pflege bei der Verbesserung der Gesundheitskompetenz einnehmen könnte und sollte, sowie zu diskutieren, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit diese Aufgabe von der Pflege auch angemessen wahrgenommen und ausgestaltet werden kann.

<sup>1</sup> Dr. med. Kai Kolpatzik, AOK-Bundesverband · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462228  
E-Mail: kai.kolpatzik@bv.aok.de

<sup>2</sup> Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld · Fakultät für Gesundheitswissenschaften · Universitätsstraße 25 · 33615 Bielefeld  
Telefon: 0521 1063895 · E-Mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

<sup>3</sup> Dr. PH Dominique Vogt, Nationale Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz · Hertie School of Governance · Friedrichstraße 180 · 10117 Berlin  
Telefon: 030 259219393 · E-Mail: vogt@hertie-school.org

## 2 Gesundheitskompetenz: Definition und Konzeptverständnis

Der Begriff Gesundheitskompetenz – international als Health Literacy bezeichnet – ist bereits in den 1970er-Jahren entstanden. Er wurde zunächst zur Bezeichnung der erforderlichen literalen Fähigkeiten, also der Schreib- und Lesekompetenzen verwendet, um gesundheitsrelevante Information zu verstehen, sich angemessen im Gesundheitssystem zu verhalten und Compliance aufbringen zu können. Dieses paternalistisch gefärbte Verständnis hat sich über die Jahre sehr verändert (ausführlich siehe *Vogt et al. 2016; Malloy-Weir et al. 2016; Rudd 2017; Sørensen et al. 2012*). Inzwischen existieren etwa 250 verschiedene Definitionen von Health Literacy (*Malloy-Weir et al. 2016*), die sich hinsichtlich der einbezogenen Fähigkeiten und Ziele unterscheiden. Gemeinsam ist den neueren Definitionen, dass diese von einem anderen Verständnis der Patienten- und Nutzerrolle ausgehen und mehr unter Health Literacy verstehen als die bloße Anwendung funktionaler literaler Fähigkeiten auf gesundheits- und krankheitsbezogene Themen. Auch die auf Compliance-Sicherung konzentrierte Betrachtungsweise wurde inzwischen durch eine gesundheits- und ressourcenorientierte Perspektive, die auf Gesundheitserhaltung und informierte Entscheidungsfindung zielt, abgelöst. Exemplarisch zeigt dies die Definition von Sørensen et al. (2012), die für den europäischen Health Literacy Survey entwickelt wurde und die auf einer systematischen Literaturrecherche und -analyse basiert. Ihr zufolge ist Gesundheitskompetenz: „[...] linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ (deutsche Übersetzung auf Seite 24 dieser GGW).

Neben literalen Fähigkeiten werden hier Wissen, Motivation und Kompetenzen für wichtig erachtet, die Menschen befähigen, Gesundheitsinformationen zu erschließen, zu verstehen, zu bewerten und im Alltag zu nutzen, um für die Erhaltung der Gesundheit und Lebensqualität nötige Entscheidungen im Bereich der Krankheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung fällen zu können. Mit dieser Definition erfolgte ein wichtiger Schritt der Konzeptentwicklung, der auf den enormen Zuwachs an Entscheidungsverantwortung des Individuums in modernen Gesellschaften verweist und zugleich verdeutlicht, wie sehr sich die herkömmliche Patientenrolle verändert hat (*Dierks und Schwartz 2003; Horch et al. 2011; SVRKAiG 2002; SVR 2012*). Längst sind Patienten und Nutzer nicht mehr Objekt von Behandlung und Versorgung, sondern können und sollen mitentscheiden und sich aktiv beteiligen, wenn es um die Erhaltung ihrer Gesundheit geht. Das gilt auch, wenn Behandlungs- und Versorgungsfragen bei Krankheit anstehen

oder aber, wenn die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit zu entscheiden ist. Um die dabei an sie gestellten Anforderungen zu bewältigen, benötigen sie Gesundheitskompetenz.

## 3 Empirische Befunde zur Gesundheitskompetenz

International – vor allem in den USA – ist Health Literacy seit mehreren Jahrzehnten Thema der Forschung (siehe beispielsweise *Nielsen-Bohlman et al. 2004; Pleasant et al. 2015*). Die dort vorliegenden Forschungsbefunde zeigen seit Längerem, dass es vielen Patienten und Nutzern schwerfällt, mit Gesundheitsinformationen umzugehen und einzuschätzen, welche Behandlung oder Versorgung für sie oder ihre Angehörigen geeignet ist. In den USA, Kanada und weiteren Ländern liegt der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz meist bei 50 Prozent der Bevölkerung (*CCL 2008; Kutner et al. 2006*).

In Europa und Deutschland wurde das Thema Gesundheitskompetenz in der Forschung lange Zeit kaum beachtet. Erst mit der 2012 veröffentlichten europäischen Gesundheitskompetenz-Studie änderte sich das. In dieser sowie in einigen an sie in Deutschland anknüpfenden Untersuchungen werden mit dem HLS-EU-Q die subjektiv wahrgenommenen Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen erfasst. Die Gesundheitskompetenz der Befragten wird je nach Häufigkeit der mit „einfach“ oder „schwierig“ beantworteten Fragen in die Kategorien „exzellent“, „ausreichend“, „problematisch“ oder „inadäquat“ eingeteilt. Der HLS-EU-Q bezieht dabei ein, inwieweit ein System oder eine Profession den Patienten und Nutzern das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen ermöglicht, erleichtert oder erschwert. Demzufolge können subjektiv wahrgenommene Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen ihre Ursache in persönlichen Fähigkeiten und/oder den gegebenen Kontextbedingungen haben. Die objektive gesundheitliche Literalität wurde ergänzend im HLS-EU sowie im HLS-GER mit dem Newest Vital Sign (NVS) erfasst.

Nach den Ergebnissen der europäischen Gesundheitskompetenz-Studie weist nahezu die Hälfte der in acht europäischen Ländern befragten EU-Bürger eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und sieht sich vor Schwierigkeiten gestellt, Gesundheitsinformationen zur Krankheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (*HLS-EU Consortium 2012*). Besonders in Bulgarien, Spanien und Österreich verfügt ein hoher Anteil an Befragten über eine niedrige Gesundheitskompetenz (*HLS-*

TABELLE 1

## Ergebnisse des European Health Literacy Survey 2012

Land	Gesundheitskompetenzniveau (Angaben in Prozent)			
	Exzellent	Ausreichend	Problematisch	Inadäquat
Österreich	9,9	33,7	38,2	18,2
Bulgarien	11,3	26,6	35,2	26,9
Deutschland (NRW)	19,6	34,1	35,3	11,0
Griechenland	15,6	39,6	30,9	13,9
Spanien	9,1	32,6	50,8	7,5
Irland	21,3	38,7	29,7	10,3
Niederlande	25,1	46,3	26,9	1,8
Polen	19,5	35,9	34,4	10,2
<b>Gesamt</b>	<b>16,5</b>	<b>36,0</b>	<b>35,2</b>	<b>12,4</b>

Etwa die Hälfte der Bürger in den acht EU-Ländern (Einschränkung: in Deutschland wurden ausschließlich Menschen in Nordrhein-Westfalen befragt) stuft die eigene Gesundheitskompetenz als problematisch oder inadäquat ein.

Quelle: HLS-EU Consortium 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

EU Consortium 2012). Die Ergebnisse der Studie riefen große Aufmerksamkeit hervor – auch in Deutschland. Für Deutschland erfolgte die Befragung ausschließlich im Bundesland Nordrhein-Westfalen; bundesweit repräsentative Daten fehlten somit, sodass keine auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Aussagen möglich waren (siehe Tabelle 1).

Dadurch ausgelöst entstanden in der Folgezeit auch in Deutschland erste Studien zur Gesundheitskompetenz, die alle mit dem Ziel verbunden waren, zu gesamtdeutschen Daten zu gelangen. Dazu gehören unter anderem die Gesundheitskompetenz-Studie unter gesetzlich Versicherten und der deutsche Health Literacy Survey (HLS-GER) (Zok 2014; Schaeffer et al. 2016). Aus diesen beiden Studien soll nachfolgend ausführlicher berichtet werden. Denn beide Studien liefern erste empirische Erkenntnisse darüber, welche Schwierigkeiten der Umgang mit Gesundheitsinformationen für die Bevölkerung in Deutschland aufwirft. Zu erwähnen sind zudem noch die GEDA-Studie des Robert-Koch-Instituts sowie die Studie zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (Jordan und Hoebel 2015; Quenzel und Schaeffer 2016). Darüber hinaus existieren inzwischen weitere Untersuchungen, die sich mit Gesundheitskompetenz beschäftigen (beispielsweise Tiller et al. 2015).

In der Gesundheitskompetenz-Studie unter gesetzlich Versicherten wurden 2.010 gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren telefonisch interviewt. Gesundheitskompetenz wurde hier mit der standardisierten und validierten Kurzversion des Instruments des EU-Surveys (HLS-EU-Q16) erfasst. Dieses beinhaltet 16 ausgewählte Items der Langversion. Der Kurzfragebogen wie auch die 47 Fragen umfassende Langversion basieren auf der zuvor dargestellten Gesundheitskompetenz-Definition (Sørensen et al. 2012). Im HLS-GER wiederum wurde die Langversion des im europäischen Survey entwickelten Fragebogens – HLS-EU-Q47 verwendet. Er basiert auf einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren, in der insgesamt 2.000 Personen in computergestützten persönlichen Interviews (CAPI) befragt wurden.

#### 4 Deutschland – empirische Befunde im Detail

Die beiden beschriebenen Studien zur Gesundheitskompetenz in Deutschland kommen gleichermaßen zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der Bevölkerung sich im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor erhebliche Schwierigkeiten

rigkeiten gestellt sieht. So zeigen die Ergebnisse der deutschen Gesundheitskompetenzstudie (HLS-GER), dass mit 54,3 Prozent mehr als jede und jeder zweite Befragte Schwierigkeiten hat, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen (Schaeffer et al. 2016). In der Studie unter gesetzlich Versicherten ist die Zahl sogar noch höher: Ihr zufolge haben knapp 60 Prozent der Befragten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (Zok 2014). Relevante geschlechtsspezifische Unterschiede sind in keiner der Studien aufgefallen. Zudem zeigte sich insbesondere bei den Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, aber auch bei Menschen mit Migrationshintergrund eine geringer ausgeprägte Gesundheitskompetenz. In der HLS-GER-Studie liegt der Anteil der Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz in beiden Gruppen bei mehr als 60 Prozent (Schaeffer et al. 2016). Auch hier ist die Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zu ähnlichen Ergebnissen gekommen (Zok 2014). 67,8 Prozent der Menschen mit einem niedrigen Haushaltsnettoeinkommen haben größere Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen (Zok 2014).

Auch ältere Menschen und Menschen, deren Gesundheit beeinträchtigt ist, weisen häufiger eine niedrige Health Literacy auf. Bei älteren Menschen ab 65 Jahren liegt dieser Anteil bei gut 66 Prozent (Schaeffer et al. 2016). Bei den gesetzlich Versicherten im Alter zwischen 60 bis 69 Jahren sind es immerhin 59,2 Prozent (Zok 2014). Noch höher ist der Anteil bei Menschen, die unter einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden. Fast 73 Prozent der Menschen mit einer chronischen Erkrankung finden der HLS-GER-Studie zufolge viele der an sie gestellten Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen schwierig (Schaeffer et al. 2016). Der hohe Anteil niedriger Health Literacy bei Menschen mit chronischen Krankheiten ist auf den ersten Blick erstaunlich. Bedenkt man aber, dass chronische Krankheiten fast immer mit einem hohen Bedarf an Versorgung einhergehen und die Erkrankten daher über vielfältige Erfahrung mit dem Gesundheitssystem verfügen und deshalb die Herausforderungen, die mit der Navigation und Nutzung des Systems verbunden sind, besonders gut kennen, wird verständlich, warum gerade bei ihnen der Anteil so hoch ist. Zu vermuten ist, dass sie die an sie gestellten Anforderungen realistischer einschätzen.

Die Ergebnisse beider Studien weisen zugleich auf ein wichtiges Problem hin: die hohen Anforderungen, die das Gesundheitssystem an Patienten und Nutzer stellt. Für die pflegerische Versorgung gilt das in gleicher Weise. Dieses Problem wird aktuell durch die Umbrüche, die mit den Pflegereformen einhergehen, sogar noch verstärkt. Bei genauer Betrachtung der Frage, was den befragten Älteren und Menschen mit chronischer Krankheit schwerfällt, zeigt sich, dass diese sich vor allem im Bereich der Krankheitsbewältigung und -versorgung vor

Herausforderungen gestellt sehen. Beispielsweise finden sie es schwierig, Beipackzettel von Medikamenten zu verstehen. Das ist aus verschiedenen Gründen bemerkenswert: Zum einen, weil gerade Menschen mit chronischer Krankheit und vielfach auch ältere Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation auf Medikamente angewiesen sind und ein komplexes Medikamentenregime managen und dazu mit krankheitsrelevanten Informationen umgehen müssen (Haslbeck 2017). Es ist aber auch deshalb erwähnenswert, weil das Thema Verständlichkeit von Beipackzetteln seit vielen Jahren diskutiert wird. Lösungsmöglichkeiten, zu denen beispielsweise der laienverständliche WiDO-Beipackzettel gehört, liegen bereits seit vielen Jahren auf dem Tisch (Nink und Schröder 2005). Auch Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten einzuschätzen, wird von über 60 Prozent der Befragten mit chronischen Krankheiten als schwierig empfunden (Schaeffer et al. 2016).

Ebenso finden beide Gruppen die Suche nach Informationen schwierig. Dies zeigt sich beispielsweise bei der Suche nach Informationen über Therapiemöglichkeiten bei Krankheiten oder über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen. Sind diese Informationen aufgefunden worden, stehen die Betroffenen oft vor der nächsten, keineswegs einfachen Herausforderung. Sie müssen die erhaltene Information einschätzen und beurteilen, ob sie für sie relevant ist, und auch, ob sie vertrauenswürdig und qualitätsgesichert beziehungsweise richtig ist. Auch dies wird von etwa 70 Prozent der befragten Älteren und einem ähnlich hohen Anteil bei Menschen mit chronischer Krankheit als sehr schwierig eingeschätzt. Mit ihren Fragen wenden sie sich sehr häufig an die Gesundheitsprofessionen – meist an Haus- und Fachärzte. Diese stellen die erste Anlaufstelle bei der Suche nach gesundheits- und krankheitsrelevanten Informationen dar – werden aber nicht immer verstanden. Konkret nach der Verständlichkeit der Erklärungen ihres Haus- und Facharztes befragt, geben mehr als 40 Prozent an, Erklärungen schon einmal nicht verstanden zu haben (Schaeffer et al. 2016).

Diese Befunde verdeutlichen, dass es nicht ausreicht, einfach Information zur Verfügung zu stellen; vielmehr wird auch eine Instanz benötigt, mit der die Information besprochen und reflektiert werden kann und die bei der Einordnung und Einschätzung behilflich ist. Professionell Pflegende sind dazu eine gerade für diese beiden Gruppen wichtige und auch geeignete Instanz, weil sie oft Einblick in den Alltag der Patienten haben und ihnen eine geringere soziale Distanz zu den Patienten bescheinigt wird. Wie wichtig eine solche Instanz ist, wird anhand weiterer Studienergebnisse deutlich: Denn Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben oftmals negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten und Nutzer. So wird der eigene Gesundheitszustand von Menschen mit niedriger Health Literacy eher als schlecht oder gar sehr schlecht beurteilt (Schaeffer et al. 2016). Ein ähnliches Bild zeigen die Ergebnisse der Befragung der gesetzlich Versicherten: Eine gute Gesundheitskompetenz

ist meist gleichbedeutend mit besserer körperlicher und psychischer Gesundheit (Zok 2014).

Auch die Nutzung von Versorgungsleistungen und -einrichtungen wird von der Höhe der Health Literacy beeinflusst. Beispielsweise gehen Menschen mit niedriger Health Literacy häufiger zum Arzt und haben zudem mehr Krankenhausaufenthalte als diejenigen mit ausreichender oder guter Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2016).

Zusammengefasst zeigen die Daten beider Studien, dass niedrige Gesundheitskompetenz ein großes Problem in Deutschland darstellt, das dringend der Intervention bedarf. Um zu Veränderungen zu gelangen, sind die Gesundheitsprofessionen besonders gefordert, denn sie sind wichtige Informationsinstanzen, nehmen diese Aufgabe aus Sicht der Befragten aber, wie die dargestellten Befunde unterstreichen, bislang offenbar nicht so wahr, wie es notwendig und wünschenswert wäre. Seine Ursache hat dies unter anderem darin, dass sie nicht ausreichend für das Thema sensibilisiert und ausgestattet sind. Auch der Pflege kommt bei der Verbesserung der Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle zu. Darüber, wie diese ausgestaltet werden könnte und welche Bedingungen dazu erforderlich sind, soll es nun im folgenden Abschnitt gehen.

## 5 Förderung der Gesundheitskompetenz als Aufgabe der Pflege

Zur Förderung der Gesundheitskompetenz bedarf es eines mehrgleisigen Vorgehens (siehe dazu Schaeffer et al. 2016 und Schaeffer et al. 2017). Den Gesundheitsprofessionen und -organisationen kommt dabei eine hohe Bedeutung zu. Das gilt auch und besonders für die Pflege, weil sie – wie bereits betont – eine wichtige Kommunikations- und Informationsvermittlungsinstante für alle Patienten und Angehörigen ist – vor allem, wenn es um Fragen der Krankheitsbewältigung, dauerhafte Funktionsbeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit geht. Oft ist sie zudem in Versorgungssituationen präsent, in denen der Bedarf an kommunikativer und edukativer Unterstützung und auch an Stärkung der Gesundheitskompetenz direkt zutage tritt. Das ist beispielsweise während der Durchführung von Interventionen im Krankenhaus der Fall, ebenso bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus oder wenn der häusliche Alltag nicht mehr allein bewältigt werden kann. Genauso, wenn sich in den Spätphasen chronischer Krankheit die Probleme zuspitzen und Weichen für die weitere Versorgung gestellt werden müssen, und ebenso, wenn ein Übergang in die stationäre Langzeitversorgung beziehungsweise die Palliativversorgung erforderlich ist (Ewers et al. 2017). Durch die Anwesenheit in solchen Situationen, in denen Patienten und ihre Angehörigen meist vielfältige Fragen haben, die aufgrund mangelnden Wissens

nicht allein beantwortet werden können, hat die Pflege gute Voraussetzungen für die Förderung von Gesundheitskompetenz. Dennoch werden die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen bislang kaum diskutiert, weil das Thema Gesundheitskompetenz hierzulande in der Pflege bislang nur sporadisch aufgegriffen wird. Die dargestellten Befunde unterstreichen jedoch die Wichtigkeit, diesem Thema größere Aufmerksamkeit zu schenken und ihm eine stärkere Präsenz in den Fachdiskussionen in der Pflege sowie in der Qualifizierung und Weiterbildung zu geben – dieses mit dem Ziel, die Sensibilisierung für Fragen der Gesundheitskompetenz und besonders für die Folgen niedriger Health Literacy zu erhöhen. So bedarf der Umgang mit (niedriger) Gesundheitskompetenz der Verbesserung, denn auf diese Aufgabe sind die Gesundheitsprofessionen und auch die Pflege qualifikatorisch nicht ausreichend vorbereitet. Bislang kommt das Thema Gesundheitskompetenz nicht in den Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege vor. Generell spielen kommunikative und informations- und wissensvermittelnde beziehungsweise edukative Aufgaben darin eine nur untergeordnete Rolle. Die erforderlichen qualifikatorischen Voraussetzungen für den Umgang und auch die Förderung von Gesundheitskompetenz zu schaffen, ist somit eine weitere wichtige künftige Aufgabe – insbesondere, da die Vermittlung von Gesundheitskompetenz eine anspruchsvolle Aufgabe darstellt, die einer soliden, wissenschaftlich fundierten Qualifikation bedarf, wie die internationale Diskussion zeigt (Ewers et al. 2017).

Zugleich fehlt es auch in der Pflege an methodischem Rüstzeug für diese Aufgabe. Aus diesem Grund wurde unter anderem eine Material- und Methodensammlung erarbeitet, in der Methoden und Instrumente zum Erkennen geringer Gesundheitskompetenz, zur Verbesserung der Gesprächsführung und Informationsvermittlung sowie zur Erstellung von Gesundheitsinformationen enthalten ist (Schmidt-Kaehler et al. 2017). Dazu gehört der Gesprächsleitfaden „Three Steps to Better Health Literacy“. Er zielt auf eine wirksame Informations- und Kompetenzvermittlung bei Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz. Dabei kann zunächst der Wissensstand der Patienten ermittelt und in einem nächsten Schritt verbessert werden. Auch sollen den Patienten, Angehörigen und Nutzern notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden (Schmidt-Kaehler et al. 2017). Solche methodischen Hilfen sind jedoch allein nicht ausreichend – sie müssen auch konzeptionell eingebettet werden. Um das zu ermöglichen, ist auch hierzulande die Entwicklung geeigneter Konzepte und Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz erforderlich, die auf die besonderen Bedingungen und Aufgaben der Pflege sowie die unterschiedlichen Settings, in denen die Pflege tätig ist, zugeschnitten sind. Neben diesen pflegespezifischen Besonderheiten ist bei der Konzeptentwicklung auch die spezielle Situation zu beachten, in der sich die Klientel der Pflege befindet. In vielen Settings hat die Pflege es mit Menschen zu tun,

die in hohem Maß durch Vulnerabilität und nicht selten auch gesundheitliche Fragilität gekennzeichnet sind. Deshalb ist ein sensibles Vorgehen gefragt, bei dem stets die Möglichkeiten und Chancen, aber auch die (ethischen) Grenzen von Interventionen austariert werden müssen.

Überdies stellt sich gerade in der Pflege die Herausforderung, statt auf verhaltensorientierte Interventionen, die auf Stärkung der persönlichen Fähigkeiten zielen, mehr auf verhältnisorientierte Interventionen zu setzen, die auf die Herstellung gesundheitskompetenzförderlicher Settings ausgerichtet sind. Diesem moderneren Verständnis von Gesundheitskompetenz, in dem den strukturellen Rahmenbedingungen und dem sozialen Kontext, in denen sich eine Person befindet und bewegt, eine wichtige Rolle zugeschrieben wird, ist es zu verdanken, dass vermehrt nun auch die Veränderungen der strukturellen und sozialen Kontextbedingungen zum Gegenstand von Interventionsbemühungen werden. Gemeint sind zum Beispiel Interventionen, die sich zum Ziel setzen, die Organisationen, in denen Pflege tätig ist, an diese Aufgabe anzupassen und die dort vorfindbaren Bedingungen so zu strukturieren, dass sie die Förderung von Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen stützen. Dazu liegen erste internationale Konzeptansätze vor – wie die Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz (*Dietscher und Pelikan 2017; Brach et al. 2012*). Solche Health Literate Organizations (HLO) erleichtern Patienten, Pflegebedürftigen und Angehörigen auf allen Ebenen (durch Veränderung unter anderem der Führungsstrukturen und Versorgungsumgebung) den Zugang, das Verstehen und den Nutzen von Informationen und Versorgungsangeboten (*Brach et al. 2012*). Das Konzept der HLO muss allerdings noch auf die hiesigen Bedingungen und auch auf die Besonderheiten der Pflege und der pflegerischen Versorgung übertragen werden, denn es wurde überwiegend für den Krankenhausbereich entwickelt (*Pelikan und Dietscher 2015*). Gleichwohl liegt hier ein vielversprechender Konzeptansatz vor, der künftig der Weiterentwicklung und Anpassung bedarf und alsbald in Modellversuchen erprobt und auf seine Machbarkeit hin untersucht werden sollte.

Zudem bietet sich Gesundheitskompetenz auch als ein Qualitätskriterium für das Versorgungssystem innerhalb von Pflegeeinrichtungen an. In diesem Setting, das aus über 13.000 Pflegeheimen mit mehr als 800.000 pflegebedürftigen Bewohnern und 730.000 Pflegekräften (*Statistisches Bundesamt 2017*) besteht, ist eine gut ausgebildete Gesundheitskompetenz von besonderer Bedeutung. Unklar ist bislang, inwieweit Aspekte der Gesundheitskompetenz im Rahmen der (existierenden) Qualitätsentwicklung innerhalb der Lebenswelten der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen aufgegriffen und im Versorgungssystem verankert werden können. Zu dieser Fragestellung führt der AOK-Bundesverband seit 2017 ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt durch, in dem er ein Rahmen-

konzept mit Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz für die drei Ebenen der Pflegebedürftigen, der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen selbst entwickelt, pilotiert und evaluiert. Zur nachhaltigen Wirkung der Projektziele wurde bereits eine breite Einbindung mit den Gesundheits- und Sozialressorts in Bund, Ländern und Kommunen, den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie Renten- und Unfallversicherungsträgern, Experten der entsprechenden wissenschaftlichen Disziplinen zu Projektbeginn vorgenommen, um so durch partizipative Qualitätsentwicklung eine „lebensweltorientierte“ Prävention und Gesundheitsförderung (*Wright et al. 2009*) zu ermöglichen und durch das Engagement aller Akteure Qualitätssicherungsmaßnahmen und -instrumente gemeinsam zu entwickeln und die Qualität der Maßnahmen und Interventionen zu steigern (*Kliche 2011*).

Nicht weniger wichtig ist es, einen weiteren Aspekt zu beachten. Denn bei der Versorgung und Betreuung bei Pflegebedürftigkeit spielen die Angehörigen eine wichtige Rolle. Über weite Strecken stellen sie allein die Versorgung sicher. Auch wenn Pflege einbezogen ist, obliegt den Angehörigen meist ein zentraler Part, etwa wenn Entscheidungen und Weichenstellungen für den weiteren Verlauf der Versorgung anstehen. Außerdem sind sie oft eine wichtige Vertrauensinstanz der Pflegebedürftigen. Deshalb sollten auch sie als Adressaten in gesundheitskompetenzfördernde Bemühungen eingebunden werden, zumal pflegende Angehörige ihrerseits für die Bewältigung der mit ihrer Rolle einhergehenden Aufgaben und Belastungen ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz benötigen, über das sie nicht zwangsläufig verfügen.

Hier deutet sich an, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Pflege eine sehr facettenreiche Aufgabe darstellt. Dem muss bei der Konzept- und Strategieentwicklung wie auch der Umsetzung Rechnung getragen werden. Nicht übersehen werden darf dabei, dass die genannten Aufgaben grundsätzlich nicht ohne Intensivierung der Forschung zur Gesundheitskompetenz und der dazu nötigen Forschungsförderung lösbar sind. Das ist umso nachhaltiger zu betonen, als die Forschung auf diesem Gebiet in Deutschland noch am Anfang steht. Das gilt erst recht, wenn es um das Thema Gesundheitskompetenz im Kontext der Pflege geht. Dazu finden sich bislang keine Studien und auch dies bedarf künftig der Veränderung – allein um zu evidenzbasierten Interventionen zu gelangen.

## 6 Ausblick

Auch in Deutschland wird die Bedeutung der Stärkung der Gesundheitskompetenz zunehmend als wichtige Aufgabe erkannt. Um sie systematisch angehen zu können, wurde aktuell und unterstützt von der Robert-Bosch-Stiftung und dem

AOK-Bundesverband von einer internationalen Experten-Gruppe ein Nationaler Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz erarbeitet und veröffentlicht. Internationalen Vorbildern folgend werden hier Handlungsempfehlungen erarbeitet, mit denen die Gesundheitskompetenz in den unterschiedlichen Bereichen gesellschaftlichen Lebens gestärkt werden kann. In den Fokus der Betrachtungen werden insbesondere folgende vier Handlungsfelder genommen:

- Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern,
- das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten,
- gesundheitskompetent mit chronischer Krankheit leben und
- Gesundheitskompetenz systematisch erforschen.

Der Pflege kommt im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz eine bedeutende Rolle zu, die künftig aber sicher noch weiter auszuleuchten und mit Leben zu füllen ist.

## Literatur

- Brach C et al. (2012):** Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. New York: Institute of Medicine
- CCL (Canadian Council on Learning) (2008):** Health Literacy in Canada. A Healthy Understanding; <http://en.copian.ca/library/research/ccl/health/health.pdf>
- Dierks ML, Schwartz FW (2003):** Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz FW et al. (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 314–321
- Dietscher C, Pelikan J (2017):** Health-Literate Hospitals and Health-care Organizations – Results from an Austrian Feasibility Study on the Self-Assessment of Organizational Health Literacy in Hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 303–313
- Ewers M et al. (2017):** „Teach More, Do Less“ – Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 237–259
- Haslbeck J (2017):** Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 259–275
- HLS-EU Consortium (2012):** Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (Second Extended and Revised Version); [http://lbihpr.lbg.ac.at/w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu\\_rev\\_hls-eu\\_report\\_2015\\_05\\_13\\_lit.pdf](http://lbihpr.lbg.ac.at/w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf)
- Horch K et al. (2011):** Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen. Die Nutzerperspektive. Robert Koch-Institut (Hrsg.), GBE kompakt, Jg. 2, Heft 2
- Jordan S, Hoebel J (2015):** Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 9, 942–950
- Kliche T (2011):** Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 54, No. 2, 194–206
- Kolpatzik K (2014):** Lücken beim Gesundheitswissen. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 17, Heft 7–8, 27–30
- Kutner M et al. (2006):** The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education
- Malloy-Weir LJ et al. (2016):** A Review of Health Literacy: Definitions, Interpretations, and Implications for Policy Initiatives. Journal of Public Health Policy, Vol. 37, No. 3, 334–352
- Nielsen-Bohman L et al. (Hrsg.) (2004):** Health Literacy. A Prescription to End Confusion. Washington: National Academies Press
- Nink K, Schröder H (2005):** Zu Risiken und Nebenwirkungen: Lesen Sie die Packungsbeilage? WIdO-Materialien, Band 53. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK
- Pelikan J, Dietscher C (2015):** Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 9, 989–995
- Pleasant A et al. (2015):** Health Literacy Research and Practice: A Needed Paradigm Shift. Health Communication, Vol. 30, No.12, 1176–1180
- Quenzel G, Schaeffer D (2016):** Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen; [www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer\\_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen\\_Ergebnisbericht\\_2016.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf)
- Rudd R (2017):** Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 19–31
- Schaeffer D et al. (2016):** Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld
- Schaeffer D et al. (2017):** Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan. Public Health Forum, Vol. 25, No. 1, 13–15
- Schmidt-Kaehler S et al. (2017):** Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld: Universität Bielefeld
- Sørensen K et al. (2012):** Health Literacy and Public Health. A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health, Vol. 12, No.1, 1–13
- Speros C. (2005):** Health Literacy: Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing, Vol. 50, No. 6, 633–640
- Speros C (2011):** Promoting Health Literacy. A Nursing Imperative. The Nursing Clinics of North America, Vol. 46, No. 3, 321–33, vi–vii
- Statistisches Bundesamt (2017):** Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

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

**SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2002):** Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos Verlag

**Thilo F, Sommerhalder K, Hahn S (2012):** Gesundheitskompetenz – ein Konzept für die professionelle Pflege? Pflege, Jg. 25, Heft 6, 427–438

**Tiller D et al. (2015):** Health Literacy in an Urban Elderly East-German Population – Results from the Population-Based CARLA Study. BMC Public Health, Vol. 15, No. 1, 1–9

**Vogt D et al. (2016):** „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 11, Heft 1, 46–52

**Weishaar H et al. (2017):** Gesundheitskompetenz: Gut beraten. Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 56, Heft 17, 90–93

**WHO (World Health Organization (Hrsg.) (2016):** Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. 9th Global Conference on Health Promotion; Shanghai, 21.–24. November 2016

**Wright MT et al. (2009):** Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip P, Müller V (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Verlag Hans Huber, 157–175

**Zok K (2014):** Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdO-Monitor, Jg. 11, Heft 2, 1–12

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 23. März 2018)

Diese Analyse ist die Vorabversion eines Kapitels aus dem Buch „Agenda Pflege 2021“ von Nadine-Michèle Szepan und Franz Wagner (Hrsg.), das der KomPart-Verlag in Kürze veröffentlichen wird. Interessierte wenden sich bitte an [info@kompart.de](mailto:info@kompart.de).

## DIE AUTOREN



### Dr. med. Kai Kolpatzik,

Jahrgang 1969, ist Arzt und Gesundheitswissenschaftler und arbeitete als Assistenzarzt in der Chirurgie in Krankenhäusern in Freiburg und am Bodensee. Stationen in der Gesundheitswissenschaft waren die Universität Bielefeld – mit Abschluss Master of Public Health und European Master of Public Health – und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf. 2004 nahm er seine Tätigkeit im AOK-Bundesverband auf. Seit 2009 leitet er dort die Abteilung Prävention. Kolpatzik ist Initiator der ersten bundesweit repräsentativen Studie zur Gesundheitskompetenz gesetzlich Versicherter in Deutschland.



### Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer,

Jahrgang 1953, ist seit 1997 Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Sie ist Senior Fellow an der Hertie School of Governance. Doris Schaeffer ist und war Mitglied zahlreicher Expertengremien, unter anderem im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit. Zu ihren Arbeitsschwerpunkte zählen Bewältigung und Versorgung chronischer Krankheit, pflegerische Versorgung und neue nutzerorientierte Versorgungsmodelle.



### Dr. PH Dominique Vogt,

Jahrgang 1987, leitet die Nationale Koordinierungsstelle Health Literacy, die an der Hertie School of Governance angesiedelt ist und vom AOK-Bundesverband gefördert wird. Sie studierte von 2006 bis 2009 Gesundheitskommunikation und von 2009 bis 2011 Public Health in Bielefeld, wo sie 2017 mit einer Arbeit über Gesundheitskompetenz im Alter dissertierte. Als Postdoc an der Hertie School of Governance arbeitet sie eng mit Prof. Klaus Hurrelmann zusammen. Ihre Schwerpunkte sind Gesundheitskompetenz, Gesundheitsinformationen, Alter und Public Health.