



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2018, 18. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Claudia Börnhorst*, Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, Bremen 2

Drei Fragen an

Josef Franz Lindner, Institut für Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Augsburg 3

Buchtipps

von *Harald Christa*, Sozialmanagement an der Evangelischen Hochschule Dresden 4

WIDO

Krankenhaus-Report 2018

Die Versorgung qualitätsorientiert gestalten 5

Arzneimittelpreise

Neue Präparate puschen die Ausgaben 6

Fehlzeiten

Fernpendeln belastet die Psyche 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Gesundheitskompetenz

Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Aufgabe der Pflege

Kai Kolpatzik, AOK-Bundesverband, Berlin, *Doris Schaeffer*, Universität Bielefeld, und *Dominique Vogt*, Hertie School of Governance, Berlin 7

Was Gesundheitspädagogik zur Gesundheitskompetenz beitragen kann

Manfred Cassens und *Robert Dengler*, FOM Hochschule, München 15

Gesundheitskompetenz als Kommunikationsherausforderung

Eva Baumann, Hochschule für Musik, Theater und Medien, Hannover ... 23

STUDIE IM FOKUS

Indikation für die Stentimplantation bei stabiler Angina pectoris auf dem Prüfstand 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit.“ Was Immanuel Kant vor weit über 200 Jahren in der Berlinischen Monatsschrift äußerte, würden heutige Philosophen wohl etwas anders formulieren. Was Kant meint, ist aber nach wie vor gültig: Jeder sollte in der Lage sein, selbst zu denken, zu entscheiden und zu handeln. Das Dumme dabei: Diese Dinge bringen uns in wesentlichem Maße andere Menschen bei. Von deren Denkmustern, Entscheidungskriterien und Handlungsmaximen zu abstrahieren, sodass nur die reinen Fähigkeiten und Fertigkeiten übrig bleiben, ist gar nicht so einfach. Manche erleben in jungen Jahren, dass andere ihnen Entscheidungen abnehmen, die sie eigentlich hätten selbst treffen wollen. Einige halten ein Leben lang andere für kompetenter als sich selbst und delegieren daher Entscheidungen. Wenn es um die eigene Gesundheit geht, ist derartiges Verhalten ziemlich widersinnig, denn gesund ist man nicht in erster Linie für andere, sondern für sich selbst. Und wie Menschen gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheiten erleben und welcher Leidensdruck ihnen dadurch erwächst, ist so-wieso höchst individuell. Daher ist es zwingend geboten, Menschen zu befähigen, die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Wir haben deswegen dieses Heft verschiedenen Aspekten des Themas Health Literacy gewidmet. Im Zusammenhang mit dem Thema Pflege ist der Aufbau entsprechender Kompetenzen eine schwierige, aber wichtige Aufgabe, wie **Kai Kolpatzik**, **Doris Schaeffer** und **Dominique Vogt** in ihrer Analyse ausführen. Dass beim Thema Gesundheitskompetenz auf Erkenntnisse aus der Gesundheitspädagogik zurückgegriffen werden kann, erläutern **Manfred Cassens** und **Robert Dengler**. **Eva Baumann** wiederum zeigt, dass Journalisten einen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz leisten können, dabei aber verschiedene Dinge beherzigen sollten.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Medizinstudium**Neue Zusatzqualifikation
Onkologie in Kiel**

Ein Zertifikatsstudium Onkologie bietet die Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel seit dem Wintersemester 2017/2018 gemeinsam mit dem „Kiel Oncology Network“ an. Das neue studienbegleitende Angebot bereitet angehende Mediziner auf die Behandlung von und den Umgang mit Krebspatienten vor. ■

Mehr Informationen:

www.medizin.uni-kiel.de/de/studium/medizin/zweiter-studienabschnitt/schwerpunktcurriculum-onkologie

Wissenstransfer**Aus der Forschung in die
Praxis**

In einer gemeinsamen „Proof-of-Concept-Initiative“ fördern Fraunhofer-Gesellschaft, Helmholtz-Gemeinschaft und Deutsche Hochschulmedizin in den nächsten drei Jahren vier Pilotvorhaben mit bis zu zwölf Millionen Euro. Ziel der Initiative ist es, Erkenntnisse aus der Forschung rasch in medizinische Anwendungen und Therapien zu überführen. ■

Mehr Informationen:

www.helmholtz.de > Aktuell > Presseinformationen > Schneller vom Labor zum Patienten

Psychische Erkrankungen**Hilfe zur Selbsthilfe
in Entwicklungsländern**

Auf eine bessere Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Entwicklungsländern zielt das internationale Verbundprojekt UPSIDES ab, das zunächst in sieben Ländern, darunter Uganda, Indien und Sierra Leone, startet. Bei diesem Hilfsangebot stehen den Betroffenen Genesungsbegleiter zur Seite, die selbst Erfahrung mit einer psychischen Erkrankung haben. Die Europäische Union und die Global Alliance of Chronic Diseases fördern das von der

ZEITSCHRIFTENSCHAU**Frühkindlicher BMI und metabolisches Risiko**

Schon länger wird vermutet, dass eine rapide Gewichtszunahme in der frühen Kindheit in Zusammenhang mit zahlreichen Erkrankungen im Erwachsenenalter steht. Anhand der Daten aus der von der EU finanzierten IDEFICS-Studie wurde jetzt untersucht, inwiefern die frühkindliche Entwicklung des Body-Mass-Index (BMI) mit dem späteren metabolischen Risiko bei Kindern zusammenhängt. Zur Bestimmung dieses Risikos wurden Taillenumfang, Blutdruck, Blutfettwerte, Blutglukose und Insulin betrachtet. Bereits vom Zeitpunkt der Geburt an war ein rasch ansteigender BMI mit einem erhöhten metabolischen Risiko in der späteren Kindheit assoziiert. Besonders ausgeprägt war der Zusammenhang zwischen dem späteren metabolischen Risiko und der Entwicklung des BMI in der frühen Kindheit, also im Alter zwischen neun Monaten und sechs Jahren. ■

Eur J Epidemiol 2016;31(5):513–525

Pizza, Burger & Co. nur in Maßen genießen

Im Rahmen einer Studie erhielten 14 gesunde, schlanke Männer nach dem Zufallsprinzip einmal ein aromatisiertes Palmöl-Getränk und einmal ein Glas mit klarem Wasser. Das Palmöl-Getränk enthielt eine ähnliche Menge an gesättigtem Fett wie zwei Salami-Pizzen oder zwei Cheeseburger mit Speck und eine große Portion Pommes frites. Es zeigte sich, dass diese eine fettreiche Mahlzeit

ausreichte, um die Insulinwirkung im Körper zu vermindern, den Fettgehalt der Leber zu erhöhen und den Energiehaushalt der Leber zu verändern. Die Autoren vermuten, dass der fortgesetzte, häufige Verzehr stark fetthaltiger Lebensmittel die Entstehung einer Insulinresistenz und einer nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung begünstigt. ■

J Clin Invest. 2017;127(2):695–708

Bewegung im Freien beugt Darmkrebs vor

Viel Bewegung ist mit einem verminderten Darmkrebsrisiko verbunden. Welche Mechanismen diesem Sachverhalt zugrunde liegen, ist allerdings noch weitgehend unbekannt. Mögliche Wirkungswege wurden im Rahmen einer großen europäischen Langzeit-Beobachtungsstudie, an der insgesamt circa 520.000 Frauen und Männer teilnahmen, erforscht. Die Ergebnisse zeigen, dass körperlich aktive Menschen im Vergleich zu weniger aktiven Personen ein um etwa 25 Prozent vermindertes Risiko aufweisen, an Dickdarmkrebs zu erkranken. Diese Risikoreduktion könnte durch die günstige Wirkung der körperlichen Aktivität auf den Taillenumfang, die Stoffwechselfgesundheit und den Vitamin-D-Status erklärbar sein, schlussfolgern die Autoren. Der beobachtete Einfluss des Vitamin-D-Spiegels lässt annehmen, dass insbesondere Bewegung im Freien dazu beitragen kann, das Erkrankungsrisiko für Darmkrebs zu senken. ■

Int J Epidemiol. 2017;46(6):1823–1835



Von
Dr. Claudia Börnhorst,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Leibniz
Institut für Präventionsforschung und
Epidemiologie – BIPS |
Abteilung: Biometrie und
EDV, Fachgruppe: Statistische
Methoden in der
Genetik und Life-Course
Epidemiologie

Adresse:

Achterstraße 30
28359 Bremen
Telefon:
0421 218-56946
Fax: 0421 218-56941
boern@leibniz-bips.de
www.bips.uni-bremen.de

Uniklinik Ulm koordinierte Projekt über fünf Jahre mit insgesamt drei Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

www.upsides.org

Versorgungsforschung Notfallversorgung im ländlichen Raum

Mathematiker der Technischen Universität Kaiserslautern und des Fraunhofer-Instituts für Techno- und Wirtschaftsmathematik entwickeln ein Rechenverfahren, um die Notarztversorgung im ländlichen Raum zu verbessern. Damit soll die Verteilung der Ärzte auf die Rettungswachen so optimiert werden, dass steigende Notfallaufkommen auch bei Ärztemangel abgedeckt werden können. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Projekt mit 1,1 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

<http://idw-online.de/de/news690587>

Forschungsförderung Seltenen Erkrankungen auf der Spur

Seit 2003 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) interdisziplinäre Forschungsverbünde zu seltenen Erkrankungen. Für eine neue Fördermaßnahme stehen nun weitere 21 Millionen Euro zur Verfügung. Im Rahmen des zweistufigen Antragsverfahrens ist zunächst bis zum 8. Mai eine Projektskizze einzureichen. ■

Mehr Informationen:

www.gesundheitsforschung-bmbf.de

Chancengleichheit Mehr Frauen an Hochschulen

Das 2008 von Bund und Ländern gemeinsam initiierte Professorinnenprogramm, das den Anteil von

Frauen in wissenschaftlichen Spitzenpositionen erhöhen soll, geht in die dritte Runde. Für die Jahre 2018 bis 2022 stehen 200 Millionen Euro an Fördermitteln bereit,

um die Gleichstellung im universitären Bereich zu stärken. ■

Mehr Informationen:

www.bmbf.de/de/das-professorinnenprogramm-236.html

DREI FRAGEN AN ...



Forschungsschwerpunkte:

Arzt-/Patienten-Verhältnis, Patientenrechte; menschenwürdiges Sterben; Gendiagnostik; Stammzellforschung; Reproduktionsmedizin; Therapie und Enhancement; Forschung an Menschen; Zell-, Gewebe- und Organtransplantation; Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten; zivil- und strafrechtliche Arzthaftung; Gestaltung der Krankenversicherung; E-Health-Recht

Jahresetat:

10.000 Euro (ohne Personalkosten)

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

5 Universitätsprofessoren,
1 wissenschaftliche Mitarbeiterin/Doktorandin,
2 studentische Hilfskräfte

Adresse:

Institut für Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie der Universität Augsburg
Universitätsstraße 24
86159 Augsburg
Telefon: 0821 598-4970
Fax: 0821 598-144970
josef.lindner@jura.uni-augsburg.de
www.jura.uni-augsburg.de/forschung/institute/ibgm

In einer komplexen Realität braucht Politik Beratung

... Prof. Dr. jur. Josef Franz Lindner, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht und Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Augsburg

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Das Institut für Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht (IBGM) deckt das öffentliche Recht (Prof. Dr. Ulrich M. Gassner, Prof. Dr. Josef Franz Lindner, Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger), das Zivilrecht (Prof. Dr. Jörg Neuner) und das Strafrecht (Prof. Dr. Dr. h.c. Michael Kubiciel) im gesamten bio-, gesundheits- und medizinrechtlichen Spektrum ab. Neben aktuellen Themen, wie der Einführung einer „Bürgerversicherung“ oder Strafbarkeitsrisiken durch die neu eingefügten Paragraphen 299a, b StGB zur Bestechlichkeit im Gesundheitswesen oder 217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung), beschäftigt sich das IBGM mit grundlegenden Fragestellungen des Biomedizin- und Gesundheitsrechts.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Das IBGM ist Mitglied des Zentrums für interdisziplinäre Gesundheitsforschung der Universität Augsburg (ZIG), das die einschlägige Forschung aus den Geistes-, Sozial-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften sowie weiterer angrenzender Disziplinen bündelt. Daneben richtet das IBGM jährliche Tagungen zu medizinrechtlichen Themen aus und lädt ausgewiesene Experten zu Vorträgen ein. Der intra- sowie interdisziplinäre Austausch ist charakteristisch für Veranstaltungen des IBGM.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Das Verhältnis von Wissenschaft und Politik ist seit den Tagen Platons ein strittiges Feld. Die Politik kann in einer komplexen Realität nicht ohne wissenschaftliche Beratung agieren. Umgekehrt sollten sich Wissenschaftler nicht anmaßen, politische Entscheidungen beeinflussen zu wollen.

Studium I

Masterstudium Advanced Nursing Practice

An der Evangelischen Hochschule Nürnberg ist im März ein neuer Masterstudiengang „Advanced Nursing Practice“ gestartet. Das auf drei Semester angelegte Vollzeitstudium, das in Kooperation mit der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg angeboten wird, setzt vorhergehende Pflegestudiengänge fachlich fort und soll die Absolventen auf erweiterte berufliche Anforderungen in der Pflegepraxis vorbereiten. Die Studierenden können ihren Schwerpunkt wahlweise auf den Bereich Akutpflege oder Psychiatriische Pflege setzen. ■

Mehr Informationen:
www.evhn.de/master-anp.html

Studium II

Gesundheit und Diversity in der Arbeit

Zum Wintersemester 2018/2019 bietet die Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum erstmals einen viersemestrigen Masterstudiengang „Gesundheit und Diversity in der Arbeit“ an. Das Vollzeitstudium, das auch ein anwendungsbezogenes Forschungsprojekt umfasst, soll die Studierenden dazu qualifizieren, integrative Konzepte für den betrieblichen Umgang mit den Themen Veränderung, Gesundheit und Diversity zu entwickeln. Online-Bewerbungen sind bis zum 15. Juli möglich. ■

Mehr Informationen:
www.hs-gesundheit.de > Masterstudiengänge > Gesundheit und Diversity in der Arbeit

Studium III

Modellprojekt „Medizin neu denken“

Die Universitäten Bonn und Siegen planen zum Wintersemester 2018/2019 einen neuen, gemeinsamen Studiengang Humanmedizin. Das mit Landesmitteln geförderte Modellprojekt „Medizin neu denken“ soll helfen, die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern; in Forschung und Lehre wird die digitale Medizin eine zentrale Rolle spielen. Die ersten 25 Studierenden sollen ab Herbst 2018 die Vorklinik und die ersten beiden klinischen Semester in Bonn, die weitere Ausbildung dann in Siegen absolvieren. ■

Mehr Informationen:
www.uni-bonn.de/neues/070-2018

BUCHTIPPS

Zum Thema Sozialmanagement



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Harald Christa**, Professor für Sozialmanagement an der Evangelischen Hochschule Dresden – University of Applied Sciences for Social Work, Education and Nursing

Dürerstraße 25
01307 Dresden
Telefon: 0351 4690234
harald.christa@ehs-dresden.de
www.ehs-dresden.de

Autoren/Titel	Inhalt
<i>Rudolf Biecker, Edeltraud Vomberg (Hrsg.)</i> Management in der sozialen Arbeit	Dieses Buch, der siebte Band der Reihe „Grundwissen Soziale Arbeit“, richtet sich insbesondere an Führungskräfte der Sozialpädagogik. Neben der Entwicklung des Sozialmanagements werden die klassischen und die aktuellen Aufgaben und Herausforderungen im Bereich Personal, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Projektentwicklung, Existenzgründung und Absatz thematisiert sowie mithilfe von Beispielen und Abbildungen anschaulich und gut verständlich aufbereitet. (Kohlhammer, 2012)
<i>Uwe Bettig et al.</i> Betriebswirtschaftliche Grundlagen in der Sozialwirtschaft	Dieses Lehrbuch konzentriert sich auf die Anwendung betriebswirtschaftlicher Methoden in Einrichtungen und Diensten der Wohlfahrtspflege. Das Lehrbuch behandelt mit Finanzierung, Marketing, Organisation, Rechnungswesen und Controlling alle wesentlichen BWL-Bereiche und geht mit einem Abschnitt zu Wirksamkeit und Wirksamkeitsmessung auch auf Möglichkeiten des Leistungsnachweises und der Legitimation von Leistungserbringern ein. (UTB, 2013)
<i>Friedrich Vogelbusch</i> Management von Sozialunternehmen Eine Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit Praxisbeispielen	Das Buch bietet eine umfassende, praxisorientierte Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre für Unternehmen der Sozial-, Gesundheits- und Pflegewirtschaft. Neben den betrieblichen Funktionen sowie Aspekten wie Steuerrecht und Standortwahl werden auch weiche Themen der Managementlehre, beispielsweise Kommunikation oder Personal- und Organisationsentwicklung, ausführlich thematisiert. (Vahlen, 2018)

Krankenhaus-Report 2018

Die Versorgung qualitätsorientiert gestalten

Der Krankenhaus-Report 2018 beschäftigt sich in seinem Schwerpunkt mit der Frage, wie sich eine in quantitativer und qualitativer Hinsicht bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gewährleisten lässt.

Medizinische Leistungen in Krankenhäusern sollten sich am Bedarf der Patienten orientieren, und zwar mit Blick auf die vorgehaltenen Kapazitäten, den erforderlichen Leistungsmix und eine hohe Qualität des Leistungsangebotes.

Insgesamt bewegt sich die stationäre Versorgung in Deutschland auf einem hohen Niveau. Obwohl es vergleichsweise zahlreiche niedergelassene Fachärzte gibt, verfügt Deutschland gegenüber dem Durchschnitt von 15 EU-Staaten über 65 Prozent mehr akutstationäre Krankenhausbetten und weist 50 Prozent mehr vollstationäre Behandlungsfälle auf. Noch immer werden in der Bundesrepublik zu viele Patienten stationär versorgt, bei denen eine ambulante Behandlung möglich und vorteilhaft wäre. Zudem ist die deutsche Krankenhauslandschaft nach wie vor durch viele kleine und mittlere Einrichtungen geprägt: Fast zwei Drittel der allgemeinen Krankenhäuser haben weniger als 300 Betten und bieten gleichzeitig ein zu breites Behandlungsspektrum an. Dabei belegen zahlreiche Studien deutliche Qualitätsunterschiede zwischen einzelnen Krankenhäusern und weisen für viele Leistungen einen positiven Zusammenhang zwischen der Häufigkeit eines Eingriffs und der Qualität nach.

Das hat zur Folge, dass Gelder unwirtschaftlich verwendet werden und ohnehin knappes Personal ineffizient an zu vielen konkurrierenden Standorten eingesetzt wird. Vor allem aber entstehen dadurch Qualitätsdefizite bei der Behandlung. Aus diesen Erkenntnissen wurden bislang noch zu wenige Schlüsse gezogen. Nötig wäre eine stärkere Konzentration insbesondere von komplexen Behandlungsfällen auf spezialisierte Standorte.

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) rückt Aspekte der qualitätsorientierten Versorgung in den Vordergrund, sei es über Mindestmengen-

regelungen oder Vorgaben für vorzuhaltende Strukturen. Die Länder stehen im Rahmen der Krankenhausplanung in besonderer Verantwortung, die stationäre Versorgung zukunftssicher, bedarfsgerecht und eben auch qualitätsorientiert zu gestalten. Sie können in dieser Rolle bei der Umsetzung über bundesweite Qualitätsvorgaben hinausgehen. Dadurch ist es ihnen möglich, wenn auch in unterschiedlichen regionalen Ausgangslagen, den KHSG-Auftrag einer besseren Versorgungsqualität über eine indikationsbezogene Zentralisierung voranzutreiben. ■



Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Berlin: Schattauer-Verlag 2018; 580 Seiten, 59,90 Euro, ISBN 978-3-7945-3287-2

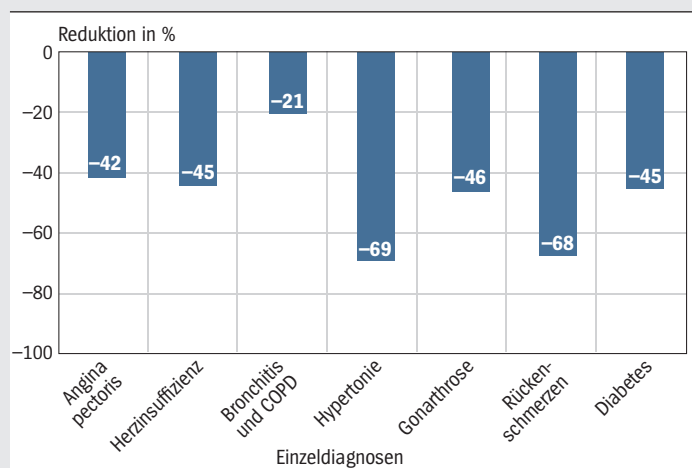


Foto: AOK-Bundesverband

Jörg Friedrich, Leiter des Forschungsbereichs Krankenhaus im Wissenschaftlichen Institut der AOK

„Unterschiede bei der Ergebnisqualität der Krankenhäuser, abhängig von Fallzahl und Strukturen, sind wissenschaftlich breit belegt. Die Krankenhausplanung der Länder muss diese Erkenntnisse jetzt umsetzen.“

Mögliche Fallzahlreduktion in Deutschland bei Angleichung an den EU-Mittelwert für (voll-)stationäre Fälle



Entspräche die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle in Deutschland dem Mittelwert der EU, gäbe es bei bestimmten Diagnosen weniger Krankenhausbehandlungen.

Quelle: Büsses und Berger nach WHO 2017; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des Wido unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von Wido-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Arzneimittelpreise

Neue Präparate puschen die Ausgaben

Die Preise für neue Arzneimittel haben sich innerhalb weniger Jahre nahezu verfünffacht.

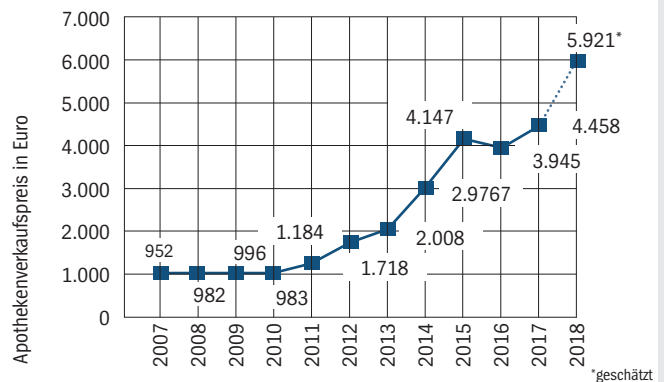
Um 4,8 Prozent sind die Ausgaben für Arzneimittel und Impfstoffe 2017 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Der wesentliche Anteil an dieser Steigerung entfällt dem GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) zufolge auf neue patentgeschützte Arzneimittel. Lag der Preis für ein solches Präparat in den Jahren vor 2011 im Durchschnitt bei 978 Euro, waren es 2017 bereits 4.458 Euro. Das entspricht knapp dem Fünffachen.

Auch in den ersten Monaten des Jahres 2018 setzt sich die Steigerung fort (siehe Abbildung). Zwar verordnen Ärzte neue Präparate oft zurückhaltend, den-

noch bestimmen deren Preise die zukünftigen Ausgaben. So besteht der patentgeschützte Arzneimittelmarkt schon heute zu etwa 44 Pro-

zent aus Produkten, die nach 2011 auf den Markt kamen und dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) unterliegen. ■

Durchschnittspreise neu eingeführter patentgeschützter Arzneimittel von 2007 bis 2018



Quelle: GKV-Arzneimittelindex im WidO. Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Fehlzeiten

Fernpendeln belastet die Psyche

Wie sich ein weiter Arbeitsweg auf die Gesundheit auswirkt, hat eine Fehlzeitenanalyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) untersucht.

Etwa 10,6 Prozent der 13,2 Millionen erwerbstätigen AOK-Mitglieder wohnen über 50 Kilometer von ihrem Arbeitsort entfernt und sind damit Fernpendler. Mit der Distanz zwischen Wohn- und Arbeitsort steigt die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung. Unter AOK-versicherten

Beschäftigten, die bis zu zehn Kilometer zurücklegen müssen, kam es 2017 zu durchschnittlich elf Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Mitglieder durch psychische Erkrankungen. Bei einem Arbeitsweg von mindestens 50 Kilometern sind es bereits zwölf und bei über 500 Kilometern 12,6 Fälle. Auch die durchschnittlichen Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen steigen dabei von 2,9 auf 3,4 Fehltag pro Mitglied. Psychische Erkrankungen nahmen in den letz-

ten zehn Jahren um 67,5 Prozent zu. Zwar sind die Gründe dafür nicht endgültig geklärt, doch die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten von Fernpendlern zeigt, dass ein kürzerer Arbeitsweg psychische Belastungen reduzieren kann.

Mit 5,3 Prozent ist der Krankenstand im Jahr 2017 konstant geblieben. Ein AOK-versicherter Beschäftigter fehlte dabei im Durchschnitt 19,4 Tage mit einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Dr. Matthias Maneck: „Abgleich der Herniamed-Daten mit Routine-Daten der AOK“, 3. Studientreffen Herniamed, Köln 3/18 +++ Christian Günster: „Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Hernienchirurgie“, 135. Chirurgenkongress, Berlin 4/18 +++ Christian Günster: „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten der AOK: Bedrohung oder Chance?“, Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin 10/18

Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Aufgabe der Pflege

von Kai Kolpatzik¹, Doris Schaeffer², Dominique Vogt³

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 Pflegenden 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.

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

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

³ 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
Gesamt	16,5	36,0	35,2	12,4

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+C 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 ausfindig gemacht 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 Informationsvermittlungsinstanz 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 Gesundheitsinformation 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
- 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
- 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.

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.

Was Gesundheitspädagogik zur Gesundheitskompetenz beitragen kann

von Manfred Cassens¹ und Robert Dengler²

ABSTRACT

Gesundheitspädagogik erfasst die Teilbereiche Bildung und Erziehung. Während sich Gesundheitserziehung in den Settings der Kindheit und Jugend mittlerweile relativ gut etablieren konnte, zeigt sich bei ärztlichen beziehungsweise medizinischen Interventionen, dass didaktische Elemente allenfalls im Rahmen von *shared decision making* etabliert, aber von umfassend pädagogischen Konzeptionen weitgehend entfernt sind. Dies wäre mit Hinblick auf eine symmetrische und autonome Entscheidungsfindung jedoch dringend indiziert.

Schlüsselwörter: Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung, Bildungstheorie, gemeinsame Entscheidungsfindung, Risikokommunikation

Health pedagogy covers the subareas promotion and education. While health education in the settings of childhood and youth has meanwhile become relatively well established, a look at medical interventions shows that didactic elements are at best established within the framework of *shared decision making*. These elements are far from comprehensive pedagogical conceptions. However, this would be urgently indicated in terms of symmetric and autonomous decision-making.

Keywords: health promotion, health education, educational theory, shared decision making, risk communication

1 Denktraditionen und ihre Defizite

Im Zusammenhang von Gesundheitspädagogik treffen das medizinische und das sozialwissenschaftliche Paradigma in all ihrer grundlegenden Konflikthaftigkeit aufeinander. Seit der Ende des 19. Jahrhunderts einsetzenden „naturwissenschaftlichen Wende“ (Cassens 2014) dominiert in der Medizin die bis in die Gegenwart hinein an autoregulativen Defiziten orientierte Theorie der Pathogenese. In der Pädagogik setzte im selben Zeitfenster das von der philosophischen Aufklärung geprägte Jahrhundert der „deutschen Klassik“ ein. Es wurde begleitet von der Bildungstheorie, die sich parallel zur tradierten Erziehungstheorie etablierte. Semantische Unterschiede, welche eingangs vielleicht trivial scheinen mögen, legen heute zwei weitgehend inhomogen wirkende Denktraditionen offen, die bis zu der damaligen Wende kaum vorhanden waren. So wird in der Medizin sogar im Kontext von Gesundheitsförderung und primärer Prävention vom „Patienten“ gesprochen; zur Erinnerung: *patiens* bedeutet

wörtlich übersetzt „geduldig“, „ausharrend“ und gar „ertragend“. Dies führte dazu, dass der unvergessene Medizinhistoriker Heinrich Schipperges bereits 1985 den „Abschied vom *homo patiens*“ forderte (Schipperges 1985). Aus erzieherischer Tradition heraus etablierte sich in mehreren Sozialwissenschaften, insbesondere in der sozialen Arbeit, der kaum weniger defizitorientierte Terminus Klient, der mit den Begriffen „Schutzbefohlener“ und „Schützling“ oder aber gänzlich defizitorientiert mit „Bursche“ und „Gehilfe“ übersetzt werden kann.

Diese eingehend lediglich kursorisch offengelegte semantische Diskussion legt zwei Varianten von defizitorientierten Denktraditionen offen, die versinnbildlichen, dass im Kontext gegenwärtiger und zukunftsorientierter Anforderungen an gesundheitliche Kommunikation ein keineswegs ausschließlich semantischer Paradigmenwechsel zu überwinden ist. Dieser notwendige Wandel muss grundsätzlich darauf ausgerichtet sein, im Sinne von Bildung das Gegen-

¹ Prof. Dr. phil. habil. Manfred Cassens, FOM Hochschule · Arnulfstraße 30 · 80335 München · Telefon: 089 20245220 · E-Mail: manfred.cassens@fom.de

² Prof. Dr. med. Robert Dengler, FOM Hochschule · Arnulfstraße 30 · 80335 München · Telefon: 089 20245220 · E-Mail: robert.dengler@fom.de

über als einen symmetrischen, autonomen, selbstreflexiven und selbsttätigen Interaktionspartner zu interpretieren. Im Kontext effektiveren *empowerments* zu mehr Gesundheitskompetenz rücken anstatt etabliert paternalistischer Paradigmen diejenigen Konzepte in den Vordergrund, welche mit Gesundheitsbildung assoziiert werden müssen. Die im Zusammenhang relevante Tatsache, dass Gesundheitsbildung, -erziehung, -beratung und auch gesundheitliche Information und Aufklärung unter dem Dachterminus der Gesundheitspädagogik vereint sind, ist in der einschlägigen Literatur mehrfach dokumentiert (*Wulfhorst 2002, Zwick 2004*).

Der Vollständigkeit halber sei vermerkt, dass der mittlerweile allgemein etablierte Begriff Gesundheitsförderung die eigentlich inhaltlich substantiierenden Begriffe Bildung und Erziehung infolge der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung unverständlicherweise abgelöst hat. Dieser weitgehend unreflektiert forcierte Prozess ist insbesondere vor dem ausschließlich im deutschen Sprachraum existierenden Bildungsbegriff ein besonderer Verlust.

2 Gesundheitspädagogik: eine Standortbestimmung

Pädagogik ist einer der Begriffe, die aus dem öffentlichen Sprachgebrauch weitgehend verschwunden zu sein scheinen. Anstelle dessen sind Synonyme aus dem Umfeld von Förderung, Begleitung, Hilfestellung, *empowerment* oder aber auch Beratung getreten. Intention dieses Beitrags ist es keinesfalls, eine reflexive Entwicklungsanalyse dieses bedauernden Ist-Zustandes zu erfassen, sondern vielmehr Aufgabenfelder und Anforderungen an eine Disziplin zu entwickeln, die eine existenzielle Notwendigkeit im Kanon aller Humanwissenschaften – und somit auch der Medizin – darstellt. Gerade im Kontext von Gesundheit bedarf Pädagogik einer grundlegend akademischen Professionalität mit einer daraus resultierenden hohen Umsetzungsqualität. Gesundheitspädagogik ist in stringenter Ableitung daraus eine Umsetzungs- und Praxiswissenschaft. Entgegen ihrer Etymologie erfasst Pädagogik mittlerweile keineswegs mehr ausschließlich das „Führen“ und „Anleiten“ in den Lebenswelten der Kindheit. Was durch Förderung, Begleitung und Beratung überdeckt zu werden scheint, ist das Genuine von Pädagogik: das gezielte Einwirken in Form von Erziehung und Bildung. Dabei handelt es sich, wie der weitere Verlauf des Beitrages zeigen wird, keineswegs um Synonyme, die beliebig verwendet werden können. Gesundheitspädagogik integriert als pädagogische Teildisziplin die Kernelemente Erziehung und Bildung mit dem Ziel der lebenslangen Förderung von gesundheitlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen zur Ausprägung individueller Gesundheitskompetenz. Wesentliche konzeptionelle Ansätze sind im Praxisfeld einerseits die Beratung und

andererseits die Intervention, bestehend aus den Kernelementen Korrektur und/oder Förderung. Gesundheitspädagogische Inhalte im Praxisfeld bestehen aus der gesundheitsförderlichen Quadriga körperlicher Aktivität, Ernährung, Resilienz und Kommunikation. Als Wissenschaftsdisziplin basiert die Gesundheitspädagogik sowohl auf der anthropologischen Tradition als auch auf den Methoden der gesundheitswissenschaftlichen Salutemologie und denen der empirischen Sozialforschung. Der Terminus Salutemologie existiert noch nicht, wäre aber indiziert, um eines der zentralen Probleme der Gesundheitsberichterstattung zu durchbrechen: Die größtenteils epidemiologische Datenbasis, die eben kaum Aussagen über die Gesundheit zulässt. Ziel der Gesundheitspädagogik ist es, innerhalb der Interdisziplin Gesundheitswissenschaften Fragen der settingspezifischen Didaktik und Mathematik adäquat zu beantworten, um somit pädagogische Effekte hinsichtlich der individuellen Schlüsselkompetenz Gesundheit nachweisen zu können. Gesundheit ist hierbei aktuell noch ein vages und hochgradig individuelles Konstrukt, das lediglich über Indikatoren gemessen werden kann. Methodisch kompliziert dies die gesundheitswissenschaftliche Salutemologie gegenüber der medizinischen Epidemiologie.

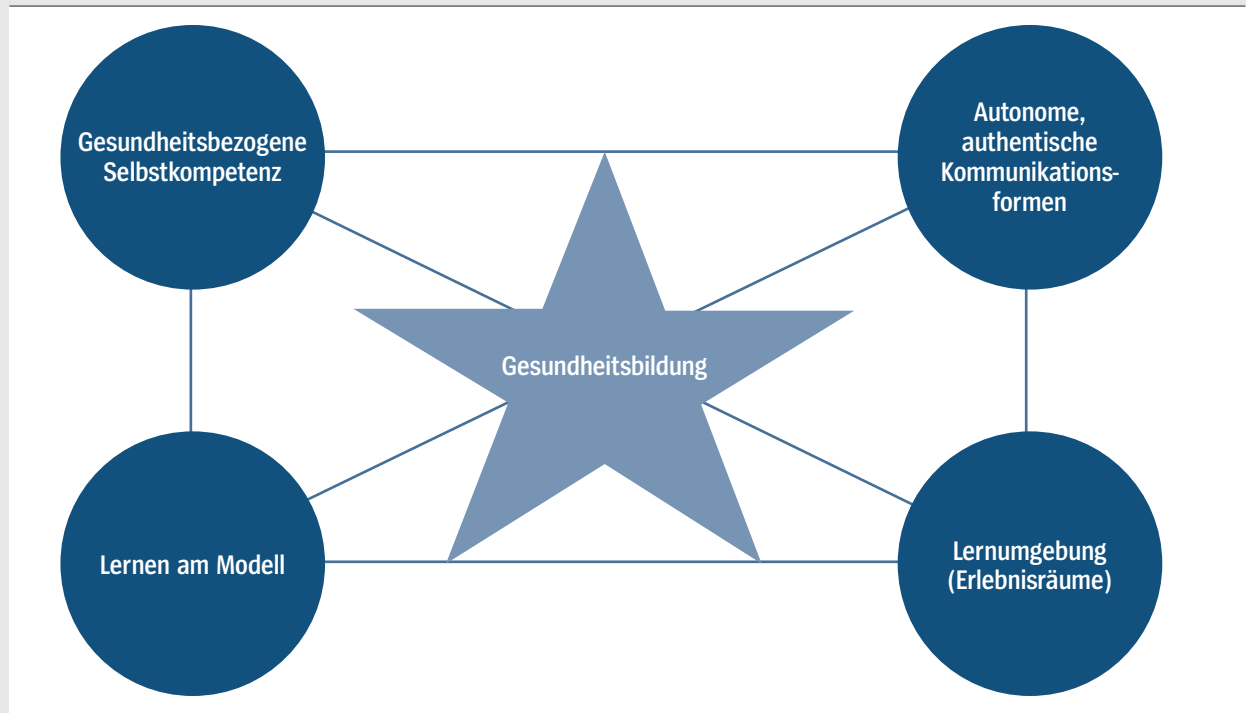
3 Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung

Der schweizerische Entwicklungsbiologe und Zoologe Adolf Portmann bezeichnete den Menschen treffend als „sekundären Nesthocker“ (*Portmann 1939*), der sich vereinfacht ausgedrückt durch vier Merkmale von Nestflüchtern und primären Nesthockern unterscheidet:

- wenig spezialisierter Körperbau,
- geringe Entwicklung des Gehirns,
- hilfloser Zustand des Neugeborenen im Geburtsmoment und
- gering ausgeprägte Sinnesorgane im postnatalen Stadium (*Portmann 1939*).

Im Zusammenhang mit der daraus resultierenden Erziehungsnotwendigkeit kommt der Pädagoge Klaus Prange in aller Deutlichkeit zum Schluss, dass Erziehung das „ein und ganze Thema der Pädagogik“ sei (*Prange 2000*). Mag der Begriff auch nahezu in Vergessenheit geraten sein, so ist er im Rahmen einer gelungenen gesundheitsbezogenen Sozialisation doch von grundlegender Bedeutung. Denn: Gesundheitserziehung beinhaltet die auf pädagogischer Transformation beruhende, auf die Schlüsselkompetenz Gesundheit zielgerichtete (und somit asymmetrische) Aufforderung und Anleitung zu gesundheitlicher Selbsttätigkeit. Problematisch ist in diesem Zusammenhang stets die normative Setzung von Gesundheits- als Erziehungszielen. Das angeleitete Erlernen von Körper-, insbesondere

ABBILDUNG 1

**Gesundheitsbildung im Fokus von Gesundheitspädagogik:
 Von der Fremd- zur Selbstautorität**


Bei der Gesundheitsbildung sind vor allem gesundheitsbezogene Selbstkompetenzen aufzubauen. Dabei helfen das Lernen am Modell, authentische Kommunikationsformen sowie Erlebnisräume, die das gestalterische Erarbeiten von Inhalten fördern.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Knörzer 1994; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

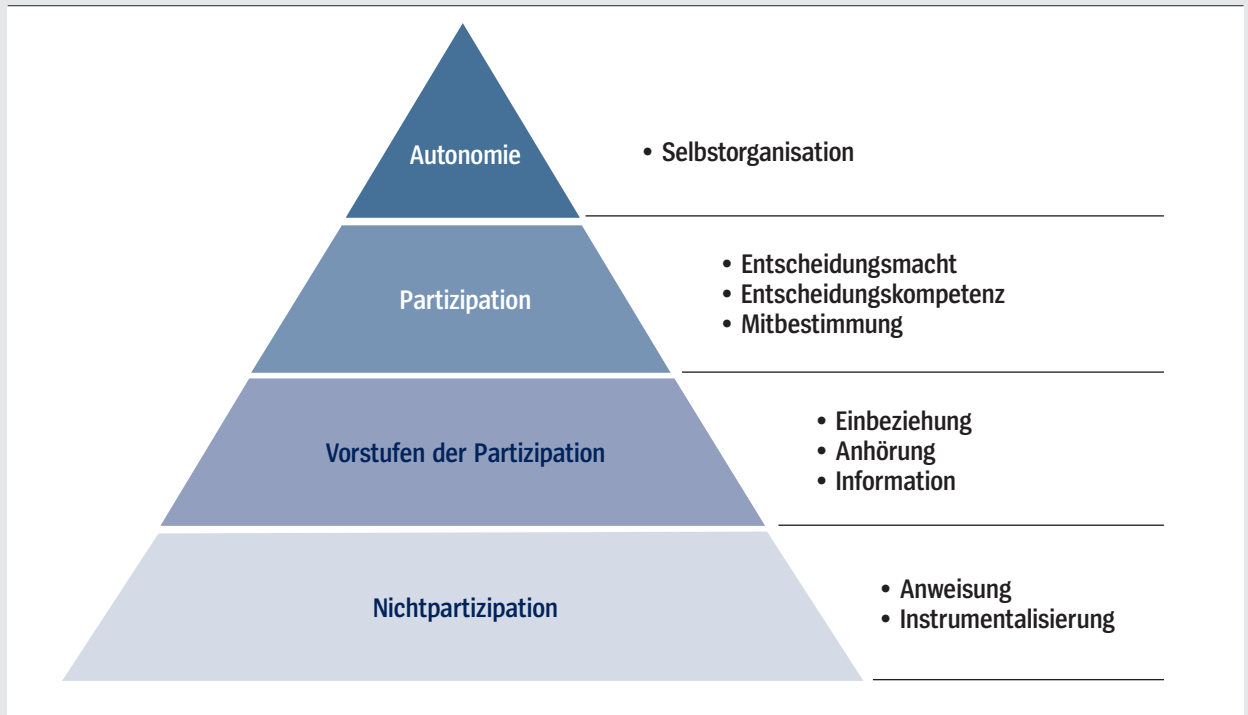
Mund- und Handhygiene, in den Settings Kinderkrippe und Kindergarten steht exemplarisch für einen konfliktfreien, altersadäquaten Entwicklungsschritt, der normativ, konditionierend und auf der Basis von Asymmetrie gelehrt und erlernt werden muss. Auch wird im Erwachsenenalter kaum jemand eine anfängliche Psychoedukation auf Basis einer Alkohol-Diagnose (F10.2) in Zweifel stellen wollen. Beide Beispiele zeigen den gerechtfertigten Bedarf an Erziehung für den sekundären Nesthocker auf. Generell stellt sich aber die Frage, wann Fremdautorität zur Selbstautorität werden muss, sodass das gesundheitspädagogische Ziel eines rezeptiven, zu spontaner Leiblichkeit fähigen, sich in Freiheit für seinen Lebensstil entscheidenden Menschen, Versicherten oder Patienten erreicht ist, der sich adäquat und in Bezug auf seine eigene Geschichtlichkeit zur Gesundheit artikulieren kann. Hier kann ausschließlich Bildung ansetzen, nicht Beratung oder Erziehung und keinesfalls Förderung.

Wie bereits die englischen Keywords zeigen, sucht man den Terminus Bildung in anderen Kultur- und Sprachräumen ver-

geblich. Es ist ein ausschließlich deutscher Begriff, der seit dem spätmittelalterlichen Meister Eckhart dokumentiert ist und von den pädagogischen Klassikern Johann Friedrich Herbarth und Wilhelm von Humboldt während der Aufklärung des späten 18. Jahrhunderts in die Pädagogik eingeführt wurde. Mit Hinblick auf die didaktische Konzeption beziehungsweise die gesundheitsbildnerische Transformation von Faktenwissen, die zu gesteigerter Gesundheitskompetenz führen sollen, sind aus gesundheitsbildnerischer Perspektive in Anlehnung an Wolfgang Knörzer (1994) folgende vier Aspekte zu beachten (Abbildung 1):

- Die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Selbstkompetenzen muss im Vordergrund stehen, wie dies bei den Konzepten des selbstgesteuerten Lernens (unter anderem Knorrad und Traub 2010) oder des damit verbundenen selbstorganisierten Lernens für das schulische Setting didaktisch konzipiert wurde. Diesem Ansatz gegenüber tritt das rein informativ-educative Vermitteln von Inhalten zurück.
- Lernen am Modell steht bei Konzepten der Gesundheitsbil-

ABBILDUNG 2

Didaktisch relevante Hierarchieebenen auf dem Weg zum *shared decision making*

Ziel des *shared decision making* ist es, Patienten dazu zu befähigen, sich in medizinischen Kontexten selbst zu organisieren. Es genügt nicht, wenn die Patienten den Anweisungen des Arztes folgen. Sie müssen einbezogen werden und Entscheidungskompetenzen entwickeln, um autonom mitbestimmen zu können.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Wright 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

derung im Vordergrund. Modellhaftes, Exemplarisches muss dabei so sorgsam selektiert werden, dass ein Transfer auf den elementaren Gegenstandsbereich durch „mittlere Anstrengung“ des Lernalers erreicht werden kann. Lehrende geben hierbei Hilfestellung und konstruktive Unterstützung.

- Die Entwicklung autonomer, authentischer Kommunikationsformen wird bei Gesundheitsbildung im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz genauso zentral berücksichtigt wie sensible Körpererfahrungen.
- Die Lernumgebung ist bei Gesundheitsbildung ebenfalls von hoher Relevanz: Grundlage für selbstgesteuertes oder selbst organisiertes Lernen sind Erlebnisräume, in denen gestalterisches Erarbeiten von Inhalten möglich ist.

Die WHO-Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) dokumentiert in ihrer Praxisausrichtung nicht nur die Absicht, von staatlicher Seite aus das etablierte, rein präventive Denken zu überwinden, um sich aufgrund der epidemiologischen Wende der Förderung von Gesundheit zuzuwenden. Gesundheit wurde seit diesem Zeitpunkt wieder verstärkt zum Gegenstand

pädagogischer Theorie-Praxis-Kontexte (unter anderem Haug 1991; Homfeld 1994). Weitere grundlegende Meilensteine in Richtung einer Repädagogisierung von Gesundheit wurden vom „Forum Gesundheitsziele Deutschland“ im Jahre 2003 in Form von zwei der damals fünf nationalen Gesundheitsziele gesetzt: „Gesund aufwachsen“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ weisen einen direkten pädagogischen Bezug auf. Dem folgte im Juni 2004 ein gemeinsamer Beschluss der Jugendminister- und Kultusministerkonferenz über Bildungsziele in Tageseinrichtungen des Elementarbereichs. Frühe Bildung umfasst seither ausdrücklich „Körper, Bewegung, Gesundheit“ als durchgängiges Prinzip im Alltag von Kindertageseinrichtungen (RKI 2015). Abschließend ist aus jüngster Vergangenheit der vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen entwickelte „Leitfaden Prävention“ (2014) zu erwähnen, der für die genannten Settings spezielle Förderkriterien enthält. Mit Aussagen wie „Es handelt sich um gesundheitsfördernde Projekte/ Maßnahmen zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit in Kitas mit verhaltens- und verhältnispräventiver

Ausrichtung“ (*GKV-Spitzenverband 2014*) ist ein direkter gesundheitsbildnerischer Bezug somit explizit. Bals et al. legten diesbezüglich bereits 2008 mit einem Herausgeberwerk einen inhaltlichen Überblick über gesundheitsfördernde Ansätze in arrivierten pädagogischen Settings vor (2008). Dieser wird mit aktuelleren ökonomischen Daten des „Präventionsberichtes 2016“ untermauert: Insgesamt wurden im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes im ersten Berichtsjahr 38 Millionen Euro allein in die Unterstützung von Kitas und Grundschulen mit Fokus „soziale Brennpunkte“ investiert und dabei 2.513.213 Menschen erreicht (*GKVS und MDS 2016, 35*). Schließlich wurden mit der bundesweiten Einrichtung von Kitas und Ganztagschulen wichtige Impulse für Gesundheitsbildung und gesundheitliche Chancengleichheit im Kindesalter gesetzt. Erste diesbezügliche Ergebnisse sollten mit der zweiten Welle der KiGGs-Studie erwartet werden können.

4 Shared decision making: Ansatz auf dem Weg zur Gesundheitsbildung

Auch im medizinischen Setting von Diagnostik und Therapie werden die gesundheitspädagogischen Notwendigkeiten dringlicher und zugleich offensichtlicher. So bezeichnet der Terminus „partizipative Entscheidungsfindung“, besser bekannt unter seinem englischen Synonym *shared decision making* (SDM, Abbildung 2), einen symmetrischen Interaktionsprozess, der es dem Patienten auf der Basis geteilter, evidenzbasierter Informationen ermöglicht, gemeinsam mit dem Arzt zu einer Entscheidung zu kommen, die seinen geklärten Präferenzen entsprechen (*Klemperer 2015, 15*). Der Kern von SDM besteht aus der angestrebten Realisierung von Autonomie und Selbstbestimmung, zweier Grundlagen der Bildungstheorie. SDM grenzt sich somit bereits sowohl vom klassischen paternalistischen Modell als auch vom informierten oder Konsumentenmodell (*informed consent*) ab, wobei im Ersteren medizinische Aspekte vom Arzt dem Patienten mitgeteilt und dieser um Einwilligung gebeten wird; im zweiten Konstrukt kommuniziert der Arzt ebenfalls die medizinischen Informationen, dieser wägt dann allein oder mit anderen ab und entscheidet. SDM kann demgegenüber in drei Gesprächsphasen untergliedert werden (*Elwyn et al. 2012*):

- *team talk*,
- *option talk* und
- *decision talk*.

Hierbei stellt sich die Frage, ob und, wenn ja, inwieweit die weiter oben dargestellten Aspekte von Gesundheitsbildung mit diesem Konzept tatsächlich bereits erfasst werden. Relativ schnell wird dann augenscheinlich, dass in Anlehnung an Knörzers Konzept lediglich die dritte von vier Dimensionen gesundheitsbildnerischen Handelns erfasst wird: Die Entwicklung autonomer, authentischer Kommu-

nikationsformen wird hier im Hinblick auf gesundheitsbildnerische Didaktik zentral akzentuiert, ebenso sensible Körpererfahrungen. Die Entwicklung gesundheitsbezogener Selbstkompetenzen wird jedoch allenfalls tangential entwickelt. Die Berücksichtigung der pädagogisch-bildnerisch relevanten Dimensionen „Lernen am Modell“ und „Lernumgebungen“ ist beim Konzept der SDM noch keinesfalls gesichert.

Gerade im ärztlichen und therapeutischen Kontext ist gesundheitspädagogische Handlungskompetenz hochgradig indiziert; dies, weil diese Experten keinesfalls ausschließlich in präventivem Kontext aufgesucht werden. Ärzte und Therapeuten geben in durchaus bildnerischem Gesamtsetting Entscheidungshilfen. Sie unterstützen die Vorbereitung, Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung. Die gegebenen Informationen sollten im vorliegenden Kontext verständlich, evidenzbasiert und ergebnisoffen sein; potenzielle Optionen (Behandlung versus Nichtbehandlung, Therapie 1 versus Therapie 2 etc.) sowie Nutzen, Schaden, Risiko, Unsicherheiten, Outcomes sollten ergebnisoffen darlegt werden. Eine Vielzahl an Formaten – etwa Merkblätter, Broschüren, Computerprogramme, DVDs, interaktive Tools, soziale Netzwerke – steht hierzu im Kontext von Gesundheitsaufklärung bereits zur Verfügung. Als Beispiel für Entscheidungshilfen sei an dieser Stelle exemplarisch der „Ottawa Personal Decision Guide“ genannt (siehe Tabelle 1). Bei Untersuchungen der Auswirkungen auf die Dauer der Konsultation beziehungsweise des Gesprächs zeigte sich teils ein unveränderter Zeitaufwand sowie eine Verlängerung im Median um 2 sowie 2,5 Minuten im Vergleich zu konventioneller Kommunikation (*Stacey et al. 2014*). Dabei erscheint es durchaus möglich, dass Patienten, welche die Vorteile von SDM erfahren, später im Behandlungsverlauf weniger Konsultationszeit benötigen, was einen Bildungserfolg nahelegt.

5 Gesprächsführung und (Risiko-)Kommunikation

Die Kommunikation und Besprechung von Risiken und Unsicherheiten kann als weiteres zentrales Element gesundheitspädagogischen ärztlichen und therapeutischen Alltagshandelns identifiziert werden. Bei Risiken geht es darum, die Wahrscheinlichkeiten zu vermitteln, mit der erwünschte und unerwünschte Behandlungsergebnisse/Outcomes/Endpunkte zu erwarten sind. Dabei werden quantitative (numerische) Informationen (*odds ratios, relative risks*) mit dem Ziel vermittelt, dem Patienten realistische Erwartungen über Eintrittswahrscheinlichkeiten zu vermitteln. Die Erkenntnisse über die patientenseitige emotionale Bewertung dieser Wahrscheinlichkeiten ist ein in der Folge wichtiges Element für das

TABELLE 1

Ottawa Personal Decision Guide

1. Um welche Entscheidung geht es?

- Vor welcher Entscheidung stehen Sie?
- Warum müssen Sie diese Entscheidung treffen?
- Bis wann müssen Sie sich entscheiden?
- Wie weit sind Sie mit Ihrer Entscheidung?

2. Welche Möglichkeiten haben Sie?**Wer kann Sie unterstützen?**

- Notieren Sie die verschiedenen Möglichkeiten.
- Ergänzen Sie die wichtigsten Vor- und Nachteile.
- Erwägen Sie, wie wichtig Ihnen die Vor- und Nachteile sind.
- Wer ist noch an der Entscheidung beteiligt?
- Welche Möglichkeit bevorzugt diese Person?
- Übt diese Person Druck auf Sie aus?
- Wie kann diese Person Sie unterstützen?
- Welche Rolle möchten Sie selbst bei der Entscheidung einnehmen?

3. Was benötigen Sie für Ihre Entscheidung?

- Kennen Sie die Vor- und Nachteile der einzelnen Möglichkeiten?
- Ist Ihnen klar, welche Vor- und Nachteile Ihnen am wichtigsten sind?
- Bekommen Sie ausreichend Unterstützung und Beratung, um eine Wahl treffen zu können?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie die für Sie beste Wahl getroffen haben?

4. Was fehlt Ihnen noch für die Entscheidung?**Was könnte Ihnen bei der Vorbereitung helfen?**

- Finden Sie mehr über die verschiedenen Möglichkeiten heraus.
- Schreiben Sie Ihre Fragen auf.
- Notieren Sie, wo Sie die Antworten darauf bekommen.
- Sprechen Sie mit Menschen, die die Vor- und Nachteile aus eigener Erfahrung kennen.
- Sprechen Sie mit anderen, die eine solche Entscheidung getroffen haben.
- Lesen Sie Erfahrungsberichte darüber, was für andere besonders wichtig war.
- Besprechen Sie mit anderen, was für sie selbst am wichtigsten ist.
- Besprechen Sie die Möglichkeiten mit einer Vertrauensperson.
- Suchen Sie sich Unterstützung für Ihre Wahl.
- Wenn Sie sich von anderen unter Druck gesetzt fühlen: Konzentrieren Sie sich auf die Meinungen der wichtigsten Personen.
- Besprechen Sie diese Entscheidungshilfe mit anderen.
- Bitten Sie andere darum, diese Entscheidungshilfe auszufüllen. In welchen Punkten stimmen Sie überein? Beschaffen Sie gegebenenfalls weitere Informationen. Hören Sie sich gegenseitig zu, was ihnen am wichtigsten ist.
- Suchen Sie eine neutrale Person, die Ihnen und anderen Beteiligten hilft.
- Weitere Faktoren, die Ihnen die Wahl erschweren
- Schreiben Sie auf, was Sie sonst noch benötigen.

Der „Ottawa Personal Decision Guide“ (in Anlehnung an O'Connor et al.) ist ein Beispiel für eine strukturierte Hilfestellung für Patienten. Er dokumentiert die Absicht, dem Betroffenen einen Leitfaden an die Hand zu geben, der wichtige Aspekte für seine individuelle, autonome Entscheidung beinhaltet.

Quelle: nach der Übersetzung des IQWiG, Stand 1.5.2016; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

weitere pädagogische Vorgehen. Die Fähigkeit, Wahrscheinlichkeiten zu verstehen, wird im Englischen mit *risk literacy* bezeichnet. Dabei ist das Zahlenverständnis (*numeracy*) entsprechend dem Bildungsgrad unterschiedlich entwickelt. Auch Ärzte zeigen hinsichtlich des Zahlenverständnisses deutliche Bildungsunterschiede (Gigerenzer et al. 2008, 53–96). Im Rahmen des pädagogischen Transformationsprozesses sollten einige didaktische Aspekte im Kontext von Risikokommunikation beachtet werden:

- Das absolute Risiko wird besser verstanden und ist aussagekräftiger als das relative Risiko.
- Informationen und Wahrscheinlichkeiten sollten sowohl numerisch als auch grafisch präsentiert werden.

- Die Reihenfolge kann die Wahrnehmung, Bewertung und Entscheidung beeinflussen: Das zuletzt genannte Element wird stärker wahrgenommen und gewinnt ein höheres Gewicht als zuerst genannte.
- Bei mehreren Endpunkten sollten ihre *odds* beziehungsweise *risks* in einer Tabelle zusammenfassend visualisiert werden.
- Weniger Informationen können effektiver sein und prävenieren Überfrachtung.
- Es sollte auf *framing* (unterschiedliche Rahmen) geachtet werden. So führt die positive Darstellung eines Risikos (beispielsweise: 90 Prozent überleben) zu einer niedrigeren Risikobewertung als dessen negative Präsentation (also: 10 Prozent sterben).

Bei Unsicherheiten handelt es sich um Situationen, in denen mögliche Konsequenzen und die mit ihnen behafteten Eintrittswahrscheinlichkeiten nicht bekannt sind. Risiken sind bekannt und darstellbar, Unsicherheiten sind unklar, was das Risiko (*odds, risk ratio*) angeht. Risiken sollten daher verständlich verbal beschrieben werden. Oftmals scheinen Statistiken, Risiken und Unsicherheiten zudem irreführend interpretiert zu werden, sodass Patienten gar in eine bestimmte Entscheidungsrichtung (zum Beispiel Zustimmung zu einer Früherkennungsmaßnahme, Operation oder Chemotherapie) gedrängt zu werden scheinen. Durch eine selektive Auswahl wird entgegen pädagogischer Prinzipien in der Behandlungspraxis häufig eine Überschätzung des Nutzens und eine Unterschätzung des Schadens bewirkt (*Hinneburg und Jenny 2017*). Beim Gespräch über Vorsorge-, Früherkennungs- beziehungsweise Screening-Untersuchungen sollte demgegenüber jedoch exemplarisch für das onkologische Setting Folgendes aus gesundheitspädagogisch didaktischer Perspektive beachtet werden (*Koch und Mühlhauer 2008*):

- ausgeglichene Informationen über Nutzen, Schaden und Effekt der Nichtteilnahme,
- Aufklärung über falsch-negative und falsch-positive Befunde,
- ergebnisoffene, symmetrische Kommunikation über Teilnahme/Nicht-Teilnahme an einer Therapie vor dem Hintergrund, dass das persönliche Risiko und der Nutzen überschätzt, der Schaden beziehungsweise ein fehlender Nutzen unterschätzt werden,
- Einladungen beziehungsweise Informationen über die Untersuchung sollten als Angebot formuliert werden und nicht den Eindruck einer Einberufung erwecken.

Hilfreich können zum Beispiel die sogenannten Faktenboxen sein, wie sie das Harding-Zentrum für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung bereitstellt. Diese erlauben es, Risiken transparent und laienverständlich zu kommunizieren. Sie präsentieren die ver-

fügbare Evidenz klar und verständlich. Es wird ein ausgewogener Überblick über Nutzen und Schaden angegeben (*Hinneburg und Jenny 2017*). Der Einsatz von Entscheidungshilfen kann also dazu beitragen, feststehende Rollen und Erwartungen aufzubrechen, Missverständnisse zu minimieren und damit die Kommunikation zu verbessern.

6 Fazit

Für eine dringend indizierte gesundheitspädagogische Transformation in allen Settings können zweifelsfrei erste wichtige Rahmenbedingungen erkannt werden. Der Bogen reicht von nationalen Gesundheitszielen bis hin zum Präventionsgesetz. Doch: Wer in Deutschland kennt denn die nationalen Gesundheitsziele? Wie viele Patienten sind kompetent, um SDM tatsächlich symmetrisch zu realisieren und Faktenboxen auszuwerten? Die in der Fläche noch viel zu heterogenen und allzu häufig auf Eigeninitiative verantwortungsvoller Erzieherinnen und Erzieher basierenden Impulse in den Settings der Kindheit können ausschließlich als erste und ansatzweise gesundheitspädagogische Bemühungen identifiziert werden. Diesen fehlt einerseits eine didaktische Grundkonzeption im Sinne von Bildung und andererseits die pädagogische Professionalität. Gesundheitspädagogik ist keine Querschnitts- oder „Jedermann“-Kompetenz, die durch Ansätze, wie sie hier beschrieben wurden, geschaffen werden kann. Um das geforderte Ziel von mehr Gesundheitskompetenz zu erreichen, ist mehr Professionalität gefordert, die Helfenden dabei hilft, didaktisch wertvoll in den Settings von Gesundheitsförderung und Prävention zu agieren. Wirklich widersinnig ist das Ganze da, wo Gesundheitspädagogik als wissenschaftliche Teil- oder auch Interdisziplin nach erfolgreicher Akademisierung noch viel zu häufig nicht zu adäquaten beruflichen Tätigkeiten führt, weil keine Stellen existieren. Wie kann das sein – 32 Jahre nach Ratifizierung der Ottawa-Charta?

Literatur

Bals T, Hanses A, Melzer W (2008): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings – Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim und München: Juventa

Cassens M (2014): Einführung in die Gesundheitspädagogik. Opladen und Toronto: UTB GmbH, 48–53

Elwyn G et al. (2012): Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, 1361–1367

Gigerenzer G et al. (2008): Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest*, Vol. 8, No. 2, 53–96

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014

GKVS, MDS (GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2016): Präventionsbericht 2016 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015

Haug C (1994): Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Herold C, Herold M (2011): Selbstorganisiertes Lernen in Schule und Beruf. Weinheim u. Basel: Beltz

Hinneburg J, Jenny M (2017): Informierte Entscheidungen. *Onkologische Pflege*, Jg. 7, Heft 2, 51–55

Homfeld (Hrsg.) (1994): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Hohengehren: Schneider

Klemperer D (2015): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Bern: Hogrefe

Knörzer W (1994): Ein systematisches Modell der Gesundheitsbildung. In: Knörzer W (Hrsg.): *Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Haug, 49–71

Koch K, Mühlhauser I (2008): Stellungnahme: Kriterien zur

Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen; www.ebm-netzwerk.de → Was wir tun → DNEbM-Fachbereiche → Patienteninformation & -beteiligung

Konrad K, Traub S (2010): Selbstgesteuertes Lernen. *Grundwissen und Tipps*. 2. Aufl. Hohengehren: Schneider

O'Connor A M et al. (1998): A Decision Aid for Women Considering Hormone Therapy after Menopause: Decision Support Framework and Evaluations. *Patient Education and Counseling*, Vol. 33, No. 3, 267–279

Portmann A (1939): Nesthocker und Nestflüchter als Entwicklungszustände von verschiedener Wertigkeit bei Vögeln und Säugern. *Revue suisse de Zoologie*, Band 46, 385–390

Prange, K (2000): Plädoyer für Erziehung. Hohengehren: Schneider
RKI (Robert Koch-Institut) (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. *Gesundheit in Deutschland*; www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Gesundheitsberichterstattung → Gesundheit in Deutschland 2015

Scheibler F, Schwantes U, Kampmann M, Pfaff H (2005): Shared decision-making. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 5, Heft 1, 23–31

Schipperges M (1985): Homo patiens – Zur Geschichte des kranken Menschen. München: Piper

Stacey D et al. (2014): Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub5/full>

Wright MT (2012): Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Hans Huber Verlag, 91–101

Wulfhorst B (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik – Legitimation, Aufgabe und Funktion von Gesundheitserziehung. Weinheim und München: Juventa, 37–55

Zwick E (2004): Gesundheitspädagogik – Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Münster: Lit Verlag, 26–33

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Februar 2018)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. phil. habil. Manfred Cassens,

Jahrgang 1967, ist Dozent am Hochschulzentrum München der FOM Hochschule für Oekonomie & Management und Co-Direktor des im Februar 2016 gegründeten FOM-Instituts für Gesundheit & Soziales der FOM. Zudem ist Cassens an der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt tätig. Hinzu kommen Aktivitäten als Gutachter internationaler Journale und bei der Nationalen Agentur Bildung für Europa beim Bundesinstitut für Berufsbildung. Die akademische Ausbildung bis zur Habilitation durchlief Cassens an der Universität der Bundeswehr München.



Prof. Dr. med. Robert Dengler,

Jahrgang 1958, ist ebenfalls Dozent am Hochschulzentrum München der FOM Hochschule für Oekonomie & Management und Mitglied des FOM-Instituts für Gesundheit & Soziales. Er promovierte an der Technischen Universität München und arbeitete zunächst in einem DFG-Sonderforschungsbereich an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt. Dort absolvierte er auch seine Weiterbildung zum Internisten. Seit 1997 ist er niedergelassener Onkologe, 2008 gründete er ein Consulting-Unternehmen. Er war sechs Jahre Vorstand im Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen.

Gesundheitskompetenz als Kommunikationsherausforderung

von Eva Baumann¹

ABSTRACT

Wenn es um die Übernahme einer aktiven Patientenrolle sowie um informierte und partizipative Entscheidungen in gesundheitsrelevanten Fragen geht, ist Gesundheitskompetenz gefragt. Im Mittelpunkt steht das Gesundheitswissen und die Fähigkeit der Menschen, sich die für sie relevanten Informationen zu beschaffen, sie sich zu eigen zu machen und anzuwenden. Neben dem medizinischen Fachpersonal stellen Informationen aus traditionellen Massenmedien und insbesondere aus dem Internet wichtige Informationsquellen in Gesundheitsfragen dar. Befragungsdaten für Deutschland verweisen jedoch darauf, dass die Menschen besonders große Schwierigkeiten haben, mit Gesundheitsinformationen aus den Medien umzugehen. Der Beitrag fokussiert daher auf die Rolle der Medien im Kontext der Förderung von Gesundheitskompetenz. Adressiert werden die Anforderungen nicht nur an qualitativ hochwertige Inhalte, sondern auch an die zielgruppengerechte Vermittlung medialer Informationen. Der Beitrag skizziert zudem die Herausforderungen, vor denen Kommunikatoren des Gesundheitswesens ebenso stehen wie Journalisten.

Schlüsselwörter: Gesundheitskompetenz, Gesundheitskommunikation, Gesundheitsinformation, Medien

When it comes to health-related informed and shared decision making, health literacy is known as a key factor. Health literacy focuses on people's knowledge and competences to access, understand, and apply health information. Health professionals are certainly key persons in this process, but people also rely on traditional mass media and particularly the internet as major sources of health information. Survey data from Germany suggest that people encounter particular problems when searching for health information and trying to acquire them from the media. Hence, the article focuses on the role the media play with regard to the promotion of health literacy in the public. Health professionals as well as journalists face certain challenges, when they try to provide not only high quality content, but also target group-oriented media and information material. These challenges and the characteristics of high quality information are also outlined.

Keywords: health literacy, health communication, health information, media

1 Einleitung

Mit dem Wandel der Rollenverständnisse im Gesundheitswesen wird von Patienten höhere Eigenverantwortung sowie eine aktivere Beteiligung an medizinischen Entscheidungen erwartet. Dieser Paradigmenwechsel erfordert ein höheres Maß an Patientensouveränität, die ihrerseits Wissen über Gesundheitsfragen – und damit die Fähigkeit und Bereitschaft zur informierten und partizipativen Entscheidungsfindung – voraussetzt (Elwyn et al. 2012). Das Leitbild mündiger Patien-

ten, die Ärzten informiert und aufgeklärt auf Augenhöhe gegenüberreten, wurde bereits mit dem Patientenrechtegesetz ausdrücklich und unmissverständlich zur gesundheitspolitischen Zielstellung erklärt. Wörtlich heißt es, dass Patienten „nicht mehr nur vertrauende Kranke, sondern auch selbstbewusste Beitragszahler und kritische Verbraucher“ sein sollen (BMG 2014).

Auch wenn eine partizipative und aktive Patientenrolle grundsätzlich wünschenswert ist und man davon ausgehen

¹ Prof. Dr. Eva Baumann, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover · Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung · Hanover Center for Health Communication · Expo Plaza 12 · 30539 Hannover · Telefon: 0511 3100-447 · E-Mail: eva.baumann@jk.hmtm-hannover.de

kann, dass dies auch den patientenseitigen Bedürfnissen und Erwartungen im Kern entspricht (Klemperer 2011), stellt sich die Situation individuell sehr unterschiedlich dar. Denn „nicht alle Patienten vermögen dem [...] zugebilligten Autonomiegewinn nachzukommen, sei es, weil sie ressourcenbedingt nicht dazu in der Lage sind oder ihnen die dazu nötigen Kompetenzen fehlen“ (Schaeffer und Dierks 2012, 763). Bürger können diese Rolle also nur dann zu ihrem Vorteil beziehungsweise im Einklang mit ihren Bedürfnissen und Präferenzen für sich ausgestalten, wenn sie sich als selbstbestimmte Patienten und zu gesundheitlicher Verantwortungsübernahme und Entscheidungsfindung befähigt, ermächtigt und motiviert wahrnehmen (Hibbard und Peters 2003). Zudem müssen sie über entsprechendes Wissen sowie Informations- und Handlungskompetenzen verfügen, um dies umsetzen zu können (Schulz und Nakamoto 2013).

2 Informationskompetenz als Schlüsselfaktor

Gesundheitskompetenz ist ein entscheidender Faktor, wenn es um erfolgreiche Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung geht. Das European Health Literacy Consortium definiert Gesundheitskompetenz basierend auf einer umfassenden Literatursynopse als „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit der Menschen, auf Gesundheitsinformationen zuzugreifen, diese zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um im täglichen Leben Urteile und Entscheidungen zu fällen in Bezug auf Gesundheit, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, im Lebensverlauf die Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern“ (Sørensen et al. 2012, 3; Übersetzung der GGW-Redaktion aus dem Englischen). Damit werden funktionale (Informationen aufnehmen und verstehen), interaktive (Informationen aktiv beschaffen, sie interpretieren und anwenden) und kritische (Informationen reflektieren, bewerten und diskutieren) Informations- und Kommunikationskompetenzen (Nutbeam 2000) als Voraussetzungen der erfolgreichen Übernahme einer aktiven Patientenrolle sowie der informierten und partizipativen Entscheidungsfindung in den Mittelpunkt gestellt.

Wie (schlecht) es – auch im europäischen Vergleich – um die selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland gestellt ist, hat 2014 eine viel beachtete, für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen repräsentative Befragung gezeigt (Schaeffer et al. 2016; Zok 2014, vergleiche auch Analyse 1 in dieser GGW). Hiernach geben 44,6 beziehungsweise 9,7 Prozent der Befragten an, große beziehungsweise sehr große Schwierigkeiten damit zu haben, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen. Dies trifft in besonderem Maße auf vulnerable Bevölkerungsgruppen zu, also auf Menschen mit

Migrationshintergrund, niedrigem Bildungsniveau und niedrigem Sozialstatus sowie auf jene mit chronischer Krankheit und höherem Lebensalter, die von gesundheitlichen Problemen besonders betroffen sind und für die Gesundheitskompetenz daher besonders wichtig wäre (Schaeffer et al. 2016). Vor diesem Hintergrund wurde im Juni 2017 vom Bundesgesundheitsministerium zusammen mit 14 Partnern des Gesundheitswesens die Allianz für Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen, die sich die Verbesserung des Gesundheitswissens durch Gesundheitsbildung, die Bereitstellung guter Gesundheitsinformationen vor allem im Internet sowie eine Stärkung der kommunikativen Kompetenzen von Ärzten und von allen anderen Gesundheitsberufen zum Ziel gesetzt hat (BMG 2017). Im Nachgang hat eine Expertengruppe nach internationalen Vorbildern den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz erarbeitet und mit Repräsentanten aus Politik, Praxis und Gesellschaft konsentiert (www.napgesundheitskompetenz.de). Dieser Aktionsplan soll den strategischen Rahmen schaffen, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu stärken.

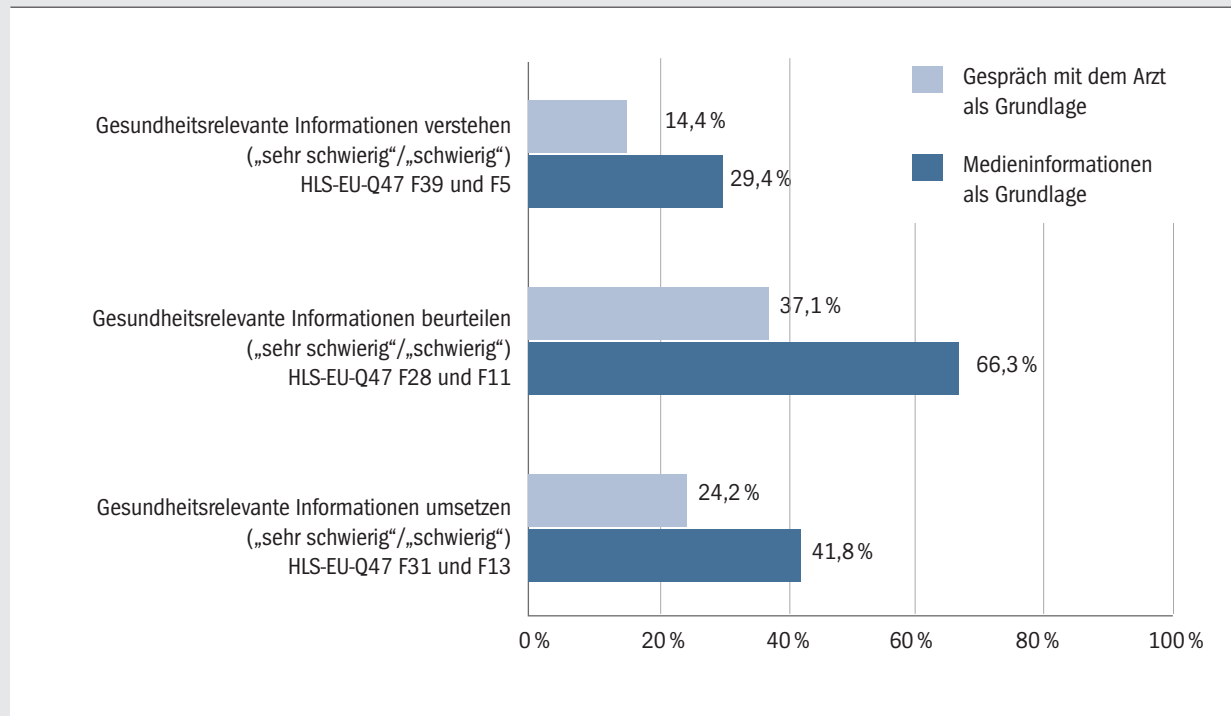
3 Gesundheitsbezogene Medienkompetenz im Fokus

Neben Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen sowie den verschiedenen Ebenen der Gesundheitskompetenz zeichnet sich in der Selbstwahrnehmung der Deutschen ab, dass sie verglichen mit der persönlichen Gesprächssituation in der Arztpraxis deutlich größere Schwierigkeiten im Umgang mit medialen Informationsquellen sehen (Zok 2014). Während Patienten in der Face-to-Face-Interaktion mit dem Arzt offenbar noch relativ gut damit zurechtkommen, Informationen zu erhalten, zu verstehen und anzuwenden, stellt für viele insbesondere der Umgang mit Informationen aus den Medien ein Problem dar (Abbildung 1). Man kann dies als ein wahrgenommenes Defizit der eigenen Kompetenzen im Umgang mit Informationen aus Medien interpretieren. Alternativ jedoch kann man dies auch als Ausdruck von Kritik am Informationsangebot deuten, das es dem Nutzer schwer macht, die für ihn persönlich relevanten und hilfreichen Informationen zu finden und anzuwenden. Ein Indiz für diese Alternativerklärung als eine medienskeptische Haltung könnte sein, dass der Anteil höher gebildeter Personen, die diese Probleme im Umgang mit medialen Informationen artikulieren, deutlich höher ist, als es in bildungsferneren Gruppen der Fall ist. Dies könnte auf die grundsätzlich kritischere und stärker hinterfragende Einstellung von Menschen mit höherem sozioökonomischen Status verweisen (vergleiche Zok 2014, 6–7).

Für diesen Befund lassen sich aber noch weitere plausible Erklärungen finden. Die Menschen haben – trotz aller Probleme und Herausforderungen in der Gesundheitsversor-

ABBILDUNG 1

Schwierigkeiten mit Arzt- und Medieninformationen im Vergleich



Menschen haben dem eigenen Bekunden nach weniger Schwierigkeiten, Informationen von Ärzten als Informationen in den Medien zu verstehen. Die Vergleichbarkeit der hier jeweils zugrunde liegenden Fragen zu gesundheitsrelevanten Medieninformationen und zum Arztgespräch muss allerdings als eingeschränkt betrachtet werden, da die Formulierungen ähnlich und vergleichbar, aber nicht identisch sind.

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Zöck 2014, 4; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

gung – auch im europäischen Vergleich mit 89 Prozent immer noch ein hohes Vertrauen in Ärzte (GfK 2016), während das generelle, also auf wichtige Fragen bezogene Medienvertrauen der Deutschen bei aktuell 42 Prozent liegt (JGU 2017). Hinzu kommt, dass die persönliche Gesprächssituation bei aller Zeitknappheit durch ein hohes Maß an Zuschnitt der Informationen auf den individuellen Patienten gekennzeichnet ist. Hier stehen – anders als bei der Nutzung von Medien – verbale, paraverbale und nonverbale Kommunikationsmodi gleichzeitig zur Verfügung, die das Verständnis und die Verständigung erleichtern. Zudem ist die Situation von der Möglichkeit zur direkten Rückkopplung, zum Beispiel durch Nachfragen und die unmittelbare Reaktion auf das Gesagte, gekennzeichnet.

4 Gesundheit in den Medien

Zusammen verweisen die skizzierten Befunde und Interpretationsansätze darauf, dass den Medien als Informationsquel-

le besondere Aufmerksamkeit im Kontext der Förderung von Gesundheitskompetenzen beizumessen ist und hier Optimierungsansätze gefragt sind. Daher sollte sich der Blick auch auf die vielfältigen Formen der Thematisierung von Gesundheit und Krankheit in den Medien richten (vergleiche Scherr 2014).

Journalistische Berichterstattung über Gesundheitsthemen findet sich insbesondere in Nachrichten und Boulevardmagazinen, Ratgebersendungen, in verschiedenen Rubriken der Tageszeitungen sowie in Fitness- oder Gesundheitszeitschriften. Vorrangig werden Gesundheitsrisiken und Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden thematisiert, seltener geht es um Prävention oder Früherkennung (Ruhmann und Guenther 2014). Die Präsenz einzelner Krankheitsbilder steht dabei meist nicht in Relation zur tatsächlichen Prävalenz oder Sterberate. Journalisten berichten vor allem über Phänomene und Ereignisse, die kurzfristig viele Menschen bedrohen, die außergewöhnlich oder überraschend erscheinen,

ABBILDUNG 2

Die „Blackbox“ des Informationsverhaltens



Das vereinfachte Modell zeigt den Prozess der Zuwendung zu und Verarbeitung von (Gesundheits-)Informationen.

^{T1} bezeichnet den Zeitpunkt vor Informations-/Botschaftskontakt, ^{T2} den danach.

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2018

in der Wissenschaft oder Gesundheitsinstitutionen kontrovers diskutiert werden und die sich leicht visualisieren und personalisieren lassen (Fromm et al. 2011). Dies ist nicht nur auf gängige journalistische Selektionskriterien zurückzuführen, sondern auch im Zusammenhang mit der Tabuisierung bestimmter Themen in der Gesellschaft oder interesselieferter Information und entsprechender Pressearbeit von Akteuren der Gesundheitswirtschaft zu sehen.

Häufig wird ein Mangel an Evidenzbasierung der medialen Berichterstattung beklagt, die den aktuellen Forschungsstand umfassend, exakt und anschaulich abbildet, ohne den Rezipienten durch missverständliche oder unvollständige Informationen irreführen (Albrecht et al. 2014). Entsprechend kommt der Inhaltsqualität des Gesundheitsjournalismus eine besonders zentrale Rolle zu (Lilienthal et al. 2014), da eine Über- oder Unterschätzung von Risiken, Fehleinschätzungen von Schaden und Nutzen bis hin zu problematischen Gesundheitsentscheidungen insbesondere bei Vielnutzern von Medien die Folge sein können. Eine in diesem Zusammenhang erwähnenswerte Initiative, die

sich dem Qualitätsmonitoring im Gesundheits- und Medizinjournalismus verschrieben hat, ist das Projekt „Mediendoktor“ der Technischen Universität Dortmund (www.medien-doktor.de). Hier wird die Qualität medizinjournalistischer Beiträge in Publikumsmedien nach festen Kriterien bewertet, um hierfür zu sensibilisieren, Stärken und Schwächen transparent und nachvollziehbar zu machen und dazu beizutragen, die Berichterstattung besser und verständlicher zu machen.

Durch die dynamischen Entwicklungen im Bereich digitaler, interaktiver und mobiler Kommunikationswege hat sich insbesondere die Menge der im Internet verfügbaren gesundheitsbezogenen Informationen potenziert. Die Nutzer stehen insbesondere angesichts der Unüberschaubarkeit und Heterogenität des teils intransparenten Informationsangebotes vor enormen Herausforderungen, wenn es um Orientierung, Qualitätsbeurteilung und Informationsauswahl geht (Fischer und Dockweiler 2016). Entsprechend folgern auch die Autoren der deutschen Gesundheitskompetenz-Studie, dass die Informationsflut die Menschen überfordert und ihnen den Zugang

zu und das Erkennen von qualitätsgesicherten und für sie relevanten Gesundheitsinformationen erschwert (*Schaeffer et al. 2016, 60*).

5 Inhalts- und Vermittlungsqualität im Fokus

Um Bürger zu informierten Gesundheitsentscheidungen zu befähigen und sie in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu unterstützen, bedarf es qualitativ hochwertiger – das heißt evidenzbasierter – Informationen, wie sie beispielsweise vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf der Website www.gesundheitsinformation.de bereitgestellt werden. Die Evidenzbasierung bezieht sich aber nicht nur auf die Inhalte, sondern auch auf die Frage, wie die Informationen aufbereitet und gestaltet werden sollten, um die Kommunikationsziele zu erreichen. Eine gute Handreichung zu den Qualitätsanforderungen an Gesundheitsinformationen liefert die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (*2016*). Hinweise auf diese und weitere Arbeitshilfen zu Inhalten, Gesprächsführung und Informationsgestaltung der Gesundheitskompetenzförderung haben Schmidt-Kaehler et al. (*2017*) in einer übersichtlichen Material- und Methodensammlung zusammengestellt.

Während es bei der Evidenz auf inhaltlicher Ebene primär darum geht, die aktuelle medizinische Evidenzlage aufzuarbeiten und abzubilden, stellt die Vermittlungsevidenz die Frage nach wissenschaftlichen Belegen für die Erreichbarkeit der Zielgruppen und den Prozess der Nutzung, Verbreitung, Wahrnehmung und Verarbeitung gesundheitsbezogener Botschaften in den Vordergrund. Denn auch für die Sicherstellung der Vermittlungsleistung ist eine umfassende Evidenzgrundlage erforderlich, die sich aus Erkenntnissen der empirischen Gesundheitskommunikationsforschung speist. Einen wichtigen Beitrag leistet hierzu die formative Evaluationsforschung, die themen-, ziel- und zielgruppenspezifische Besonderheiten im Vorfeld der kommunikativen Umsetzung eruiert (*Atkin und Freimuth 2013*).

Inhalts- und Vermittlungsqualität sind für den Kommunikationserfolg von Gesundheitsinformationsangeboten gleichermaßen wichtig, da noch so qualitativ hochwertige Informationen letztlich wertlos sind, wenn sie nicht gefunden und wahrgenommen, verstanden, für glaubwürdig erachtet und in handlungsrelevantes Wissen überführt werden. Mit Blick auf den besonderen Stellenwert von Vermittlungsqualitäten evidenzbasierter Inhalte sei hier exemplarisch auf die Gesundheitsinformationen hingewiesen, die die Stiftung Gesundheitswissen entwickelt und im ersten Schritt am Beispiel des Themas Kniearthrose umgesetzt hat. Hier werden

verschiedene Aspekte des Themas in ganz unterschiedlichen medialen Formaten (Texte, Abbildungen, Infografiken, Faktenboxen, Videos und Erklärungsfilme, Entscheidungshilfen) aufbereitet, die in Inhalt und Form verschiedene Zielgruppen ansprechen (www.stiftung-gesundheitswissen.de).

6 Informationsverarbeitung als Vermittlungsherausforderung

Gerade weil mediale Quellen und insbesondere das Internet in Gesundheitsfragen in Ergänzung zum Arzt an Bedeutung stark gewonnen haben und weiterhin gewinnen werden (*Baumann und Link 2016*), stehen die Akteure des Gesundheitswesens, die Informations- und Aufklärungsmaterialien bereitstellen, ebenso wie die Journalisten vor großen Vermittlungsaufgaben. Um die Vermittlungsqualitäten von Gesundheitsinformationen optimieren zu können, ist eine prozessorientierte Perspektive auf die Suche nach und die Verarbeitung von Informationen unerlässlich. Dies erfordert auch, die Informationsbedarfe und -barrieren verschiedener Bevölkerungsgruppen einschließlich der vielschichtigen Einflussfaktoren zu kennen und die Komplexität des Informationsverarbeitungsprozesses in Betracht zu ziehen. Gleichermaßen gilt es zu erkennen, welche Bevölkerungsgruppen in welchen Lebenslagen keine Gesundheitsinformationen suchen und warum sie diese ignorieren oder gar vermeiden (*Barbour et al. 2011*).

Am Anfang des Vermittlungsprozesses steht die Chance, dass die angestrebte Zielgruppe, aber auch die anderen Personen (das heißt, auch potenziell jene, die mit den Informationen möglicherweise nicht adäquat umgehen können) in Kontakt mit der Information beziehungsweise der Risiko- oder Präventionsbotschaft kommen. Es folgt die Informationsaufnahme, eine mehr oder weniger elaborierte Verarbeitung bis hin zur potenziellen Überführung in einstellungs- und handlungsrelevantes Wissen. Auf diesen Informationsvermittlungsprozess wirkt eine Vielzahl personenbezogener und situativer sowie durch sozialen Kontext geprägter Einflüsse.

Zugespielt formuliert wird jedoch häufiger ein zu einfaches Modell der Informationsvermittlung zugrunde gelegt, das im Kern davon ausgeht, den Patienten Informationen wie mit einer subkutanen Injektion verabreichen zu können. So wird häufig vernachlässigt, dass gesundheitsrelevante Entscheidungen – erst recht im Falle einer akuten Betroffenheit – meist nicht rational getroffen werden. Die Suche nach, aber auch die Vermeidung von Gesundheitsinformationen erfolgt auf Basis eigener oder stellvertretender Vorerfahrungen, emotional geprägter Einstellungen, Vorstellungen und Kompetenzerwartungen und wird von Unsicherheitswahrnehmungen und Unterstützungsbedarfen sowie vom sozialen

Umfeld beeinflusst. Dies wiederum steuert die Verarbeitung der Informationen und damit auch die gesundheitsrelevanten Handlungsimpulse und Entscheidungen (*Baumann und Hastall 2014*).

Ein Blick in die „Blackbox“ (Abbildung 2) scheint daher ebenso notwendig wie lohnenswert. Denn ein fundiertes Wissen darüber, mit welchen Zielen die Menschen wie elaboriert nach welcher Art von Gesundheitsinformationen suchen, welche Kanäle sie wählen oder vermeiden, welche Formate und Formen der Informationsaufbereitung sie präferieren, verstehen und für glaubwürdig befinden, erscheint daher in mehrfacher Sicht relevant. Es hilft im ersten Schritt, das Informationsverhalten der jeweiligen Zielgruppe besser zu verstehen und den Einfluss der Informationsnutzung auf das Gesundheitsverhalten zu prognostizieren. Diese Grundlage kann dann den Kommunikatoren dazu dienen, ihre Angebote bedarfsgerechter zu gestalten, die einzelnen Teilzielgruppen passgenauer zu adressieren und unerwünschte Informationswirkungen zu reduzieren.

7 Kommunikationsstrategische Erwägungen

Für die Vorgehensweise bei der Entwicklung und Gestaltung medialer Informationen gibt es angesichts der individuell unterschiedlichen kognitiven, motivationalen und affektiven Ausgangslagen der Personen, die es zu erreichen gilt, sowie der Komplexität, Situations- und Kontextabhängigkeit des Kommunikationsprozesses keine wirklichen Patentrezepte. Mit Blick auf die Information über und die Darstellung von medizinischer Evidenz zu therapeutischen, diagnostischen und Screeningmaßnahmen, die es korrekt, umfassend und verständlich darzustellen und auch zu visualisieren gilt (zum Beispiel hinsichtlich der angemessenen Risikodarstellung), liefert die aktuelle Leitlinie evidenzbasierter Gesundheitsinformation bereits eine wertvolle Grundlage (*Lühnen et al. 2017*). Diese sollte für Medizinjournalisten ebenso handlungsleitend sein wie für Gesundheitsakteure, die über die medizinische Evidenzlage informieren und aufklären wollen.

Die Frage der Bedingungen erfolgreicher Gesundheitsinformationsvermittlung ist jedoch noch breiter zu denken und setzt bereits mit der Frage an, welches Interesse an und welchen Zugang zu welchen Informationsquellen welche Menschen haben, über welche Medien also eine höhere Kontaktwahrscheinlichkeit zu welchen Zielgruppen besteht als über andere Kanäle. Zu der im Vorfeld jeder Entwicklung von Informationsangeboten notwendigen Situationsanalyse gehört ebenso die Analyse der konkreten Informationsbedürfnisse wie die Klärung anderer Voraussetzungen der mehr oder weniger vertiefenden Auseinandersetzung mit ge-

sundheitsbezogenen Inhalten (*Bonfadelli und Friemel 2010*). Diese beziehen sich beispielsweise auf Motivation, Interesse und Fähigkeit zur Aufnahme und Verarbeitung von Informationen in verschiedenen Zielgruppen; wer desinteressiert ist oder Angst hat, sich eine Entscheidung oder Verhaltensänderung nicht zutraut oder sozialen Druck in eine bestimmte Richtung verspürt, wird mit denselben Informationen ganz anders umgehen als andere in anderen Lebenslagen. Diese Abwägungen stellen das Fundament jeder erfolgreichen Informationsvermittlung dar.

In der strategischen Gesundheitskommunikation wie beispielsweise bei Kampagnen, Interventionen oder Programmen zur Gesundheitsedukation und -förderung (siehe dazu zum Beispiel *Bonfadelli und Friemel 2010*), die auf gezielte Aufmerksamkeitslenkung, Einstellungs- und Verhaltensänderung ausgerichtet sind, folgen Überlegungen dazu, welche thematischen Aspekte für welche Zielgruppen mittels welcher Persuasions- und Botschaftsstrategien wie aufbereitet werden sollten (*Hastall 2014; Keller und Lehmann 2008*). In Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen, Vorerfahrungen, Einstellungen, Risikowahrnehmungen, Kontrollüberzeugungen oder auch der wahrgenommenen sozialen Norm können Botschaftsstrategien wie Furchtappelle, Gewinn- oder Verlustframes, eine humorvolle Aufbereitung, Unterstützungsbotschaften, die Adressierung sozialer Normen, Fallbeispiele, Expertenaussagen oder die Einbindung von Testimonials in manchen Zielgruppen vielversprechend, in anderen sogar kontraproduktiv sein (vergleiche *Hastall 2017*). Es schließt die Frage an, welche Formate und Kommunikationskanäle sich zur Verbreitung der inhaltlich, sprachlich und gestalterisch zielgruppenadjustierten Botschaften eignen. So haben verschiedene Kommunikationswege hinsichtlich Reichweite, vermittelbarer Informationstiefe, Interaktionsgrad, Themensetzungspotenzial, Glaubwürdigkeit und anderer Parameter unterschiedliche Stärken und Schwächen. In der Regel empfiehlt sich ein Medien- und Maßnahmenmix, der die Kontaktwahrscheinlichkeit in der Zielgruppe erhöht und durch Wiederholungseffekte die Aufmerksamkeitslenkung sowie die Informationsaufnahme, -verarbeitung und -verinnerlichung steigert (siehe dazu beispielsweise *Fromm et al. 2011*).

8 Perspektiven und Herausforderungen für Kommunikatoren

Anbieter von Patienten- und Gesundheitsinformationen sind gefragt, niedrigschwellige Informationen, die in Inhalt, Aufmachung und Usability auch auf ältere und bildungsferne Bevölkerungsgruppen angepasst sind, zu entwickeln beziehungsweise ihre bestehenden Angebote dahingehend zu optimieren. Allerdings wird ein reines Mehr an Angeboten die Probleme einer kompetenten Suche und Bewertung von

Gesundheitsinformationen keinesfalls beseitigen können. Angesichts der Vielfalt und Unübersichtlichkeit gesundheitsbezogener Informationen, insbesondere im Internet, sowie angesichts dessen, dass Google und Wikipedia die zentralen Anlaufstellen für Informationssuchende im Internet sind (Baumann und Czerwinski 2015), besteht die zentrale Herausforderung darin, Orientierung zu bieten und das Auffinden verlässlicher und qualitativ hochwertiger Angebote zu erleichtern. In die Richtung eines Informationsnavigators oder einer Suchmaschine für qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation geht die Idee eines Nationalen Gesundheitsportals, das das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet hat. Es soll zum zentralen deutschen Internetangebot für Informationen rund um Fragen zur Gesundheit werden und damit einen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung leisten: „Die an Evidenz orientierten Anbieter von Informationen zu Gesundheitsfragen [sollen sich] – freiwillig und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit – auf gemeinsame Qualitätsstandards einigen und als ‚Content-Partner‘ ihre Inhalte auf einer kooperativen Plattform bereitstellen“ (IQWiG 2018, 1). Häufig vernachlässigt wird jedoch neben der Schaffung geeigneter Informationsangebote die eventuell sogar noch größere Herausforderung, nämlich ein solches neues Informationsangebot in der Bevölkerung so bekannt zu machen und die Mediennutzer von der Wertigkeit und Nützlichkeit zu überzeugen, dass sie bestehende, über einen langen Zeitraum verinnerlichte Informationsroutinen ändern.

Zusammenfassend gilt es, nicht nur bei Sensibilisierung, bei der Medien- und Gesundheitskompetenzförderung der Nutzer medialer Informationen sowie bei der Inhalts- und Vermittlungsqualität von Informationsangeboten anzusetzen, sondern auch die Health Professionals als „Informations-Lotsen“ zu etablieren, auch sie in ihren Medien- und Informationskompetenzen zu stärken und die Förderung der Gesundheitskompetenz zur Anforderung an ihre kommunikativen Kompetenzen zu machen. Die Gesundheitsprofis sollten nicht nur eine realistische Vorstellung davon haben, in welchen Medien ihre Patienten, Klienten oder Kunden üblicherweise nach Informationen suchen, sondern überdies wissen, welche laiengerecht aufbereiteten und qualitativ hochwertigen Quellen ihren Patienten im konkreten Bedarfsfall zur vertiefenden Information zu empfehlen wären. Auch die Einbindung von qualitätsgesicherten Materialien wie Infografiken und anderen Visualisierungshilfen könnte das persönliche Gespräch unterstützen.

Literatur

- Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2014):** Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. In: Hurrelmann K und Baumann E (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 142–158
- Atkin CK, Freimuth VS (2013):** Guidelines for Formative Evaluation Research in Campaign Design. In: Rice RE, Atkin CK (Hrsg.): Public Communication Campaigns. Thousand Oaks, Calif: Sage, 53–68
- Barbour JB, Rintamaki LS, Ramsey JA, Brashers DE (2011):** Avoiding Health Information. *Journal of Health Communication*, Vol. 17, No. 2, 212–229
- Baumann E, Czerwinski F (2015):** Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung Neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 57–79
- Baumann E, Hastall MR (2014):** Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 451–466
- Baumann E, Link E (2016):** Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer F, Krämer A (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer, 385–406
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014):** Patientenrechtegesetz; www.bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A–Z
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017):** Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“; www.bundesgesundheitsministerium.de → Ministerium → Meldungen → 2017 → Juni
- Bonfadelli H, Friemel TN (2010):** Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2016):** Gute Praxis Gesundheitsinformation. Version 2.0. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf
- Elwyn G et al. (2012):** Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, 1361–1367
- Fischer F, Dockweiler C (2016):** Qualität von onlinebasierter Gesundheitskommunikation. In: Fischer F, Krämer A (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer, 407–419
- Fromm B, Baumann E, Lampert C (2011):** Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- GfK (Gesellschaft für Konsumforschung) (2016):** Weltweites Ranking: Vertrauenswürdige Berufe; www.gfk-verein.org → Compact → Fokusthemen
- Hastall MR (2014):** Persuasions- und Botschaftsstrategien. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 399–412

Hastall MR (2017): Abwehrreaktionen und negative Effekte von Gesundheitsinformationen. *Public Health Forum*, Vol. 25, No. 1, 63–65

Hibbard JH, Peters E (2003): Supporting Informed Consumer Health Care Decisions: Data Presentation Approaches that Facilitate the Use of Information in Choice. *Annual Review of Public Health*, Vol. 24, 413–433

IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2018): Konzept für ein nationales Gesundheitsportal. Konzeptentwurf. Version 2.0; www.iqwig.de → Projekte & Ergebnisse → P17-02

JGU (Johannes Gutenberg Universität Mainz) (2017): Forschungsprojekt Medienvertrauen. Forschungsergebnisse der Welle 2017; <https://mediuvertrauen.uni-mainz.de/forschungsergebnisse/>

Keller PA, Lehmann DR (2008): Designing Effective Health Communications: A Meta-Analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol. 27, No. 2, 117–130

Klemperer D (2011): Lohnt sich die partizipative Entscheidungsfindung? *Public Health Forum*, Vol. 19, No. 1, 28

Lilienthal V, Reineck D, Schnedler T (Hrsg.) (2014): Qualität im Gesundheitsjournalismus. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Springer VS

Luehnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation; www.leitlinie-gesundheitsinformation.de

Nutbeam D (2000): Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, Vol. 15, No. 3, 259–267

Ruhrmann G, Guenther L (2014): Medienberichterstattung über Gesundheitsrisiken. In Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): *Handbuch*

Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 184–194

Schaeffer D, Dierks ML (2012): Patientenberatung. In Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/Basel: Juventa

Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf

Scherr S (2014): Gesundheit in den Medien und die Bedeutung von Medieninhalten für die Gesundheit. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, 239–252

Schmidt-Kaehler S et al. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf

Schulz PJ, Nakamoto K (2013): Health Literacy and Patient Empowerment in Health Communication: The Importance of Separating Conjoined Twins. *Patient Education and Counseling*, Vol. 90, No. 1, 4–11

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

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: 27. März 2018)

DIE AUTORIN



Prof. Dr. phil. Eva Baumann, Dipl.-Medienwiss.,

Jahrgang 1974, studierte Medienmanagement und promovierte 2008 an der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover (HMTMH). Nach Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HMTMH, als Akademische Rätin auf Zeit an der WWU Münster, als Vertretungsprofessorin für Kommunikationswissenschaft an der Universität Erfurt und der LMU München sowie als Akademische Oberrätin auf Zeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld wurde sie 2015 als Professorin für Kommunikationswissenschaft ans Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung (JK) der HMTMH berufen. Dort leitet sie das Hanover Center for Health Communication.

Indikation für die Stentimplantation bei stabiler Angina pectoris auf dem Prüfstand

von Anja Debrodt*

Die Perkutane koronare Intervention (PCI) dient der Erweiterung von verengten oder verschlossenen Herzkranzgefäßen mithilfe eines Katheters, ohne offene Operation. In der ORBITA-Studie wurde untersucht, ob die bisher herrschende Meinung, diese Maßnahme führe zu einer Verbesserung der Symptomatik bei Patienten mit stabiler Angina pectoris, gerechtfertigt ist.

1 Was ist das Problem?

Der Stellenwert einer PCI hängt im hohen Maße von der Indikation ab. So reduziert sie im Falle des akuten Herzinfarktes die Sterblichkeit. Weniger eindeutig ist die Lage bei Vorliegen der stabilen Angina pectoris. Hier treten die Beschwerden nur belastungsabhängig auf. Im Deutschen Herzbericht 2017, den die Deutsche Herzstiftung herausgibt, wird die Frage aufgeworfen, ob diese Intervention in jedem Falle gerechtfertigt ist, und festgestellt, dass es nur wenige randomisierte Studien gibt. Bisherige Studien führten zu der Empfehlung, eine PCI nur Patienten nahezu legen, die trotz leitliniengerechter Therapie unter inakzeptablen Herzbeschwerden leiden. Nur etwa die Hälfte der Patienten erhält aber eine solche optimale medikamentöse Therapie. Die PCI stellt eine invasive Maßnahme dar, die zwar im Laufe der Jahre sicherer geworden ist, aber immer noch mit Komplikationsraten (Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall, Gefäßverletzungen, Nierenverletzungen) zwischen einem und zwei Prozent behaftet ist.

2 Wie wurde untersucht?

Die Autoren führten die verblindete, multizentrische, randomisierte, placebo-kontrollierte Studie an fünf Studienzentren

in Großbritannien im Zeitraum von Januar 2014 bis August 2017 durch. Die 200 Patienten waren zwischen 18 und 85 Jahre alt, litten unter stabiler Angina pectoris und wiesen mindestens eine gesicherte Einengung eines Herzkranzgefäßes ≥ 70 Prozent auf, das einer PCI zugänglich war. Beide Gruppen durchliefen eine sechswöchige medikamentöse Optimierungsphase sowie eine ebenfalls sechswöchige Follow-up-Phase. Die Intervention bestand in der Versorgung aller infrage kommenden Gefäße mit einem Medikamente freisetzenden Stent. In der Placebo-Gruppe wurde der Katheter nach 15 Minuten ohne Intervention wieder entfernt.

3 Was ist rausgekommen?

Ein Belastungstest auf dem Laufband sechs Wochen nach dem Eingriff zeigte keinen signifikanten Unterschied für Patienten aus der Interventionsgruppe im Vergleich zu Patienten aus der Kontrollgruppe, und zwar weder in Hinblick auf die typischen Beschwerden wie Enggefühl, Brustschmerz und Luftnot noch im EKG. Es kam zu Blutungsereignissen während der Behandlung (zwei in der PCI-Gruppe, eins in der Placebo-Gruppe). Vier Patienten der Placebo-Gruppe

mussten mit einer PCI versorgt werden, da es zu Komplikationen während des Eingriffs gekommen war.

4 Wie gut ist die Studie?

Die vorliegende Studie weist eine hohe Qualität auf. Allerdings unterliegt sie auch einigen Limitationen. So lässt sich die optimale medikamentöse Einstellung sicher nicht immer auf den Versorgungsalltag übertragen. Auch wurden keine Patienten mit Mehrgefäßerkrankungen einbezogen, die eventuell eher von einer Perkutanen koronaren Intervention profitieren würden. Das vielleicht wichtigste Ergebnis der Studie für die Praxis ist die Empfehlung, eine optimale, leitliniengerechte medikamentöse Therapie der Patienten vor dem unreflektierten Einsatz einer risikobehafteten, invasiven und kostenintensiven Maßnahme anzustreben.

Quelle: Al-Lamee et al.: Percutaneous Coronary Intervention in Stable Angina (ORBITA): a Double-blind, Randomised Controlled Trial. *Lancet* 2018 Jan 6;391(10115):31-40. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32714-9. *Epub* 2017 Nov 2

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Bemerkenswert ist, dass Al-Lamee et al. den Mut hatten, diese Forschungsfrage zu stellen: „Führt die PCI zu besserer Belastbarkeit und Lebensqualität?“, und dies randomisiert-kontrolliert mit einer konsequenten Verblindung zu untersuchen. Das Ergebnis

erschüttert zwar etablierte Auffassungen über die unmittelbare Wirksamkeit der PCI, ist aber gleichzeitig eine Sternstunde der evidenzbasierten Medizin. Eine moderne Technologie wirkt offenbar weniger über den biologischen Mechanismus, sondern wesentlich in unspezifischer beziehungsweise psychologischer Weise: Arzt-Patient-Beziehungen, Erwartungen und die Plausibilität einer Technik sind zentral. Nicht nur in der Medizingeschichte, sondern auch heute noch.

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff,
Professor an der Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin



KÖPFE

Prof. Dr. med. Hanno Glimm hat die Professur für „Translationale Medizinische Onkologie“ am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Dresden übernommen. Nach dem Medizinstudium in Köln forschte Glimm zunächst in Kanada, absolvierte die klinische Ausbildung zum Internisten mit Zusatzbezeichnung für Hämatologie und Internistische Onkologie und leitete dann die Sektion „Medizinische Zelltherapie und Zellforschung“ an der Universitätsklinik Freiburg. 2006 wechselte er an das NCT Heidelberg, wo er seit 2011 Professor für „Translationale Hämatologie und Onkologie“ war.

Prof. Dr. med. Sylvia Thun wird als Direktorin für eHealth und Interoperabilität am Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIH) die neue Einheit „eHealth und Interoperability“ aufbauen. Die Ärztin und Diplom-Ingenieurin ist seit 2011 Professorin für Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen sowie

Direktorin des 2014 gegründeten eHealth-Kompetenzzentrums an der Hochschule Niederrhein; diese Tätigkeiten setzt sie auch künftig fort.

Prof. Dr. med. Bimba Hoyer hat den Ruf auf den neuen Lehrstuhl für Rheumatologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein auf dem Campus Kiel angenommen. Die Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie leitet dort außerdem das Exzellenzzentrum für Entzündungsmedizin. Hoyer studierte in Bonn, Rennes/Frankreich und Berlin Humanmedizin. Anschließend arbeitete sie als Assistenzärztin an der Berliner Charité und forschte am Deutschen Rheumaforschungszentrum sowie in Melbourne/Australien.

Prof. Dr. rer. medic. Martina Hasseler ist auf die Professur für Pflegewissenschaft am Universitätsklinikum Heidelberg berufen worden. Die ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin studierte Pflege- und Gesundheitswissen-

schaften in Osnabrück und arbeitete danach als wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Osnabrück und Bremen sowie im Deutschen Bundestag. 2008 übernahm sie die Professur „Aged Care“ an der University of Ballarat/Australien, lehrte danach in Berlin, Bremen sowie Hamburg und war seit 2013 Professorin für angewandte Pflegewissenschaften an der Ostfalia-Hochschule in Wolfsburg.

Prof. Dr. med. Thomas Seufferlein ist in den Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) berufen worden. Der Internist und Gastroenterologe wurde zudem Sprecher der Arbeitsgruppe für evidenzbasierte Leitlinien im Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Nach dem Medizinstudium in Regensburg und München und Stationen in Berlin, London, Ulm und Halle ist Seufferlein seit 2012 Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin am Universitätsklinikum Ulm.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
1st International Conference of the German Society for Nursing Science/Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)	Shared-Decision-Making, End-of-Life-Care, Qualität in der Pflege, Gut leben im Alter	4.–5.5.2018 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. Bürgerstraße 47 47057 Duisburg	https://profile.congrex.com/Congrex/dgpberlin2018 E-Mail: dgp@congrex.com Telefon: 0041 61 68677-77
DDG Diabetes Kongress 2018 „Wissenschaft und klinischer Fortschritt – gemeinsam in die Zukunft“	Task Force Diabetologie 2025, neue (Pharmako-)Therapien, Prävention, Digitalisierung	9.–12.5.2018 Berlin	Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. Albrechtstraße 9 10117 Berlin	www.diabeteskongress.de/anmeldung/registrierung.html E-Mail: diabetes-kongress@kit-group.org ; Telefon: 030 24603-360
1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health „Diversity and health“ (MERH)	Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsversorgung in multiethnischen Gesellschaften	17.–19.5.2018 Edinburgh	MERH 2018 Congress Secretariat, In Conference Ltd. Unit 1, Q Court Quality Street Edinburgh EH4 5BP Scotland	www.merhcongress.com/registration E-Mail: merh@in-conference.org.uk Telefon: 0044 131 336-4203
50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)	Zukunft und Grenzen der intensivmedizinischen Versorgung, Ethik in der Intensivmedizin	13.–15.6.2018 Köln	Deutsche Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin Seumestr. 8, 10245 Berlin	http://2018.dgiin.de/start/teilnahme.html E-Mail: dgiin2018@aey-congresse.de Telefon: 030 2900659-4
Fachkongress und Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)	Entlassmanagement, Interdisziplinarität, Nutzerbeteiligung	22.–23.6.2018 Düsseldorf	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. Saarstraße 3 55122 Mainz	www.dgcc.de/fachkongress-2018 Telefon: 0228 9691930-0
25th Biennial Congress of the European Association for Cancer Research (EACR25)	Entwicklungen in Diagnose und Therapie, Mikrobiom und Krebs, Stammzellen	30.6.–3.7.2018 Amsterdam	European Association for Cancer Research, Triumph Road, Nottingham NG7 2TU Großbritannien	www.eacr25.org/register E-Mail: eacr25@covr.be Telefon: 0032 14 283560

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich (KomPart)
Grafik: Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de