

9.9 Von der veränderten Rolle des Patienten Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor



Stefan Wild*



Alexander Rödiger*

1. Zusammenfassung

Mit dem Trend hin zur Gesundheitsgesellschaft wandelt sich nicht nur das Verständnis von Gesundheit, sondern auch das Bild des Bürgers im Gesundheitssystem. Dieser stand in einem primär kurativen Gesundheitswesen vor allem als Patient im Fokus. Mit dem wachsenden Gesundheitsmarkt und der zunehmenden Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung wandelt sich seine Rolle hin zum Konsumenten und Bürger. Das Gesundheitssystem ist jedoch komplex und verlangt vom Bürger eine aktivere Rolle. Gesundheitskompetenz oder auf Englisch "Health Literacy" wird deshalb zu einem Schlüsselfaktor – nicht nur für den Bürger, sondern auch für das Gesundheitssystem als Ganzes.

2. Einführung und Ausgangslage

Wer hat nicht schon die Erfahrung gemacht: Man schenkt seiner Schwiegermutter den alten Laptop, in der Hoffnung, dass sie künftig selber E-Mails schreiben, sich im Internet über Ferienzele und andere wissenswerte Dinge informieren oder gar ihre Rechnungen im Onlinebanking-Verfahren bezahlen kann – kurz, dass man ihr dadurch das Leben erleichtere. Nach einer mehrstündigen Einführung und ein paar Wochen später stellt man fest: Der Laptop schlummert vor sich hin und reiht sich unter die anderen Nippsachen im Regal.

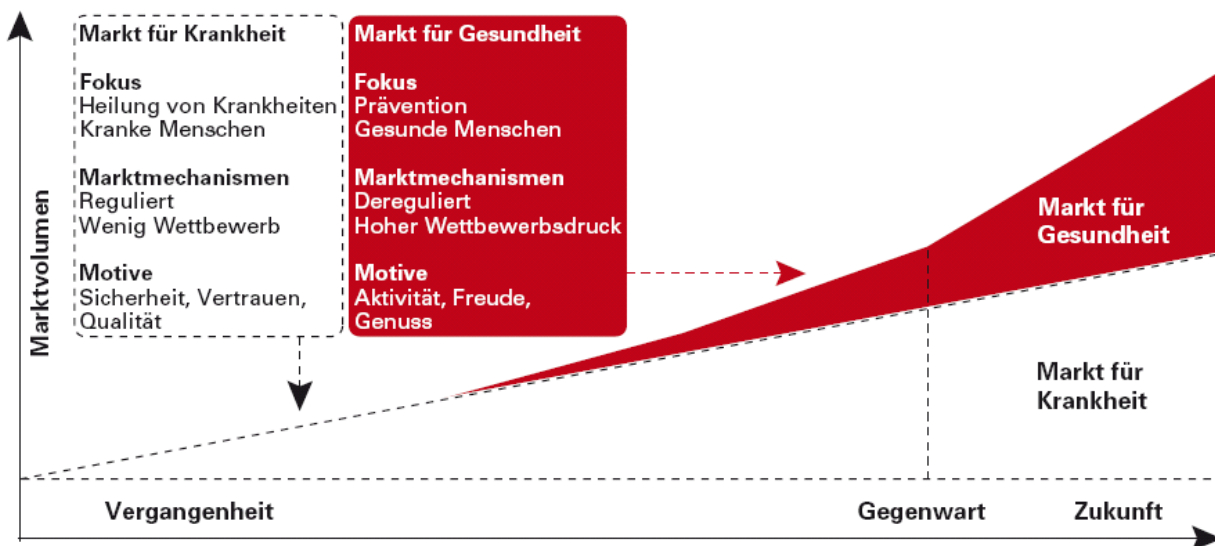
Eine etwas ähnliche Situation findet man im Gesundheitswesen wieder. Es ist allseits bekannt, dass der Entscheid und die Verantwortung für die Art und Weise einer medizinischen Therapie beim Arzt liegen. Vergessen geht indes oft, dass der endgültige Entscheid, ob eine Therapie auch durchgeführt werden soll, einzig beim Patienten liegt – selbst dann, wenn der Patient durch Ablehnung grosse Gesundheitsrisiken oder Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt.¹ Dieser an sich punktuelle Sachverhalt verweist auf eine grundlegende Frage: Welche Rolle sollte der Patient im Gesundheitswesen optimalerweise spielen? Welche Folgen hat sein Mitwirken? Was bedeutet es, wenn er nicht mitwirkt? Und schliesslich: Wie kann seine Kompetenz zum Mitwirken verbessert werden?

2.1. Gesundheit – neue Perspektiven

Verschiedene Akteure haben die Bedeutung von Gesundheit seit einiger Zeit erkannt: Kaum eine Schweizer Zeitung bietet nicht ein Dossier zur Gesundheit.ⁱⁱ Die Migros hat unlängst ein Gesundheitsportal angekündigt, wo Informationen über gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung im Vordergrund stehen.ⁱⁱⁱ Zudem will der Detailhändler das Sortiment der Gesundheitsmarke Actilife von derzeit 150 Produkten bis Ende 2008 um 100 Präparate erweitern. Vor wenigen Wochen ist die erste Gratiszeitung erschienen, die sich ausschliesslich dem Thema Gesundheit widmet.^{iv}

Dass Gesundheit auch in anderen Lebensbereichen und für andere Sektoren an Bedeutung erlangt, ist nur ein Beispiel davon, wie sich das Gesundheitswesen verändert. An verschiedenen Orten wurde in den letzten Jahren auf einen Wandel der Konzepte im Bereich Gesundheit hingewiesen. Die GDI-Studie zum Gesundheitswesen der Zukunft sagt beispielsweise voraus, dass sich die Aufmerksamkeit verstärkt weg von der Krankheit (Pathogenese) auf die Gesundheit und die Erhaltung der Gesundheit (Salutogenese) verschiebt.^v Der so genannte Krankheitsmarkt bildet demnach nur einen Teil der Realität des Gesundheitswesens ab, nämlich denjenigen des Kranken- und Zusatzversicherungsgesetzes (KVG, ZVV). Spricht man heute von Gesundheitsausgaben, so sind bei näherer Betrachtung vor allem die Ausgaben für Krankheit, das heisst für den kurativen Bereich des Gesundheitswesens, gemeint. Daneben oder darüber ist in den letzten Jahren auch ein so genannter Gesundheitsmarkt entstanden, der im Wachsen begriffen ist. Während im Krankheitsmarkt primär die kurativen Massnahmen und damit auch der Aspekt des Heilens im Vordergrund stehen, so liegt im Gesundheitsmarkt das Schwergewicht auf dem Aspekt des Gesundbleibens. Ersterer ist stark reguliert, wohingegen letzterer eher kompetitiv funktioniert. Beide zusammen bilden die heutige lebensweltliche Realität ab.

Schematische Darstellung der Entwicklung der Märkte für Krankheit und Gesundheit



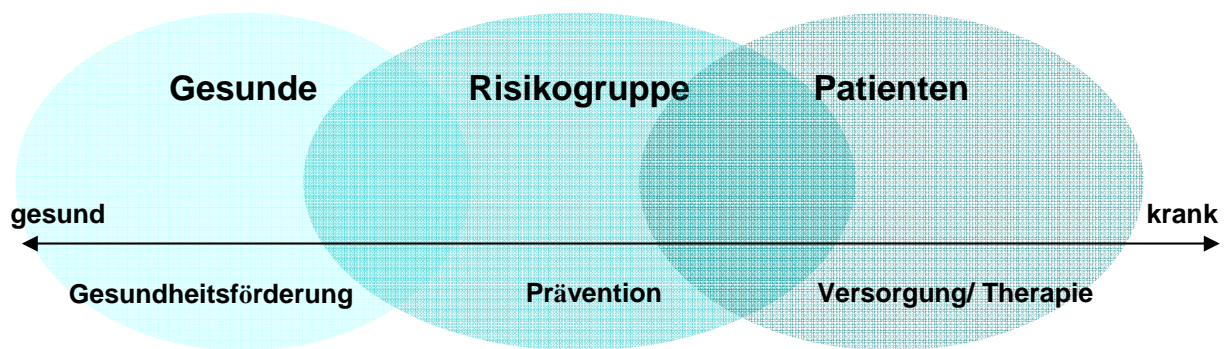
Quelle: GDI

10.5 : Von der veränderten Rolle des Patienten Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor Abb. 1: Krankheitsmarkt und Gesundheitsmarkt

Vor diesem Hintergrund muss der Begriff des Leistungsnehmers weiter gefasst werden: „Aus Patienten werden Konsumenten, die nicht nur von Krankheiten geheilt werden wollen, sondern vermehrt auch individuelle Bedürfnisse befriedigen möchten.“^{vi} Entsprechend wird das Gesundheitswesen immer stärker

vom Konsumgütermarkt geprägt, was sich auch auf das Selbstverständnis der Patienten auswirkt. Laut Ilona Kickbusch „ist es auch nicht mehr zu verantworten, zwei der wichtigsten Teilnehmer in diesem Gesundheitssystem – den Bürger-Konsumenten-Patienten und die Gesundheitswirtschaft oder den Gesundheitsmarkt – so zu vernachlässigen wie bisher.“^{vii} Sie fordert daher in ihrem Buch „Gesundheitsgesellschaft“ eine veränderte Sicht auf Gesundheit, die alle vier Dimensionen umfasst: die persönliche Gesundheit, die Medizin, den Gesundheitsmarkt und die öffentliche Gesundheit.

Mit der Verlagerung hin zu Gesundheit geht die Erkenntnis einher, dass sich auch die Trennung zwischen gesund und krank nicht halten lässt. Einerseits umfasst das Gesundheitswesen nicht mehr nur die Kranken, sondern vielmehr auch die Gesunden, insoweit sie gesund bleiben sollen. Andererseits gibt es dazwischen einen Zustand, den man als „at risk“ bezeichnen könnte. Zu dieser Risikogruppe gehören beispielsweise Menschen mit Übergewicht, Raucher oder nicht erkannte Diabetiker. Sie fühlen sich vielleicht gesund, doch birgt ihr gegenwärtiger Lebensstil ein gewisses Risiko, krank zu werden.



10.5 : Von der veränderten Rolle des Patienten Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor Abb.2 :
Gesundheit als Kontinuum

Wenn Gesundheit immer mehr in andere Lebensbereiche wirkt und das Informationsangebot steigt, wandelt sich auch das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dass der Arzt alleine über die Therapie entscheidet, ist immer weniger der Fall. Vielmehr kommt es zu einem „shared decision making“, wobei der Arzt den Patienten nicht nur über die Krankheit aufklärt, sondern ihm auch verschiedene Therapieoptionen aufzeigt und schliesslich beide, Arzt und Patient gemeinsam, den Entscheid über die Therapie fällen.^{viii}

Vor dem Hintergrund, dass es heute mit der Entwicklung neuer medizinischer Therapien viel mehr Optionen gibt, stellt sich auch die Frage, welche Optionen überhaupt angemessen sind oder ob alles, was medizinisch machbar ist, auch gemacht werden soll. Lohnt es sich etwa, eine schmerzhaft Chemotherapie auf sich zu nehmen, wenn sie die Überlebenschancen nur geringfügig erhöht?^{ix} Im Vordergrund steht bei solchen Fragen nicht mehr nur das medizinisch Mögliche, sondern die Lebensqualität – oder wie eine Brustkrebspatientin sagt: „Ich will nicht die ultimative Therapie, ich will eine optimale Lebensqualität. Und ich will in Würde sterben.“^x

Letztlich stellt sich auch die Frage, wie sich die Begriffe Gesundheit und Krankheit zueinander verhalten. Ist Krankheit das Gegenteil von Gesundheit? Oder ist Krankheit nicht vielmehr ein temporärer Teil von Gesundheit? Sofern die Bürger als Zielgruppe des Gesundheitswesens bestimmt werden, ist der letztere Begriff von Krankheit respektive Gesundheit als der zutreffendere anzusehen.

3. Gesundheitskompetenz

In der öffentlichen Diskussion rund um das Gesundheitswesen dominiert nach wie vor das Thema der steigenden Kosten und damit die Frage, wie diese gesenkt werden können. Demgegenüber steht der Anspruch an eine hohe Versorgungsqualität und den legitimen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bürger. Zwei Themenkreise zeigen diesen Gegensatz beispielhaft auf: einerseits die Fragen rund um den so genannten „therapeutic gap“, das heisst, dass trotz der zahlreichen medizinischen Möglichkeiten nicht alle davon profitieren, andererseits die Fragen rund um das Effizienzpotenzial und damit verbunden oft auch die Frage der Rationierung respektive der Rationalisierung.

Der so genannte „therapeutic gap“ zeigt sich auf verschiedene Weise: Einerseits die zahlreichen Fälle von vorhandenen, aber nicht diagnostizierten Krankheitsfällen, andererseits aber auch die zahlreichen Fälle, wo jemand zwar diagnostiziert ist, aber das Behandlungsziel nicht erreicht wird, und schliesslich die Fragen rund um die mangelnde Compliance, das heisst das ungenügende Befolgen der ärztlichen Verschreibung.

Schöffski hat in einer Metaanalyse den „therapeutic gap“ im ersten Sinne in verschiedenen Therapiegebieten analysiert: So ist in Frankreich beispielsweise nur ein kleiner Teil von 150'000 bis 200'000 Alzheimer-Kranken überhaupt diagnostiziert.^{xi} Zudem erhalten nur rund 56'000 die nötige Behandlung. In Deutschland wiederum hat nur gerade ein Drittel von mehr als vier Millionen Asthmatikern Zugang zu Medikamenten und eine noch kleinere Anzahl davon wird adäquat behandelt, weshalb Schöffski schliesst: „(...) and consequently the total costs of this disease in all sectors of the healthcare system are much higher than necessary“.^{xii} Inadäquate Diabetes-2-Therapien führen in Deutschland jedes Jahr zu 6'000 Fällen von Blindheit, 8'000 Dialysefällen, 27'000 Herzinfarkten und 44'000 Hirnschlägen: „Better treatment would not prevent all of these consequences, but could reduce them to a large extent.“^{xiii}

Schöffski macht verschiedene Faktoren aus, die zu einem „therapeutic gap“ führen, unter anderem auch die Patienten selbst: „Sometimes it is necessary for patients to play a more active role in cooperating with their physicians or health insurance to receive the best possible treatment. This presumes knowledge about the available treatment options (knowledge is power). If appropriate information is kept away from the patient he/she will not have this ‘power.’“^{xiv} Doch auch wenn die Behandlung erfolgt, ist noch nicht gesagt, dass sie erfolgreich ist: Ebenso wichtig ist die so genannte Compliance. Informierte Patienten würden nach Schöffski eine Therapie eher befolgen als nicht informierte.

Ein anderes Beispiel von White und Banks zeigt, dass der „therapeutic gap“ auch geschlechterspezifisch ist: Obwohl das Hautmelanom bei Frauen häufiger auftritt als bei Männern, sterben mehr Männer daran.^{xv} Der Grund: Männer gehen weit weniger häufig zum Arzt als Frauen. Dadurch werden weniger Diagnosen erstellt, was die Chancen für die Früherkennung und eine rechtzeitige Behandlung stark vermindert. White und Banks fordern deshalb, dass Gesundheitsförderung stärker auch auf Männer und männliche Jugendliche ausgerichtet wird, und zwar auf eine Weise, die diese besser anspreche.

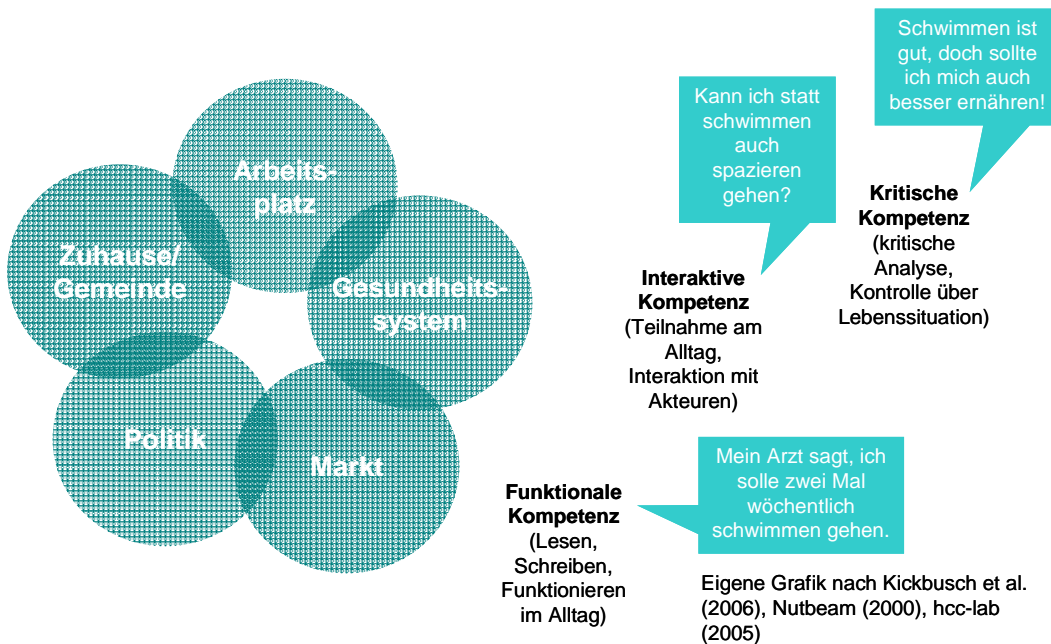
Die Behebung des „therapeutic gap“ wird häufig als Gegensatz zur Rationalisierung angesehen. In den letzten Jahren wurde jedoch immer öfter auf das Effizienzpotenzial hingewiesen, das in der Behebung des „therapeutic gap“ liegt. So weisen beispielsweise Studien darauf hin, dass eine bessere Compliance nicht nur die Gesundheit des Patienten verbessert, sondern auch zu einer Senkung der Kosten führt.^{xvi}

Deutlich wird die Forderung nach einer stärkeren Fokussierung auf die Prävention, die eine rechtzeitige und richtige Diagnose umfasst, sowie nach der Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens. Ebenfalls zeigen diese Studien eine stärkere Fokussierung auf den Bürger als Akteur, der zur eigenen Gesundheit massgeblich beitragen kann. Sei es als Gesunder, indem er sich gesundheitsbewusst verhält, sei es als Risikoträger, indem er sich seiner Gesundheitsrisiken bewusst ist, oder sei es als Kranker, indem er die Therapieanweisungen seines Arztes versteht und entsprechend befolgt. Gestützt wird dies auch von Patientenorganisationen, die unter anderem bessere Information, Zugang zu Behandlungen und Präventionsangeboten sowie Gesundheitsrichtlinien verlangen, die stärker patientenzentriert sind.^{xvii}

3.1. Gesundheitskompetenz – das Konzept

Wenn der Einzelne eine so wichtige Rolle spielt – was sind die Gründe dafür, dass er sich nicht so verhält, wie er sollte respektive könnte? Hier kommt der Begriff der „Gesundheitskompetenz“ in den Fokus der Diskussion. Gesundheitskompetenz ist die deutsche Übersetzung des englischen „Health Literacy“. Eine allgemein gültige Definition für diesen Begriff gibt es noch nicht; am gebräuchlichsten ist jedoch diejenige von Kickbusch et al.: „Health Literacy is the ability to make sound health decisions in the context of every day life – at home, in the community, at the workplace, in the health care system, the market place and the political arena.“^{xviii} Kickbusch et al. sehen in der Gesundheitskompetenz zunächst die Fähigkeit, „gesunde“ Entscheidungen zu treffen. Diese betreffen nicht nur die eigene Gesundheit, sondern umfassen die verschiedenen Lebensbereiche des Individuums: das Zuhause, die Gemeinschaft oder Gemeinde, den Arbeitsplatz, das Gesundheitssystem, den Gesundheitsmarkt und die Politik. Letzteres betrifft beispielsweise Volksabstimmungen, wie diejenige über die Einheitskasse.

Ein etwas anderes Konzept vertritt Nutbeam, wenn er zwischen funktionaler, interaktiver und kritischer Kompetenz unterscheidet.^{xix} Erstere zielt auf die eigentliche Bedeutung von „Literacy“ und meint ausreichende Grundkompetenzen im Lesen und Schreiben, um im Alltag zu funktionieren. Die interaktive oder kommunikative Gesundheitskompetenz bezieht sich auf fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die es erlauben, aktiv am Alltag teilzunehmen, Informationen zu sammeln und in Interaktion mit anderen Akteur/innen zu interpretieren sowie vorhandene Informationen in veränderten Bedingungen anzuwenden. Die kritische Gesundheitskompetenz bezeichnet fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die für die kritische Analyse von Informationen eingesetzt werden können, um eine grössere Kontrolle über Lebenssituationen ausüben zu können.



10.5 : Von der veränderten Rolle des Patienten Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor Abb.3: Dimensionen der Gesundheitskompetenz

Beide Definitionen stehen nicht im Widerspruch zu einander, sondern ergänzen sich. Es fällt jedoch auch hier wiederum auf, dass Gesundheitskompetenz weit mehr als nur den kurativen Teil des Gesundheitssystems berührt und daher im weitesten Sinne eine Lebenskompetenz darstellt, natürlich mit dem klaren Bezug zur eigenen Gesundheit.

Gesundheitskompetenz ist in der Schweiz nicht nur ein theoretisches Konzept geblieben; vielmehr hat sie bereits Eingang in die Strategien von staatlichen Institutionen und privaten Organisationen gefunden, so etwa in die Strategien des Bundesamtes für Gesundheit, von Public Health Schweiz und Gesundheitsförderung Schweiz.^{xx} Im Bericht der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz wird Gesundheitskompetenz als eine von vier Voraussetzungen einer nationalen Gesundheitspolitik genannt.^{xxi} Auch auf politischer Ebene gab es bereits verschiedene Vorstösse, wobei hier insbesondere die Motion von der Nationalrätin Bea Heim zu nennen ist.^{xxii} Sie fordert beispielsweise, dass Gesundheitskompetenz in das zu schaffende Präventionsgesetz aufgenommen wird und in den entsprechenden Revisionen anderer Gesetze angemessen berücksichtigt wird. Und schliesslich ist auch der Swiss Health Literacy Survey (HLS.CH) des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich zu nennen.^{xxiii} Die Repräsentativbefragung ist die erste ihrer Art in Europa und gibt Auskunft über die Gesundheitskompetenz von Bürgern in der Schweiz.

3.1.1. Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Ergebnisse aus der Schweizer Gesundheitskompetenz-Befragung

Während bereits verschiedene Definitionen zur Gesundheitskompetenz entwickelt wurden, gibt es bis heute keine Instrumente, welche die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der Bürger messen, mit Ausnahme der elementaren Lesefähigkeiten. In der Gesundheitskompetenz-Befragung der Universität Zürich sind diese Kompetenzen zur Gesundheit zum ersten Mal operationalisiert worden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bürger ihre Verantwortung auch wahrnehmen wollen.

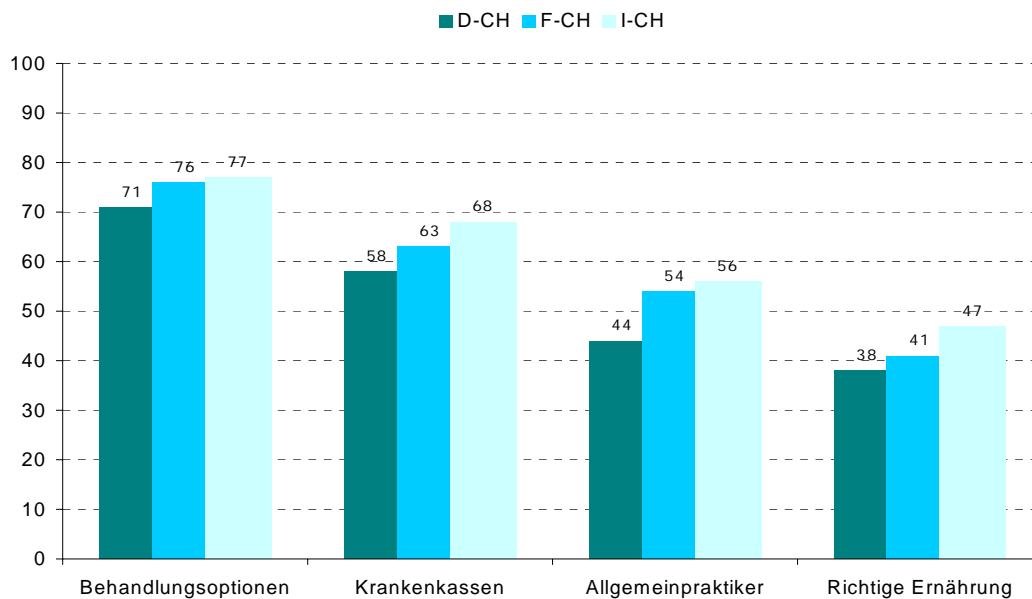
Von April bis Mitte Mai 2006 wurden anhand einer repräsentativen Stichprobe in der über 15 Jahre alten schweizerischen Wohnbevölkerung gesamthaft 1'250 Interviews in der deutschen Schweiz (650), in der französischen Schweiz (300) und in der italienischen Schweiz (300) durchgeführt. Der Fragebogen umfasste 150 Fragen, die einem 30-Minuten-Telefoninterview entsprechen.

3.2.2 Komplexe Entscheidungen

Wie die ersten Ergebnisse zeigen, besteht eine Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die Bürgerinnen und Bürger möchten in Bezug auf ihre Gesundheit mehr mitbestimmen, doch können sie es häufig nicht. Für viele Menschen erweisen sich beispielsweise gesundheitsspezifische Entscheidungen im Alltag als komplex, von der Wahl der Krankenkasse (D-CH 58%, F-CH 63%, I-CH 68%) bis zur Wahl der richtigen Nahrungsmittel (D-CH 38%, F-CH 41%, I-CH 47%). Tessiner bekunden mit gesundheitsspezifischen Wahlentscheidungen deutlich mehr Mühe als Deutschschweizer, die Romands liegen diesbezüglich in der Mitte.

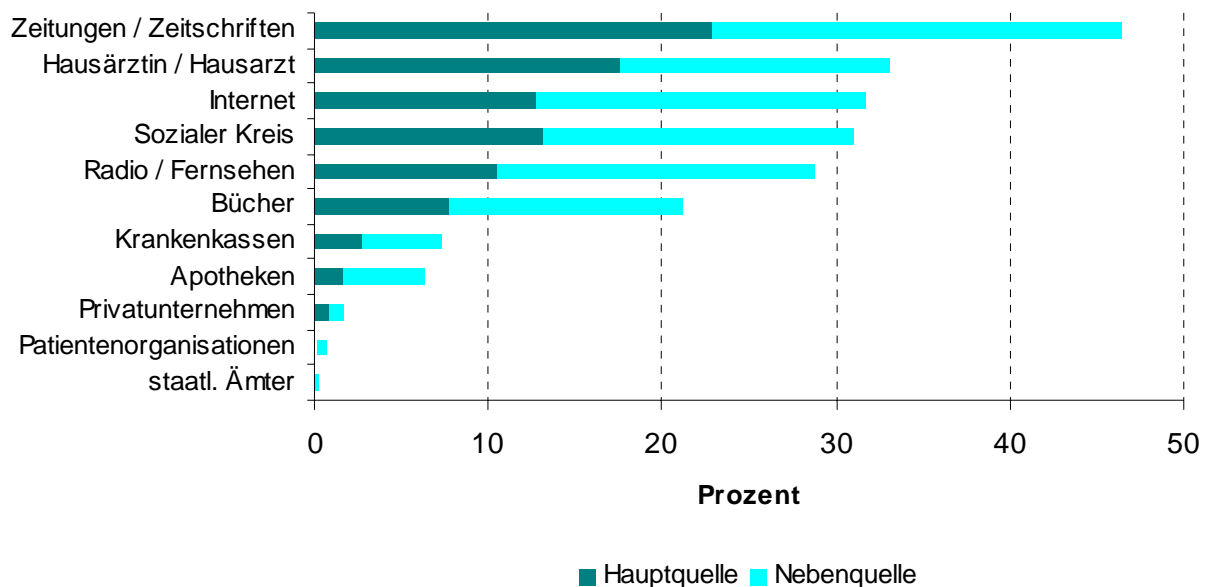
Ungeachtet dieser Komplexität sprechen sich die meisten Bürger in allen drei Sprachregionen deutlich für Wahlmöglichkeiten in gesundheitlichen Belangen aus. Allerdings mangelt es in der Regel an Information: In jeder Region gab jeweils nur die Hälfte der Einwohner an, über ausreichende Informationen zu verfügen, um die für sie am besten geeignete Wahl zu treffen.

9.9 VON DER VERÄNDERTEN ROLLE DES PATIENTEN



10.5 : Von der veränderten Rolle des Patienten Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor Abb. 4: Komplexe Entscheidungsfindung bei der Wahl zwischen verschiedenen Optionen

Angesichts dieses Ergebnisses stellt sich die Frage, wie sich die Bürger zum Thema Gesundheit informieren. Die fünf wichtigsten Quellen von Gesundheitsinformationen sind Zeitungen/Zeitschriften (46%), Allgemeinpraktiker (33%), Internet (31%), Freunde und Bekannte (31%) sowie Radio/Fernsehen (29%). Während Zeitungen/Zeitschriften in allen drei Regionen an der Spitze liegen, sind die Gesundheitsinformationen in den Medien jedoch nur für eine Minderheit leicht verständlich (D-CH 29%, F-CH 21%, I-CH 17%). Obwohl das Internet mittlerweile zur dritt wichtigsten Quelle für Gesundheitsinformationen geworden ist, bestehen hinsichtlich der Verständlichkeit zwischen den drei Regionen bemerkenswerte Unterschiede (D-CH 35%, F-CH 23%, I-CH 28%).



10.5 : Von der veränderten Rolle des Patienten Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor Abb. 5: Quellen der Gesundheitsinformation (alle Regionen)

3.2.3 Aktivere Rolle gewünscht

Eine wichtige Rolle für die Gesundheitskompetenz spielt die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten. Obwohl eine deutliche Mehrheit der Befragten die Gesundheitsinformationen ihres Allgemeinpraktikers als verständlich erachten (D-CH 65%, F-CH 54%, I-CH 65%) – solche Informationen werden im persönlichen Gespräch weitergegeben – bestehen weiterhin grosse Unterschiede in der Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten. So gaben beispielsweise weniger als die Hälfte der Befragten an, der Arzt kläre sie jeweils über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auf (D-CH 45%, F-CH 43%, I-CH 29%) oder informiere sie ausreichend über dieselben (D-CH 28%, F-CH 21%, I-CH 12%). Dies trotz der Tatsache, dass die Mehrheit eine aktive Rolle in der Entscheidungsfindung spielen will (D-CH 86%, F-CH 82%, I-CH 75%).

Dieses Beispiel zeigt eindrücklich, dass Kompetenzen nicht allein von den individuellen Fähigkeiten, sondern auch von den verfügbaren Ressourcen in der Umgebung jedes Einzelnen abhängen – d.h., die Information und Unterstützung durch den eigenen Arzt muss für die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung verbessert werden, wobei die Situation im Tessin besonders kritisch ist.

Die aktive Rolle der Bürger in Bezug auf ihre eigene Gesundheit kann sehr wohl einen Einfluss auf die Kosten, Ressourcen und den Gesundheitszustand haben. So behandeln die meisten Bürger kleinere Beschwerden immer oder zumindest oft selber (D-CH 87%, F-CH 67%, I-CH 80%) und viele bekunden ein reges Interesse an vermehrter Selbstbehandlung (D-CH 76%, F-CH 45%, I-CH 47%). Auch chronisch Kranke zeigen ein ähnliches Interesse am Selbstmanagement, wenn auch die meisten nicht über die nötigen Disease-Management-Fähigkeiten verfügen (z.B. gute Behandlungskennnisse: D-CH 64%, F-CH 74%, I-CH 62%).

Die Ergebnisse weisen auf Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zu Hause, im Alltag und im Gesundheitswesen hin. Der vierte Schlüsselbereich, in dem die Bürger ihre Gesundheitskompetenz ausüben sollten, ist die Politik. Die Bürger denken viel kostenbewusster, als dies manche Fachleute und Politiker wahrhaben wollen (z.B. starke Zustimmung, dass die Leistungswahl einen deutlichen Einfluss auf die Kosten hat: D-CH 63%, F-CH 44%, I-CH 60%). Und obschon die Bürger in vielen Dingen mitbestimmen können, beurteilt die Mehrheit in allen drei Regionen die Rolle der Öffentlichkeit bei gesundheitspolitischen Entscheidungen als unzureichend (D-CH 65%, F-CH 75%, I-CH 58%).

3.2. Nebenwirkungen – die Folgen mangelnder Gesundheitskompetenz

Verschiedentlich wird auf den Nutzen von Gesundheitskompetenz hingewiesen. Stutz und Spycher nennen sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte: Menschen mit geringerer Gesundheitskompetenz seien häufiger krank, könnten allfällige Krankheiten weniger bewältigen und auch in der Wirtschaft sei mit Folgekosten zu rechnen.^{xxiv} Letzteres betont auch der Bericht Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz des Eidgenössischen Departements des Innern: „Zugleich begünstigen Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine differenzierte Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung und können dadurch langfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beitragen.“^{xxv}

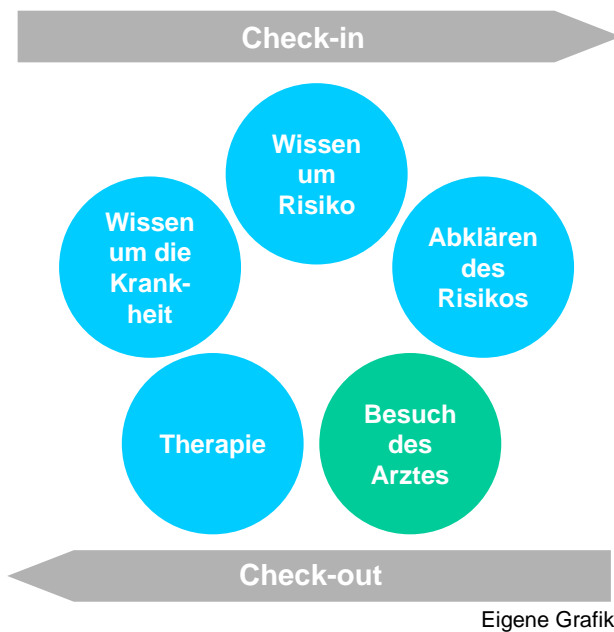
Jüngere Studien haben gezeigt, dass Gesundheitskompetenz eng mit Gesundheit korreliert und eine höhere Gesundheitskompetenz einen Einfluss auf die „health outcomes“ hat. Schillinger et al. haben beispielsweise festgestellt, dass es eine enge Korrelation zwischen Gesundheitskompetenz und Blutzuckerwerten und Folgekrankheiten bei Typ-2-Diabetikern gibt.^{xxvi} 36 Prozent der Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz entwickelten eine Netzhauterkrankung, wohingegen dieser Anteil bei den Patienten mit hoher Gesundheitskompetenz bei lediglich 19 Prozent lag.

Mangelnde Gesundheitskompetenz wirkt sich nicht nur auf die Behandlungsergebnisse, sondern damit verbunden auch auf die Kosten aus. Howard et al. haben beispielsweise festgestellt, dass Patienten mit ungenügender Gesundheitskompetenz höhere Kosten verursachen und die medizinischen Leistungen ineffizient nutzen.^{xxvii} Aus volkswirtschaftlicher Perspektive kosten geringe Gesundheitskompetenzen dieser

Art das amerikanische Gesundheitssystem jährlich 73 Milliarden Dollar.^{xxviii} Für die Schweiz werden die entsprechenden Kosten auf 3 Prozent der Gesundheitsausgaben respektive 1,5 Milliarden Franken pro Jahr beziffert.^{xxix}

3.3. Patientenpfad – Mangel an Information und Unterstützung

Angesichts der Bedeutung der Gesundheitskompetenz stellt sich die Frage, wie diese gefördert werden kann. Hierzu muss zunächst nochmals auf die Prozesse im Gesundheitswesen verwiesen werden.



10.5 : Von der veränderten Rolle des Patienten Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor Abb.6: Patientenpfad

Wie aus oben stehender Grafik deutlich wird, ist der Bürger im Gesundheitswesen weitgehend auf sich gestellt. Erst in der Arztpraxis erhält er eine direkte Unterstützung, und zwar durch den Arzt. Und zu diesem Zeitpunkt schlägt sich das Verhalten auch in den Kosten nieder. Die Schritte davor (Check-in) oder danach (Check-out) liegen weitgehend in seiner eigenen Verantwortung. Am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen heisst dies: Der Bürger muss Herz-Kreislaufkrankheiten kennen. Des Weiteren muss er wissen, was die Risikofaktoren sind und ob diese bei ihm vorhanden sind. Schliesslich muss er auch gewillt sein, dies abzuklären. In der Arztpraxis erhält er die nötige Betreuung. Doch sobald er die Arztpraxis verlässt, ist er wieder auf sich gestellt: Hat er die Anweisungen verstanden? Weiss er, welche Medikamente zu nehmen sind? Weiss er, dass er sich mehr bewegen und vor allem weniger Fett zu sich nehmen sollte? Und vor allem: Tut er dies auch?

Genau betrachtet handelt es sich bei dieser Darstellung nicht bloss um einen Patientenpfad: Der Arztbesuch muss nicht die notwendige Konsequenz sein. Vielmehr kennt der Bürger im Idealfall die Krankheit, ist sich der Risiken bewusst, ändert seinen Lebensstil rechtzeitig und vermeidet dadurch gar den Arztbesuch. Ebenso muss die Therapie nicht notwendig zu einem erneuten Arztbesuch führen: Ziel der Therapie ist ja die Heilung.

Wie sich daraus ersehen lässt, ist eine der Grundvoraussetzungen für Gesundheit das Wissen. Dieses setzt Information voraus. Im Zeitalter der Medienvielfalt stellt jedoch weniger das Auffinden von Information,

sondern die Auswahl der richtigen Information die eigentliche Schwierigkeit dar. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, sich in der Fülle von Informationen zurechtzufinden und selbstständig im System zu navigieren.^{xxx}

Information alleine genügt jedoch nicht. Zunächst muss sie auch verstanden werden. Hier zeigt sich, dass für gesundheitskompetentes Verhalten auch soziale Determinanten wie Sozialstatus oder vor allem Bildungsgrad massgeblich mitverantwortlich sind. So haben Bopp et al. gezeigt, dass in der deutschsprachigen Schweiz eine enge Korrelation zwischen dem Bildungsniveau und der Mortalität besteht.^{xxxi} Dabei ist jedoch nicht nur der einzelne selbst gefordert, vielmehr sind – wie Kickbusch fordert – „die komplexen Systeme und Angebote auch ‚lesbarer‘ zu machen.“^{xxxii} Deshalb sollen den Menschen „Orientierungshilfen zur Verfügung gestellt werden, damit Informationen nicht nur verstanden, sondern auch in spezifische Lebenskontexte übertragen und für gesundheitsfördernde Entscheide genutzt werden können.“^{xxxiii} In diesem Zusammenhang werden häufig auch so genannte Gesundheitslotsen erwähnt; dies können Versicherer, Behörden, Arbeitgeber oder die Wirtschaft selbst sein.

Des Weiteren muss die Information auch richtig respektive die Quelle vertrauenswürdig sein. Hier gibt es bereits verschiedene Qualitätssiegel, wie beispielsweise SPQA (www.spqa.ch) oder den HON-Code (www.hon.ch). Gemäss der eHealth-Strategie des Bundes, die die Bedeutung der Gesundheitskompetenz anerkennt, würde damit „dem Nutzer ermöglicht, die Qualität der Informationen einfacher zu beurteilen – und zum Beispiel besser zwischen redaktionellen Inhalten und versteckter Werbung zu unterscheiden.“^{xxxiv} So soll bis 2009 geprüft werden, inwieweit diese Verfahren auch für die Online-Information der Behörden dienlich sind; gleichzeitig soll geklärt werden, ob sie auch privaten Anwendern empfohlen werden sollen.

Im Idealfall bedeutet Gesundheitskompetenz nichts anderes als das Durchbrechen des Kreislaufs aus obigem Schema, so dass – wo möglich – der Bürger seine Gesundheit weitgehend eigenverantwortlich mitzubestimmen vermag.

4. Schlussfolgerungen

Abschliessend lässt sich festhalten, dass der Bürger eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen spielt. Als wesentlicher Faktor wurde dabei die Gesundheitskompetenz identifiziert. Sie trägt dazu bei, dass der Bürger seine Rolle wahrnehmen kann. Die Korrelation von Gesundheitskompetenz mit Indikatoren wie Sterblichkeit, Krankheitsanfälligkeit, Therapieerfolg verweist auf ihre Bedeutung für das Gesundheitswesen. Von besonderem Interesse ist die Korrelation zwischen Bildungsgrad und Sterblichkeit; sie zeigt auf, dass Gesundheitskompetenz nicht allein mit Information, sondern auch eng mit Bildung verknüpft ist. Letztere ermöglicht das Verstehen von Information.

Nichtsdestotrotz ist die Bedeutung von Gesundheitskompetenz nur zum Teil erkannt, was sich an der Höhe der finanziellen Mittel, die in sie investiert werden, erkennen lässt.^{xxxv} Gesundheitskompetenz ist jedoch eine Investition, deren Kosten kompensiert werden.^{xxxvi} Ein möglicher Grund könnte die sektorielle Betrachtung von Kosten und Nutzen sein. Auch Kickbusch weist darauf hin, dass sich die Gesundheitsökonomie zu lange auf die Kosten innerhalb des Krankenversorgungssystems konzentriert hat.^{xxxvii} Dies macht auch der Bericht der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz deutlich und fordert eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit und damit auch eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber der kurativen Medizin.^{xxxviii} Wichtiger ist deshalb eine holistische Betrachtungsweise, die nicht nur medizinische, sondern auch soziale Kosten mit einbezieht, kurz: ein neuer Gesundheitsbegriff.^{xxxix}

Literaturverzeichnis

- ⁱ Urs Jaisli, Informationsbedürfnisse von Patienten und Patientenorganisationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel – Ansprüche im Spannungsfeld zwischen Rule of Law und Selbstdeklaration; in: Stephan Breitenmoser, Bernhard Ehrenzeller, Marco Sossöli, Walter Stoffel et al. (Hrsg.), *Human Rights, Democracy and the Rule of Law. Liber amicorum Luzius Wildhaber; Dike/Nomos* (Zürich, St. Gallen, Baden-Baden 2007).
- ⁱⁱ Als Beispiele dienen Sonntagszeitung mit dem Bund Wissen, die NZZ am Sonntag mit dem Bund Wissen, aber auch Zeitschriften wie Schweizer Illustrierte mit „Top Fit“, Schweizer Familie mit „Gesundheit“.
- ⁱⁱⁱ Vgl. Cash Daily, „Migros setzt voll auf die Karte Gesundheit“ (15.08.2007). Informationen zum Portal unter www.actilife.ch.
- ^{iv} Vgl. 20Mintuten, „'Arzt der Nation' Samuel Stutz lanciert Gratismagazin“ (12.10.2007).
- ^v Stephan Siegrist, Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance; hrsg. vom Eidgenössischen Departement des Innern (Bern 2006), S. 27: „Das Modell der Entwicklung von Krankheiten (Pathogenese) wird in Zukunft ersetzt durch ein erweitertes Erklärungsmodell, in welchem die Erhaltung der guten Gesundheit im Vordergrund steht (Salutogenese).“
- ^{vi} Stephan Siegrist, Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance; hrsg. vom Eidgenössischen Departement des Innern (Bern 2006), S. 28.
- ^{vii} Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft (Gamburg 2006), S. 65.
- ^{viii} Ilona Kickbusch, Grundlegende Änderung des Begriffs Gesundheit, *Managed Care* 4, 2007:6-7: „Die Gesundheitsgesellschaft erfordert eine aktive und kompetente Beteiligung an der eigenen Gesunderhaltung in einem komplexer werdenden Gesundheitssystem und einem wachsenden Gesundheitsmarkt.“
- ^{ix} Peter Noll, Diktate über Sterben und Tod; Pendo (Starnberg 2005).
- ^x Beobachter, Krebs. Was darf Leben kosten? (02.03.07): „Noch möglichst lange bei der Familie leben, das ist das Ziel von Monika Müller (Name geändert). Als 40-jährige erkrankte die vierfache Mutter an Brustkrebs. Sie entschied sich wegen der Nebenwirkungen bewusst gegen eine Hormontherapie. Erst als vier Jahre später Knochenmetastasen festgestellt wurden, begann sie damit. Doch sie will therapeutisch nicht das letzte Register ziehen: «Vielleicht würden mir neue Medikamente ein paar Monate Leben schenken, doch dann würde ich von Arzt zu Arzt rennen, die Krankheit würde mein Leben noch mehr dominieren.», sagt sie. «Ich will nicht die ultimative Therapie, ich will eine optimale Lebensqualität. Und ich will in Würde sterben.»“
- ^{xi} Schöffski O, Impediments to the Diffusion of Medicines in Europe; *Pharmacoeconomics* 2004; 22 Supp. 2:51-62.
- ^{xii} Schöffski O, Impediments to the Diffusion of Medicines in Europe; *Pharmacoeconomics* 2004; 22 Supp. 2:51-62, S. 53.
- ^{xiii} Schöffski O, Impediments to the Diffusion of Medicines in Europe; *Pharmacoeconomics* 2004; 22 Supp. 2:51-62, S. 53.
- ^{xiv} Schöffski O, Impediments to the Diffusion of Medicines in Europe; *Pharmacoeconomics* 2004; 22 Supp. 2:51-62, S. 56.
- ^{xv} White AK, Banks I. Help-seeking in men and the problems of late diagnosis. In: Kirby R, Carson C, Kirby M, Farah R, editors. *Men's health*, 2nd ed. London: Martin Dunitz & Parthenon Publishing; 2004. Vgl. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P, Estimating the World Cancer Burden: *Globocan 2000*; *Int. J. Cancer*: 94, 153-156 (2001). Für das Hautmelanom beträgt die Inzidenz bei Männern 65,2 Prozent, bei Frauen 67,4 Prozent; die Sterblichkeit hingegen bei Männern 20 Prozent und bei Frauen 17,1.
- ^{xvi} Vgl. etwa Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS, Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost; *Med Care* 2005;43:521-530. Sokol et al. zeigen auf, dass eine bessere Compliance bei drei von vier chronischen Krankheiten zu einer Reduktion der Gesamtkosten führt: „For diabetes, the average incremental drug cost for a 20% increase in drug utilization is \$177 and the associated disease-related medical cost reduction is \$1251, for a net savings of \$1074 per patient (an average ROI of 7.1:1).“
- ^{xvii} Vgl. Sturchio JL, Hanisch ME, Ageing and the challenge of chronic disease: Do present policies have a future?; *The WDA-HSG Letters*, 2007/2; in: www.wdassociation.org; vgl. auch International Alliance of Patient's Organizations, IAPO Declaration on Patient-Centred Healthcare (February 2006); in: www.patientsorganizations.org.
- ^{xviii} Kickbusch I, Wait S, Maag D, Navigating Health: The Role of Health Literacy; Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK (London 2006), 8. Vgl. auch Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft (Gamburg 2006), S. 69: „Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein.“

^{xix} Nutbeam D, Health literacy as public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

^{xx} Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de> (15.10.07): „Das BAG hat sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheitskompetenz der in der Schweiz lebenden Bevölkerung laufend zu fördern. Dazu verstärkt und verbessert es einerseits die Information über die Nutzung des Gesundheitssystems und fokussiert andererseits auf eine Stärkung des gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltens derjenigen Gruppen, die von gesundheitlicher Ungleichheit besonders betroffen sind.“ Vgl. auch die e-Health-Strategie des Bundes unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/03505/index.html?lang=de> sowie Public Health Schweiz in ihrer Strategie 2007-2010 unter <http://www.public-health.ch/site/> (15.10.07): „Public Health Schweiz unterstützt die Bemühungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der ganzen Bevölkerung, insbesondere bei benachteiligten Gruppen.“ Vgl. zudem Gesundheitsförderung Schweiz unter <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/d/about/mission/default.asp> (15.10.07).

^{xxi} Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik (Bern 2006).

^{xxii} Curia Vista, 07.3525, Motion Bea Heim, Gesundheitskompetenz. Zentraler Faktor im Gesundheitswesen unter www.parlament.ch (15.10.07).

^{xxiii} Wang J, Schmid M, Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz (Zürich 2007); in: www.ispmz.ch. Dieses Projekt wurde unterstützt von MSD Schweiz, einer Tochtergesellschaft von Merck & Co. Inc. Die Datenerhebung wurde zusätzlich durch einen Beitrag der Sezione Sanitaria des Kantons Tessin unterstützt.

^{xxiv} Stutz Steiger T, Spycher S, Gesundheitskompetenz – Grundlage für einen neuen Blick auf die Gesundheit, *Die Volkswirtschaft* 2006; 12: 14-16.

^{xxv} Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230) (Bern 2007); unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=de>.

^{xxvi} Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Diaz Sullivan G, Bindman AB, Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes, *JAMA* 2002, Vol. 288, No. 4:475-482.

^{xxvii} Howard DH, Gazmararian J, Parker RM, The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees; *The American Journal of Medicine* (2005) 118, 371-377.

^{xxviii} Friedland RB, O'Neill G, Understanding Health Literacy: New Estimates of the Costs of Inadequate Health Literacy (1998); Fact-Sheet der National Academy on an Ageing Society unter http://www.agingsociety.org/agingsociety/publications/fact/fact_low.html.

^{xxix} Spycher S, Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Bern 2006); unter: www.bag.admin.ch.

^{xxx} Stutz Steiger T, Eckert Y, Förderung der Gesundheitskompetenz – neue Chancen und eine grosse Herausforderung, *spectra* 2007, Nr. 64: 8.

^{xxxi} Bopp M, Minder CE, Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: Results from the Swiss National Cohort; *International Journal of Epidemiology* 2003; 32:346-354.

^{xxxii} Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft (Gamburg 2006), S. 73.

^{xxxiii} Ebenso auch Stutz Steiger T, Eckert Y, Förderung der Gesundheitskompetenz – neue Chancen und eine grosse Herausforderung, *spectra* 2007, Nr. 64: 8.

^{xxxiv} Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Strategie „eHealth“ Schweiz (Bern, 27.06.07), unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/03505/index.html?lang=de>, S. 33f.

^{xxxv} Stellvertretend kann hier der Anteil der Gesundheitsausgaben genannt werden, der für Prävention aufgewendet wird. In OECD, *OECD Reviews Health Systems. Switzerland* (Paris 2006), heisst es: „In Switzerland, 2.2% of health expenditures – around CHF 1 billion – is devoted to disease prevention and health promotion, compared with an average of 2.7% for all OECD countries (Figure 1.14) (OECD, 2005a).“

^{xxxvi} Was Schöffski für Medikamente geltend macht, gilt letztlich auch für Gesundheitskompetenz. Vgl. Schöffski O, Impediments to the Diffusion of Medicines in Europe; *Pharmacoeconomics* 2004; 22 Supp. 2:51-62, S. 63: „Pharmaceutical innovations are not a threat to the European health care systems, but an opportunity. Higher costs (if at all) are compensated for by improved life expectancy and/or quality of life of patients. Better quality of European healthcare systems can only be achieved if one is willing to invest more financial resources.“

^{xxxvii} Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft (Gamburg 2006), S. 64.

^{xxxviii} Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik (Bern 2006).

^{xxxix} In der Pharmakoökonomie hat die holistische Sicht Eingang gefunden. Schöffski O, Impediments to the Diffusion of Medicines in Europe; *Pharmacoeconomics* 2004; 22 Suppl. 2:51-62, S. 59: “For health insurance, it is problematic to finance expensive drugs if the financial benefits occur in totally different sectors (e.g. pension insurance). Here a more global (societal) view is necessary to value the (medical and economic) potential of innovative drugs.”

***Autorenangaben**

Stefan Wild
dipl. pharm.
External Affairs Director
Merck Sharp & Dohme-Chibret AG
Schaffhauserstrasse 136
8152 Opfikon-Glattbrugg

Stefan_wild@merck.com

Alexander Rödiger
lic. phil. I, Executive MBA HSG
Manager Healthcare Affairs
Merck Sharp & Dohme-Chibret AG
Schaffhauserstrasse 136
8152 Opfikon-Glattbrugg

alexander_roediger@merck.com