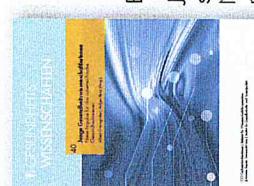


# GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN



## GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN

Aus der Reihe Gesundheitswissenschaften



Band 40

Junge GesundheitswissenschaftlerInnen  
Neue Impulse für das österreichische Gesundheitswesen



Band 41

Frailty  
Definition, Erkennung und  
Bedeutung in der Gesundheits-  
förderung und Prävention



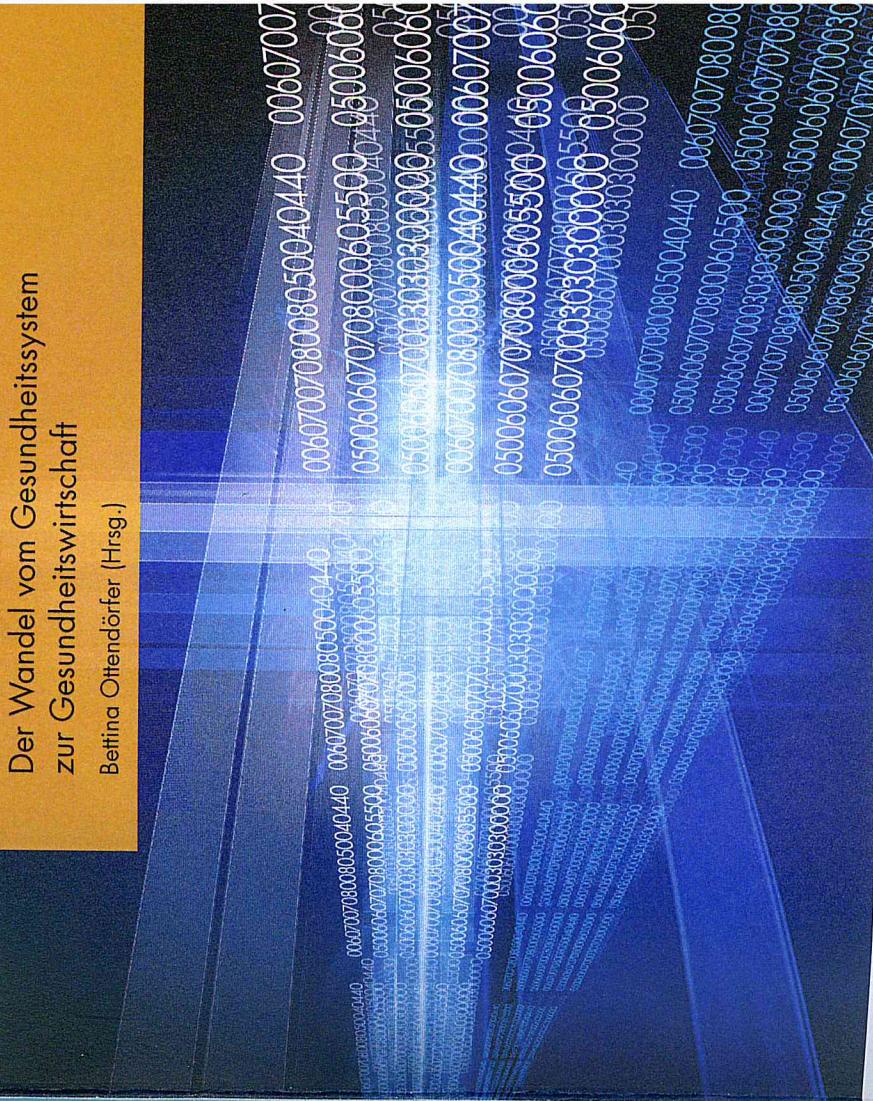
Band 42

Lernen für Gesundheit  
Tagungsband zur Jahrestagung  
2010 der Österreichischen  
Gesellschaft für Public Health

## 43 Geld und Gesundheit

Der Wandel vom Gesundheitssystem  
zur Gesundheitswirtschaft

Bettina Ottendorfer (Hrsg.)



Erhältlich bei:

OÖ Gebietskrankenkasse | Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation  
Gruberstraße 77 | A-4021 Linz  
Tel.: 05 78 07 - 10 23 00 | E-Mail: andrea.weber@oegkk.at | www.oegkk.at/wissenschaft

Johannes Kepler Universität Linz | Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik | Altenbergerstraße 69  
A-4040 Linz | Tel.: 0732 2468 - 7161 | E-Mail: irene.auringer@jku.at | www.gespol.jku.at  
und im Buchhandel

## Endnoten

1 Galbraith JK. Der Geplünderte Staat oder was gegen den freien Markt spricht. Rotpunktverlag Zürich 2010

2 Artikel 1

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennst sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Artikel 2

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

3 SGB V, § 2, (4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

4 Achesson, D (1988) Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: <http://www.hmso.gov.uk/>

5 Keil U et al. The invention of the swine flu pandemic. Eur J Epidemiol 2011; 24:187-190  
6 Council of Europe, Parliamentary Assembly. Doc. 12283, 7 June 2010. The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed. Report. Social Health and Family Affairs Committee Rapporteur: Mr Paul Flynn, United Kingdom

7 Beaglehole R et al for The Lancet NCD Action Group UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. The Lancet - 30 July 2011 (Vol. 378, Issue 9899, Pages 449-455) DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60879-9

8 Jusuf S. Can the polypill save the world? Oral presentation at the ESC Congress Paris, Tuesday 30 August 2011

9 Geoffrey Rose with commentary by Kay-Thee Khaw and Michael Marmot. Roses's Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press, Oxford 2008

10 Nova Acta Leopoldina N. F. Bd. 107, Nr. 371 (2009) Altern in Deutschland Band 9: Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland

## 5 Health Literacy – in Ihrem Interesse

Ulla Sladek und Sylvia Groth

### 5.1 Einleitung

Verlässliche von verzerrender oder gar falscher Information zu unterscheiden, ist heute eine grundlegende Kompetenz. Wenn es um unsere Gesundheit geht, ist diese Fähigkeit umso wichtiger, denn die Auswirkungen spüren wir am eigenen Leib. Frauen und Männer brauchen kritische Gesundheitskompetenz. Es gibt Fehlannahmen, Missinformation und ökonomische Interessen in der gesundheitlichen Versorgung. Pharmafirmen und MedizinprodukteherstellerInnen haben Frauen und Männer als Zielgruppe längst erkannt. Wissensbasierte, unabhängige und verständliche Gesundheitsinformation ist hingegen noch rar.

### 5.2 Ökonomische Interessen, Fehlannahmen und Missinformation

Als die Antibabypille 1960 auf den Markt kam, haben viele Frauen sie als Befreiung erlebt, viele erlebten, nicht zuletzt wegen der hohen Dosierungen, aber auch Nebenwirkungen. Die unerwünschten Wirkungen wurden zwar vereinzelt in Fachzeitschriften diskutiert, die Frauen erhielten aber keinerlei Information darüber. Barbara Seaman sammelte für ihr Buch „A doctors case against the pill“ (1969) Evidenzen der unerwünschten Wirkungen und betrieb mit weiteren Frauen Lobbying, um zu erreichen, dass Frauen unabhängige Information darüber erhalten. 1970 tagte ein Ausschuss des US-amerikanischen Kongresses zur Antibabypille. Barbara Seaman und Alice Wolfson verlangten in der Sitzung gehörig zu werden. In weiterer Folge erwirkten die Proteste der US-amerikanischen Aktivistinnen, dass die FDA (Food and Drug Administration) Patient Package Inserts (Beipackzettel) für die Antibabypille einführte. Dies geschah gegen den massiven Protest der American Medical Association und der Pharmaindustrie (Groth 2011).

Auch die Einnahme von Hormonen in und nach den Wechseljahren wurde von der Pharmaindustrie und weiter Teile der Ärztherrschaft lange Zeit als effektiv und sicher dargestellt. Die Hormoneinnahme wurde zudem als Schutz vor kardiovaskulären Erkrankungen (KHK) propagiert. Die Women's Health Initiative-Studie (2002) belegte hingegen, dass das Gegenteil der Fall war. Das Risiko für KHK stieg

mit der Einnahme. Weil sich auch das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, deutlich erhöhte, wurde die Studie vorzeitig abgebrochen (WHI 2002, S. 326). Trotz der sehr umfassenden Evidenz zum möglichen Schaden einer Hormonbehandlung im Wechsel behaupten viele Gynäkologinnen immer noch, dass eine „maßgeschneiderte“ und „individualisierte“ Behandlung sinnvoll sei (Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 274). Pharmafirmen vertreten weiterhin ihre Geschäftsinteressen und bedienen sich dabei auch des Ghostwritings: Ärztlinnen publizieren unter ihrem Namen von der Industrie produzierte Artikel zur Unbedenklichkeit der Hormoneinnahme in medizinischen Fachzeitschriften (arznei-telegramm 2010).

Nicht immer steht ein ökonomisches Interesse im Vordergrund, wenn Missinformation gegeben wird. Eine aktuelle Studie des Harding Zentrums für Risikokompetenz am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung an über 400 US-amerikanischen Allgemeinärztlinnen zeigt, dass die Mehrzahl der Ärztlinnen relevante von irreführenden Informationen zur Krebsfrüherkennung nicht unterscheiden kann. Ein Großteil der befragten Ärztlinnen unterliegt dem Trugschluss, dass höhere Überlebensraten und eine gestiegene Inzidenz ein Beweis dafür seien, dass durch die Früherkennung die Krebssterblichkeit gesenkt werden könne. Zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen wird häufig mit genau dieser Argumentation geworben (Wegwarth et al. 2012 a). In einer früheren Untersuchung fanden Gigerenzer et al. heraus, dass ein Großteil der Frauen und Männer den Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen um ein Vielfaches überschätzt. Mehr Information – bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder durch das Lesen von Gesundheitsbroschüren – führt nicht zu einer adäquateren Einschätzung. Das spricht ebenfalls dafür, dass die Informationen oft missverständlich oder verzerrend sind (Gigerenzer 2009). Der mögliche Schaden für Frauen und Männer, nämlich eine Überdiagnose und daraus resultierende Übertherapie, werden erst gar nicht benannt. Ein Beispiel: Es gibt langsam wachsende Prostataumore, die durch Früherkennung entdeckt werden, aber die betroffenen Männer gesundheitlich in ihrem Leben nie beeinträchtigt hätten. Der durch Screening entdeckte Krebs und dessen Behandlung ist für diese Patienten ohne Nutzen, da ihr Leben nicht gerettet wird. Aber es setzt sie dem Risiko von unerwünschten Nebenwirkungen wie Inkontinenz und Impotenz durch die eigentlich nicht notwendige Therapie aus (Wegwarth 2012 b).

Michael Berger sagte 2002 bei einem Vortag im Londoner Royal College of Physicians, die pharmazeutische Industrie, die biomedizinischen Firmen und Ärztlinnen „profitieren von den irrationalen Erwartungen, die die Öffentlichkeit an medizinische Eingriffe hat und von deren Unfähigkeit, die damit verbundenen Gefahren und Risiken zu erkennen“ (Berger 2003, S. 33). Es gäbe einen breiten Wider-

stand in der Ärzteschaft, vor allem bei strittigen Themen wie bei dem Mammografie-Screening. Dort überwiege die Haltung, die kontroversen Aspekte vorzuhalten, um möglichst viele gesunde Frauen zu motivieren, an diesem Programm teilzunehmen. Die Ärzteschaft informiere nicht über die Grenzen der Genauigkeit der Gebärmutterhalsabstriche, weil sie Angst habe, dass solche Informationen zu einer Abnahme der Untersuchungszahlen führen würde (ebd.).

In dieser Hinsicht hat sich wenig verändert. Eine aktuelle Auswertung von elf Informationsmaterialien zu Mammografie in Österreich ergibt, dass die Inhalte meist nicht ausreichen für eine informierte Entscheidungsfindung. Im Vordergrund der Materialien steht die Aktivierung zur Teilnahme (Rásky, Groth 2012).

Das Vorenthalten von Information aus Angst, die NutzerInnen würden sich gegen eine Teilnahme oder Anwendung entscheiden, wird nach Michael Berger der Bevölkerung keinen Nutzen bringen. Die Öffentlichkeit und die/der Einzelne „hat ein Recht darauf, die bedeutsamen Informationen zu erhalten, um eine auf Information gegrundete eigene Entscheidung bezüglich einer möglichst nützlichen diagnostischen oder therapeutischen Prozedur treffen zu können. Denn innerhalb der evidenzbasierter denkbaren Alternativen gibt es in den meisten Fällen einen Entscheidungsspielraum für eine vernünftige Entscheidungsfindung.“ (Berger 2003, S. 34) Die Öffentlichkeit und die PatientInnen müssen über die Möglichkeiten und Grenzen der Medizin und Prävention unterrichtet werden. Nur so könne man sie vor der Gefährdung ihrer Gesundheit durch fortwährende Irrationalität und medizinisch-industrielle Interessen schützen (ebd.).

Pharmaindustrie und MedizinprodukteherstellerInnen lassen gewaltige Summen ins Marketing fließen. Dabei wenden sie sich gerne auch direkt an die VerbraucherInnen, beispielsweise über das Internet, Social Media oder auch Selbsthilfegruppen. Durch mangelnde öffentliche Unterstützung und die finanzielle Förderung durch die Pharmaindustrie laufen Selbsthilfe- und PatientInnenorganisationen Gefahr unwillentlich selbst Teil von Pharmakampagnen zu werden (Spelsberg 2012). Eine Lockerung des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Medikamente würde der Pharmaindustrie noch mehr Möglichkeiten geben, die PatientInnen zu ihrem Sprachrohr zu machen. Sie hat längst erkannt, dass sie über die PatientInnen Druck auf politische EntscheidungsträgerInnen ausüben kann. In Deutschland plante man ein Gesetz, das vorsah, dass die Krankenkassen über Ausschreibungen mit dem/der günstigsten AnbieterIn von Hilfsmitteln einen Exklusivvertrag abschließen können. Der Bundesverband Medizintechnologie beauftragte eine PR-Werbeagentur, die das Aktionsbündnis „meine Wahl!“ als bundes-

weite Betroffenenbewegung initiierte. Sie traten als Anwältinnen der PatientInnen auf und warnten vor medizinischen Verschlechterungen. Die Kampagne hatte Erfolg – das Gesetz wurde in einer veränderten Form erlassen (Frankfurter Rundschau, 3. November 2011, S.14).

Für die Frauengesundheitsbewegung waren Fragen von Wissen, Macht und ökonomischen Interessen immer schon zentral. Die Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung forderten Information für selbstbestimmte Entscheidung. In dieser Tradition steht das Frauengesundheitszentrum, das die Health Literacy von Frauen durch unabhängige Beratung, Publikation von unabhängiger wissenschaftlicher Gesundheitsinformation, Fortbildungen und Advocacy fördert.

### 5.3 Health Literacy

Besser gewappnet vor ökonomischen Interessen und Fehlinformationen sind Frauen und Männer, die über Health Literacy verfügen. Die Fähigkeit verlässliche Informationen zu finden und darauf basierende Entscheidungen zu treffen, ist in allen Lebensbereichen von Bedeutung. Wenn es um die Gesundheit geht, sind entsprechende Fähigkeiten noch wichtiger. Denn die Konsequenzen von Entscheidungen spüren wir am eigenen Leib.

Es gibt viele verschiedene Definitionen von Gesundheitskompetenz oder Health Literacy. Einen guten Überblick bietet die aktuelle Arbeit von Sorensen et al. (2012) im Rahmen der EU Health Literacy Studie. In der Arbeit werden die Elemente von 17 Health Literacy-Definitionen zu einer neuen zusammengefasst:

*“Health Literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.”* (Sorensen et al. 2012, S. 3)

Für das Frauengesundheitszentrum kommt ein weiterer wichtiger Aspekt hinzu, den Don Nutbeam in seiner Definition 2000 beschreibt, nämlich jener der *kritischen* Gesundheitskompetenz. Nutbeam (2000) gliedert Health Literacy in drei Stufen:

1. *Funktionelle Gesundheitskompetenz* bezieht sich auf Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, die notwendig sind, um in Alltags situation zu funktionieren. Bezug auf Gesundheit wäre das zum Beispiel Beipackzettel von Medikamenten lesen und verstehen zu können. Funktionelle Gesundheits-

kompetenz wird in Angeboten der traditionellen Gesundheitsbildung gestärkt, bei denen es um die Vermittlung von Wissen zu Gesundheit und Krankheitsrisiken geht. Das Ziel ist meist die Compliance der NutzerInnen.

2. *Interaktive Gesundheitskompetenz* bezieht sich auf fortgeschritten kognitive und soziale Fähigkeiten, die notwendig sind, um aktiv am Alltagsleben teilzunehmen, aus unterschiedlichen Kommunikationsformen Informationen zu erwerben und diese auf sich verändernde Situationen anzuwenden. Das hieße sich Gesundheitsinformationen eigenständig aus verschiedenen Quellen zu beschaffen, mit Gesundheitsfachleuten zu kommunizieren und – auf Basis der erhaltenen Information – selbstständig zu handeln.
3. *Kritische Gesundheitskompetenz* beinhaltet Fähigkeiten, die es ermöglichen, Informationen kritisch zu bewerten und diese für eine größere Kontrolle über die eigene Lebenssituation zu nutzen. Dies bedeutet zum Beispiel auch, sich mit Empfehlungen zu Medikamenten, Behandlungen oder gesunder Lebensführung kritisch auseinanderzusetzen (Nutbeam 2000).

Kritische Gesundheitskompetenz umfasst also eine Bandbreite an Fähigkeiten, die Frauen und Männer benötigen, um sich Gesundheitsinformationen zu beschaffen, sie zu verstehen, kritisch zu bewerten und auf dieser Basis informierte Entscheidungen zu treffen. Männer und Frauen, die über kritische Gesundheitskompetenz verfügen, können zwischen verlässlicher und verzerrender Information unterscheiden und können Entscheidungen treffen – zum Beispiel für oder gegen eine Behandlung – die in Einklang mit ihren eigenen Bedürfnissen und Präferenzen stehen. Kritische Gesundheitskompetenz stärkt somit die Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen.

### 5.4 Kosten mangelnder Gesundheitskompetenz

Mangelnde Gesundheitskompetenz führt zu erhöhten Kosten: Frauen und Männer mit mangelnder Gesundheitskompetenz haben eine höhere Hospitalisierungsrate und nehmen Vorsorgemaßnahmen seltener wahr. Es gibt einen Zusammenhang zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und höherem Mortalitätsrisiko und schlechterem Gesundheitszustand bei SeniorInnen (Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2011).

1. Besonders betroffen von mangelnder Gesundheitskompetenz sind ältere Frauen und Männer, sozial benachteiligte und bildungsferne Frauen und Männer (US Department of Health and Human Services 2010). Auch die aktuelle EU Health Life-

uracy Studie zeigt dieses Ergebnis für Österreich, wobei Österreich insgesamt bei der Studie, die die Health Literacy der Bevölkerung in acht europäischen Ländern vergleicht, schlecht abschneidet: Österreich landete am vorletzten Platz vor Bulgarien (The European Health Literacy Project (HLS-EU) 2011).

Laut einer US-amerikanischen Studie aus dem Jahr 2008 ist niedrige Gesundheitskompetenz ein wesentlicher Faktor für ökonomische Unwirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem. Einer Schätzung zufolge liegen die Kosten zwischen 106 und 238 Milliarden US-Dollar jährlich (US Department of Health and Human Services 2010). Stefan Spycher, Leiter des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Bundesamt für Statistik, wendet diese Ergebnisse auf die Schweiz an und kommt zu folgender Schätzung: 1,5 Milliarden Schweizer Franken an vermeidbaren Mehrkosten seien im Gesundheitswesen im Jahr 2004 durch mangelnde Health Literacy entstanden. Seine Argumentation für diesen Zusammenhang ist folgende: „Weiniger gesundheitskompetente Personen kommen zu einer weniger guten Versorgung. Dies hat vor allem damit zu tun, dass Gesundheit (teilweise) auch als Produkt in der Interaktion zwischen Ärztlinnen und PatientInnen hergestellt wird. Wenn Menschen sich weniger gut artikulieren und ihre Beschwerden beschreiben können, die Anweisungen der Ärztlinnen schlechter verstehen und weniger compliant sind, dann führt das letztendlich zu einem schlechteren Ergebnis als bei gesundheitskompetenteren Menschen.“ (Spycher 2006)

Was Spycher nicht beschreibt, ist, dass Kosten auch durch Fehl- und Übertherapie und unerwünschten Wirkungen dieser entstehen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Denn es gibt unnötige Verschreibungen von Medikamenten, unnötige operative Eingriffe, Früherkennungsmaßnahmen, die mehr schaden als nutzen. Eine Überversorgung mit Diagnostik und Behandlung führt ebenfalls zu Kosten: Durch Kosten der Maßnahmen selbst und Folgekosten durch den möglicherweise entstehenden Schaden für den/die NutzerIn.

Einen wichtigen Aspekt heben Mühlhäuser und Lenz (2008) hervor. Sie sagen, die Non-Compliance der PatientInnen ist keine bedeutende Ursache für schlechte Therapieergebnisse. Die Non-Compliance der Leistungserbringer zur Bereitstellung von angemessenen Patienteninformationen sei hingegen ein wesentlicher Grund für schlechte Behandlungserfolge. Eine Verbesserung von Therapieergebnissen durch PatientInnenwissen könne es laut den AutorInnen nur geben, wenn die Informationen relevant und evidenzbasiert sind und wenn sie PatientInnen ein einstimmiges Handeln ermöglichen. „Die Bevölkerung“, so Mühlhäuser und Lenz, „hat das Recht zu verstehen, welche präventiven, diagnostischen und therapeuti-

schen Maßnahmen an sie herangetragen werden und welcher Nutzen und Schaden damit verbunden sein kann.“ (ebd. S 228) Diese Informationen sollen Frauen und Männer bekommen, auch wenn dies dazu führt, dass sie die empfohlenen Maßnahmen dann ablehnen. Selbst wenn dies zu einer Verschlechterung der Therapieergebnisse führt (Mühlhäuser, Lenz 2008). So sieht es auch das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierter Medizin in seinem Statement Gute Praxis Gesundheitsinformation (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2009).

## 5.5 Ist-Stand: Health Literacy in Österreich

In Österreich hat Health Literacy bisher noch einen relativ geringen Stellenwert. Erste Ansätze finden sich im Gesundheitsqualitätsgesetz (2005), im Masterplan Gesundheit des Hauptverbandes der Sozialversicherungen 2010 oder in der aktuellen Europäischen Health Literacy Studie (HLS-EU), die in Österreich die Ludwig Boltzmann Gesellschaft, Institut für Health Promotion Research, durchführt. Auch gibt es gesetzliche Grundlagen in dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten 2009 (§ 5a) und dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (§ 81a, § 156 (1)).

In Bezug auf die Health Literacy der Bevölkerung schneidet Österreich wie erwähnt im Acht-Länder-Vergleich schlecht ab – es liegt an vorletzter Stelle (The European Health Literacy Project (HLS-EU) 2011).

Zurzeit gibt es in der Praxis nur wenige Angebote an unabhängiger Information und Beratung sowie an Schulungen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz (Forster et al. 2011). Erneut bestätigt hat dies eine österreichweite Erhebung des Frauengesundheitszentrums. Positive Beispiele für österreichische Angebote, die kritische Gesundheitskompetenz fördern, sind die Website Medizin Transparent der Donau Universität Krems [www.medizin-transparent.at](http://www.medizin-transparent.at), das österreichische Gesundheitsportal [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), das Magazin Konsum, die Broschüre der niederösterreichischen Patientenanhaltswirtschaft „Wie finde ich seriöse Gesundheitsinformationen im Internet?“, Angebote des Fraueninformationszentrums FEMAIL in Vorarlberg und Angebote der österreichischen Frauengesundheitszentren (Sladek, Groth 2012).

Das Frauengesundheitszentrum, Graz, führte zwischen 2007 und 2011 elf Kompetenztrainings – Wissen macht stark und gesund in Österreich durch. In diesen fünfjährigen Fortbildungen haben insgesamt 142 Frauen und Männer - Fachper-

sonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und VertreterInnen von Selbsthilfegruppen - kritische Gesundheitskompetenz erworben. Die TeilnehmerInnen lernten, wie sie Informationen finden, ihre Qualität bewerten und wie sie diese Informationen für ihre gesundheitlichen Entscheidungen nutzen können. Es ging um folgende Fragen: Was will ich wissen? Wo schaue ich nach? Wie frage ich suchtauglich? Welcher Broschüre, welcher Studie kann ich vertrauen? Wie wissenschaftvoll ist ein bestimmtes Medikament, eine konkrete Therapie tatsächlich? Was bedeutet die gefundene Information für meine gesundheitlichen Entscheidungen, auf dem Hintergrund meiner Werte und Erfahrungen? Wie informiere und berate ich verständlich?

#### Konkret lernten die TeilnehmerInnen

- ihre Rechte als Patientin kennen;
- wie sie sich als Frau oder Mann mit chronischen Erkrankungen oder als PatientIn an gesundheitlichen Entscheidungen beteiligen können;
- welche Möglichkeiten der Beteiligung von PatientInnen und deren VertreterInnen es auf Mikro-, Meso- und Makroebene gibt;
- wie VerbraucherInnen die Methoden der evidenzbasierten Medizin für ihre Bedürfnisse nutzen können;
- welche verschiedenen Studenttypen es in der medizinischen Forschung gibt, wann sie zum Einsatz kommen und welche Schlüsse daraus zu ziehen sind;
- wie man durch wissenschaftlich scheinende Zahlen irritiert werden kann und was die Aussage: „Das Medikament reduziert Ihr Risiko zu erkranken um 75 Prozent“ wirklich bedeutet;
- wie sie Informationen in medizinischen Datenbanken finden können;
- welche Informationsquellen im Internet zu finden sind (etwa Leitlinien, PatientInnenleitlinien, PatientInneninformation, Entscheidungshilfen)
- anhand welcher Kriterien sie bewerten können, ob Gesundheits- und Krankheitsinformationen unabhängig, evidenzbasiert und verlässlich sind;
- was der Unterschied zwischen Vorsorge, Früherkennung und Screening ist;
- welche Informationen in Bezug auf diagnostische Tests und Früherkennungsmaßnahmen relevant sind und was diese aussagen;
- wie sie Informationen für PatientInnen und VerbraucherInnen verständlich aufbereiten und kommunizieren können;
- welche Elemente eine Beratung umfasst, mit deren Hilfe PatientInnen eingeständige wissensbasierte Entscheidungen treffen können (Sladec et al. 2011).

Die Fortbildung wurde in der Arbeitsgruppe von Ingrid Mühlhäuser, Universität Hamburg, entwickelt und von Bettina Berger in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum, Graz für die Umsetzung in Österreich weiterentwickelt. Gefördert hat das Projekt das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK).

- Weiters hat das Frauengesundheitszentrum in dem, ebenfalls vom BMASK geförderten, Projekt Health Literacy einen Online Rätselbogen Gute Gesundheitsinformationen im Netz erstellt. Hier finden NutzerInnen zuverlässige Quellen für Informationen zu Gesundheit, Krankheit und Behandlungen im Internet, Checklisten zur Bewertung von Informationen und Links zu Entscheidungshilfen. (<http://www.fgz.co.at/Gesundheitsinformation-im-Netz.633.0.html>)
- Einen schnellen Einblick in die wichtigsten Kriterien evidenzbasierter Gesundheitsinformation und wie man sich im Informationsdschungel Internet zurecht findet, bieten die Workshops „Wie finde ich gute Gesundheitsinformationen im Netz?“.

Das Frauengesundheitszentrum bietet Information und Beratung zu verschiedenen frauenspezifischen Gesundheitsthemen wie Schwangerschaft, Wechseljahre, Brustgesundheit, Verhütung. Außerdem erstellt das Frauengesundheitszentrum unabhängige evidenzbasierte Broschüren zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen wie Mammografie und Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

#### 5.6 Was ist notwendig?

Eine Voraussetzung dafür, dass Frauen und Männer wissensbasierte und selbstbestimmte Entscheidungen treffen können, ist das Vorhandensein von unabhängiger evidenzbasierter und für unterschiedliche Zielgruppen verständlicher Information und Beratung zu Gesundheit, Prävention, Früherkennung und Behandlung. In Deutschland gibt es die Unabhängige Patientenberatung. Seit 1. Jänner 2011 steht das Gesetz dies als Regelleistung für alle Versicherten in Deutschland vor. Getragen wird das Angebot von dem GKV-Spitzenverband, der Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland (<http://www.unabhängige-patientenberatung.de/profil.html>, acc. 11.05.2012). In Österreich gibt es ein solches Angebot bis dato nicht. Unabhängige wissensbasierte Beratung erhalten Frauen in den österreichischen Frauengesundheitszentren, die aber nicht in allen Bundesländern zur Verfügung stehen.

Die Fortbildung wurde in der Arbeitsgruppe von Ingrid Mühlhäuser, Universität Hamburg, entwickelt und von Bettina Berger in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum, Graz für die Umsetzung in Österreich weiterentwickelt. Gefördert hat das Projekt das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK).

Weiters hat das Frauengesundheitszentrum in dem, ebenfalls vom BMASK geförderten, Projekt Health Literacy einen Online Rätselbogen Gute Gesundheitsinformationen im Netz erstellt. Hier finden NutzerInnen zuverlässige Quellen für Informationen zu Gesundheit, Krankheit und Behandlungen im Internet, Checklisten zur Bewertung von Informationen und Links zu Entscheidungshilfen. (<http://www.fgz.co.at/Gesundheitsinformation-im-Netz.633.0.html>)

Einen schnellen Einblick in die wichtigsten Kriterien evidenzbasierter Gesundheitsinformation und wie man sich im Informationsdschungel Internet zurecht findet, bieten die Workshops „Wie finde ich gute Gesundheitsinformationen im Netz?“.

Das Frauengesundheitszentrum bietet Information und Beratung zu verschiedenen frauenspezifischen Gesundheitsthemen wie Schwangerschaft, Wechseljahre, Brustgesundheit, Verhütung. Außerdem erstellt das Frauengesundheitszentrum unabhängige evidenzbasierte Broschüren zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen wie Mammografie und Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

#### 5.6 Was ist notwendig?

Eine Voraussetzung dafür, dass Frauen und Männer wissensbasierte und selbstbestimmte Entscheidungen treffen können, ist das Vorhandensein von unabhängiger evidenzbasierter und für unterschiedliche Zielgruppen verständlicher Information und Beratung zu Gesundheit, Prävention, Früherkennung und Behandlung. In Deutschland gibt es die Unabhängige Patientenberatung. Seit 1. Jänner 2011 steht das Gesetz dies als Regelleistung für alle Versicherten in Deutschland vor. Getragen wird das Angebot von dem GKV-Spitzenverband, der Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland (<http://www.unabhängige-patientenberatung.de/profil.html>, acc. 11.05.2012). In Österreich gibt es ein solches Angebot bis dato nicht. Unabhängige wissensbasierte Beratung erhalten Frauen in den österreichischen Frauengesundheitszentren, die aber nicht in allen Bundesländern zur Verfügung stehen.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2009) setzt sich dafür ein, dass Frauen und Männer „unverzerrte, verlässliche Informationen, die auf dem aktuellen medizinischen Wissensstand beruhen“ bekommen (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2009, S. 66). Im Salzburg Statement of Shared Decision Making werden ÄrztlInnen dazu aufgefordert, Informationen über Möglichkeiten und Unsicherheiten, Nutzen und Schaden zu vermitteln. Sie sollen dies in Übereinstimmung mit der Best Practice für Risikokommunikation tun. ÄrztlInnen, ForscherInnen, JournalistInnen und alle, die Gesundheitsinformationen herausgeben, sollen sicher stellen, dass die Information evidenzbasiert und aktuell ist und dass mögliche Interessenskonflikte transparent gemacht werden. (Salzburg Global Seminar 2011).

Derzeit scheint es allerdings in die falsche Richtung zu gehen, wie Angela Spelsberg schreibt: „Dem wachsenden Gesundheitsmarkt liegt auch nichts am Wahrheitsgehalt seiner Werbebotschaften. Unabhängige Forschung und Bewertung der heilversprechenden Gesundheitsprodukte, also evidenzbasierte Information, ist geradezu wachstumsgefährdet und findet daher kaum noch oder gar nicht mehr statt.“ (Spelsberg 2012, S. 18)

Die AnbieterInnen von Leistungen im Gesundheitswesen müssen hier ihre Verantwortung übernehmen. Eine besondere Verantwortung kommt den Gesundheitsberufen zu, da sie großes Vertrauen der Bevölkerung genießen. Ihr Wissen muss umfassend und zutreffend sein, sie müssen geschult sein, wie sie Risiken kommunizieren. Kriterien, Inhalte und Darstellungsweisen sind unter anderem von Stuckenberg et al. (2005) entwickelt worden.

Die Tatsache, dass umfassende wissensbasierte Information dazu führen kann, dass manche oder viele BürgerInnen ein Verfahren nicht nutzen wollen, darf explizit kein Grund sein, interessierte NutzerInnen nicht zutreffend zu informieren. Rahmenbedingungen zu schaffen, die insbesondere auch sozial benachteiligte Frauen und Männer stärken, kompetente PatientInnen/Patienten und KonsumentInnen/Konsumenten für ihre Gesundheit und im Gesundheitswesen zu werden, ist Aufgabe der Politik (Weltgesundheitsorganisation: PatientInnenrechte in Europa 1994, Charta von Ljubljana 1996).

Ein wichtiger Schritt wäre, eine Fortbildung wie das Kompetenztraining - Wissen macht stark und gesund als Regelangebot der Krankenversicherungen zu implementieren. Damit Versicherte, Frauen und Männer, die mit chronischen Erkrankungen leben und PatientInnen, endlich zu einer dritten Kraft in dem österreichischen Gesundheitswesen werden: „Doctors down from their pedestals, patients up from their knees.“

Denn wenn das Gesundheitssystem nach wie vor systematisch auf die Erfahrungen und Einschätzungen der PatientInnen – die ja alle Stationen der gesundheitlichen Versorgung am eigenen Leib gespürt haben – verzichtet, verzichtet es auf ein wichtiges Sprachrohr, das zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beitragen kann.

## Literatur

- Agency for Healthcare Research and Quality (US): Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. March 2011.
- arznei-telegramm: Im Blickpunkt. Ghostwriting: Nützt Firmen und schadet der Therapiesicherheit. Heft 12 (3. Dezember 2010), S. 1
- Berger Michael: Am Ende der Aufklärung steht das goldene Kalb. Vortrag beim Colloquium der Skrabanek Foundation „Medical Utopianism: A Threat to Health“ im Royal College of Physicians, London, am 25. April 2002. Deutsche Übersetzung von Schimacke, Norbert in: GGW – Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft, Heft 2 (2003).
- Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien 2011.
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“. ZEFQ 104 (2009), S. 66 – 68.
- Gigerenzer, Gerd; Mata, Jutta; Frank, Ronald; Fäufel, Markus: Wie informiert ist die Bevölkerung über den Nutzen der Krebsfrüherkennung? Europaweite Studie erfasst Kenntnisstand. In: Focus Onkologie heute, Heft 05 (2009), S. 8 – 10.
- Groth, Sylvia: ExpertInnen für sich selbst. Wissen (in) der Frauengesundheitsbewegung in: Berger, Bettina (Hrsg.): Raum für Eigensinn – Ergebnisse einer Expertentagung. Essen: KVC-Verlag, 2011, S. 81 – 105.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungen: Masterplan Gesundheit. Einladung zum Dialog. Wien 2010. [http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04\\_publikationen/patientenzentrierte\\_projekte/Masterplan\\_Gesundheit\\_Sozialversicherung\\_Hauptverband\\_Projekte.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publikationen/patientenzentrierte_projekte/Masterplan_Gesundheit_Sozialversicherung_Hauptverband_Projekte.pdf), acc. 11.05.2012
- Mühlhäuser, Ingrid; Lenz, Matthias: Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen? ZEFQ 102 (2008), S. 223 – 230.
- Nutbeam, Don: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, Volume 15, Issue 3, S. 259-267.
- Rásky, Éva; Groth, Sylvia: Evidence-based information in mammography screening in Austria – reality or more pie in the sky? Evidenzbasierte Information für das Mammografie-Screening in Österreich – Realität oder nur ein frommer Wunsch? Als ELPS- Version im Das Gesundheitswesen angenommen (electronic long print short), April 2012.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden 2002. <http://www.svr-ge-sundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurzfzde.pdf>, acc. 11.05.2012

Salzburg Global Seminar: Salzburg Statement of Shared Decision Making. 7. Februar 2011. <http://us.cochrane.org/sites/us.cochrane.org/files/uploads/Ford,%20Peg%20%20Salzburg-Statementammended5.pdf>, acc. 11.05.2012

Sladek, Ulla; Berger, Beatrix; Hirtl, Christine; Steckelberg, Anke; Matyas, Eva; Ebner, Katharina; Groth, Sylvia: Wissen macht stark und gesund – Fortbildungen zur Stärkung von kritischer Gesundheitskompetenz. In: Krajic, Karl: Lernen für Gesundheit. Reihe Gesundheitswissenschaften, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität, Linz 2011.

Sladek, Ulla; Groth, Sylvia: Angebote zur Förderung von Gesundheitskompetenz in Österreich. Eine Untersuchung im Rahmen des Projekts Health Literacy – Vertiefen – Vernetzen – Verankern des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2011/2012. (Noch nicht veröffentlicht.)

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Peilkan, Jürgen; Słonska, Zofia; Brand, Helmut; Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012.

Spelsberg, Angela: Mündige Patientinnen und Patienten, informierte Selbsthilfe oder interessengeleitete Wissensvermittlung durch Einflussnahme mächtiger Lobbyisten? In: impulse, Heft 74 (2012), S. 17 – 18.

Spycher, Stefan: Ein bisher vernachlässigtes Thema: Die Folgekosten fehlender Gesundheitskompetenzen. In: Soziale Sicherheit CHSS Heft 4 (2006), S. 220 – 224.

Steckelberg Anke, Berger Bettina, Kükke Sascha, Heesen Christoph: Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformation. ZaeFQ 99 (2005), S. 343 – 361.

The European Health Literacy Project (HLS-EU) – Executive Summary 2011. Unterlagen Tagung Brüssel 21. und 22. November 2011. <http://inthealth.eu/research/health-literacy-hls-eu/>, acc. 11.05.2012

U.S. Department of Health and Human Services: National Action Plan to Improve Health Literacy. [http://www.health.gov/communication/hactionplan/pdf/Health\\_Literacy\\_Action\\_Plan.pdf](http://www.health.gov/communication/hactionplan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf), 2010, acc. 11.05.2012

Wegwarth, Odette; Schwartz, Lisa M.; Woloshin, Steven; Gaismaier, Wolfgang; Gigerenzer, Gerd: Do Physicians Understand Cancer Screening Statistics? A National Survey of Primary Care Physicians in the United States. Annals of Internal Medicine, Volume 156, Nr. 5, 6. März 2012 a, S. 340 – 349.

Wegwarth, Odette: Neue Studie: Ärzte verstehen Statistiken zur Krebsfrüherkennung nicht. Harding Center for Risk Literacy, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Presseinformation, Berlin, 9. März 2012 b, <http://www.harding-center.de/artikel/aezte-verstehen-statistiken-zur-krebsfrueherkennung-nicht>, acc. 09.05.2012

Weitgesundheitsorganisation: Erklärung zur Förderung der PatientInnenrechte in Europa, 1994.

Weitgesundheitsorganisation: Charta von Ljubljana zur Reformierung der Gesundheitsversorgung, 1996.

Writing Group for the Women's Health Initiative (WHI) Investigators: Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. JAMA 2002, 288(3), S. 321-333.

## Transparenter Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen

### 6 Dimensionen von Intransparenz im Gesundheitswesen

Ingrid Kern-Homolka

International gilt das Gesundheitswesen als besonders anfällig für Betrug und Korruption. Die Gründe dafür liegen im Marktversagen, das vor allem seine Ursache in der Intransparenz hat: Die Finanzierungsströme sind für Laien undurchschaubar und eine Vielzahl von Akteuren ist involviert. Während in der Theorie des freien Marktes der Nachfrager gleichzeitig Konsument, Einkäufer und Zahler ist, teilen sich diese Rollen im Gesundheitssystem die Patienten, verschreibende Ärzte und ein Krankenversicherungs- oder Krankenhausträger auf. Dadurch wird die Marktmacht des Anbieters gestärkt, die Folge ist eine Verteuerung des Gesundheitssystems. Es mangelt an Unrechtsbewusstsein, Korruption im Gesundheitssystem wird nicht als Problem sondern im schlechtesten Fall als Kavaliersdelikt eingestuft. Tatsächlich geht die durch die Intransparenz begünstigte Korruption doppelt zu Lasten der Patienten: Einerseits durch eine Fehlversorgung, andererseits durch die Schädigung der Sozialversicherungsträger in Vertretung der Versichertengemeinschaft.

Was sind die Einfallstore für Intransparenz und Korruption im Gesundheitswesen? Welche Fortschritte gibt es in der Bekämpfung dieser Phänomene und welche Empfehlungen für Gegenmaßnahmen können ausgesprochen werden? Diesen Fragen wurden im Rahmen einer umfangreichen Literaturrecherche – gestützt vor allem auf das Grundsatzpapier von Transparency International – Austrian Chapter mit dem Thema „Transparenzmängel im Gesundheitswesen“ (TI 2008, S. 4 ff) nachgegangen (Kern-Homolka/Labek/Said 2011).