

# "Health Literacy in Oberösterreich"

Studie der Johannes Kepler Universität Linz

Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen



Fotolia / Syda Productions

## **Impressum:**

Medieninhaber und Herausgeber:  
Amt der Oö. Landesregierung,  
Direktion Präsidium,  
Oö. Zukunftsakademie  
Kärntnerstraße 10-12, 4021 Linz,  
Tel. 0732/7720-14402,  
E-Mail: zak.post @ ooe.gv.at  
www.ooe-zukunftsakademie.at

## **Inhalt, Projektteam:**

### **Johannes Kepler Universität**

Abteilung für Empirische Sozialforschung-Institut für Soziologie  
Altenbergerstraße 69  
4040 Linz  
Assoc.Prof. Dr. Joachim Gerich  
Dr. Fritz Hemedinger  
Mag. Robert Moosbrugger  
Tel.: +43 (732) 2468-8292  
joachim.gerich@jku.at

### **Amt der Oö. Landesregierung**

Oö. Zukunftsakademie  
Dr. Maria Fischnaller  
Dr. Klaus Bernhard

Direktion Soziales und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit  
Dr. Georg Palmisano  
Mag. Monika Gebetsberger

Linz, November 2015

## 1. Einleitung / Ziele der Studie

Eine internationale Studie hat 2012 (HLS-EU Consortium 2012) für Österreich eine – im Verhältnis zu anderen EU Staaten – geringe Gesundheitskompetenz festgestellt. Die österreichische Bevölkerung weist demnach – nach der bulgarischen – die zweitschlechteste Gesundheitskompetenz der getesteten Länder<sup>1</sup> auf. Der Anteil jener, deren Gesundheitskompetenz in der Studie als unzureichend oder problematisch eingestuft wird, liegt bei über 50 %.

**Wie wurde in der EU-Studie Gesundheitskompetenz gemessen?** Anhand von 47 Fragen (16 Fragen in der Kurzversion) beurteilten die Befragten, wie einfach bzw. schwierig es aus ihrer Sicht ist, verschiedene, mit Gesundheit und Krankheit verbundene, Anforderungen zu bewältigen. Oder: wie kompetent sich die Befragten hierbei fühlen. Beispielhafte Fragestellungen lauten wie folgt:

*„Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach...“ (Antwortmöglichkeiten: sehr einfach, ziemlich einfach, ziemlich schwierig, sehr schwierig)*

Den Bereich **Gesundheitswesen** betreffend:

*„...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?“*

Den Bereich **Prävention** betreffend:

*„...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?“*

Den Bereich **Gesundheitsförderung** betreffend:

*„...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?“*

Aus den Antworten wurde ein Indexwert gebildet (**HLS-Score**), der von 0 (geringste Gesundheitskompetenz) bis 50 (maximale Gesundheitskompetenz) reicht. Ein Wert von 0 bis 26 wurde dabei als *unzureichende*, von 26 bis 33 als *problematische*, von 33 bis 42 als *ausreichende* und von 42 bis 50 als *exzellente* Gesundheitskompetenz kategorisiert. Neben der Selbsteinschätzung der Befragten anhand der 47 Fragen, wurde im Rahmen der EU-Studie ein weiteres Instrument zur Messung von Gesundheitskompetenz – der so genannte NVS-Test (Newest Vital Sign Test) – verwendet. Anhand einer hypothetischen Ernährungsinformation eines Nahrungsmittels wird damit das Lese- und Anwendungsverständnis in Bezug auf gesundheitsrelevante Informationen erfasst. Bei dieser Art der Testung von Gesundheitskompetenz schnitt Österreich wesentlich besser ab (die zweithöchste Gesundheitskompetenz nach den Niederlanden).

Da in der Tendenz mehr als die Hälfte der Befragten in Österreich die im Rahmen der EU-Studie abgefragten Anforderungen als ziemlich bzw. sehr schwierig zu bewältigen

---

<sup>1</sup> Teilgenommen haben: Österreich, Bulgarien, Deutschland (eingeschränkt auf Nordrhein-Westfalen), Griechenland, Irland, Niederlande, Polen und Spanien

einschätzt, wurde für Österreich ein dringender Handlungsbedarf abgeleitet. Die Ergebnisse der HLS-EU Studie lassen lediglich darauf schließen, dass die ÖsterreicherInnen Gesundheits- und Krankheitsmanagement als herausfordernd betrachten, aber keine Rückschlüsse darauf zu, weshalb damit einhergehende Anforderungen als schwierig wahrgenommen werden.

HLS-Score		Unzureichende/problematische Gesundheitskompetenz		NVS-Test (eingeschränkte Gesundheitskompetenz)	
	Mittel	Anteil	%	Anteil	%
Bulgarien	30,5	Bulgarien	62,1	Spanien	63,1
Österreich	32,0	Spanien	58,3	Polen	57,8
Spanien	32,9	Österreich	56,4	Bulgarien	53,6
Griechenland	33,6	Nordrhein-Westfalen	46,3	Griechenland	45,9
Nordrhein-Westfalen	34,5	Griechenland	44,8	Irland	42,4
Polen	34,5	Polen	44,6	Nordrhein-Westfalen	37,5
Irland	35,2	Irland	40,0	Österreich	34,4
Niederlande	37,1	Niederlande	28,7	Niederlande	23,7

*Daten aus HLS-EU Consortium 2012*

Das **Ziel der Studie** zur *Gesundheitskompetenz in Oberösterreich*<sup>2</sup> lag daher darin, ein tieferes Verständnis dafür zu erarbeiten, an welchen konkreten Erfahrungen und Problemen sich Defizite in der Gesundheitskompetenz zeigen (*Was führt dazu, dass abgefragte Anforderungen als schwierig wahrgenommen werden?*). Die gewonnenen Erkenntnisse, an welchen konkreten Erfahrungen eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu Handlungs- und Verständnisproblemen führt, werden zur Identifikation konkreter Verbesserungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung herangezogen. Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen einer Kooperation zwischen der OÖ Zukunftsakademie, der Direktion Gesundheit und Soziales (Abteilung Gesundheit) des Landes Oberösterreich und dem Institut für Soziologie (Abteilung für empirische Sozialforschung) entwickelt und durchgeführt. Als wissenschaftliche Beratung fungierte eine erweiterte "Steuerungsgruppe Health Literacy in Oberösterreich" (Anhang).

## 2. Untersuchungsergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse resultieren aus **zwei Untersuchungsphasen**. Im Rahmen der ersten Untersuchungsphase wurden 20 sogenannte kognitive Interviews<sup>3</sup> durchgeführt und systematisch ausgewertet. Die InterviewpartnerInnen wurden quotiert nach Alter, Bildung und Geschlecht ausgewählt.

<sup>2</sup> *Health Literacy in Oberösterreich. Eine Untersuchung zur Bedeutung des Konzepts der Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung und zur Ableitung möglicher Handlungsempfehlungen.* Eine Studie im Auftrag des Amtes der Oö. Landesregierung in Kooperation mit der Oö. Zukunftsakademie und der Abteilung für empirische Sozialforschung der Johannes Kepler Universität Linz.

<sup>3</sup> Kognitive Interviews als Methode der sozialwissenschaftlichen Forschung haben zum Ziel, Gedankengänge von Personen bei der Beantwortung von Fragen herauszuarbeiten. In diesem Zusammenhang: Wie einE BefragteR zu ihrer/seiner Einschätzung kommt, dass es beispielsweise schwierig ist, „Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden“.

## 2.1. Qualitative Vorstudie

Aus den **Ergebnissen dieser ersten Untersuchungsphase** lässt sich festhalten, dass Gesundheitskompetenz – wie einfach oder schwierig gesundheitsrelevante Entscheidungen und Handlungen wahrgenommen werden –, gemessen mit dem in der HLS-EU Studie verwendeten Instrument, von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig ist.

Ein geringer Wert auf der Skala kann demnach tatsächlich **geringe personale Fähigkeiten** widerspiegeln, welche für die Bewältigung von Anforderungen nicht ausreichend sind:

*„... ich versteh einfach die Ausdrucksweise nicht von einem Arzt. (...) wenn ich zu einem Arzt geh (...), dann muss ich mir immer irgendjemanden mitnehmen, (...) der (...) sich mit dem Medizinischen (...) auskennt und der muss mir das dann (...) in (...) normales Deutsch bringen“ (Auszug aus einem Interview).*

Dies inkludiert auch Kompetenzen wie *Durchsetzungsvermögen* oder *Artikulationsfähigkeit*:

*„Du musst wirklich ‚picken‘ bleiben und sagen, muss ich das nehmen, verträgt sich das mit meinem ‚Pulver!‘, das ich eh schon nehmen muss? Habe ich Nebenwirkungen zu erwarten (...)? Und das scheitert wieder an der Zeit, weil sie einfach die Zeit nicht haben. Du hörst maximal: ‚sie, habens eh gesehen, das Wartezimmer ist voll“ (Auszug aus einem der Interviews).*

Ein hoher Wert auf der Skala muss jedoch nicht notwendigerweise eine hohe Kompetenz im Sinne von Fähigkeiten einer Person widerspiegeln. Dieser kann auch aus einer **stärkeren externalen Kontrollüberzeugung** (die Tendenz, Verantwortung für Gesundheit und Krankheit an Professionisten des Gesundheitssystems abzugeben) resultieren:

*„Wenn du heute Vertrauen zu einem Arzt hast, dann ist das überhaupt kein Problem. (...) Ja, ich bin der Typ, wenn der Arzt so sagt, dann befolge ich das“ (Auszug aus einem Interview).*

*„Ich meine, was er sagt, das muss man glauben (...) und das wird schon stimmen, darum ist es einfach. Wenn er sagt, das ist das und das, und wenn er sagt, es ist eh nix, dann ist eh nix“ (Auszug aus einem Interview).*

Die durch den HLS-Score ermittelte Gesundheitskompetenz gibt in diesen Fällen eher Auskunft über das **Vertrauen** in das Gesundheitssystem und dessen Akteure bzw. die Zuversicht einer Person, dass Gesundheit und Krankheit für sie „geregelt“ werden. Wenn die Verantwortung für Gesundheit abgegeben wird, scheinen Anforderungen dann leichter handhabbar, wenn ÄrztInnen klare und einfach zu befolgende *Anweisungen* geben:

*„Ist ganz einfach, weil das gibt er mir in die Hand und sagt [klopft mit der flachen Hand auf den Tisch]: 3x am Tag. Ja, wir haben einen ganz praktischen Hausarzt“ (Auszug aus einem Interview).*

Empfehlungen und Erklärungen, die über unmittelbare Anweisungen hinausgehen, können in diesem Kontext als kontraproduktiv wahrgenommen werden:

*„Weil dann erzählt er: ‚wissens eh, sie haben Übergewicht‘. Das interessiert mich nicht, das weiß ich eh schon lange, dass ich Übergewicht habe. Er soll mir sagen, zum Anlassfall, warum das jetzt so ist“ (Auszug aus einem Interview).*

Auch kann eine hohe gemessene Gesundheitskompetenz aus einer eher **unkritischen und wenig reflektierenden** Sichtweise resultieren. Gesundheitsrelevante Anforderungen werden als einfach zu bewältigen bewertet, weil die Anforderung als solche gar nicht wahrgenommen wird:

*„Zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien – ja, warum sollen die nicht vertrauenswürdig sein?“ (Auszug aus einem Interview)*

*„Wenn ich heute ein Rezept kriege von einem Arzt, der sagt mir Bescheid und der Apotheker schreibts drauf, also da hab ich mir noch nie Gedanken darüber gemacht, ganz wurscht, ob das eine Tablette, eine Salbe oder sonst was ist“ (Auszug aus einem Interview).*

Eine reflektierte Betrachtung von Gesundheit und Krankheit kann mit der Einsicht verbunden sein, dass in bestimmten Situationen häufig kein allgemeingültiges Wissen oder keine eindeutigen Handlungsanleitungen verfügbar sind und zu einer relativ geringen Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz führen:

*„(...) glaub ich nicht, dass es so einfach ist, dass man da irgendeine Antwort gibt, wo man sagt, ok ich mache es, ich riskiere das jetzt oder nicht. Was sind dort die Konsequenzen, was sind dort die Konsequenzen. Also ich glaube, dass eine Entscheidungsfindung relativ schwierig ist“ (Auszug aus einem Interview).*

Eine hohe subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz kann auch aus **geringer Erfahrung** resultieren. Die Einschätzung, ob eine Situation einfach bzw. schwierig zu bewältigen ist erfolgt – da die Befragten selbst noch nie in der betreffenden Situation waren – dabei hypothetisch und fällt häufig positiv aus.

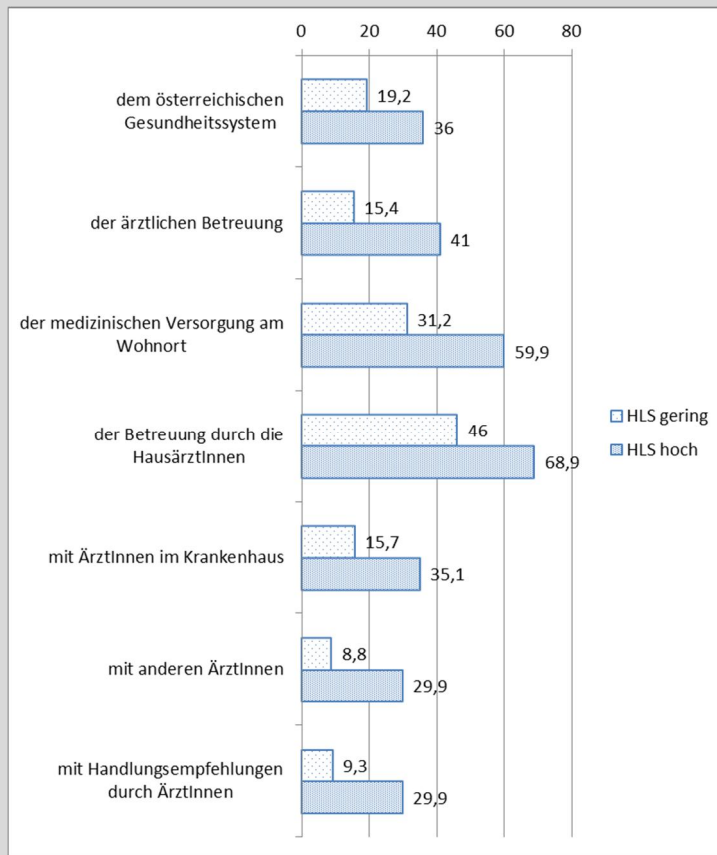
*„An und für sich habe ich das bis jetzt nicht gebraucht, weil ich nicht krank bin oder war. Und wenn ich jetzt was brauchen würde, glaube ich, dass man das, dass das für mich ziemlich einfach wäre, weil dann gehe ich einfach dort an die Stellen und erkundige ich mich – oder Hausarzt usw.“ (Auszug aus einem Interview).*

*„Bei sowas weiß ich nicht, weil sowas habe ich noch nie, aber ich denke mir, das ist auch ‚ziemlich einfach‘. Da brauch ich nur im Internet... ‚Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden‘. Auch ‚ziemlich einfach‘, finde ich“ (Auszug aus einem Interview).*

Dementsprechend zeigen sich Hinweise, dass erst aufgrund eigener oder stellvertretender Erfahrungen über dritte Personen optimistische Einschätzungen revidiert werden:

„Ahm, ja, ich habe mich da selber noch nicht umgeschaut, aber was ich so im Bekannten- und Freundeskreis mitkriegt, da ist es glaub ich schon schwierig“ (Auszug aus einem Interview).

Zufriedenheit mit den Elementen des Gesundheitssystems (Anteile derer, welche mit „sehr zufrieden“ geantwortet haben).



Neben diesen Resultaten zeigen sich auch konsistent Hinweise darauf, dass die

Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz auch von ökonomischen, sozialen (bspw. Unterstützungspersonen) und personalen (Durchsetzungsfähigkeit, Wissen über Gesundheit etc.) Gegebenheiten bedingt ist. Dazu zählt beispielsweise die Einschätzung, dass adäquate Gesundheitsversorgung nur dann sichergestellt ist, wenn man über hohe **finanzielle Ressourcen** oder eine Zusatzversicherung verfügt:

„...wenn man nicht Zusatzversichert ist (...) dann kommt man (...) zu keiner

professionellen Hilfe nicht“ (Auszug aus einem Interview).

„Weil die guten, oder wie soll ich sagen, die kann man sich einfach (...) nicht leisten. (...) Da müsste ich mich wie gesagt vorher wieder informieren, ob ich das von der Krankenkasse (...) gezahlt kriegt. Aber wenn ich das nicht gezahlt bekäme, dann könnte ich mir das zum Beispiel nicht leisten“ (Auszug aus einem Interview).

## 2.2 Quantitative Befragung

In einem **zweiten Schritt** wurden die aus der ersten Untersuchungsphase gewonnenen Annahmen und Ableitungen aus der Forschungsliteratur mittels einer Fragebogenerhebung überprüft. An 3.000 zufällig aus der oberösterreichischen Wohnbevölkerung ausgewählte Personen wurde der Fragebogen verschickt. Der auswertbare Rücklauf beträgt 800.

Nachdem die Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase gezeigt haben, dass eine hohe Selbsteinschätzung von Gesundheitskompetenz nicht notwendigerweise auf Basis hoher personaler Kompetenzen passiert, wurde in der Fragebogenerhebung neben den Fragen zu subjektiver Gesundheitskompetenz, wie sie in der EU-Studie verwendet wurden (hier die 16

Fragen umfassende Kurzsкала) auch das **Wissen zu Gesundheit** von Personen berücksichtigt. Abgefragt wurde dieses mittels insgesamt 13 Wissensfragen, welche primär die Kenntnis gesundheitsrelevanter Begriffe und deren Bedeutung erfassen sollten (z.B., ob „Dialyse“ eine Diagnose, Behandlung oder keinen medizinischen Begriff bezeichnet, oder ob Antibiotika wirksame Mittel gegen Schnupfen darstellen).

Insgesamt lassen die **Ergebnisse** den Schluss zu, dass Gesundheitskompetenz zwar ungleich verteilt ist (abhängig von Alter, Bildung, Einkommen und anderen Ressourcen), diese Ungleichverteilung ist jedoch stärker bezüglich des Wissens über Gesundheit als bezüglich selbst eingeschätzter Gesundheitskompetenz ausgeprägt.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Schwierigkeit verschiedener gesundheitsrelevanter Anforderungen hat das vorherrschende **Vertrauen in das System** der Gesundheitsversorgung. Personen, die ihre Gesundheitskompetenz hoch einschätzen sind deutlich zufriedener mit dem Gesundheitssystem. Die Zufriedenheit der Befragten mit den einzelnen Elementen des Gesundheitssystems bewegt sich insgesamt auf sehr hohem Niveau: **Zwischen 84 und 96 Prozent** aller Befragten bewerten die Zufriedenheit mit den Elementen des Gesundheitssystems mit *eh*er bis *sehr zufrieden*. Bei Personen, welche die höchste Zufriedenheit angeben ist der Anteil jener, die auch ihre Gesundheitskompetenz hoch einschätzen deutlich höher.

## Vier Typen mit individuellen Gesundheitskompetenzen

Aus der gemeinsamen Betrachtung der beiden Merkmale *selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenz* und *Gesundheitswissen*, lassen sich grundsätzlich vier unterschiedliche Typen ableiten. Die Typologie resultiert aus Kombinationen von hohen bzw. niedrigen Ausprägungen in den beiden Bereichen<sup>4</sup>. Ist die selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenz als auch das Gesundheitswissen hoch ausgeprägt, wird im Folgenden von **Typ 4** („*literate Personen*“) gesprochen. Das Gegenstück bildet **Typ 1** („*wenig literate*“). Aus dieser Betrachtungsweise ergeben sich auch zwei Mischtypen: **Typ 2** („*subjektive Unterschätzung*“), der zwar viel über Gesundheit weiß, die Handhabbarkeit von Anforderungen in der Tendenz aber als schwierig einschätzt und als Gegenstück dazu **Typ 3** („*subjektive Überschätzung*“), der zwar vergleichsweise nur über relativ geringes Gesundheitswissen verfügt, aber kein Problem im Gesundheits- und Krankheitsmanagement sieht.

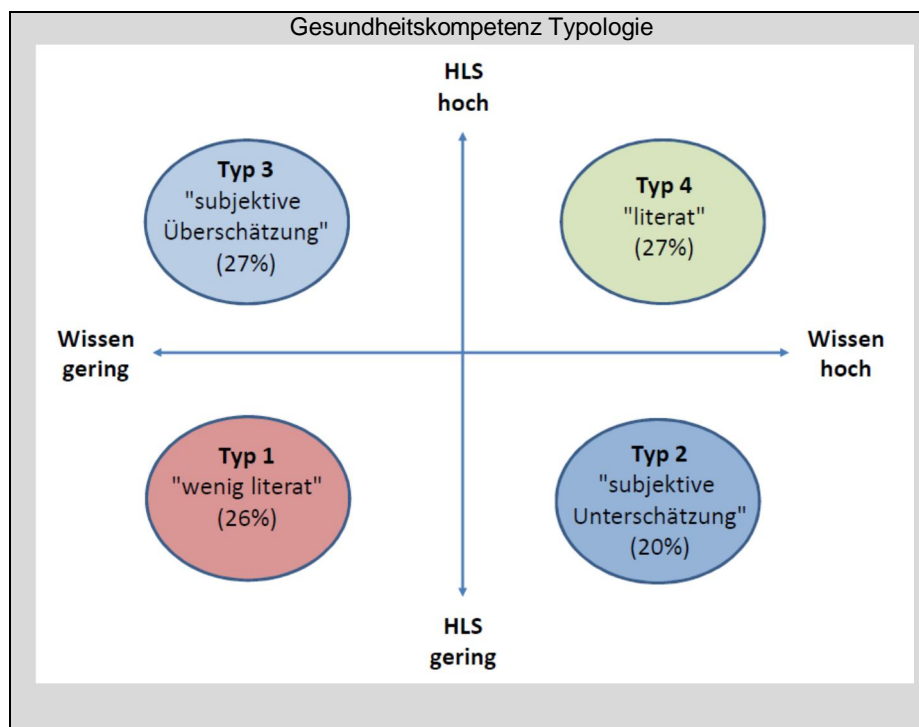
Personen, die **Typ 1** zuzurechnen sind, bei denen die subjektiv eingeschätzte Gesundheitskompetenz als auch das Gesundheitswissen niedrig ist, lassen sich am ehesten als *wenig kompetente Kritiker* beschreiben. Diese Personengruppe zeichnet sich durch einen geringen sozioökonomischen Status sowie durch geringe personale (geringe Artikulationsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Reflexionsfähigkeit) und soziale (kleine soziale Netzwerke, wenig unterstützende Personen) Ressourcen aus, ist im Vergleich etwas älter und wohnt häufiger in kleineren Gemeinden.

<sup>4</sup> Bei der Typologie wurde die Unterteilung in hohe bzw. niedrige Gesundheitskompetenz – hohes, niedriges Gesundheitswissen – jeweils am Median der Verteilung getroffen. Eine hohe Gesundheitskompetenz bzw. hohes Gesundheitswissen weist demnach auf, wer zur *besseren Hälfte*, niedrige bzw. niedriges, wer zur *schlechteren Hälfte* der Befragten gehört.



In ihrem Gesundheitsverhalten sind sie passiver (warten z.B. bei auftretenden Symptomen zunächst ab) und tendieren vermehrt zu Fatalismus (der Überzeugung, dass Gesundheit/Krankheit schicksalsbedingt ist und außerhalb des persönlichen Einflussbereiches liegt). Typ 1 hat relativ wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem und gibt an, mit der Gesundheitsversorgung weniger zufrieden zu sein. Allgemein zeigt Typ 1 geringe Motivation zu Vorsorge und zur Führung eines gesunden Lebensstils. In der Arzt-Patient-Interaktion besteht der Wunsch, dass ÄrztInnen möglichst keine Fragen stellen. Typ 1 geht nicht gerne zu ÄrztInnen. Erst wenn es nicht mehr anders geht, sucht Typ 1 ÄrztInnen (im Vergleich zu den anderen Typen öfter direkt im Krankenhaus) auf. Nichtsdestotrotz wird bspw. die Verschreibung von Medikamenten eher als Vorschlag gesehen, deren Einhaltung vom eigenen Dafürhalten abhängt und auch nicht mit ÄrztInnen besprochen wird.

Diese Personengruppe, welche auch den schlechtesten subjektiven Gesundheitszustand und das geringste Wohlbefinden angibt, kann, basierend auf den Ergebnissen, als



Risikogruppe betrachtet werden. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Personen dieses Typs um jene, mit geringem Gesundheitswissen und geringer subjektiver Gesundheitskompetenz handelt, die dem Gesundheitssystem relativ kritisch gegenüberstehen sowie Rat-schläge von ÄrztInnen nach eigenem Gutdünken befolgt bzw. nicht

befolgt, ist die Bezeichnung nach Schulz und Nakamoto (2013) als „*dangerous self-manager*“ für diese Personengruppe naheliegend.

Hinsichtlich des Ziels der **Stärkung der Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung, stellt diese Gruppe eine besondere Herausforderung dar, da sie schwierig zu erreichen ist. Kontakt mit dem Gesundheitsversorgungssystem wird, so weit möglich, vermieden, Handlungsempfehlungen seitens Professionisten ohne Absprache ignoriert.

Personen des **Typ 2** können als *kritische PatientInnen mit höherer Bildung, die weniger Vertrauen in das professionelle System der Gesundheitsversorgung haben*, umschrieben werden. Unter Typ 2 fallen Personen, die in der Regel über ein hohes Gesundheitswissen

verfügen, aber an der einfachen Handhabbarkeit von gesundheitsrelevanten Anforderungen zweifeln.

Die geringe Einschätzung der Gesundheitskompetenz scheint weniger Ausdruck geringer personaler Kompetenz zu sein, sondern höhere Skepsis und Distanz zur (schul-)medizinischen Versorgung widerzuspiegeln. Grundsätzlich herrscht eine partizipative Rollenerwartung (d.h. diese Personen wollen in Entscheidungen mit eingebunden sein und erwarten von ÄrztInnen ausführliche Erklärungen und Aufklärung) vor. Diese Erwartungen werden jedoch als weniger erfüllt angesehen. Im Vergleich zu den anderen Typen ist Typ 2 im geringsten Ausmaß davon überzeugt, dass die beste Gesundheitsstrategie darin liegt, sich an ÄrztInnen zu wenden. Bei Gesundheitsbeschwerden sucht Typ 2 häufiger alternativmedizinische Behandlungen oder direkt die Apotheke auf.

Als problematisch könnte in dieser Typenkonstellation gelten, dass die geringe Orientierung am professionellen Gesundheitssystem offenbar wenig durch entsprechende Eigenaktivität komplementiert wird. Im Krankheitsfall geben Personen des Typs 2 häufiger Rückzugstendenzen, aber auch eine geringere Motivation für Vorsorge und gesunden Lebensstil an. Nach Typ 1 schätzt Typ 2 den subjektiven Gesundheitszustand und das eigene Wohlbefinden am schlechtesten ein.

**Personen des Typs 3** lassen sich als *zufriedene PatientInnen beschreiben, welche die Verantwortung für die eigene Gesundheit bei ExpertInnen und im Gesundheitssystem sehen*. Sie haben eher traditionelle/paternalistische (ÄrztInnen sind die alleinigen ExpertInnen und PatientInnen passive EmpfängerInnen) Erwartungen an die Interaktion mit VertreterInnen des Gesundheitssystems und sehen ihre Erwartungen in der Tendenz erfüllt. Anordnungen von ÄrztInnen wird in der Regel unhinterfragt Folge geleistet. Dem Gesundheitssystem und seinen Akteuren wird hohes Vertrauen entgegengebracht. HausärztInnen sind für Personen dieses Typs die wichtigste Anlaufstelle. Diese fungieren als Ansprechpartner und Berater bei fast allen Belangen, Krankheit aber auch Gesundheit betreffend und als Navigatoren durch das Gesundheitssystem. Das eigene Wissen über Gesundheit ist bei Personen des Typ 3 eher gering ausgeprägt. Die eigene Gesundheitskompetenz wird dahingegen hoch eingeschätzt und gibt in dieser Konstellation eher Auskunft darüber, dass bei der Bewältigung von Anforderungen auf medizinisches Fachpersonal vertraut wird.

**Vertrauen** in der Arzt-Patient-Interaktion ist grundsätzlich positiv zu werten. Vertrauen ermöglicht Offenheit und Sicherheit in der Arzt-Patient-Interaktion und begünstigt Wohlbefinden. Blindes Vertrauen kann jedoch auch passive Konsultation begünstigen. Komplexere Situationen und Handlungsprobleme können zu einer Erosion des Vertrauens führen:

*„Ich hab jetzt Borreliose. Da sind wir uns jetzt noch nicht ganz einig, weil ich hab jetzt lang ein Antibiotikum genommen und es ist nicht vergangen. Jetzt hat er mir Blut abgenommen, sind keine Borrelien mehr da, aber der Fleck ist noch da. Jetzt wissen wir es alle zwei nicht, was wir tun. Ich nehm auf jeden Fall nichts mehr. Ich hab über 70 Tabletten genommen, ich nehm nichts mehr“ (Auszug aus einem Interview).*

Ein Teil der optimistischen Kompetenzeinschätzung ist möglicherweise auch durch die – im Vergleich zu den anderen Typen – etwas geringere Erfahrung mit Krankheit erklärbar.

PatientInnen des Typs 3 werden von Gesundheitspersonal möglicherweise als „*pflegeleichte*“ PatientInnen wahrgenommen, da sie Anweisungen befolgen und sich wenig kritisch verhalten. Handlungsprobleme könnten sich in Situationen ergeben, für die keine einfach handhabbaren Rezepte verfügbar sind. Die Herausforderung dürfte somit eher darin liegen, PatientInnen dieses Typs auch zu stärkerer Übernahme von Eigenverantwortung anzuregen. Das Wohlbefinden wird von dieser Personengruppe als hoch eingeschätzt (ähnlich wie bei Typ 4), der subjektive Gesundheitszustand etwas geringer.

**Typ 4** schließlich stellt den Idealtypus dar. Sowohl Gesundheitswissen als auch die subjektive Einschätzung von Gesundheitskompetenz sind hoch. In Anlehnung an Schulz und Nakamoto (2013) könnte dieser Typ als *effektive Selbstmanager* bezeichnet werden. Es handelt sich um Personen, die mit der Gesundheitsversorgung zufrieden sind und die die notwendigen Voraussetzungen für partizipative Interaktion im Gesundheitssystem zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung mitbringen. In der Tendenz sind Personen, die Typ 4 zuzuordnen sind, jünger, haben einen höheren sozioökonomischen Status und verfügen über eine Reihe von günstigen Eigenschaften in Form von sozialen (Netzwerke und Unterstützungspersonen) und personalen Ressourcen (Artikulationsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Reflexionsfähigkeit). Sie sind in Folge weniger von Professionisten abhängig, wie bspw. Personen des Typ 3, und erwarten im Rahmen der Arzt-Patient-Interaktion an Entscheidungen beteiligt und umfassend informiert zu werden. Sie weisen auch die beste Einschätzung hinsichtlich Gesundheitszustand und Wohlbefinden auf und geben eine hohe Motivation, was Vorsorge und die Führung eines gesunden Lebensstils betrifft, an.

Um den Bedürfnissen dieses Typs gerecht zu werden, sind partizipative Formen im Gesundheitswesen notwendig, die es PatientInnen ermöglichen, gut informiert Entscheidungen zu treffen. Mögliche Barrieren werden in der Forschungsliteratur (Joseph - Williams et al. 2014) u.a. in den Rahmenbedingungen (z.B. zu wenig Zeit des medizinischen Personals) und Verhaltensweisen von medizinischem Personal gesehen, die bei PatientInnen den Eindruck erwecken, dass eine aktive Rolle von PatientInnen unerwünscht oder als Unterminierung des professionellen Status von MedizinerInnen gilt.

### 3. Fazit und Empfehlungen

Als **vorläufiges Fazit** kann festgehalten werden, dass Gesundheitskompetenz, gemessen mit dem Instrumentarium der HLS-EU Studie, Auskunft darüber gibt, wie einfach bzw. schwierig es empfunden wird, im Spannungsfeld zwischen eigenen Ressourcen und Fähigkeiten sowie den Möglichkeiten des Gesundheitsversorgungssystems, Gesundheit und Krankheit zu *meistern*. Eine aus dieser Messung resultierende hohe bzw. niedrige Gesundheitskompetenz kann unterschiedliche Gründe haben. Ob eine Anforderung einfach oder schwierig zu bewältigen ist, kann z.B.

- Ausdruck *persönlicher Kompetenzen* (Wissen, Artikulationsfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit etc.) sein.
- von der Verfügbarkeit *vertrauensvoller und kompetenter ÄrztInnen* (insbesondere HausärztInnen) abhängen.
- geringe *Erfahrung* und damit verbunden eine optimistisch Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten widerspiegeln.
- Ausdruck von hohem *Vertrauen* in die Medizin und das Versorgungssystem sein.
- Resultat *geringer persönlicher Reflexion* sein.

Der ermittelte HLS Wert repräsentiert die persönliche Einschätzung von Handbarkeit, muss aber nicht unbedingt Ausdruck von **Fähigkeiten und Kompetenzen** einer Person sein, die eine aktive und partizipative Gesundheitsgestaltung ermöglichen. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass eine hohe bzw. niedrige Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz verschiedene Ursachen haben kann. PatientInnen sind unterschiedlich mit Ressourcen und personalen Kompetenzen ausgestattet und bringen verschiedenste Bedürfnisse in den Prozess des Gesundheits- und Krankheitsmanagements mit ein.

Generell sind Maßnahmen für ein **verständlicheres Gesundheitssystem** nötig und sinnvoll – z.B. weniger Fachvokabular, bessere und verständlichere Informationen, Wegweiser durch das System der Gesundheitsversorgung (auch im Internet). Ein generelles *Patentrezept* zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt ist kaum möglich, da **unterschiedliche Gruppen**, mit **unterschiedlichen Voraussetzungen**, **verschiedene Bedürfnisse** haben, um sich kompetent zu fühlen.

Daraus ergibt sich vor allem eine Herausforderung für **medizinisches Fachpersonal**. Die traditionelle Rolle von ÄrztInnen als alleinige ExpertInnen und PatientInnen als passive EmpfängerInnen wird nicht mehr von allen PatientInnen geteilt. Während eine Gruppe einfache und verständliche Anweisungen erwartet, erwartet eine große Gruppe von PatientInnen, dass ihre eigenen Einschätzungen und ihr eigenes Laienwissen berücksichtigt werden. Sie erwarten Teilhabe an Entscheidungen und ausführliche Erklärungen.

## Literatur:

HLS-EU Consortium (2012). *Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. <http://www.health-literacy.eu>

Joseph-Williams, N., Elwyn, G. & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counselling* 94, 291-309.

Schulz, P.J. & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling* 90, 4-11.

## Anhang 1:

### Steuerungsgruppe des Projekts

Prim. Dr. Johannes **Andel**, LKH Steyr  
Dr. Klaus **Bernhard**, Oö. Zukunftsakademie  
Dr. Maria **Fischnaller**, Oö. Zukunftsakademie  
Mag. Monika **Gebetsberger**, Abt. Gesundheit  
Assoc. Univ.-Prof. Dr. Joachim **Gerich**, JKU  
Mag.a Christine **Haberlander**, Büro Landeshauptmann Dr. Pühringer  
Prof. (FH) Dr. Fritz **Hemedinger**, JKU  
ÄD Dr. Tilman **Königswieser**, Salzkammergut-Klinikum  
Mag. Robert **Moosbrugger**, JKU  
Mag. Albert **Mühlberger**, Abt. Statistik  
Dr. Georg **Palmisano**, Abteilung Gesundheit