

Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität – Wege und Umwege

In der Demokratie soll das Volk herrschen. Sowohl Jede_r über sich selbst als auch alle gemeinsam über die Organisation unserer Gesellschaft. Übertragen auf Gesundheitsfragen könnte das heißen: Menschen sollen sich selbst darum kümmern, gesund zu bleiben.

Und wenn diese Bemühung an Grenzen kommt, sollen sie über den Umgang mit Krankheit und Therapie so weitgehend wie möglich selbst bestimmen: durch „Gesundheitskompetenz“, durch partnerschaftliches Entscheiden von Arzt oder Ärztin und Patient_in; mittels Patientenverfügung und Organspendeausweis sogar noch dann, wenn sie ihre Bedürfnisse gar nicht mehr selbst artikulieren können.

Patientenorganisationen reden mit

Seit gut zehn Jahren dürfen Patientenorganisationen außerdem auch bei der Gestaltung des Gesundheitsversorgungssystems (das eigentlich eher ein Krankheiten-Behandlungssystem ist), mitreden, wenn auch erst einmal nur beratend. Patientinnen und Patienten werden damit, ganz im Sinne des demokratischen Gedankens, immer mehr von passiv Leidenden und Erduldenden zu aktiv Handelnden – und (wenigstens in Ansätzen) auch zu einem gesellschaftlichen Akteur.

Was heißt das? Einerseits für mich als Individuum: Was muss ich lernen, womit mich auseinandersetzen? Und andererseits auch für die Gesellschaft (uns alle): Welche Strukturen müssen wir schaffen, damit ich als Einzelne_r das alles auch kann?

Querschnittsaufgabe Gesundheitsbildung

Häufig wird gefordert, Gesundheitserziehung schon in der Schule als Pflichtfach anzubieten, damit schon Kinder wissen, was gut für sie ist und was nicht. Allerdings erreichen Programme der individuellen Prävention doch eher die, die sie weniger nötig haben. Ich würde das Fach anders nennen. So wie in der WHO-Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe aller Politiksektoren bezeichnet wird, ist Gesundheitsbildung eine Querschnittsaufgabe aller Schulfächer. Sie gehört nicht nur in die Biologie, sondern beispielsweise auch in die Sozial- und Wirtschaftskunde.

Ich würde in möglichst vielen Fächern vermitteln: Dass wir Menschen grundsätzlich soziale Wesen sind und gar nicht ohne die Anderen leben können; dass Wirtschaften immer heißt, einerseits für Andere Waren oder Dienstleistungen zu produzieren und andererseits solche von Anderen zu beziehen. Und dass dieses Prinzip der gegenseitigen Abhängigkeit und Hilfe, das im Wirtschaften als Tauschverhältnis organisiert ist, in Fragen von Gesundheit und Krankheit noch in eine weitere Dimension gesteigert auftritt, die meist als Solidarität bezeichnet wird, die aber genauso auch Brüderlichkeit oder Nächstenliebe heißen könnte. Unsere Krankenversicherung – die gesetzliche noch deutlicher als die private – leistet für jedes ihrer Mitglieder das Notwendige, egal wie viel er oder sie bisher in diesen Solidarfonds einbezahlt hat.

Eingebaute Nächstenliebe

In einem Beitrag für ein Medizinökonomie-Lehrbuch habe ich das einmal „eingebaute Nächstenliebe“ genannt: In un-

serem sogenannten Gesundheitssystem ist die Solidarität in ausgeprägteste Form implementiert. Das muss auch so sein, schließlich entstehen Krankheiten nie nur durch eigene Schuld. Auch wenn eigenes Verhalten oft mitwirkt – etwa Extremsport, Rauchen, Bewegungsmangel, zu fettes und süßes Essen usw. – lässt sich niemals isolieren, wie stark sein Anteil ist gegenüber den Einflüssen der sozialen Welt (z.B. Zigaretten- und Zucker-Werbung), der Umwelt (z.B. Luftverschmutzung), der Erbsubstanz und anderer Faktoren.

Gesundheitskompetenz-Modell

Es gibt unterschiedliche Modelle zum Thema Gesundheitskompetenz. Das bekannteste Modell ist das von Don Nutbeam (2000), das drei Ebenen beschreibt:

1. Mit funktionaler Gesundheitskompetenz ist das Lesen und Verstehen von Gesundheitsinformationen oder die Nutzung von Angeboten gemeint.
2. Unter der kommunikativen, interaktiven Gesundheitskompetenz versteht man soziale und kommunikative Fähigkeiten, welche es ermöglichen, eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einzunehmen.
3. Die kritische Gesundheitskompetenz umfasst die kritische Analyse und den kritischen Umgang von Gesundheitsinformationen und Institutionen.

Mit diesem Schulfach – ich nenne es einmal „Solidarkunde“ – würde ich versuchen, schon früh in jungen Menschen ein Gefühl und später auch ein Bewusstsein dafür zu verankern, dass das Streben nach dem eigenen Glück, das wir als Sozialdarwinismus seit mehr als hundert Jahren immer mehr zur Lebensmaxime erhoben haben und selten hinterfragen, die Menschheit in immer größere Spaltung führt: in Arme und Reiche, Kranke und Gesunde, Glückliche und Unglückliche. Dieses Gefühl und Bewusstsein könnte, so hoffe ich, frühzeitig zu einem wertschätzenderen Umgang der Menschen miteinander beitragen: Es ist für die Welt und die Mitmenschen nicht egal, wie egoistisch ich mich benehme; sie müssen die Folgen (mit)tragen. Der jugendliche Komasäufer, der nachts in der Krankenhausambulanz versorgt werden muss, soll nicht primär eine Strafe oder Standpauke bekommen, sondern seine Einbettung in Systeme, die ihm in einer solchen Situation helfen, konkret erleben und würdigen können.

Vielleicht komme ich auf dieses Beispiel, weil ich selbst in der Pubertät einmal erlebt habe, wie ein guter Freund nach einem nächtlichen Exzess völlig derangiert nach Hause gebracht wurde und ich die nicht sehr ästhetische Aufgabe der Reinigung und Versorgung übernehmen musste. Ich habe mich danach nie mehr so betrunken, dass ich selbst solche Hilfe gebraucht hätte. Es wäre mir zu peinlich gewesen.

„Solidarkunde“

Ich habe keine Ahnung, wie ein solches Schulfach aussehen könnte. Vielleicht muss es ja auch Grundprinzip jeden Unterrichts werden, nicht mehr die Besten zu küren, wie im Sport auf dem Siegertreppchen, sondern Jeden und Jede nach seinen und ihren jeweiligen Leistungen anzuerkennen und zu würdigen. Das klingt wie der Gedanke der Inklusion: Auch wer eine Einschränkung mitbringt, kann den Anderen etwas ganz Besonderes geben. Wir müssen nur organisieren, dass die Menschen sich anders wahrnehmen lernen. Dass sie sich nicht nach schwarz-weißen Skalen beurteilen und bewerten (gut – schlecht, begabt – unbegabt usw.), sondern differenzierter schauen lernen. Das Feld des Lebens ist vielfältig und bunt.



Christoph Kranich: Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe als Kennzeichen eines modernen Gesundheitswesens. In: Thielscher, Christian (Hrsg.): Medizinökonomie. Band 1: Das System der medizinischen Versorgung. 2. Auflage, Wiesbaden 2015: Springer Gabler, 762 S., S. 707–717

Motivation macht kompetent

Gesundheitskompetenz kann nicht antrainiert werden. Viel wichtiger ist die Motivation, einerseits selbst gesund zu sein und andererseits Anderen dabei zu helfen. „Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre sie die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer“, soll Antoine de Saint-Exupéry gesagt haben. Die Übersetzung könnte so lauten: Wenn Du gesundheits- und krankheitskompetente Menschen ausbilden willst, dann sage ihnen nicht, wie der Körper funktioniert, wie viele Zigaretten am Tag wie schnell Lungenkrebs erzeugen und wie gefährlich Stickoxyde von Dieselmotoren in der Atemluft sind, sondern hilf ihnen, ein Gefühl zu entwickeln für die Wichtigkeit von Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe im Umgang miteinander – für eine menschliche Gesellschaft!

Autor und Literatur: Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg, Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz
kranich@vzhh.de

Förderung von Gesundheitskompetenz

Nachlese zur BVPG-Statuskonferenz „Health Literacy“

Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – so stellten es sowohl Dr. Ute Teichert, Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, als auch Dr. Beate Grossmann, stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), zu Beginn der Statuskonferenz „Health Literacy“ heraus.

Doch welche Ansätze werden dazu in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung verfolgt? Und welche Weiterentwicklungen sind notwendig? Unter anderem diesen Fragen gingen 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer am 8. Oktober 2015 im Rahmen der BVPG-Statuskonferenz „Health Literacy“ in Düsseldorf nach.

Health Literacy-Konzept

Eine Einführung in das Themenfeld gab Marie-Luise Dierks, Professorin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie stellte das Health Literacy-Konzept vor und zeigte auf, dass sich Gesundheitskompetenz in einem sozialen bzw. gesellschaftlichen Kontext entwickelt. Dabei stellen sowohl der persönliche Zugang zu als auch der Umgang mit Gesundheit, die individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung von Krankheit, das soziale Umfeld, der Arbeitsplatz, das Gesundheitssystem sowie auch die Politik Bereiche dar, die den Aufbau von Gesundheitskompetenz beeinflussen. Entsprechend sind die Chancen der Menschen auf eine gute Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft unterschiedlich verteilt. Frau Prof. Dierks betonte auch, dass es noch Entwick-

lungsbedarf in Bezug auf adäquate Erhebungsinstrumente zur Erfassung der individuellen Gesundheitskompetenz gibt: So bleibt bei den aktuell eingesetzten standardisierten Fragebögen unklar, ob tatsächlich die Kompetenz der Befragten oder nicht vielmehr die „Responsiveness“, also die Fähigkeit eines Gesundheitssystems die Erwartungen der Nutzer_innen zu erfüllen, erfasst wird.

Ausmaß von Gesundheitskompetenz

Einen Überblick über das Ausmaß der Gesundheitskompetenz in Deutschland gab Dr. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband, anhand aktueller Studiendaten. In Übereinstimmung mit seiner Vorrednerin zeigte er auf, dass die Höhe der Gesundheitskompetenz auch von sozioökonomischen Faktoren abhängt. Einen Beleg dafür lieferte der Experte unter anderem mit der Studie zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen in Nordrhein-Westfalen. Demnach zählt in der Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen weniger die eigene Schulbildung zu den prägenden sozioökonomischen Faktoren, sondern vielmehr die Bildung der Eltern und der Wohlstand der Familie.