



## Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz

Jen Wang, Margareta Schmid

### I. ZUSAMMENFASSUNG

Die wichtigsten Ergebnisse wurden in allen drei Sprachregionen bestätigt, was deren Relevanz für die gesamte Schweiz untermauert:

- Wie bei den elementaren Lifeskills steigt das Niveau der Gesundheitskompetenz mit dem Bildungsstand.
- Die Bürger wünschen Wahlmöglichkeiten, aber gesundheitsspezifische Entscheidungen sind komplex und die Informationen oftmals nicht verfügbar.
- Die Bürger beziehen Gesundheitsinformationen aus verschiedenen Quellen, aber die Informationen – insbesondere in schriftlicher Form – sind für viele nicht leicht verständlich.
- Die Bürger wollen bei Entscheidungen, welche die eigene Gesundheit betreffen, eine aktive Rolle spielen, doch vielen mangelt es an der nötigen Kompetenz.

Die Unterschiede zwischen den Regionen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die grössten Lücken bestehen im Tessin, wo die Komplexität der gesundheitsspezifischen Entscheidungen in Kombination mit der geringeren Verständlichkeit schriftlicher Informationen sowie mit Problemen in der Arzt-Patienten-Kommunikation eine aktive Rolle der Bürger erschwert;
- Deutschschweizer weisen das höchste Niveau an Interesse und Aktivität hinsichtlich der eigenen Gesundheit auf, was durch den einfacheren Umgang mit gesundheitsspezifischen Entscheidungen und Informationen gestützt wird;
- Westschweizer zeigen die geringste Bereitschaft zur Nutzung neuer Kommunikationsinstrumente im Gesundheitsbereich und das geringste Interesse an der Selbstbehandlung; ausserdem neigen sie am ehesten zu der Ansicht, dass die Beteiligung der Öffentlichkeit an der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung unzureichend ist.

Wenn Bürgerinnen und Bürger die Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen sollen, muss die Politik dafür sorgen, dass sie über die nötigen Fähigkeiten und Ressourcen verfügen. Die Unterschiede zwischen den drei Sprachregionen legen den Schluss nahe, dass die Gesundheitskompetenz von kulturellen und strukturellen Faktoren beeinflusst wird und dass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Regionen teilweise auf die Gesundheitskompetenz zurückzuführen sind. Dies bedeutet, dass nationale Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz für einzelne Probleme durchaus angebracht sein können, andere jedoch ein Vorgehen auf regionaler Ebene erfordern.

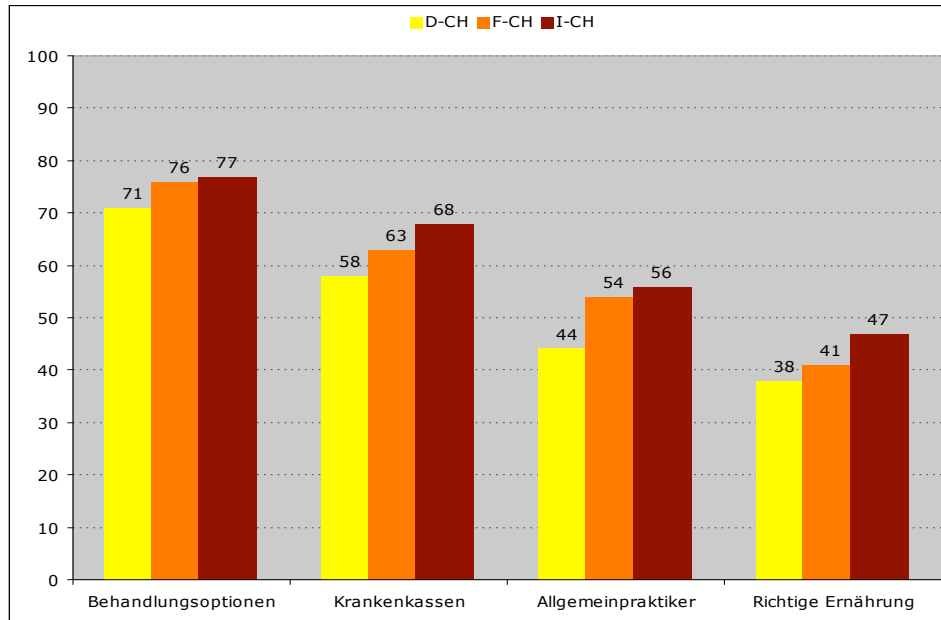
## II. ERGEBNISSE

### a. Wahlmöglichkeiten erwünscht, aber Mangel an verständlichen Informationen

Die in der Schweiz durchgeführten Studien zur Erwachsenenbildung haben bezüglich der Lese- und Mathematikkompetenz Unterschiede zwischen den Einwohnern der Deutschschweiz, der Westschweiz und des Tessins aufgezeigt [Bundesamt für Statistik, 2006]. Ausserdem haben Studien im Schweizer Gesundheitswesen Unterschiede bei gesundheitsbezogenen Lebensweisen und dem allgemeinen Gesundheitszustand ergeben [Bundesamt für Statistik, 2003]. Aufgrund einer Untersuchung des Swiss National Cohort Project existieren sogar Unterschiede bei der Sterblichkeit [Bopp et al., 2006]. Aufgrund der signifikanten regionalen Unterschiede bei den beiden elementaren Kompetenzen und beim Gesundheitszustand untersuchen wir die Gesundheitskompetenz in allen drei Sprachregionen.

Wahlmöglichkeiten gehören zu den Grundlagen der Marktwirtschaft, spielen aber auch für die Gesundheit eine immer grössere Rolle. Für viele Menschen erweisen sich gesundheitspezifische Entscheidungen im Alltag als komplex, von der Wahl der Krankenkasse (D-CH 58%, F-CH 63%, I-CH 68%) bis zur Suche nach der richtigen Ernährung (D-CH 38%, F-CH 41%, I-CH 47%). Tessiner bekunden mit gesundheitspezifischen Wahlentscheidungen deutlich mehr Mühe als Deutschschweizer, die Romands liegen diesbezüglich in der Mitte. Aber trotz dieser Komplexität sprechen sich die meisten Bürger in allen drei Sprachregionen deutlich für Wahlmöglichkeiten in gesundheitlichen Belangen aus. Unsere qualitative Untersuchung zeigt, dass die Wahl eine wichtige Voraussetzung für Vertrauen ist [ISPMZ und IUMSP, 2003]. Nichtsdestotrotz gaben in jeder Region jeweils nur die Hälfte der Einwohner an, über ausreichende Informationen zu verfügen, um die für sie am besten geeignete Wahl zu treffen. Deshalb besteht die Kluft zwischen Wahl und Informationen in allen drei Sprachregionen.

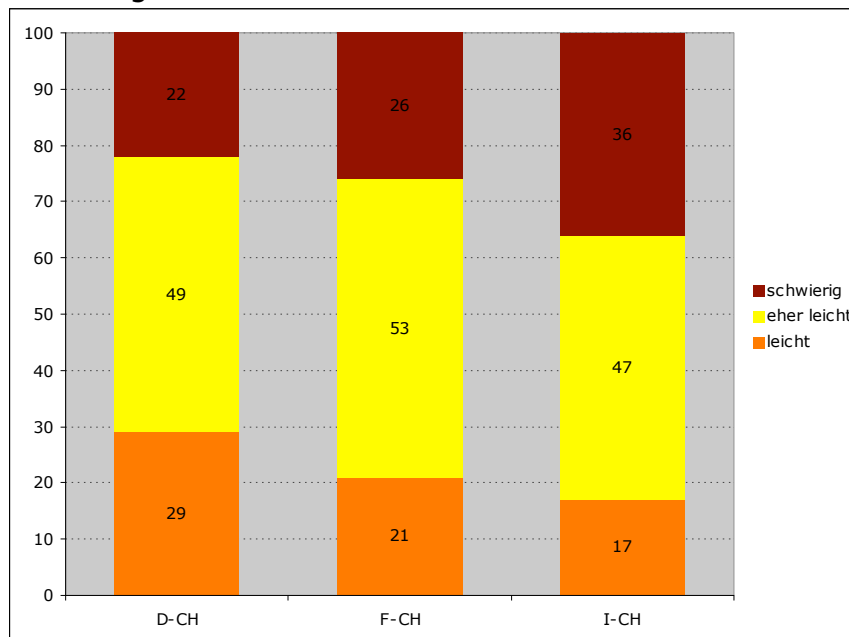
**Abbildung 1: Komplexe Entscheidungsfindung bei der Wahl zwischen verschiedenen Optionen**



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 nur für eine Minderheit leicht verständlich (D-CH 29%, F-CH 21%, I-CH 17%). Dieser Befund entspricht den Ergebnissen der Studien zur Erwachsenenbildung, denen zufolge die sprachliche Kompetenz in der Deutschschweiz am höchsten und im Tessin am niedrigsten ist. Obwohl das Internet mittlerweile zur dritt wichtigsten Quelle für Gesundheitsinformationen geworden ist, bestehen zwischen den drei Regionen krasse Unterschiede (D-CH 35%, F-CH 23%, I-CH 28%).

Die Verständlichkeit der Informationen im Internet wird ähnlich bewertet wie jene der Medien unter Internetnutzern. Mit anderen Worten: Nur einer von vier Befragten hält die Informationen für leicht verständlich.

**Abbildung 2: Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen in den Medien**



## b. Eine aktive Rolle trotz unzureichender Kompetenzen und Unterstützung

Obwohl eine deutliche Mehrheit der Befragten die Gesundheitsinformationen ihres Allgemeinpraktikers (D-CH 65%, F-CH 54%, I-CH 65%) als verständlich erachten – 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 beweist 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 des eigenen Arztes 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. 42% der Befragten haben in den vergangenen 12 Monaten zusätzliche Leistungen ihres Allgemeinpraktikers beansprucht, während eine Mehrheit von 64% aufgrund anderer Massnahmen in diesem Zeitraum ganz auf den Besuch eines Allgemeinpraktikers verzichten konnte. Über das ganze Leben gesehen, gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den Regionen. Deutschschweizer haben am wahrscheinlichsten eine zusätzliche Leistung beansprucht und zugleich einen Arztbesuch vermieden, während bei Tessinern mit der höchsten Wahrscheinlichkeit weder das eine noch das andere der Fall war.

Darüber hinaus 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 Behandlungskennntnisse: D-CH 64%, F-CH 74%, I-CH 62%). Angesichts der Häufig-

keit chronischer Erkrankungen sehen sich viele Bürger überdies gezwungen, Familienmitglieder oder Freunde zu pflegen. Von denen, die dies in den letzten 12 Monaten getan haben, gab nur eine Minderheit an, über gute Kenntnisse in der erforderlichen Behandlung zu verfügen (D-CH 30%, F-CH 10%, I-CH 16%). Angesichts der zunehmenden Verbreitung von chronischen Erkrankungen gewinnen diese Ergebnisse zusätzlich an Gewicht.

Die Ergebnisse weisen auf Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zu Hause, auf dem Marktplatz 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%). Trotz aller Basisdemokratie in unserem Land erachtet die Mehrheit der Bürger in allen drei Regionen die Rolle der Öffentlichkeit bei gesundheitspolitischen Entscheidungen als unzureichend (D-CH 65%, F-CH 75%, I-CH 58%).

### III. HINTERGRUND

#### **a. Wie die Schweizer Befragung zur Gesundheitskompetenz (HLS-CH) durchgeführt wurde**

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. Im Future Patient Project der Universität Zürich sind diese Kompetenzen zur Gesundheit nun zum ersten Mal operationalisiert worden. Dabei werden die Komponenten Wissen, Haltung, Werte und Verhaltensfähigkeiten – gemäss dem OECD-Modell für Schlüsselkompetenzen – in der breiten Bevölkerung gemessen, was im Schweizer Kontext drei kulturell und sprachlich unterschiedliche Regionen sowie eine grosse Migrantenpopulation einschliesst.

Die Entwicklung eines geeigneten Instruments basierte auf zwei wichtigen Forschungsgebieten. Zunächst haben wir die theoretischen und empirischen Arbeiten zur Gesundheitskompetenz und verwandten patientenbezogenen Gebieten wie Selbstmanagement, Patienten-Empowerment (Patientenbefähigung), Patientenschulung und gemeinsame Entscheidungsfindung studiert. Im Wesentlichen liegen diesen Konzepten Handlungskompetenzen zugrunde – wie zum Beispiel kognitive, motivationale und soziale Kompetenzen –, welche Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Des Weiteren haben wir die theoretischen und empirischen Arbeiten auf den Gebieten Erwachsenenkompetenz und Lifeskills beigezogen, inklusive bereichsspezifischer Kompetenzen wie Wissenschaft und Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT). Auf der Basis dieser Übersicht haben wir danach 30 Kernkompetenzen für Gesundheit identifiziert, die für alle Bürger in verschiedenen Alltagssituationen von Bedeutung sind.

Für den Originalfragebogen wurden 200 Fragen ausgewählt, in die deutsche, französische und italienische Sprache übersetzt und in einem professionellen CATI-Labor einem Pretest unterzogen. Die endgültige Version des Fragebogens enthielt 150 Fragen, entsprechend einem 30-minütigen Telefoninterview. Von April bis Mitte Mai 2006 wurden anhand einer repräsentativen Stichprobe der über 15 Jahre alten schweizerischen Wohnbevölkerung gesamthaft 1250 Interviews in der deutschen Schweiz (650), in der französischen Schweiz (300) und in der italienischen Schweiz (300) durchgeführt. Die Stichproben der französisch- und italienischsprachigen Regionen wurden weiter gefasst, um aussagekräftigere regionale Vergleiche zu ermöglichen wie auch spezifische Analysen für jede Region. Die in diesem Text aufgeführten Ergebnisse für die Schweiz sind national gewichtet, während die Ergebnisse für jede Sprachregion regional gewichtet sind, um der tatsächlichen Bevölkerungsverteilung in jeder Region Rechnung zu tragen.

## **b. Kompetenzen für die Informationsgesellschaft**

Die moderne Informations- und Wissensgesellschaft bietet zahlreiche neue Gelegenheiten, stellt aber auch immer höhere Anforderungen an ihre Mitglieder. Dies gilt sowohl für den Arbeitsplatz als auch für das Privatleben, denn der „aktive Bürger“ ist aufgefordert, als Wähler, Verbraucher, Patient usw. zu handeln und Entscheidungen zu treffen. Deshalb ist das Ausmass der Kompetenz, welches die Bürger in der heutigen Informations- und Wissensgesellschaft benötigen, für alle Sektoren von grösster Bedeutung.

Mit Unterstützung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wurden Schlüsselkompetenzen für moderne Gesellschaften definiert und gemessen [Rychen and Hersh Salganik, 2001]. Kurz gefasst kann Kompetenz als das Zusammenspiel zwischen äusseren Anforderungen und persönlichen Fähigkeiten definiert werden (d.h. Wissen und Fähigkeiten, aber auch Motivation und Haltung). Daraus folgt selbstverständlich, dass Kompetenzen nicht in einem Vakuum existieren, und dass die Verantwortung nicht allein beim Einzelnen liegt. In der Tat gelangte die OECD zu dem Schluss, dass Kompetenzen von den politischen Rahmenbedingungen abhängen.

Das PISA-Programm (Programme for International Student Assessment) und die internationalen Studien zur Erwachsenenbildung sind breit angelegte Vorhaben zur Messung elementarer Kompetenzen (z.B. Lesen und Mathematik) von Jugendlichen respektive Erwachsenen. Die Schweiz hat an beiden internationalen Erhebungen teilgenommen [Bundesamt für Statistik, 2005; Bundesamt für Statistik, 2006]. Als ein schlüssiges Ergebnis hat sich dabei die ungenügende Lesekompetenz unter vielen Jugendlichen und Erwachsenen erwiesen: „800'000 Erwachsene haben Probleme beim Lesen.“ Kein gutes Zeichen für eine Informations- und Wissensgesellschaft.

## **c. Zusammenhang zwischen Kompetenzen und Gesundheit**

Aber was haben Kompetenzen mit Gesundheit zu tun? Obwohl bis heute nur wenige Studien aufschlussreiche Daten über Kompetenzen und Gesundheitsergebnisse geliefert haben, besteht zwischen Kompetenzen und Bildung eine starke Korrelation. Dennoch gilt es zwischen ihnen zu unterscheiden, und auch in der Schweiz bestätigen die Daten, dass Bildung eine der wichtigsten sozialen Determinanten von Gesundheit ist. Grundsätzlich zeigen Personen mit höherem Bildungsstand ein gesünderes Verhalten, leiden weniger häufig an chronischen Erkrankungen, fühlen sich gesünder und leben länger [Bopp und Minder, 2003; Bundesamt für Statistik, 2003].

Weshalb ist dem so? Besser qualifizierte Arbeit und höhere Einkommen erklären die Gesundheitsunterschiede nur zum Teil, und Ökonomen führen höhere Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeiten (z.B. bessere und schnellere Aufnahme neuer Informationen und Technologien) als Einflussfaktoren an [Cutler und Lleras-Muney, 2006]. Mit anderen Worten, Kompetenzen beeinflussen nicht nur die Gesundheitsergebnisse, sondern auch andere Determinanten von Gesundheit. Angesichts der Unmenge neuer Erkenntnisse und Innovationen einerseits und der hohen Erneuerungsrate („Turnover“) andererseits dürften Kompetenzen auf dem Gebiet der Gesundheit und Medizin besonders relevant sein. Im Rahmen des Projekts „Gesundheitskompetenz Schweiz“ (Swiss Health Literacy Survey 2006 – HLS-CH) waren Personen mit besserer Bildung viel eher bereit, neue Technologien wie Internet und Call Center für Gesundheitszwecke zu nutzen. Auch bei anderen Kompetenzen bestehen deutliche Unterschiede, was die Hypothese stützt, wonach der Gesundheitskompetenz in der Beziehung zwischen Bildung und Gesundheitszustand eine wichtige Vermittlerrolle zukommt [Saha, 2006].

Der Begriff der Gesundheitskompetenz geht auf die Arbeit von Fachleuten im öffentlichen Gesundheitswesen zurück, die den Zusammenhang zwischen geringer Lesefähigkeit und schlechter Gesundheit untersuchten. In Nordamerika konzentrierten sich die meisten Studien auf die Auswirkungen geringer Lesefähigkeit und auf die Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen unter Patienten des Gesundheitssystems. Geringe Lesefähigkeit korreliert nicht nur mit geringeren Kenntnissen und Kompetenzen in

Bezug auf den Gesundheitszustand des Patienten, sondern auch mit unzureichendem Präventions-, Diagnose- und Prognoseverhalten [American Medical Association, 1999; Institute of Medicine, 2004]. Nach Schätzungen von Gesundheitsökonomern kosten geringe Gesundheitskompetenzen dieser Art das amerikanische Gesundheitssystem jährlich 73 Milliarden Dollar [Friedland et al., 1998]; für die Schweiz werden die entsprechenden Kosten auf 1,5 Milliarden Franken pro Jahr beziffert [Büro BASS, 2006].

Trotz der vielen schlechten Nachrichten bleibt positiv zu vermerken, dass Kompetenzen unterrichtet und erlernt werden können. Neben zahlreichen Studien aus den Bereichen Bildung und Beschäftigung haben auch Untersuchungen unter chronisch Kranken gezeigt, dass Kenntnisse, Haltungen und Fähigkeiten entwickelt werden können, was wiederum zu besseren Gesundheitsergebnissen und sogar zu einem Rückgang des Bezugs medizinischer Leistungen führt [Lorig et al., 1999; Barlow et al., 2005]. Die Bereiche Bildung und Beschäftigung verfügen über beträchtliche Erfahrung in der Definition und Messung von Kompetenzen sowie in der Umsetzung konkreter Massnahmen zur Kompetenzentwicklung. Es wäre deshalb an der Zeit, in den verschiedenen Bereichen zusammenzuarbeiten, um die Gesundheitskompetenz zu fördern.

#### **d. Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz für Gesundheit**

Obwohl es sich bei der Gesundheitskompetenz um ein relativ neues Konzept handelt, sind für den Begriff bereits mehrere Definitionen in Gebrauch. Die am engsten gefassten Ansätze beschränken sich auf das Lesen von gesundheitsbezogenen Unterlagen in Einrichtungen des Gesundheitswesens [z.B. Parker et al., 1995; American Medical Association, 1999]. Ein breiterer Ansatz betont das Verständnis und die Nutzung von Informationen für gesundheitsbezogene Entscheidungen: „Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gemeinschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, auf dem Markt und in der Gesellschaft ganz allgemein.“ [Kickbusch et al., 2006]. Diese Definition von Prof. Ilona Kickbusch macht deutlich, dass die Gesundheitskompetenz ein Thema ist, das alle Menschen einer Gesellschaft betrifft. Entsprechend muss die Reaktion auch aus allen Sektoren kommen.

Zwar sind die genannten Kompetenzen essenziell, doch gibt es weitere, die für die Gesundheit von modernen Gesellschaften ebenfalls als unerlässlich erachtet werden können. Aus diesem Grund wurden im Swiss Health Literacy Survey (HLS-CH) auf breiter Basis Daten zu 30 Kernkompetenzen gesammelt.

#### **e. Gesundheitskompetenz als politische Priorität in der Schweiz und der EU**

In der Schweiz hat sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum Ziel gesetzt, „die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger in der Schweiz zu fördern“ [BAG, 2006]. Die Förderung der Gesundheitskompetenz gehört ausserdem zu den Zielen der nationalen eHealth-Strategie. Die Gesundheitsförderung Schweiz hat die Gesundheitskompetenz bereits in ihr Ergebnismodell aufgenommen, und in der neuen nationalen Strategie zur Förderung von Gesundheit und Prävention wird die Gesundheitskompetenz höchstwahrscheinlich zu den Eckpfeilern gehören. Somit ist klar, dass die Gesundheitskompetenz in der Schweiz künftig ein politisches Schlüsselthema sein wird.

In der Europäischen Union gehört es zu den zentralen Zielsetzungen der Kommission, „die Fähigkeit der Bürgerinnen und Bürger zu fördern, bessere Entscheidungen über ihre Gesundheit und ihre Verbraucherinteressen zu treffen (...) indem klare, zuverlässige und einfach zugängliche Informationen über gute Gesundheit sowie über Erkrankungen und Behandlungsoptionen bereitgestellt werden“ [DG SANCO, 2005]. Zur Kontrolle dieses Ziels benötigt die Kommission Instrumente und Daten für die Bevölkerung, deshalb könnte der Swiss Health Literacy Survey (HLS-CH) als erste derartige Studie in Europa als nützliches Modell dienen.

Jen Wang und Margareta Schmid, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich,  
Hirschengraben 84, 8001 Zürich, Schweiz.

[www.gesundheitskompetenz.ch](http://www.gesundheitskompetenz.ch)

[jwang@ifpsm.uzh.ch](mailto:jwang@ifpsm.uzh.ch)

[schmid@access.uzh.ch](mailto:schmid@access.uzh.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.*