

Gesundheitskompetenz meint die Fähigkeit, Informationen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit zu verstehen und im Alltag umsetzen zu können, sei es durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, sei es im Kontakt mit dem Versorgungssystem. Welches Vorwissen Patientinnen und Patienten in eine Behandlung mitbringen, spielt für den Behandlungserfolg ebenso eine Rolle, wie die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, ihr Fachwissen in einer verständlichen, dem jeweiligen Patienten angepassten Sprache zu vermitteln. Misslingt die Kommunikation, weil die Ärztin die mangelhafte Gesundheitskompetenz ihres Patienten nicht erkennt und ihr somit auch nicht Rechnung tragen kann, steht der Behandlungserfolg auf dem Spiel.

Dr. med. Christine Romann, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, Departementsverantwortliche Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitskompetenz: die Rolle von Arzt und Arzthelferin

Patrick Bodenmann^a, Venetia-Sofia Velonaki^b, Catherine Favre Kruit^c, Brigitte Pythoud^d, Françoise Ninane^e, Thomas Bischoff^f

^a PD Dr. med. MER I, MSc, Leitender Arzt und Verantwortlicher des Centre des populations vulnérables (CPV), Policlinique médicale universitaire, Lausanne;

^b Dr. med. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins – IUFRS, Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaires – CHUV, Lausanne; ^c Leiterin Partner Relations, Gesundheitsförderung Schweiz, Lausanne, für die Allianz Gesundheitskompetenz;

^d Generalsekretärin der Association Lire et Ecrire, Dompierre; ^e Pflegedienstleiterin | MA MScN, Policlinique médicale universitaire, Lausanne;

^f Prof. Dr. med., Direktor des Instituts für Hausarztmedizin (Institut Universitaire de Médecine de Famille – IUMF), Lausanne

Patientenkommunikation im 21. Jahrhundert

Vier aktuelle Artikel aus dem *Journal of the American Medical Association* [1–4]* regen dazu an, unseren Umgang mit den Patienten in der Praxis neu auszurichten. Die Patienten sollen dazu bewegt werden, Fragen zu stellen, und wir sollen unsere Kommunikation mit ihnen verbessern. Wir können den Patienten während des Arzt-Patienten-Gesprächs beispielsweise den Blick auf den Bildschirm gewähren, damit sie Einblick in ihre elektronische Akte bekommen. Kampagnen sollen Raum für Fragen der Patienten an die Pfleger schaffen und die Patienten sollen verstärkt in unsere Untersuchungen eingebunden und über deren Stand informiert werden (*Nothing about me without me*). Doch es stellt sich auch die Frage: «Lässt sich dies überhaupt auf alle Patienten anwenden?» [5, 6]. Je nach Lese- und Schreibfähigkeit sowie Gesundheitskompetenz des Patienten kann sich ein aktiver Einbezug in das therapeutische Vorgehen als schwierig erweisen.

Lese- und Schreibfähigkeit

Unter Lese- und Schreibfähigkeit versteht man die Kompetenz, schriftliche und mündliche Informationen im Alltag, zuhause, im Beruf und in der Gemeinschaft zu verstehen und zu nutzen, um seine persönlichen Ziele zu erreichen und sein Wissen und seine Fähigkeiten zu erweitern [7]. Neben dem Lesen und Schreiben gehören dazu das Rechnen, der mündliche Ausdruck und das Zuhören. Der Begriff der Lese- und Schreibfähigkeit steht im Zusammenhang mit der Bildung und den Konzepten des Analphabetismus (liegt

vor, wenn eine Person keine oder fast keine Schulbildung genossen hat und keine Gelegenheit hatte, Lesen, Schreiben und Rechnen zu lernen) und des Illittrismus (liegt vor, wenn eine Person trotz Schulbildung nicht oder nur ungenügend lesen, schreiben und rechnen kann). Gegenwärtig gehören 16% der Schweizer Bevölkerung einer dieser beiden Gruppen an. Die Hälfte von ihnen sind Ausländer, die andere Hälfte Schweizer.

Gesundheitskompetenz

Der Begriff der Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) wurde erstmals 1974 im Rahmen einer Konferenz zur schulischen Gesundheitsbildung verwendet. Gesundheitskompetenz wird definiert als «die Fähigkeit des Einzelnen, selbständig grundlegende Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen sowie das Angebot an Versorgungsleistungen zu verstehen, um angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können» [8]. 2004 fasste das Institute of Medicine die bis dahin publizierte Evidenz anhand einer Reihe von Studienergebnissen zusammen. Gesundheitskompetenz an sich ist abhängig von der Lese- und Schreibfähigkeit des Einzelnen. Sie entscheidet über die Haltung des Einzelnen gegenüber dem Gesundheitssystem und wirkt sich direkt auf eine Reihe klinischer *Outcomes* und auf die Kosten innerhalb des Gesundheitssystems aus [8]. In den letzten Jahren wurde das Konzept auf weitere Fähigkeiten ausgeweitet. So ist heute auch in der französischsprachigen Schweiz in Anlehnung an den deutschen Begriff der «Gesundheitskompetenz» zunehmend von «compétences en santé» die Rede.

* Die Literaturangaben finden sich unter www.saez.ch → Aktuelle Ausgabe oder → Archiv → 2015 → 39.

Entscheidend sind nicht nur *verschiedene Arten* von Kompetenz (Verständnis von zusammenhängenden Texten, Verständnis von schematischen Darstellungen, Verständnis von umfangreichen Texten) sondern auch das *Niveau* dieser Kompetenz:

- Fähigkeit zum Lesen und Schreiben in Situationen im Alltag;
- Weiterreichende Fähigkeit zur eigenständigen Informationssuche und Kommunikation;
- Darüber hinausgehende Fähigkeit zur kritischen Informationsauswertung und zu einem selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit [9].

Wie aus einer systematischen Literaturübersicht aus dem Jahr 2011 [10] hervorgeht, hat eine geringe Gesundheitskompetenz Auswirkungen auf mehrere klinische *Outcomes*, wie einen eingeschränkten Zugang zu Präventions- und Vorsorgeprogrammen, vermehrtes Risikoverhalten, spätere Diagnosestellungen, eine geringere Compliance, eine schlechtere Einstellung chronischer Krankheiten sowie allgemein eine weniger gute Nutzung des Gesundheitssystems und eine häufigere Inanspruchnahme von Notfalldiensten. Laut einer von 2009 bis 2012 durchgeführten Umfrage mit rund 8000 Teilnehmenden aus acht europäischen Ländern fiel es 40%–49% der Befragten schwer, ihren

Sie möchten verschiedene Krankenkassen vergleichen und wechseln.



Arzt zu verstehen, Vorsorgeuntersuchungen auszuwählen und die Auswirkungen gesundheitspolitischer Massnahmen zu verstehen [11]. In der Schweiz gibt es diesbezüglich nur wenige Zahlen. Bekannt ist jedoch, dass eine geringe Gesundheitskompetenz gleichbedeutend ist mit einem Anstieg der Gesundheitskosten um 3%–5% [12]. Ebenso weiss man, dass 18% der Personen, die Entscheidungen bezüglich ihrer Krankenversicherung treffen, nur über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen [13], während 85% der Schweizer Allgemeinbevölkerung aktiv in Entscheidungen bezüglich ihrer medizinischen Versorgung einbezogen werden wollen. In der Romandie sind sich rund 50 Hausärzte der Problematik bewusst. 58% von ihnen meinen, sie seien tagtäglich damit konfrontiert, womit dies durchaus als tägliche Belastung wahrgenommen wird. 60% zeigten sich an Methoden zum Erkennen der betroffenen Personen interessiert [14, 15].

Sie möchten Formulare ausfüllen können ohne Stress.



Abbildungen aus der Broschüre *Wollen Sie Gesundheitsfragen besser verstehen?*

Rolle des Arztes

In folgenden drei Situationen müssen Ärzte mit Schwächen bei der Gesundheitskompetenz ihrer Patienten rechnen:

- Bei bestimmten *Verhaltensweisen* des Patienten wie unvollständig ausgefüllten Formularen, versäumten Terminen, Unregelmässigkeiten bei der Medikamenteneinnahme und unsteter Therapiebefolgung mit uneinheitlichen Labor- und Behandlungsergebnissen.
- Wenn der Patient beim *Erhalt schriftlicher Informationen* vorgibt, er habe seine Brille vergessen, oder er wolle die Unterlagen lieber mit nach Hause nehmen, um sie einem Familienmitglied zu lesen zu geben.
- Wenn die *Antworten der Patienten auf Fragen zu ihren Medikamenten* (Namen, Nutzen, Einnahmezeitpunkt) nicht präzise sind [16].

Selbst wenn es in der Literatur einen Fragenkatalog zur Erkennung einer geringen Gesundheitskompetenz gibt und dieser für mehrere Sprachen validiert wurde (wenn auch nicht auf Französisch), [17] so wird alternativ auf die Möglichkeit hingewiesen, zu Beginn des Gesprächs bei jedem Patienten erst einmal davon auszugehen, dass seine Gesundheitskompetenz gering sein könnte (*Health Literacy Universal Precaution Tool Kit*) [18].

Im Gespräch mit einem Patienten, dessen Gesundheitskompetenz gering ist, gilt es, das meist damit verbundene Unbehagen zu zerstreuen, langsam zu sprechen, den Patienten zu Rückfragen zu ermutigen, einfache Worte zu wählen und Jargon zu vermeiden, die Fülle an Informationen gering zu halten und verständliche, visuelle Darstellungen zu nutzen. Als besonders wirksam erweist sich die *Teach-Back*-Methode, die jedoch noch wenig angewandt wird [19].

Rolle der Arzthelferin

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verweist in seinem Bericht zur *Interprofessionalität*, der sich auf nationale wie internationale Quellen stützt, dass die Internationalisierung der Gesundheitssysteme (sowohl im Hinblick auf die Fachkräfte wie auf die Patienten) die Gesamtheit der im Gesundheitswesen tätigen Personen veranlasst, nicht nur transkulturelle Kompetenz zu erwerben, sondern auch die Fähigkeit zur Einschätzung der Gesundheitskompetenz der Patienten [20]. Arzthelferinnen spielen hierbei eine wichtige Rolle, da sie die bevorzugten Ansprechpartnerinnen in den Arztpraxen sind und meist über die Jahre ein Vertrauensverhältnis zu den Patienten aufbauen.

Die Allianz Gesundheitskompetenz und der Schweizer Dachverband Lesen und Schreiben haben daher mit den Verbänden der Arzthelferinnen eine gemeinsame Sensibilisierungskampagne gestartet. Aus einer Umfrage, an der 345 Arzthelferinnen aus der französisch- und deutschsprachigen Schweiz teilgenommen haben, ging hervor, dass der Mehrheit von ihnen die Defini-

tion von Gesundheitskompetenz bekannt war, wobei das Konzept in den französischsprachigen Regionen jedoch etwas weniger bekannt ist. Fast ein Viertel der Arzthelferinnen gab an, dass sie oft mit Personen zu tun haben, denen es schwerfällt, wichtige Gesundheitsinformationen zu verstehen. Ein Drittel der Befragten vermutet, dass sie ab und an mit Personen zu tun haben, die eine Lese- und Schreibschwäche haben. 75% sehen sich in der Lage, diese Situation zu meistern. Zwar ist die Hälfte der Befragten der Meinung, dass sie erkennen kann, wenn jemand eine Lese- und Schreibschwäche hat, doch zeigt die Umfrage auch, dass 80% der Teilnehmenden das Ausmass des Problems in der Schweiz unterschätzen oder nicht kennen. Sensibilisierungsarbeit tut folglich Not und so wurde eine entsprechende Broschüre für Arzthelferinnen und Patienten erarbeitet (siehe Box).

Versorgungssystem und Broschüren

Entscheidend ist, das Augenmerk nicht allein auf die Rolle der Patienten und die Verantwortung des medizinischen Personals zu lenken, sondern vielmehr ein Versorgungssystem zu schaffen, das Anforderungen und Hürden abbaut und Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz den Zugang erleichtert [21]. So gibt es derzeit verschiedene Kriterien, um Institutionen und Arztpraxen (sowie dank dort ausliegender Broschüren auch die Wartezimmer) als Orte einzustufen, die *Friendly with poor health literacy patients* sind. Die entsprechenden Broschüren sollten leicht zu lesen und gut verständlich sein und zum Handeln animieren. Hier kommt der Arzthelferin abermals eine Vermittlerrolle im Umgang mit dem Patienten zu.

Illettrismus ist kein Schicksal! Wenn Sie Ihre Patientinnen und Patienten für die Thematik sensibilisieren möchten, können Sie für Ihr Wartezimmer unsere kostenlosen Infobroschüren bestellen – per E-Mail an [vermittler\[at\]lesen-schreiben-schweiz.ch](mailto:vermittler[at]lesen-schreiben-schweiz.ch) oder telefonisch unter 031 508 36 17.

Korrespondenz:
PD Dr. med. MERI, MSc
Patrick Bodenmann
PMU Policlinique médicale
universitaire
Rue du Bugnon 44
Bureau BU44/06/2202
CH-1011 Lausanne
Tel. 021 314 49 37
[patrick.bodenmann\[at\]
hospvd.ch](mailto:patrick.bodenmann[at]hospvd.ch)

Literatur

- 1 Zuger A. Talking to patients in the 21st century. *Jama*. 2013;309(22):2384–5.
- 2 Judson TJ, Detsky AS, Press MJ. Encouraging patients to ask questions: how to overcome «white-coat silence». *Jama*. 2013;309(22):2325–6.
- 3 White A, Danis M. Enhancing patient-centered communication and collaboration by using the electronic health record in the examination room. *Jama*. 2013;309(22):2327–8.
- 4 McAfee T. Encouraging smokers to talk with their physicians about quitting. *Jama*. 2013;309(22):2329–30.
- 5 Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878–83.
- 6 Katz SJ, Hawley S. The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? *Jama*. 2013;310(15):1559–60.
- 7 OCDE. Rapport final de l'enquête internationale sur la littératie des adultes. 2000.
- 8 Lynn Nielsen-Bohlman AMP, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion Institute of Medicine; 2004.
- 9 Zenklusen S, Bischoff T, Panese F, et al. Low health literacy: barrier to optimal care. *Rev Med Suisse*. 2012;8(340):1016–21.
- 10 Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2):97–107.
- 11 Sorensen K, Pelikan J, Röthlin F. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*. 2015, 5 April.
- 12 Spycher S. Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS). 2006, Berne:41.
- 13 Pletscher M. Health Literacy and Outpatient Physician Visits in Switzerland. *Health and Ageing Newsletter*. 27; 2012.
- 14 Leckwyck LV. Quelle est la perception de la littératie en santé des patients par les médecins de famille. *Mémoire de maîtrise en médecine, Unil No 306* 2011.
- 15 Savopol H. Littérature en santé: élaboration d'un outil de dépistage pour les médecins de famille. *Mémoire de maîtrise en médecine, Unil No 841* 2013.
- 16 Weiss BD. Health Literacy A manual for Clinicians. American Medical Association; 2003.
- 17 Chew LD, Griffin JM, Partin MR, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med* 2008;23(5):561–6.
- 18 DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, et al. Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nursing outlook* 2011;59(2):85–94.
- 19 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of internal medicine*. 2003;163(1):83–90.
- 20 BAG, Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität», Dialog Nationale Gesundheitspolitik; *Gesundheit 2020; ständige Plattform von Bund und Kantonen*: 119.