



---

**AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

---

# Kritische Gesundheitskompetenz

Ausweg aus der fremdverschuldeten Unmündigkeit

---

**VON JANA HINNEBURG UND ANKE STECKELBERG IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



## **1. KRITISCHE GESUNDHEITSKOMPETENZ – EINE DEFINITION**

Es liegen zahlreiche Definitionen von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) vor. Allen gemein ist, dass Gesundheitskompetenz verstanden wird als „die Fähigkeit[en] von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können“ (1, 2). Diese Definition impliziert jedoch nicht den Anspruch an die Qualität von Informationen im Sinne evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. Kritische Gesundheitskompetenz beinhaltet, dass Menschen auch befähigt werden, die Qualität der gefundenen Gesundheitsinformationen kri-

tisch zu bewerten und zu hinterfragen (3, 4). Die kritische Beurteilung von Behauptungen über Behandlungseffekte in (Gesundheits-)Informationen stellt zudem einen Teilaspekt kritischer Gesundheitskompetenz dar.

## **2. DIE ROLLE DER GESUNDHEITSPROFESSIONEN**

Die Entwicklung zu einem effizienten Gesundheitssystem erfordert sowohl gesundheitskompetente Gesundheitsprofessionen als auch gesundheitskompetente Bürgerinnen und Bürger. Es ist die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, den Patientinnen und Patienten leicht verständliche und evidenzbasierte Informationen zu geben, die sie dazu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen. Entscheidungen werden als informiert bezeichnet, wenn ausreichendes Wissen vorhanden ist und die Einstellung kongruent mit der (Nicht-)Inanspruchnahme ist: Das heißt: Jemand hat auf Grundlage ausreichenden Wissens eine positive Einstellung beispielsweise zum Darmkrebscreening und nimmt dann konsequenterweise auch teil. Oder aber jemand hat auf Grundlage ausreichenden Wissens eine negative Einstellung und nimmt nicht teil. Beides wäre als informierte Entscheidung zu werten (5). Ziel ist die gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten.

Die Prävalenz der Illiteralität bezogen auf den Gesundheitsbereich ist allerdings hoch. Studien haben gezeigt,

dass auch Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker häufig nicht über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen und deshalb auch nicht als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren evidenzbasierte Informationen zur Verfügung stehen können (6-8). Ebenso konnte bei Laien eine unzureichende Gesundheitskompetenz wiederholt belegt werden (9).

Niedrige Gesundheitskompetenz ist assoziiert mit schlechteren Behandlungserfolgen (9). Letztendlich soll die medizinische Versorgung durch eine gute Gesundheitskompetenz verbessert werden. Dies beinhaltet, dass Unter-, Über- und Fehlbehandlung reduziert werden (10).

### 3. KOMPETENZTRAININGS – EIN AUSWEG AUS DER UNMÜNDIGKEIT

Eduktion gilt als ein geeignetes Instrument zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz (11). Eine systematische Implementierung von Curricula zum Erwerb dieser Kompetenz in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen hat bisher nicht stattgefunden.

Allerdings hat das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin im Jahr 2017 beispielsweise das multi- bzw. interprofessionell ausgerichtete Curriculum Evidenzbasierte Entscheidungsfindung veröffentlicht. Es „[...] soll als Rahmenvorgabe für die Gestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen aller in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufsgruppen sowie Bürgerinnen und Bürgern dienen [...]“ (12) und wird zurzeit pilotiert.

Ferner hat sich international die Arbeitsgruppe des Informed Health Choices Projekts zum Ziel gesetzt, Menschen unter anderem durch Schulungen zu befähigen, Behauptungen über Behandlungseffekte beurteilen und informierte Entscheidungen treffen zu können (13). Diese Behauptungen werden in den Medien, in Gesundheitsinformationen, in der Werbung und alltäglichen Kommunikation aufgestellt. Gesundheitsprofessionen als auch Bürgerinnen und Bürger werden in die Lage versetzt, die Verlässlichkeit dieser Behauptungen kritisch zu bewerten (14).

#### Folgende 12 Punkte können bei der Einschätzung von Behauptungen über Behandlungseffekte unterstützen (12):

##### 1. Jede Behandlung kann auch schaden.

Jede Behandlung kann nutzen, aber auch schaden. Manchmal überwiegt sogar der Schaden. Der Nutzen wird häufig übertrieben und der mögliche Schaden heruntergespielt.

##### 2. Persönliche Erfahrungen sind unzuverlässige Beweise.

Persönliche Erfahrungen sind eine unzuverlässige Basis, um den Effekt der meisten Behandlungen beurteilen zu können. Eine Verbesserung hätte auch ohne Behandlung eintreten können.

##### 3. Assoziation ist nicht das gleiche wie Kausalität.

Das Ergebnis einer Behandlung (ein möglicher Nutzen oder Schaden) kann mit ihr verbunden sein, muss aber nicht durch die Behandlung verursacht worden sein.

##### 4. Die gängige Praxis ist nicht immer wissenschaftsbasiert.

Weit verbreitete Behandlungen sind nicht unbedingt vorteilhaft oder sicher. Manchmal ist der Nutzen fragwürdig oder nicht bekannt.

##### 5. Neuer ist nicht unbedingt besser.

Bei neuen Medikamenten wird häufig angenommen, dass sie besser sind, weil sie neu oder teurer sind. Gegebenenfalls besteht nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass sie besser sind als vorhandene Alternativen. Langzeitnebenwirkungen sind eventuell noch nicht bekannt.

##### 6. Eine Expertenmeinung ist nicht immer richtig.

Expertenmeinungen sind allein nicht ausreichend, um über den Nutzen und Schaden einer Behandlung zu entscheiden. Die Meinungen basieren häufig nicht auf fairen Vergleichen von Behandlungen und sind daher nicht zuverlässig.

##### 7. Vorsicht vor Interessenkonflikten

Interessenkonflikte können zu irreführenden Behauptungen über Behandlungseffekte führen. Personen, die für eine Behandlung werben, da sie zum Beispiel Geld daran verdienen, mögen den Nutzen übertreiben und den Schaden ignorieren.

##### 8. Mehr ist nicht immer besser.

Die Erhöhung der Dosis oder des Umfangs einer Behandlung führt nicht notwendigerweise zur Erhöhung des Nutzens, kann jedoch den Schaden erhöhen.

##### 9. Früher ist nicht immer besser.

Früherkennung hat nur dann einen Nutzen, wenn zum Beispiel nachweislich die Mortalität reduziert werden kann. Sie kann ebenfalls einen Schaden verursachen, wie zum Beispiel Überdiagnosen beim Mammographie-Screening. →



→ **10. Hoffnung kann zu unrealistischen Erwartungen führen.**

Verzweifelte Menschen oder Menschen in Not können hoffen, dass eine Behandlung wirkt und dabei außer Acht lassen, dass sie auch Schaden kann. Angst kann dazu führen, dass Menschen Behandlungen in Anspruch nehmen, die nicht wirken, sondern schaden.

**11. Erklärungen zum Wirkmechanismus von Behandlungen können falsch sein.**

Annahmen zum Wirkmechanismus von Behandlungen lassen keine zuverlässigen Vorhersagen zum tatsächlichen Effekt von Behandlungen zu. Behandlungen, die in der Theorie wirken sollten, tun dies in der Praxis häufig nicht.

**12. Dramatische Behandlungseffekte sind selten. Große Behandlungseffekte, bei denen alle oder fast alle Personen einen Nutzen oder Schaden erleben, sind selten.**

Damit das Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung erreicht werden kann, ist es wichtig, dass die Entwicklung von Gesundheitskompetenz spätestens in der Primarstufe beginnt. Dazu ist die strukturelle Integration von (kritischer) Gesundheitsbildung notwendig. Dies umfasst die entsprechende Gestaltung der Rahmenlehrpläne der allgemeinbildenden Schulen und Curricula der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zur gezielten Qualifizierung von Gesundheitsprofessionen. ■

**Jana Hinneburg und Anke Steckelberg**  
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
 Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
 Magdeburger Str. 8  
 06112 Halle (Saale)  
 Tel. 0049 345 557 1220  
 E-Mail: [jana.hinneburg@medizin.uni-halle.de](mailto:jana.hinneburg@medizin.uni-halle.de)

Referenzen

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
2. Schaeffer D, Hurrelmann, K, Bauer, U, Kolpatzik, K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart; 2018.
3. Steckelberg A, Hulfenhaus C, Kasper J, Rost J, Muhlhauser I. How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14(1):11-22.
4. Steckelberg A, Hulfenhaus C, Kasper J, Muhlhauser I. Ebm@school – a curriculum of critical health literacy for secondary school students: results of a pilot study. *Int J Public Health*. 2009;54(3):158-65.
5. Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed choice. *Health Expect*. 2001;4(2):99-108.
6. Alte D, Weitschies W, Ritter CA. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. *Ann Pharmacother*. 2007;41(6):1023-30.
7. Gigerenzer G, Wegwarth O. Five year survival rates can mislead. *BMJ*. 2013;346:f548.
8. Wegwarth O, Gigerenzer G. "There is nothing to worry about": Gynecologists' counseling on mammography. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):251-6.
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
10. Arbeitsgruppe GPGI. Gute Praxis Gesundheitsinformation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2016;110:85-92.
11. Mogford E, Gould L, Devoght A. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. *Health Promot Int*. 2011;26(1):4-13.
12. Steckelberg A, Siebolds M, Lühmann D, Weberschock T, Strametz R, Weingart O, et al. Kerncurriculum Basismodul Evidenzbasierte Entscheidungsfindung 2017 [Available from: [www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/kerncurriculum.pdf](http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/kerncurriculum.pdf)].
13. Chalmers I, Oxman AD, Austvoll-Dahlgren A, Ryan-Vig S, Pannell S, Sewankambo N, et al. Key Concepts for Informed Health Choices: a framework for helping people learn how to assess treatment claims and make informed choices. *BMJ Evid Based Med*. 2018;23(1):29-33.
14. Austvoll-Dahlgren A CI, Oxman AD, and the Informed Health Choices Group. Assessing claims about treatment effects: Key concepts that people need to understand. 2017 [Available from: [www.informedhealthchoices.org/wp-content/uploads/2016/08/Key-Concepts-2017-edition.pdf](http://www.informedhealthchoices.org/wp-content/uploads/2016/08/Key-Concepts-2017-edition.pdf)].