

Deutschland braucht mehr Gesundheitskompetenz

Ein Plädoyer von Autorinnen und Autoren des „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“

Seit genau vier Jahren besitzt Deutschland einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP)“ (1). Er enthält fünfzehn konkrete Empfehlungen dazu, wie die Gesundheitskompetenz in Deutschland verbessert werden kann. Als Gesundheitskompetenz wird die Fähigkeit bezeichnet, gesundheitsbezogene Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Eben diese Fähigkeit ist in modernen Informations- und Wissensgesellschaften von größter Bedeutung. Denn sie sind dadurch charakterisiert, dass Information und Wissen ungeheuer rasch anwachsen, sich schnell verbreiten, aber auch rasch wieder veralten. Die digitale Transformation hat diese Entwicklung beschleunigt und zugleich unüberschaubar werden lassen. Auch fragwürdige und falsche Informationen verbreiten sich schneller und stiften große Verwirrung und Verunsicherung. Besonders deutlich wurde dies in den letzten beiden Jahren während der Corona-Pandemie.

Wir sind überzeugt: Wären die Empfehlungen des Aktionsplans befolgt und die Gesundheitskompetenz schon langfristig gestärkt worden, hätten die Bürgerinnen und Bürger und das Gesundheits-, das Pflege- und das Bildungssystem die Pandemie sehr viel besser bewältigen können.

Wir appellieren deshalb an die Bundesregierung, die Regierungen der Bundesländer und die verantwortlichen gesellschaftlichen Institutionen, die Empfehlungen des „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ aufzugreifen.

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hat sich verschlechtert

Aktuelle Studien zeichnen ein kritisches Bild: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland hat sich in den letzten Jahren verschlechtert. Der zweiten Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2) zufolge weisen heute nahezu 60 Prozent der Bevölkerung eine geringe Gesundheitskompetenz auf (2). Fünf Jahre zuvor waren es noch rund 54 Prozent (3). Im internationalen Vergleich von 17 beteiligten Ländern schneidet Deutschland besonders schlecht ab, wie die neue Studie des von der Weltgesundheitsorganisation initiierten Konsortiums *Measuring Population and Organisational Health Literacy* (M-POHL) zeigt (4).

Deutlich wird in diesen Untersuchungen auch, dass es um die *digitale* Gesundheitskompetenz besonders schlecht bestellt ist: Fast zwei Drittel der Bevölkerung weisen hier große Defizite auf, zum Beispiel, wenn es um die Nutzung von Informationen aus dem Internet geht (5). Die *navigationale* Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeit, sich je nach Bedarf im Gesundheitssystem und seinen Instanzen zurechtzufinden, ist in Deutschland ebenfalls sehr niedrig. Das ist vor allem auf die Komplexität und Unübersichtlichkeit des Gesundheitssystems zurückzuführen (6), das wenig nutzerfreundlich ist und kaum Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Versorgungsangeboten bietet.

Eine geringe Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hat gravierende Folgen. Sie behindert ein gesundheitsbewusstes Verhalten, die Prävention von Gesundheitsrisiken und eine erfolgreiche Bewältigung von Gesundheits- und Krankheitsproblemen. Zudem geht sie mit einer erhöhten Nutzung des Gesundheitssystems einher. All dies verursacht enorme gesellschaftliche Kosten.

Wie die Fähigkeit der Bevölkerung, mit gesundheitsrelevanten Informationen und Fragen umzugehen, schrittweise erhöht werden kann, wurde im *Nationalen Aktionsplan* erörtert und in sieben, später erarbeiteten **Strategiepapieren** (7-13) detailliert ausgeführt. Die Empfehlungen reichen von der Intensivierung der Gesundheitsbildung in Kindergärten, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen, der Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Kommunen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und Unternehmen bis zur Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz im Konsumbereich und in den Medien. Aber auch die Verbesserung der Kommunikation und Information in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sowie durch die dort tätigen Professionen und Berufe und die Erleichterung der Navigation im Gesundheitssystem werden empfohlen. Dass dazu die Forschung entsprechend ausgebaut werden muss, wird ebenfalls betont.

Leider hat die bis September 2021 amtierende Bundesregierung weder die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung noch die gesundheitskompetente Gestaltung der alltäglichen Lebenswelten einschließlich des Gesundheits- und Bildungssystems entscheidend vorangebracht. Von der neuen Bundesregierung wird das Thema ebenfalls nicht explizit aufgegriffen, und auch der Koalitionsvertrag weist hier eine Leerstelle auf. Wie dringlich es ist, dieses Versäumnis zu beheben, hat die Corona-Pandemie überdeutlich vor Augen geführt.

Lehren aus der Corona-Pandemie

Wie alle Krisen tauchte die Corona-Pandemie plötzlich und unerwartet auf, traf die Politik und die Bevölkerung unvorbereitet und wartete zugleich mit immer neuen Überraschungen auf, die jeweils neue politische Reaktionen erforderten und allesamt unter Ungewissheit und Unsicherheit getroffen werden mussten. Erforderlich war und ist daher eine „lernende“ Politik, die mehr denn je auf rasch zu erarbeitende, wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse angewiesen ist, diese berücksichtigt und transparent kommuniziert.

Aber auch soziale Systeme und Organisationen, etwa das Gesundheits- und Pflegesystem oder das Bildungssystem, mussten lernen: Einrichtungen waren gefordert, sich rasch und immer wieder neu umzustellen, ihre Arbeitsweise anzupassen und flexibel zu halten, die digitale Infrastruktur zu verbessern, das Personal auf neue, zusätzliche Aufgaben einzustellen, dabei Belastungen zu riskieren, aber Überbelastungen zu vermeiden. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und insbesondere die Leitungsgremien mussten zudem laufend in ihre eigene Gesundheitskompetenz investieren, um mit dem neuen Gesundheitsrisiko und seinen Konsequenzen umzugehen.

Die Bürgerinnen und Bürger mussten ebenfalls lernen – so etwa, dass Infektionskrankheiten, die als nahezu besiegt oder zumindest eingedämmt galten, plötzlich aus dem Nichts auftauchen, rasch und nicht auf Regionen begrenzt eine bedrohliche Dynamik entwickeln können, ebenso wie essenziell Prävention und wie (lebens-) wichtig einzelne Präventionsmaßnahmen werden können – man denke etwa an das Stichwort Hygieneregeln. Außerdem mussten sie sich daran gewöhnen, sich permanent mit Gesundheitsfragen auseinander zu setzen und dabei beachten, wie schnell für sicher gehaltene Informationen durch neue Erkenntnisse überholt sein können und in Widerspruch zu bis dahin für gültig gehaltenem Wissen geraten.

Insgesamt waren alle – ganz gleich, ob Laien oder Expertinnen und Experten oder politische Entscheider – gefordert, sich mit wissenschaftlichen Begriffen wie Herdenimmunität, Sieben-Tage-Inzidenz, R-Wert, mit statistischen und epidemiologischen Fakten, dem Verlauf von Infektionskurven, mit Mutationen und Impfstoffzusammensetzungen auseinanderzusetzen, um die eigene oder die gesellschaftliche (Gefahren-) Situation einschätzen und daraus Schlüsse ziehen zu können. Erschwert wurde das durch die immer weiter anwachsende Menge an Informationen, die Mixtur aus Widersprüchen, unverständlichen Fachbegriffen, Fake News sowie an manipulierten und insgesamt fragwürdigen Informationen.

Die Corona-Pandemie hat zudem bestehende Schwächen im Gesundheitssystem offengelegt. Sie hat den großen Nachholbedarf im Bereich Public Health aufgezeigt – etwa im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), bei der Prävention, in der Pflege, bei dem Management von Gesundheitskrisen, bei der digitalen Transformation des Gesundheitssystems und eben auch im Bereich Gesundheitsinformation und Gesundheitskommunikation. Nach wie vor fällt es großen Teilen der Bevölkerung sehr schwer einzuschätzen, ob Gesundheitsinformationen vertrauenswürdig und neutral oder aber durch kommerzielle Interessen geprägt sind. Es fehlt an „sauberen“, qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen und an einer klaren, auf die verschiedenen Teilgruppen der Bevölkerung zugeschnittenen Kommunikation. Ebenso mangelt es an zugehenden und zielgruppenspezifischen Informationsangeboten, die Menschen in ihrem sozialen Umfeld ansprechen und ihre lebensweltlichen Bedingungen beachten. Das dürfte einer der Gründe dafür sein, weshalb die Impfquote bei knapp 75 Prozent steckengeblieben ist, wodurch in Deutschland der Übergang von der Pandemie in die Endemie erschwert wird. Die Strategie, die gesamte Bevölkerung zu infizieren, wie sie andere europäische Länder verfolgen, ist damit in Deutschland kaum zu verantworten.

Insgesamt ist es der Politik nur unzureichend gelungen, alle Bürgerinnen und Bürger davon zu überzeugen, Schutzmaßnahmen, wie etwa eine vorbeugende Impfung, zu ergreifen – nicht zuletzt, weil es keine abgestimmte, vorausschauende Informationspolitik über Ursachen und Auswirkungen der Pandemie gegeben hat. Versäumt wurde, Gesundheitskompetenz neben den pharmakologischen Impfstoffen als einen wirksamen „sozialen Impfstoff“ einzusetzen. Dazu hat auch die einseitig auf das Individuum zugeschnittene Präventionspolitik beigetragen. Dass Gesundheit auch soziale und gesellschaftliche Dimensionen aufweist und es nicht nur um den Schutz der eigenen Gesundheit, sondern auch den der Mitmenschen geht, wurde während der Pandemie zu wenig beachtet.

Nicht verwunderlich daher, dass sich ein Vertrauensverlust in die Politik breitmachen konnte. Nach Umfragen hält ein großer Teil der Bevölkerung den Umgang der Politik mit der Corona-Pandemie für nicht akzeptabel. Damit zeichnet sich eine Entwicklung ab, die die demokratische Legitimität politischen Handelns und besonders des gesundheitspolitischen Handelns in den folgenden Jahren untergraben könnte. Auffällig ist zum Beispiel, dass sozial benachteiligte und gesundheitlich vulnerable Menschen in einem nur geringen Maße vom Nutzen einer Impfung überzeugt werden konnten. Gerade bei ihnen ist die Gesundheitskompetenz den vorliegenden Studien zufolge besonders niedrig.

Deutschland braucht mehr Gesundheitskompetenz

Mag die Corona-Pandemie in absehbarer Zeit eine weniger dominierende Rolle spielen, die deutlich gewordenen Defizite sollten aber umfassend analysiert und die daraus erwachsenen Lehren in politisches Handeln umgesetzt werden:

Erstens: Wenn eine Regierung den Zugang zu einem signifikanten Teil der Bevölkerung verliert, kann sie auch andere politische Herausforderungen nicht erfolgreich bewältigen. Dringend erforderlich ist eine umfassende Ausrichtung von Politik, die im Sinne der Weltgesundheitsorganisation Gesundheit in allen Politikbereichen beachtet (*Health in All Policies*) und zudem eine leicht verständliche, interaktiv angelegte Kommunikation mit der Bevölkerung praktiziert. Nach dem Abflachen der jetzigen Pandemie wird es weder für die Bevölkerung noch für die Organisationen und Professionen im Gesundheitssystem oder die politischen Akteure eine lange Atempause geben. Vieles spricht dafür, dass weitere Pandemien folgen werden, ungewiss bleibt einzig der Zeitpunkt.

Zweitens: Neben gesundheitlichen Krisen im engeren Sinne zeichnen sich weitere massive Herausforderungen mit direkten Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung ab. Das gilt etwa für den Klimawandel. Der Umgang beispielsweise mit langanhaltender Hitze kombiniert mit Trockenheit, erhöhten Ozonwerten und häufigeren Starkwetterereignissen stellt eine neue Herausforderung dar, bei der noch weniger als bei der Corona-Pandemie auf bestehendes Wissen zurückgegriffen werden kann. Der Klimawandel erfordert nicht nur (städte-)bauliche Maßnahmen, sondern ebenso die Fähigkeit der Bürgerinnen und Bürger, basierend auf gesundheitsbezogenen Informationen, heute noch dominierende Lebensweisen zu verändern, um beispielsweise die Luftbelastung zu verringern, die Reisegewohnheiten zu verändern oder die Ernährung anzupassen. Diese Umstellung wird den Menschen nur möglich sein, wenn sie durch politische Maßnahmen zum Umwelt- und Klimaschutz begleitet werden.

Drittens: Die sich weltweit vollziehende digitale Transformation ist während der Pandemie vorangeschritten, ihr Potenzial hat sie aber noch lange nicht ausgeschöpft. Ohne intensivere Förderung der *digitalen Gesundheitskompetenz* werden aktuell bestehende soziale Ungleichheiten weiter verstärkt. Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in Krisenzeiten besonders leiden – auch unter psychischen Störungen und Zukunftsängsten –, weil sie über geringere Ressourcen im Umgang mit den an sie gestellten Anforderungen verfügen. Das gilt auch für den Umgang mit digitalen Informationen.

Viertens: Anzuführen ist auch die fortschreitende Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems. Die schwer zu übersehenden Strukturen stellen eine Zugangsbarriere für die Menschen dar, was zu mehr gesundheitlichen Problemen, kostenintensiven Suchbewegungen und inadäquater Versorgung führt. Eine höhere *navigationale* Gesundheitskompetenz würde den Bürgerinnen und Bürgern hingegen ermöglichen, besser zu beurteilen, was der geeignete Zugang zum Gesundheitssystem ist, mit welchem gesundheitlichen Problem sie sich an welche Leistungserbringer wenden und wie sie diese ausfindig machen können. Auch für die Navigation im Gesundheitssystem wird das Internet eine immer größere Rolle spielen, und das gilt generell für die Suche nach Gesundheitsinformation. Hier für eine bessere und sicherere Qualität von Information zu sorgen und Falsch- und Fehlinformation zu bekämpfen, wird eine Zukunftsaufgabe sein.

Jede Krise ist mit enormen Anforderungen an die individuelle und gesellschaftliche Anpassungsleistung verbunden und immer auch auf einen kompetenten Umgang mit neuer Information und neuem Wissen angewiesen, ebenso auf die Fähigkeit, dieses Wissen verhaltensrelevant werden zu lassen und für Entscheidungen zu nutzen. Wir sind überzeugt, dass Krisen umso besser und gesünder zu meistern sind, je besser die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Gesundheitskompetenz des Gesundheitssystems und auch seiner Organisationen und Professionen entwickelt sind. Deshalb braucht Deutschland eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Menschen wie der Systeme und auch mehr Investitionen in die Förderung von Gesundheitskompetenz.

Literaturangaben

- (1) Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/>
- (2) Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., Sombre, S. de et al. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2950305>
- (3) Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. <https://doi.org/10.2390/0070-PUB-29081112>
- (4) The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Vienna: Austrian National Public Health Institute. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report%20%28002%29_0.pdf
- (5) Schaeffer, D., Gille, S., Berens, E.-M., Griese, L., Klinger, J., Vogt, D. et al. (2021). Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland Ergebnisse des HLS-GER 2. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1670-7636>
- (6) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. Berlin: SVR.
- (7) Hurrelmann, K., Bauer, U. & Schaeffer, D. (2018). *Strategiepapier #1 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2933463>

- (8) Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S., Dierks, M.-L., Ewers, M. & Vogt, D. *Strategiepapier #2 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2933464>
- (9) Hurrelmann, K., Schmidt-Kaehler, S., von Hirschhausen, E., Betsch, C. & Schaeffer, D. (2019). *Strategiepapier #3 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern*. <https://doi.org/10.4119/unibi/2933465>
- (10) Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D., Hurrelmann, K. & Pelikan, J. (2019). *Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2935460>
- (11) Schaeffer, D., Bauer, U. & Hurrelmann, K. (2019). *Strategiepapier #5 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz systematisch erforschen*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2936985>
- (12) Adam, Y., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Zeeb, H. & Schaeffer, D. (2019). *Strategiepapier #6 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken: Fokus Migration*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2939605>
- (13) Bauer, U., Adam, Y., Fretian, A., Gille, S., Kirchhoff, S., Okan, O. et al. (2020). *Strategiepapier #7 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Mentale Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in Familien mit einem psychisch- oder suchtkranken Elternteil stärken*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2951441>

Die Koordination dieser Stellungnahme wurde von Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) und Prof. Dr. Klaus Hurrelmann (Hertie School Berlin, unter Mitarbeit von Lennert Griese M.Sc. (Universität Bielefeld) und Dr. Alexander Haarmann (Hertie School Berlin) vorgenommen.

Die Autorinnen und Autoren dieser Stellungnahme gehören zum Expertengremium, das den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz im Februar 2018 erarbeitet hat: Prof. Dr. Ullrich Bauer (Universität Bielefeld); Prof. Dr. Marie-Luise Dierks (Medizinische Hochschule Hannover); Prof. Dr. Klaus Hurrelmann (Hertie School Berlin); Prof. Dr. Ilona Kickbusch (Hochschulinstitut für internationale Studien und Entwicklung, Genf, Schweiz); Susanne Melin (Robert Bosch Stiftung, Stuttgart); Prof. Dr. Orkan Okan (Technische Universität München); Prof. Dr. Jürgen Pelikan (Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich); Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld); Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler (Bertelsmann Stiftung, Gütersloh) und Dr. Kristine Sørensen (Global Health Literacy Academy, Risskov, Dänemark).