

Gesundheitskompetenz und Therapietreue im Alter

PROF. FRANZ KOLLAND

SYMPOSIUM „GESUND ÄLTER WERDEN“

ST. PÖLTEN - 20. 9. 2016



universität
wien

Entwicklung der Gesundheitskompetenz

Historisch: Gesundheitserziehung 1. Ordnung

Historisch kann davon ausgegangen werden, dass im 18. Jahrhundert eine Gesundheitserziehung erster Ordnung entstand.

Diese Form der Gesundheitspraxis war „integrativ und pragmatisch“.

Ihr Ziel war es, vor allem durch Abschreckung Menschen so zu erziehen, dass sie sich den Normen und Wertvorstellungen des Bürgertums unterwarfen, nämlich Tugendhaftigkeit, Fleiß, Sauberkeit, Ordnung.

Stroß, Annette M. (2006): Von der Gesundheitserziehung Erster Ordnung zur Gesundheitserziehung Zweiter Ordnung.

Historisch: Gesundheitserziehung 1. Ordnung

Ehefrauen von Beamten, Akademikern, Angestellten und Kaufleuten bekamen ein Wirkungsfeld.

Die Frauen waren für die Umsetzung der Gesundheitsnormen in ihren Familien verantwortlich.

Damit wurde auch die Haus- und Erziehungsarbeit aufgewertet und die Gesundheitsbildung verlieh ihr – der „Hausfrau“ – wissenschaftlich-professionelle Weihen.

Heute: Gesundheitserziehung 2. Ordnung

Dazu zählen partizipative Ansätze, die den Schwerpunkt auf die Eigenbeteiligung (sozial schwacher) Bevölkerungsgruppen legen.

Der partizipative Ansatz vertritt den Standpunkt, dass Wohlbefinden und Gesundheit nur subjektiv definiert werden können.

Die über Fachleute vorgenommene Informationsvermittlung soll die Adressaten befähigen, selbstbewusst über ihr Gesundheitsverhalten zu bestimmen.

Gesundheitserziehung

geht von der Hoffnung aus, dass mittels Einleitung von planvollen Lernprozessen der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen ausgeschaltet und Gesundheitsressourcen aktiviert werden können. *(Raithel et al. 2007)*

Das Curriculum sieht dabei meist so aus:

1. Einleitung
2. Hinführen zur Einsicht
3. Aha-Erlebnis
4. Lernen
5. Änderung des Verhaltens

Konzepte der Gesundheitskompetenz

Health Literacy - Gesundheitskompetenz

„The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.“

(Healthy People 2010, Washington, DC)

Health Literacy - Gesundheitskompetenz

„Sie ermöglicht Menschen,
sich Zugang zu verschaffen zu Gesundheitsinformationen und
gesundheitsrelevantem Wissen,
diese Informationen zu verstehen, zu beurteilen,
sich mit anderen darüber auszutauschen und
die Informationen und das Wissen für gesundheitsrelevante Entscheide zu
nutzen, die zu einer gesundheitsfördernden Lebensführung beitragen.“

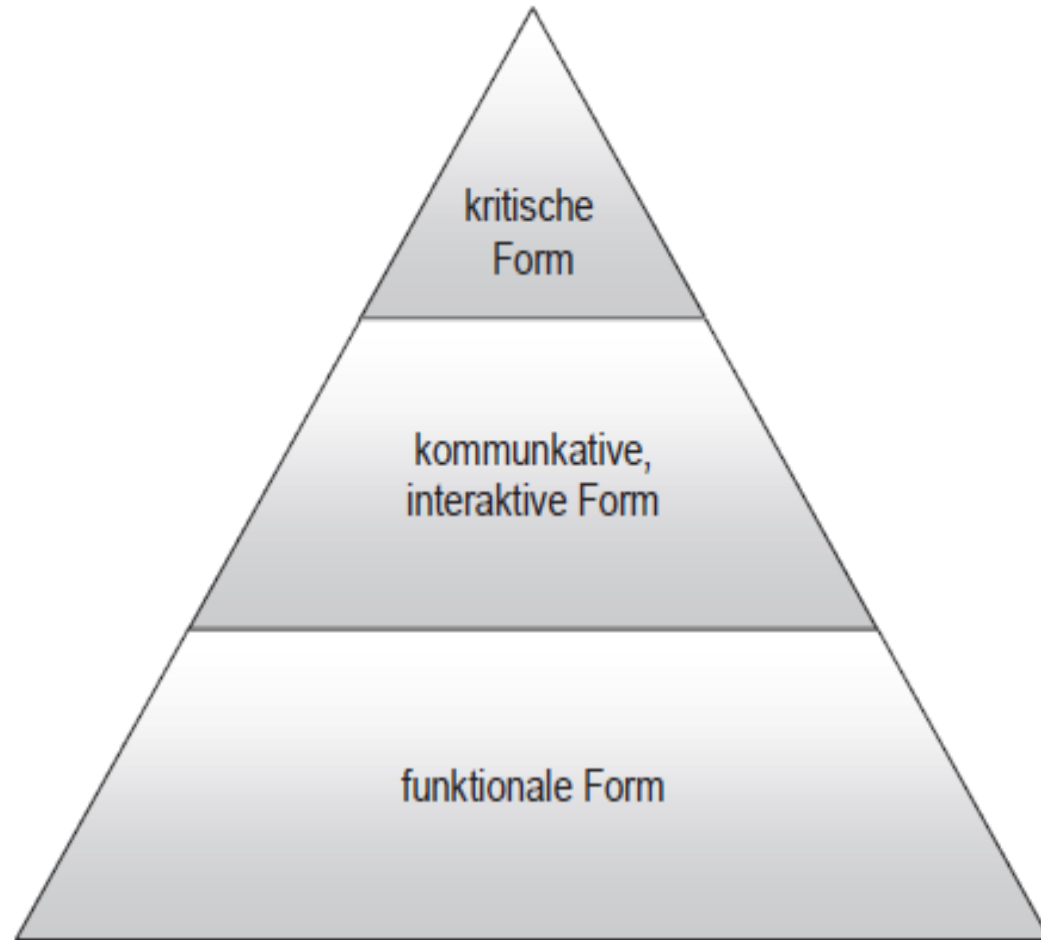
(Kathrin Sommerhalter & Thomas Abel 2007)

Was ist unter Kompetenzen zu verstehen?

Franz Weinert (2001): Kompetenzen sind die personalen Voraussetzungen zur Bewältigung komplexer Aufgaben, die nicht mechanisch gelöst werden können (andernfalls handelt es sich um Fertigkeiten). Umfassen emotionale **und** volitive Dispositionen.

Hans-Uwe Otto & Mark Schrödter (2011): Unter Kompetenzen sind vermittelbare, steigerbare, kontextspezifische, **kognitive Leistungsdispositionen** zu verstehen. Kompetenz bezieht sich auf Handlungsfähigkeit in einer konkreten Situation. Ist nicht „träges Wissen“!

Health literacy (Gesundheitskompetenz)



Stufenmodell der Gesundheitskompetenz von *Don Nutbeam (2000)*:

- 1. Kritische Gesundheitskompetenz:**
Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Informationen
- 2. Kommunikative, interaktive Gesundheitskompetenz:**
um eine aktive Rolle einnehmen zu können (z.B. Arztbesuch)
- 3. Funktionale Gesundheitskompetenz:**
basale kognitive Fertigkeiten (Lesen, Schreiben) für das Lesen, Verstehen eines Beipackzettels.

Methoden zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz

Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung – *Miller & Rollnick 1991*):

MI ist das Mittel der Wahl, wenn Menschen zur Veränderung eines problematischen Gesundheitsverhaltens noch nicht bereit sind; entweder wegen fehlenden Problembewusstseins oder mangelnder Zuversicht, eine positive Veränderung erreichen zu können.

Netzwerkbildung (Förderung sozialer Netzwerke mit „starken“ sozialen Beziehungen)

Setting-Ansatz (kleinräumige Verortung)

Schlüsselpersonen als Zugang

Kritische Bewertung

Die Wirkung von Gesundheitsbildung

Obwohl Gesundheitserziehung mit großem Aufwand betrieben wird, zeigt sich, dass mit solchen Programmen, in denen sozialkognitive, entwicklungspsychologische und psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden, zwar immer eine Verbesserung des Wissens erzielt wird, sich aber wenig Einstellungs- und Verhaltensänderungen zeigen. *(Michel 2000)*

Warum? Unberücksichtigt bleiben zumeist die Lebensbedingungen, die Menschen krank machen und sie dazu nötigen, sich ungesund zu verhalten. *(Hörmann 2009)*

Der Kompetenzansatz ist kontextblind

Das Kompetenzkonzept vernachlässigt die sozialen Zusammenhänge, in denen Kompetenzen ausgebildet und vermittelt werden.

Das handelnde Individuum ist in komplexe Handlungspraxen eingebettet, die das Konzept der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) nicht zureichend zu erfassen vermag.

Lücke zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitshandeln

Individuen handeln wissend gesundheitsschädigend.

Für dieses Verhalten liefert der Ansatz der Gesundheitskompetenz keine entsprechende Antwort.

Reduktion auf Lese- und Schreibkompetenz

Die Reduktion der Gesundheitskompetenz auf Gesundheitsalphabetisierung (Lesen von Beipackzetteln) infantilisiert erwachsene Menschen, übersieht deren Alltagskompetenz.

Wissen ist zudem wohl eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für selbst-bestimmtes gesundheitliches Handeln.

Problematik individueller Responsibilisierung

Patienten werden aufgefordert, individuelle Entscheidungen auf Basis probabilistischer Risiken zu treffen – aber statistische Rationalität lässt Individuelles und Konkretes unberücksichtigt. (*Silja Samerski & Anna Henkel 2015*)

Im Feld von Gesundheit und Krankheit gibt es grundsätzlich keine Sicherheit, sondern nur verschiedene Grade von Unsicherheit.

Und:

Mit steigendem Alter erhöht sich die Unsicherheit:

„We have no reliable guidelines for most elderly people.“ (*Garfinkel et al. 2016*)

Gesundheitskompetenz im Alter

Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz nutzen eher Notfallmedizin und teurere Gesundheitsdienstleistungen.

Unter Bedingungen von Multimorbidität (ab 80 Jahren durchschnittlich drei Erkrankungen) sind komplexere Gesundheitsinformationen zu verstehen. Stichwort: Polypharmazie

Aus Scham „verstecken“ ältere Menschen mangelnde Fähigkeiten. Das führt dazu, dass sie nicht die „richtigen“ Fragen stellen oder sie haben Schwierigkeiten Anweisungen zu verstehen.

Gesundheitskompetenz im Alter

Die Studie „National Assessment of Adult Literacy (NAAL)“ kommt zu folgenden Ergebnissen:

71% der alten Menschen (60+) haben Schwierigkeiten, geschriebenes Material zu verwenden.

80% haben Schwierigkeiten mit Dokumenten, die Formulare und Grafiken enthalten.

68% haben Schwierigkeiten, Zahlen zu interpretieren und zu rechnen.