

# **Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitskompetenz**

**Eine Studie, ein Gespräch am runden  
Tisch und drei Interviews**



## **Impressum**

*Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitskompetenz. Eine Studie, ein Gespräch am runden Tisch und drei Interviews; hg. von Gesundheitsförderung Schweiz, Bern und Merck Sharp & Dohme-Chibret AG, Zürich, 2008*

*Koordination und Redaktion: Alexander Rödiger  
Gestaltung: Lia Pulgar*

*Copyright: Gesundheitsförderung Schweiz und Merck Sharp & Dohme-Chibret AG*

### *Kontakte:*

*Merck Sharp & Dohme-Chibret AG  
Alexander Rödiger  
Schaffhauserstrasse 136  
8152 Opfikon-Glattbrugg  
alexander\_roediger@merck.com*

*Gesundheitsförderung Schweiz  
Ursel Broesskamp und Rudolf Zurkinden  
Dufourstrasse 30  
3000 Bern 6  
ursel.broesskamp@promotionsante.ch  
rudolf.zurkinden@promotionsante.ch*

*Die Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und des Instituts für Gesundheitsökonomie und Management der Universität Lausanne wurde unterstützt von Gesundheitsförderung Schweiz, Bern, und Merck Sharp & Dohme-Chibret AG, Opfikon-Glattbrugg, Schweiz.*

### *Dank*

*Ein grosser Dank geht an die Nationalräte und Nationalrätinnen Ignazio Cassis, Bea Heim, Ruth Humbel und Jürg Stahl, an Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Franz Wyss, Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), und Bernard Wicht, Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK), für ihre Zeit und ihre konstruktiven, anregenden Gedanken und Beiträge zum Thema Gesundheitskompetenz.*

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	5
<i>Klaus Eichler, Simon Wieser, Urs Brügger:</i> Gesundheitskompetenz aus ökonomischer Sicht: Ein Systematic Review (Zusammenfassung) ...	7
<i>Simon Wieser, Karine Moschetti, Klaus Eichler, Alberto Holly, Urs Brügger:</i> Übersicht über Messung von Gesundheitskompetenz und Berechnung der Kosten aufgrund geringer Gesundheitskompetenz (Zusammenfassung) .....	9
«Gesundheitskompetenz muss gefördert werden» – ein Gespräch am runden Tisch mit den Nationalräten Ignazio Cassis, Ruth Humbel und Jürg Stahl sowie Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) .....	11
«Der Patient von heute will mitentscheiden» – Interview mit Bea Heim, Nationalrätin .....	19
«Das Kosten-Nutzen-Verständnis gehört auch zur Gesundheitskompetenz» – Interview mit Franz Wyss, Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) .....	23
«Mit HarmoS verfügt die Schule über eine einheitliche Architektur, auch in Bezug auf Gesundheit» – Interview mit Bernard Wicht, Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) .....	27
Ausgewählte Literatur .....	29



## Einleitung

Gesundheit bewegt die Bürger, und sie möchten eine aktivere Rolle einnehmen. In einer vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich durchgeführten Studie geben 85 Prozent der Befragten an, dass sie beim ärztlichen Entscheid über die gewählte Therapie mitbestimmen wollen. Für viele Menschen erweisen sich jedoch bereits Entscheidungen im Alltag als komplex, von der Wahl der Krankenkasse bis zur Wahl der richtigen Nahrungsmittel.

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dabei geht es um Wissen und Können des Einzelnen, sich gesund zu verhalten. Der Begriff «Gesundheitskompetenz» ist freilich vielschichtiger. Und mit Alltag ist weitaus mehr als bloss Ernährung gemeint. Dazu gehören neben der persönlichen Gesundheit auch die Gesundheit am Arbeitsplatz, die Fähigkeit, sich im Gesundheitswesen zu orientieren, bis hin zur politischen Entscheidungsfindung, etwa wenn es, wie im Juni 2008, darum ging, über den Gesundheitsartikel in der Verfassung abzustimmen.

Nichtsdestotrotz: Gesundheitskompetenz gilt auf den ersten Blick als ein so genannt «weiches Thema». Ähnlich wie bei «Empowerment» oder «Selbstverantwortung» bezweifeln kritische Stimmen, dass deren Förderung eine Verbesserung bringt. Wie soll das gemessen werden? Weshalb gilt es hier überhaupt Kompetenzen zu erwerben? In der Regel lernt man von Kind auf, was Gesundheit heisst!

Dass dem nicht so ist, hat eine in diesem Zusammenhang oft wenig genannte Untersuchung von Bopp gezeigt: Zwischen Bildungsgrad und Sterblichkeit besteht tatsächlich ein enger Zusammenhang. Und spätestens seit dem Konzeptpapier des Büro Bass hat in der Schweiz ein Umdenken eingesetzt. Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Untersuchung zeigt nämlich, dass mangelnde Gesundheitskompetenz jährlich Kosten von rund 1,5 Milliarden Franken verursachen kann. Das sind 3 Prozent der Gesundheitsausgaben.

In der vorliegenden Publikation wurde der ökonomische Aspekt weiter vertieft. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz und Merck Sharp & Dohme-Chibret AG haben das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und die Universität Lausanne die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitskompetenz untersucht. Neben einer Analyse bestehender Publikationen haben die beiden Institutionen eine Berechnung angestellt, wie sich die Situation für die Schweiz darstellt. Sie kommen dabei unter bestimmten Annahmen auf einen noch höheren Betrag: So sind jährlich rund 2,279 Milliarden Franken mangelnder Gesundheitskompetenz zuzuschreiben; das entspricht 4,3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben von 2005.

Was sagen Politik und Behörden dazu? Auf Einladung von Gesundheitsförderung Schweiz und Merck Sharp & Dohme-Chibret AG haben sich zudem verschiedene Nationalrätinnen und Nationalräte, das Bundesamt für Gesundheit sowie die Gesundheits- und Erziehungsdirektorenkonferenz mit der Bedeutung und der Verortung von Gesundheitskompetenz auseinandergesetzt. Auf den folgenden Seiten sind die wichtigsten Ergebnisse wiedergegeben.

Freilich ist dies nur die eine Seite. Gesundheitskompetenz ist nicht alleine eine Angelegenheit des Gesundheitswesens. Wie gerade aus den Beiträgen deutlich wird, handelt es sich um ein «transversales» Thema, wo neben Krankenversicherern, Ärzteschaft oder Patientenorganisationen auch der Bildungsbereich, die Ernährungs- und Sportindustrie sowie der Detailhandel involviert sein sollten. Denn Gesundheit betrifft nicht alleine den kurativen Sektor, sondern vom Pausenapfel bis hin zum Treppenlaufen die ganze Lebenswelt der Menschen – kurz: den Alltag.

Aus diesem Grund haben Gesundheitsförderung Schweiz und Merck Sharp & Dohme-Chibret AG 2007 die Allianz Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen, die vom privaten über den öffentlichen Sektor alle Akteure ansprechen will. In Form von Public Private Partnership sollen zusätzliche Allianzpartner eingebunden, Akteure und Öffentlichkeit sensibilisiert sowie Projekte unterstützt werden, damit – ganz im Sinne von Gesundheitskompetenz – gesunde Entscheide getroffen werden.

Thomas Mattig  
Direktor  
Gesundheitsförderung Schweiz

Stefan Wild  
External Affairs Director  
Merck Sharp & Dohme-Chibret AG

<sup>1</sup>Wang J, Schmid M, Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz (Zürich 2007); in: [www.ispmz.ch](http://www.ispmz.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.

<sup>2</sup>Kickbusch I, Wait S, Maag D, Navigating Health: The Role of Health Literacy; Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK (London 2006). Vgl. auch Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft (Gamburg 2006)

<sup>3</sup>Bopp M, Minder CE, Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort; *International Journal of Epidemiology* 2003; 32:346-354

<sup>4</sup>Spycher S, Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Bern 2006); unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

# Gesundheitskompetenz aus ökonomischer Sicht: Ein Systematic Review

Klaus Eichler<sup>1</sup>, Simon Wieser<sup>1</sup>, Urs Brügger<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Gesundheitskompetenz («Health Literacy») ist eine wichtige Fähigkeit für gesundheitsrelevante Entscheide. Geringe Gesundheitskompetenz bringt ein erhöhtes Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand mit sich. Allerdings ist noch wenig bekannt, welche ökonomischen Auswirkungen eine geringe Gesundheitskompetenz hat.

Ziel war eine Evaluation (1) der Kostenfolgen geringer Gesundheitskompetenz für das Gesundheitssystem und (2) der Kosteneffektivität von Interventionen, um geringe Gesundheitskompetenz zu verbessern.

*Ziel*

Systematische Literatursuche in elektronischen Datenbanken (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINHAL and COCHRANE-Library; von 1980 bis Januar 2008), Einbezug ausgewählter Bücher und Referenzlisten, Handsuche in spezialisierten Datenbanken sowie Expertenkontakte.

*Methoden*

Eingeschlossen wurden Beobachtungs- und Interventionsstudien, die Gesundheitskompetenz als ein Outcome angegeben haben. Eingeschlossene Personen waren Bevölkerungsgruppen mit hohem Risiko für geringe Gesundheitskompetenz sowie Patienten mit (i) Diabetes Mellitus und (ii) Hyperlipidämie.

Die Studien wurden entsprechend den Auswahlkriterien durchgesehen; unklare Fälle wurden in einem Konsensmeeting entschieden. Es erfolgten Datenextraktion und Überprüfung der methodischen Studienqualität. Die Ergebnisse wurden von einem zweiten Reviewer kontrolliert.

Aus initial 2340 gefundenen Studien wurden 10 Studien in die Endanalyse eingeschlossen. Auf der Ebene «Gesundheitssystem» belaufen sich die zusätzlichen Kosten infolge geringer Gesundheitskompetenz auf 3 bis 5 Prozent der gesamten Gesundheitskosten (3 Studien mit Daten von mehr als 50'000 Personen aus den USA und der Schweiz). Geringe Gesundheitskompetenz ist sehr verbreitet (Prävalenz: 34% - 59%; 4 Studien; 110'000 Personen aus repräsentativen Studienpopulationen).

*Ergebnisse*

Drei US-Studien (Daten von 3'600 Personen) berichten über die zusätzlichen Kosten von geringer Gesundheitskompetenz auf «Patientenebene» (zusätzliche Kosten von USD 143 bis USD 7'789 pro Jahr und Person infolge geringer Gesundheitskompetenz im Vergleich zu einer Referenzgruppe mit adäquater Gesundheitskompetenz). Ein Systematic Review mit Daten zur Kosteneffektivität von Selbstmanagement-Programmen für Diabetiker berichtet widersprüchliche Ergebnisse.

Die Kosten von geringer Gesundheitskompetenz für das Gesundheitssystem sind möglicherweise beträchtlich; allerdings liegen nur wenige Studien vor und die Ergebnisse sind heterogen.

*Schlussfolgerung*





# Übersicht über Messung von Gesundheitskompetenz und Berechnung der Kosten aufgrund geringer Gesundheitskompetenz

Simon Wieser<sup>1</sup>, Karine Moschetti<sup>2</sup>, Klaus Eichler<sup>1</sup>, Alberto Holly<sup>2</sup>, Urs Brügger<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

<sup>2</sup> Institut für Gesundheitsökonomie und Management, Universität Lausanne

Die Ergebnisse unseres Grundszenarios für die Schweiz sind in Abbildung 1 ersichtlich. Während die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitskosten bei Personen mit adäquater Gesundheitskompetenz CHF 6'128 betragen, belaufen sich die Pro-Kopf-Gesundheitskosten bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz auf CHF 8'145 (+ CHF 2'017) und bei Personen mit elementarer Gesundheitskompetenz auf CHF 7'186 (+ CHF 1'059). Der Unterschied ist grösser als der Unterschied zwischen Personen mit geringer Gesundheitskompetenz und dem Bevölkerungsdurchschnitt (CHF 1'397 bzw. 20,7 Prozent), da die Pro-Kopf-Kosten von Personen mit adäquater Gesundheitskompetenz unter denjenigen des Bevölkerungsdurchschnitts liegen.

Zu beachten ist, dass nur 64 Prozent der Kostendifferenz der geringen Gesundheitskompetenz zugeordnet werden können und dass die Netto-Kostendifferenz deshalb für geringe Gesundheitskompetenz CHF 1'291 bzw. für elementare Gesundheitskompetenz CHF 678 beträgt. Folglich belaufen sich die jährlichen Gesundheitskosten infolge geringer Gesundheitskompetenz in der Schweiz auf CHF 2,279 Milliarden, was 4,3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben von CHF 52,7 Milliarden (2005) entspricht.

Die Ergebnisse des Kostenmodells sind stark von Annahmen abhängig. Geht man von den Annahmen des Grundszenarios von Vernon et al. (2007) aus, die eine Kostendifferenz von 28 Prozent für geringe und elementare Gesundheitskompetenz im Vergleich zum Durchschnitt annehmen und 50 Prozent dieser Kostendifferenz der geringen respektive elementaren Gesundheitskompetenz zurechnen, gelangt man zu folgendem Ergebnis: Die Netto-Kostendifferenz aufgrund geringer Ge-

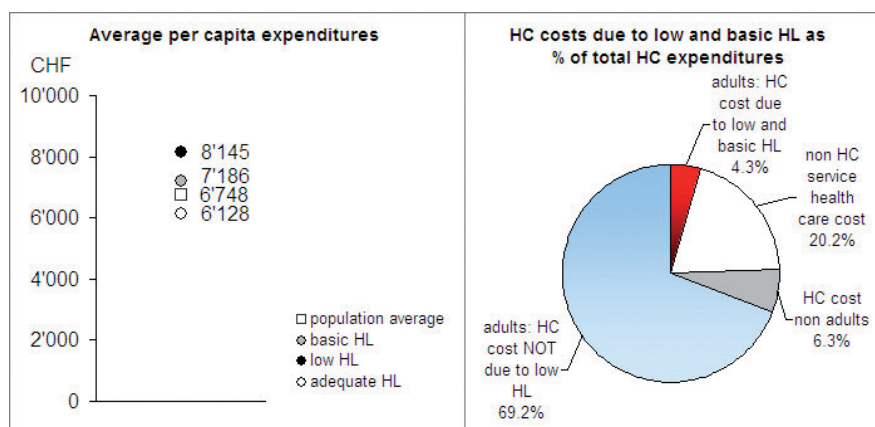


Abbildung 1: Ergebnisse des Grundszenarios

sundheitskompetenz beträgt 35 Prozent, verglichen mit den Gesundheitskosten von Personen mit adäquater Gesundheitskompetenz; die gesamten Kosten aufgrund geringer und elementarer Gesundheitskompetenz belaufen sich auf CHF 4,772 Milliarden respektive 9,1 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.

Die Kosten mangelnder Gesundheitskompetenz in der Schweiz, basierend auf einer Extrapolation von US-Daten, sind beachtlich. Das Ergebnis beruht auf konservativen Annahmen, da ein Teil der Gesundheitskosten und die Kosten von Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen werden. Darüber hinaus haben wir lediglich die direkten medizinischen Kosten betrachtet, wohingegen eine Betrachtung aus sozialer Perspektive auch die indirekten (Produktivitätsverlust/Einkommen) und die intangiblen Kosten (Lebensjahre und Lebensqualität) mit einbeziehen würde.

Die wichtigste Einschränkung unserer Berechnung betrifft jedoch den Mangel an Information über die Beziehung zwischen geringer Gesundheitskompetenz und Gesundheitskosten in der Schweiz. Die wenigen vorhandenen US-Studien zeigen, dass geringe Gesundheitskompetenz mit höheren Gesundheitskosten verbunden ist. Wir wissen jedoch nicht, ob dies für die Schweiz ebenso gilt. Einige Unterschiede zwischen dem Gesundheitssystem der Schweiz und dem der USA könnten einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Insbesondere das Versicherungsobligatorium in der Schweiz, die besondere Rolle von Medicare in den USA, Unterschiede in den Kostenstrukturen und in der Kultur können zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Um die Wirkung von geringer Gesundheitskompetenz auf die Gesundheitskosten in der Schweiz genauer zu untersuchen, bedarf es weiterer Analysen anhand von Schweizer Daten über die Beziehung zwischen Gesundheitskompetenz und -kosten. Idealerweise würde diese Analyse anhand einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung mit Daten auf Patientenebene zu den Gesundheitskosten, der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand durchgeführt. Dabei sollten Personen mit einer tendenziell mangelnder Gesundheitskompetenz wie etwa Migrantinnen/innen, Personen mit tiefem Einkommen oder Ältere besonders berücksichtigt werden.

## «Gesundheitskompetenz muss gefördert werden»

Wie Gesundheitskompetenz zu fördern ist und welche Auswirkungen dies auf die Gesundheitsausgaben hat – hierüber gibt es unterschiedliche Meinungen. Nichtsdestotrotz wird Gesundheitskompetenz als wichtiges Querschnittsthema angesehen und soll gefördert werden. So das Fazit aus einem Roundtable-Gespräch mit den Politikern Ignazio Cassis, Nationalrat FDP, Ruth Humbel, Nationalrätin CVP, Jürg Stahl, Nationalrat SVP, und Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Grundlage für die rund eineinhalbstündige Diskussion bildeten die ökonomische Studie zu Gesundheitskompetenz sowie 7 Thesen. Die Diskussion fand am 22. September 2008 statt und wurde von Manuel Rentsch, Schweizer Radio DRS, geleitet

### 7 Thesen

Am 22. September 2008 fand das Gespräch am runden Tisch statt. Leitfaden für die Diskussion bildeten folgende 7 Thesen:

1. Durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen wird eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung begünstigt, was längerfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beiträgt.
2. Fehlende Gesundheitskompetenz erhöht die Kosten des Gesundheitswesens, weil die Menschen sich weniger gesundheitsförderlich und präventiv verhalten und die Behandlungen weniger zielgerichtet durchgeführt werden können (u.a. mangelndes Verständnis der Behandlungsprozesse, mangelnde Therapietreue).
3. Informationen und Kampagnen zur Krankheitsprävention entfalten ihre Wirkung nur dann, wenn sie verstanden und Handlungsimpulse umgesetzt werden können. Deshalb ist es zunächst nötig, die Gesundheitskompetenz zu fördern.
4. Mangelnde Gesundheitskompetenz begünstigt eine Zwei-Klassen-Medizin.
5. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, die Kommunikation zwischen Bürgern und Fachpersonen zu verbessern, verringert folglich die Informationsasymmetrie und ist daher eine zentrale Voraussetzung für Wettbewerb im Gesundheitswesen.
6. Gesundheitskompetenz bedeutet die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – sei es in Bezug auf die persönliche Gesundheit, den «Gesundheitsmarkt», die Gesundheit am Arbeitsplatz oder Entscheidungen in der Gesundheitspolitik. Gesundheitskompetenz betrifft alle gesundheitsrelevanten Lebens- und Umweltbedingungen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist somit nicht allein Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern auch des Bildungssektors, der Politik und der Wirtschaft.
7. Die Förderung der Gesundheitskompetenz aller Bevölkerungs- bzw. Bildungsgruppen ist im Vorentwurf des Präventionsgesetzes genannt. Sollte Gesundheitskompetenz ein eigenständiges Ziel oder ein Querschnittsthema im neuen Präventionsgesetz sein?

*Kann man mit der Gesundheitskompetenz Geld sparen?*

**Ruth Humbel:** Wenn alle Menschen vernünftig handeln würden, wäre das so. Doch wegen der heutigen Finanzierung des Gesundheitswesens, wonach ein Drittel über Steuern, ein Drittel über Prämien und ein Drittel durch Private bezahlt werden, und wegen der steigenden Prämien neigen die Menschen dazu, dass sie für die Prämien auch etwas möchten. Bei den meisten Zivilisationskrankheiten kann man entweder zum Arzt gehen und Medikamente einnehmen oder den Lebensstil ändern. Obwohl beides zum Ziel führt, ist eine Lebensstiländerung oft die weniger bequeme Variante. Ausserdem bezahlen die Krankenkassen die Behandlungskosten. Dieses falsche Anreizsystem verhindert folglich, dass die These 1 so zum Tragen kommt, wie sie eigentlich könnte.

**Ignazio Cassis:** Ich bin mit der These einverstanden, jedoch nur bis zum Komma. Dann habe ich grosse Zweifel. Denn Gesundheitskompetenz kann auch zu einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen und im Bildungswesen führen. Wichtig ist am Ende, ob die Lebensqualität der Bevölkerung gestiegen ist. Ich bin mir also nicht ganz sicher, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz zu tieferen Kosten führt.

*Jürg Stahl, Sie schreiben auf Ihrer Homepage, eines Ihrer politischen Ziele sei, die Kostensteigerung einzudämmen und die Krankenkassenprämien zu senken. Hilft Gesundheitskompetenz, dieses Ziel zu erreichen?*

**Jürg Stahl:** Ich bin überzeugt, dass eine höhere Gesundheitskompetenz darauf Einfluss haben wird. Es wird aber wahrscheinlich Verschiebungen geben. Doch müssen wir uns vorerst auch zu These 7 einigen oder zumindest bestimmen, wie weit der staatliche Einfluss in diesem Bereich sein soll. In Bezug auf Gesundheitskompetenz gibt es verschiedene gute Beispiele in der Schweiz. Karies etwa: In der Schulstunde mussten wir Zähne putzen und Fluor-Tabletten einnehmen. Der Arzt kam in die Schule und untersuchte, wer einen Scheuermann-Rücken oder andere Fehlstellungen hatte. Dann wurden die nötigen Massnahmen ergriffen. So neu ist diese Theorie eigentlich nicht. Ich glaube, dass höhere Gesundheitskompetenz einen Einfluss haben wird. Zumindest in der Theorie. Ob auch in der Realität, das ist noch eine offene Frage.

*Wenn ich in die Runde fragen darf. In zwei Sätzen – wie stehen Sie zu Gesundheitskompetenz?*

**Ignazio Cassis:** Gesundheitskompetenz ist wie alle anderen Lebenskompetenzen wichtig, damit wir unsere Wahl bewusst treffen.

**Ruth Humbel:** Gesundheitskompetenz gehört zum Leben, weil grundsätzlich jeder Mensch Verantwortung für seine Gesundheit trägt, soweit er die Möglichkeiten hat, darauf Einfluss zu nehmen.

**Jürg Stahl:** Gesundheitskompetenz ist wichtig. Manchmal steht sie im Gegensatz zum Willen. Die Kompetenz ist das eine. Wenn ich jedoch in meinem Kollegenkreis nachfrage, ist der Wille oftmals der entscheidende Faktor.

*Gehen wir zu These 5: Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, die Kommunikation zwischen Bürgern und Fachpersonen zu verbessern, verringert folglich die Informationsasymmetrie und ist daher eine zentrale Voraussetzung für Wettbewerb im Gesundheitswesen. Jürg Stahl, Sie sind ja auch Geschäftsleitungsmitglied der Groupe Mutuel, und Sie haben im Vorgespräch erwähnt, wie wenig die Leute über die Versicherungen, also auch die Krankenkassen, wissen. Stellen Sie in der Praxis mangelnde Gesundheitskompetenz fest?*

**Jürg Stahl:** Ja, das ist in der Tat so. Viele Leute denken, sie hätten eine Zusatzversicherung, sind aber nur grundversichert. Sie kennen ihre Versicherungssituation nicht. Das ist aber nicht nur in der Krankenversicherung so, sondern auch in der Autoversicherung sowie in der Hausratversicherung. Das Lesen von Beipackzetteln oder Gebrauchsanleitungen gehört nicht zur Lieblingsbeschäftigung der Schweizer.

*Was hat das für Konsequenzen? Der Wettbewerb kann so nicht stattfinden?*

**Jürg Stahl:** Das sind zwei verschiedene Dinge. Ich habe mir ein Fragezeichen bei These 5 gemacht. Solange wir im Pflegebereich oder im Medikamentenbereich regulierte Preise haben, wird es schwierig sein, dort einen verstärkten Wettbewerb einzuführen. Deshalb glaube ich nicht, dass die Gesundheitskompetenz alleine zu mehr Wettbewerb führt. Da müssen zuerst einige entscheidende Dinge im Krankenversicherungsgesetz geändert werden. Das will aber die Bevölkerung nicht. Deshalb gibt es zwischen Gesundheitskompetenz und Wettbewerb noch keinen direkten Zusammenhang.

*Ignazio Cassis, Sie haben im Vorfeld gesagt, dass es mündige Bürger braucht, um den Lockvogelangeboten standhalten zu können. Können Sie dies präzisieren?*

**Ignazio Cassis:** Das Gegenteil von Gesundheitskompetenz ist Analphabetismus. Wenn man Analphabet ist, kann man kaum kommunizieren und seine Rechte nicht wahrnehmen oder verteidigen. Daher ist es folgerichtig, dass die Gesundheitskompetenz die Kommunikation verbessert und

die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient verringert. Das hat aber noch nichts mit Wettbewerb zu tun. Denn in einem regulierten Markt bei festgelegten Preisen gibt es gar keinen Wettbewerb, weil die Patienten gar nicht unterschiedliche Preise vergleichen können.

*Ruth Humbel, auf Ihrer Homepage ist zu lesen, dass grundsätzlich jeder Mensch für seine Gesundheit selbst verantwortlich ist. Sie verlangen sehr viel, Sie fordern kompetente Bürger.*

**Ruth Humbel:** Ja, das ist ein Ziel. Es gibt jedoch viel Halbwissen oder selektive Wahrnehmung, und das wird dann als Gesundheitskompetenz bezeichnet. Die Medien haben einen grossen Einfluss. Wenn zum Beispiel das Fernsehen über eine neue Behandlungsmethode berichtet, hat man das Gefühl, man wisse, dass man dies auch brauche und fordert es von seinem Arzt ein. Kommt dazu, dass der Wettbewerb nicht spielen kann, wenn ich die Möglichkeit habe, zu Lasten von Dritten zu konsumieren. Der mündige Bürger würde eine kritische Kosten-Nutzen-Betrachtung machen, wenn er selbst bezahlen müsste.

**Thomas Zeltner:** Ich vertrete noch eine andere These. Vor 40, 50 Jahren waren wir alle «gesundheitsinkompetent» und haben uns einen Coach genommen, nämlich den Hausarzt. Heute haben wir dank Fernsehen und Internet ein riesiges Angebot an Gesundheitsinformationen und sind völlig verloren. Stephan Sigrist sagt deshalb auch in seiner Studie, wir würden einen neuen Coach brauchen. Eine Möglichkeit ist, alle Menschen auf ein neues Niveau zu bringen oder zu sagen, sie sollen vernünftigerweise einen Gesundheitscoach wählen können, zu dem sie Vertrauen haben. In diese Richtung wird es wohl gehen. Wir sehen heute schon mit Medgate oder medi24, dass hier ein Bedürfnis existiert.

*Ich komme zu These 3, wonach Informationen und Kampagnen ihre Wirkung nur dann entfalten, wenn sie verstanden werden und Handlungsimpulse umgesetzt werden können. Deshalb ist es zunächst nötig, die Gesundheitskompetenz zu fördern. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) lanciert viele Informationskampagnen. Werden diese Botschaften auch verstanden?*

**Thomas Zeltner:** Wir evaluieren unsere Kampagnen regelmässig, und ich muss sagen: Die Botschaften werden verstanden. Bei vielen Kampagnen geht es nicht um Verhaltensänderungen, sondern um Sensibilisierung, indem wir sagen: Geht dorthin und informiert euch. Manchmal hat eine Kampagne, etwa im Bereich Tabak, nur zum Ziel, ein bestimmtes Bild zu zeichnen. Und das genügt schon, um eine Debatte auszulösen und zu sensibilisieren.

**Jürg Stahl:** Herr Zeltner weiss, dass die SVP seine Kampagnen nicht nur mit Freude zur Kenntnis nimmt. Wir werden sie auch weiterhin kritisch beobachten. Meiner Meinung nach wird die Messbarkeit von Kampagnen im Präventionsbereich immer schwierig bleiben. Eine einzelne Kampagne, isoliert, löst relativ wenig aus. Da braucht es ein Gesamtkonzept, wie dies bei privatwirtschaftlichen Unternehmen der Fall ist. Eine Kampagne oder Werbung für ein Produkt alleine ohne nachgelagerte Massnahmen genügt dort auch nicht. Denn in der Realität sieht es – trotz Kampagne – oft anders aus. Wir wissen etwas, aber tun es trotzdem nicht. Man sieht dies am Beispiel der HIV-Kampagnen.

**Thomas Zeltner:** Es gibt keine Massenkampagnen ohne ein solides Programm dahinter. In Bezug auf HIV-Infektionen hat man gerade gesehen, dass diese Raten dank den Kampagnen stark zurückgegangen sind.

**Ruth Humbel:** Die Kampagnen nützen oft nur, wenn man sich unmittelbar bedroht oder direkt angesprochen fühlt. Zu Beginn, als Aids als ein Todesurteil galt, waren die HIV-Kampagnen sehr wirkungsvoll. Seit es Medikamente gibt, ist die unmittelbare Todesgefahr nicht mehr da und gewisse Menschen sind fahrlässiger und resistenter gegenüber Informationen geworden. Man muss sich angesprochen fühlen. Gut war zum Beispiel die Helmkampagne der Suva. Man sieht mittlerweile sehr viele Skifahrer mit Helm. Auf der anderen Seite gibt es Kampagnen wie die Plakataktionen gegen das Rauchen. Meines Erachtens haben diese Plakate keine Wirkung mehr. Da muss man neue Lösungen finden.

**Jürg Stahl:** Frau Humbel sagt etwas ganz Zentrales. Es gibt hier eine gesellschaftliche Entwicklung: den ungebremsten Glauben, dass alles reparierbar ist, etwa in Bezug auf Unfälle, Krankheiten usw.

**Ignazio Cassis:** Für mich sind These 3, aber auch These 1 und 5 richtig bis zum Punkt. Danach bin ich nicht mehr einverstanden. Wirkung haben Kampagnen der Krankheitsprävention eher auf der emotionalen als auf der kommunikativen Ebene. Daher ist die Gesundheitskompetenz hier nicht so zentral.

*Kommen wir zu These 6: Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist nicht allein Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern auch des Bildungssektors, der Politik und der Wirtschaft. Ruth Humbel, Sie waren vor etwa 30 Jahren Lehrerin. Müssten die Schulen besser eingebunden werden, um Kinder auf Gesundheitsfragen vorzubereiten?*

**Ruth Humbel:** Ja, die Schulen haben in diesem Bereich einen wichtigen Auftrag. Allerdings ist es eine Tatsache, dass in den letzten Jahren genau diese Fächer, die die Gesundheitskompetenz fördern würden, gekürzt oder gestrichen wurden. Ich denke an Fächer wie Kochen oder Hauswirtschaft. Als Sparmassnahme wurde auch eine Reduktion der Sportfächer diskutiert. Damit bin ich nicht einverstanden. Den Kindern muss vielmehr gezeigt werden, dass selber kochen auch «cool» sein kann, dass sie nicht nur Fastfood zu sich nehmen sollten. Im Bereich Bewegung hat man gute Erfahrungen gemacht, etwa mit Projekten, in denen jeden Tag eine halbe Stunde Sport oder Bewegung betrieben worden ist. Dies hatte auch positive Auswirkungen auf die intellektuellen Fähigkeiten. Ich bin überzeugt, dass die Schulen in die Förderung der Gesundheitskompetenz investieren müssen und dass man ihnen auch entsprechende Ressourcen zur Verfügung stellen muss. Ich glaube, dass in den Schulen bereits einiges getan wird, allerdings brauchte es hier mehr Unterstützung von der Politik.

*Wie müsste ein Gesundheitsunterricht aussehen?*

**Ignazio Cassis:** Ich bin mit der These 6 einverstanden. Gesundheitskompetenz ist primär eine Aufgabe des Bildungssektors und nicht des Gesundheitssektors. Allerdings glaube ich auch, dass Gesundheitskompetenz eine Aufgabe der Eltern und des sozialen Umfelds ist, wie bei allen Kompetenzen für das Leben. Doch eben: Die Schule hat damit mehr zu tun als das Gesundheitswesen, und man könnte hier mehr tun. Was sollte man aber tun? Nun, das was man bereits tut: Kariesprophylaxe oder gesund stehen, sitzen und sich bewegen. Gerade die Bewegungserziehung ist ein wichtiges Element der Gesundheitskompetenz. Dies könnte bereits im Kindergarten auf spielerische Art und Weise beginnen. Diese Dinge sind nicht neu, sie sollten aber in den Köpfen der Lehrer sein und im Bildungssektor oder in den Familien umgesetzt werden.

*Jürg Stahl, Sie haben ebenfalls die Schule angesprochen.*

**Jürg Stahl:** Für mich stellt sich hier die Frage, wie die Schule all die Defizite, die bereits im familiären oder gesellschaftlichen Umfeld entstanden sind, kompensieren soll. Dann gibt es noch andere wie Bewegungsmangel oder Übergewicht. Man sollte der Schule hier nicht zu viel aufbürden. Die wichtigste Zelle muss die Familie bleiben. Danach hat aber die Schule schon auch eine wichtige Aufgabe.

Wie ich bereits eingangs gesagt habe, gibt es gute Beispiele. Es müssten gesundheitsrelevante Fragen in den Unterricht eingebaut werden. Dann gibt es jedoch auch schlechte Beispiele: Im Kanton Zürich wurde vor einigen Jahren beschlossen, dass es keine Kletterstangen mehr geben soll. Später folgte eine Studie mit der Feststellung, dass die 12-Jährigen nicht mehr klettern können. Warum? Weil wir den Schulsportunterricht zu einer Wohlfühlveranstaltung machen wollten. Nochmals zu Ihrer Frage: Ja, die Schule ist wichtig für Gesundheitskompetenz.

**Thomas Zeltner:** Ich muss Herrn Stahl hier Recht geben. Neuere Studien zeigen, dass es sehr schwierig oder gar unmöglich ist, gewisse Defizite in der Sprachkompetenz zu eliminieren, wenn man diese Sprachkompetenzen nicht schon vor der Schule erworben hat. Einerseits muss man sehr früh bei den Müttern beginnen. Andererseits ist Gesundheit ein absolut asymmetrisch verteiltes Gut in dieser Gesellschaft. Daher würde ich warnen, nach dem Giesskannenprinzip vorzugehen; vielmehr muss man sich bei der Gesundheitskompetenz auf die konzentrieren, die am meisten gefährdet sind. Ausserdem gilt in der Regel «Health is wealth and wealth is health». Das heisst, Gesundheit hat mit Einkommen zu tun, und das erreicht man, wenn man die Schüler so weit ausbildet, dass sie einen guten Beruf und ein gutes Einkommen haben. Man muss sehr vorsichtig sein mit sektoriellen Gesundheitsausgaben und Ausbildungen in der Schule. Das ist rausgeworfenes Geld.



*Man muss hier also vorsichtig sein. Das ist jedoch nicht Ihre Linie, Ruth Humbel?*

**Ruth Humbel:** Wo müssen wir denn Prävention machen? Wir müssen Prävention bei der richtigen Zielgruppe machen, und das sind sicher die Mütter. Doch wie erreicht man die Mütter? Im Wesentlichen doch über die Schule und im Kleinkindalter über die Mütterberatung. Vieles wird tatsächlich in der Schule vermittelt. Wir sollten zum Beispiel wieder Pausenäpfel einführen und Süßigkeiten verbieten. Das sind einfache Möglichkeiten, wie wir, zusammen mit den Eltern, Gesundheitskompetenz der Kinder fördern können. Schwieriger, aber umso wichtiger ist das Engagement der Schulen, wenn seitens der Eltern nichts getan wird. Diese Kinder dürfen wir nicht einfach aufgeben.

**Jürg Stahl:** Aber die Frauen bekommen im Durchschnitt 10 Jahre nach Schulende ihre Kinder. Bei den 25- bis 30-Jährigen hat die Bildung eine Aufgabe. Auch ich teile die Ansicht, dass koordinative und sprachliche Fähigkeiten massgeblich schon ab 3 Jahren geprägt werden. Die Frage ist jedoch, inwieweit wir das verordnen können.

**Thomas Zeltner:** Meiner Meinung nach ist es hinausgeworfenes Geld, wenn wir Mütterberatungen oder Schulprogramme für Frauen am Zürichberg machen. Was wollen sie diesen Frauen noch beibringen? Sie haben die nötigen Kompetenzen. Viel eher, doch ist dies sozialpolitisch schwieriger, sollte die Migrationsbevölkerung unterstützt werden, insbesondere in Bezug auf Sprachkenntnisse. Dort zu investieren ist nicht nur sozial-, sondern auch gesundheitspolitisch sinnvoll.

**Ignazio Cassis:** Richtig, das erhöht die Gesundheitskompetenz, ohne dass überhaupt über Gesundheit gesprochen wird.

**Ruth Humbel:** Ich teile grundsätzlich diese Auffassung. Allerdings gibt es ja auch das Buch «Die Kinder vom Zürichberg», wo die Wohlstandsverwahrlosung thematisiert wird. Da bekommt man allerdings schon das Gefühl, dass es auch dort etwas zu tun gäbe.

*Wir sind noch bei der These 6 und der Frage der Vernetzung: Wir haben jetzt über die Schule gesprochen, doch gibt es auch Politik und Wirtschaft. Daher die Frage: Braucht es eine breite Allianz zum Thema Gesundheitskompetenz? Wer sollte daran beteiligt sein?*

**Jürg Stahl:** Im Gesundheitsmarkt gibt es viele Schnittstellen. Doch was mich am meisten stört, ist die Tatsache, dass zwei sehr wichtige Partner, die Versicherer und die Leistungserbringer, ein sehr distanzierendes Verhältnis haben. Dies ist ein Problem. Doch eine Vernetzung zu einer Allianz ist wichtig. Allerdings muss man immer wieder darauf achten, dass es nicht bei der Theorie bleibt, sondern dass die Ziele auch in die Praxis umgesetzt werden. Ebenso wichtig ist, dass alle Beteiligten eingebunden sind.

*Ignazio Cassis, inwieweit teilen Sie diese Meinung? Würden Sie jemanden ausschliessen? Wer soll das sein?*

**Ignazio Cassis:** Nein, Gesundheitskompetenz ist ein weiteres Instrument zur Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit, nicht mehr und nicht weniger. Daher sollen möglichst viele Akteure eingebunden werden.

**Ruth Humbel:** Der letzte Satz der These 6 ist ganz wichtig. Der Einbezug der Wirtschaft ist zentral. Was nützt es, wenn ich gesundheitskompetent bin, jedoch einen miserablen Arbeitsplatz und schlechte Arbeitsbedingungen antreffe? Die Wirtschaft muss unbedingt mit eingebunden werden. Die Bedeutung der Wirtschaft hat sich ja bereits bei der 5. IV-Revision gezeigt. Der betrieblichen Arbeitssicherheit, dem Gesundheitsschutz, dem Gesundheitsmanagement und der Wiedereingliederung muss generell grössere Bedeutung beigemessen werden.

**Jürg Stahl:** Warum haben wir denn mehr Absenzen als vor 2 Jahrzehnten?

**Ruth Humbel:** Das ist es ja. In der Wirtschaft wurde vieles getan und doch nehmen die krankheitsbedingten Absenzen zu. Ein Gesundheitsmanagement kann viel dazu beitragen, diese zu verringern.

**Thomas Zeltner:** Noch eine Antwort auf die Frage von Jürg Stahl: Der Mensch ist für so schnelle Veränderungen, wie wir sie heute erleben, nicht gebaut und kann überfordert sein, insbesondere in

der Wirtschaft. Diese raschen Veränderungen sind für viele ein Problem, was schliesslich zu Absenzen führt. Deshalb muss man im Umgang mit Veränderung Unterstützung bieten, damit sie sich nicht negativ auf die Gesundheit auswirkt.

*Das bedeutet, die Wirtschaft müsste besser mit einbezogen werden?*

**Thomas Zeltner:** Ja, die Wirtschaft müsste dieses Problem besser verstehen und deshalb besser mit einbezogen sein.

*Gehen wir einen Schritt weiter zum Präventionsgesetz und zur These 7. Gemäss Artikel 2 soll die Gesundheitskompetenz jedes einzelnen gefördert werden. Die These 7 stellt hier die Frage, ob die Gesundheitskompetenz nicht selbst als Ziel formuliert werden sollte. Wie beurteilen Sie dies?*

**Ignazio Cassis:** Gesundheitskompetenz ist ein Querschnittsthema, kein Ziel. Sie ist ein Instrument.

**Ruth Humbel:** Ich sehe dies ähnlich. Das Ziel ist Lebensqualität und mit Gesundheitskompetenz kann es besser erreicht werden. Gesundheitskompetenz ist eine Querschnittsaufgabe, die verschiedene Bereiche betrifft: Private, das Elternhaus, die Wirtschaft. Es ist auch eine soziale Aufgabe der öffentlichen Hand, der Schule und der Umweltpolitik.

**Jürg Stahl:** Für mich ist Gesundheitskompetenz eine klassische Querschnittsaufgabe. Die SVP steht dem Präventionsgesetz grundsätzlich kritisch gegenüber. Das ist keine Überraschung. Und wir werden diese Auseinandersetzung auch im Detail führen. Die wichtige Frage ist jedoch, inwieweit der Staat hier Vorschriften machen soll. Wo ist unsere viel gelobte Eigenverantwortung heute?

*Für das BAG hat die Gesundheitskompetenz eine hohe Priorität. Müsste sie im Gesetz nicht stärker betont werden?*

**Thomas Zeltner:** Nein, ich teile die Auffassung von Ignazio Cassis. Das Gesetz will vor allem die staatlichen Rahmenbedingungen schaffen, damit sich am Ende Bund und Kantone einig sind, wo man Prioritäten in der Programmentwicklung und -umsetzung setzt.

Wir wollen keinen dressierten Bürger, sondern wir wollen Rahmenbedingungen, innerhalb derer der Einzelne frei entscheiden kann. Ausserdem sollte die «healthy choice» eine «easy choice» sein. Es sollte leichter sein, sich gesund zu ernähren, als das Gegenteil. Es soll leicht sein, über Mittag Sport zu treiben, etwa indem Duschen zur Verfügung stehen. Doch dafür brauchen wir Rahmenbedingungen, die der Staat bis auf Gemeindeebene bereit stellt.

**Ignazio Cassis:** Mit dem Gesetz bin ich einverstanden und unterstütze es sehr. Ich habe jedoch grosse Bedenken, Gesundheitskompetenz als Ziel zu deklarieren. Denn wenn der Sinn des Lebens wäre, gesund zu sein, so müsste ich mich plötzlich sehr krank fühlen. Gesundsein ist nicht ein Ziel. Ich lebe nicht, um gesund zu sein.

**Ruth Humbel:** In Bezug auf die Frage nach den Zielen im Präventionsgesetz bin ich nicht gleicher Meinung. Wenn wir mit dem Gesetz etwas erreichen wollen, müssen wir auch mehr Mut haben. Wir wollen doch die Leute kompetenter machen, damit sie zu ihrer Gesundheit Sorge tragen und selber zu einer besseren Lebensqualität beitragen können.

Wir können natürlich sagen, wir machen ein Präventionsgesetz, um die Lebensfreude zu steigern. Das wäre ein Etikettenschwindel, denn wir wollen das Gesetz, weil wir die Gesundheit der Bevölkerung nach dem Vorsorgeprinzip verbessern wollen. Selbstverständlich sollen die Menschen einen Nutzen haben. Der Nutzen liegt in einer besseren Lebensqualität. Das Gesetz ist Mittel zum Zweck, ein Mittel, um die Lebensqualität der Menschen zu steigern, aber auch um unnötige Gesundheitskosten zu vermeiden.

**Thomas Zeltner:** Die wesentliche Veränderung durch das Gesetz ist eine Koordination in der Verhältnisprävention. Es ist eben einen Unterschied, ob der Zigarettenautomat bereits für 3-Jährige zugänglich ist oder nicht; es ist ein Unterschied, ob Zigaretten 6 oder 7 Franken kosten. Diese Fragen betreffen die Verhältnisprävention, und hier ist es wenig sinnvoll, wenn der Kanton Genf dies und der Kanton Zürich jenes macht. Vielmehr müssen die Aktivitäten koordiniert sein. Diese Rahmenbedingungen soll das Gesetz regeln, und in diesem Rahmen soll der Bürger dann frei entscheiden können.



*Jürg Stahl, Sie wollen Kosten sparen. Da ist das Präventionsgesetz doch ein geeignetes Mittel, die Gesundheitsausgaben einzudämmen?*

**Jürg Stahl:** Da geraten wir natürlich mitten in die Diskussion über das Gesundheitswesen. Es gibt zahlreiche Vorschläge. In der Realität steigen die Kosten jedes Jahr. Und jeder setzt sich für seinen Bereich ein. Nehmen wir die Labortarife. Die Ärzte wehren sich gegen eine Senkung mit dem Argument, dass dies der Todesstoss für die Labore wäre. Ich bin überzeugt, dass eine gesteigerte Gesundheitskompetenz einen Nutzen bringt. Aber einfach weil ein Professor sagt, 2,2 Milliarden könnten jährlich eingespart werden, kann man nicht plötzlich sagen, wir gehen diesen Weg.

Gesundheitskompetenz ist ein sehr interessanter Ansatz, und er ist weiter zu verfolgen und zu begleiten. Ich begrüße übrigens, dass man eine solche Runde macht, denn dies ist wesentlich gehaltvoller als eine öffentliche Diskussion, wo es um Redezeit, Gewinner und Verlierer geht. Zu sagen, aufgrund dieser Berechnung sei die Förderung der Gesundheitskompetenz die Lösung, wäre falsch. Das Gesundheitswesen ist komplex, es gibt viele Begehrlichkeiten. An der Mechanik zu schrauben ist hier nicht so einfach.

*Wir haben noch die These 4: Mangelnde Gesundheitskompetenz begünstigt eine Zwei-Klassen-Medizin. Was sagen Sie dazu?*

**Ignazio Cassis:** Ich behaupte, dass wir schon lange keine Angst mehr haben müssen vor einer Mehrklassenmedizin. Die Medizin ist heute ein grosses Shoppingcenter, und nicht alle brauchen alles. Die einzige Sorge, die ich habe, ist jedoch die Basismedizin, dass es eine gute Basismedizin für alle Bürger gibt, die leicht zugänglich ist. Dass es jedoch eine 2., 3., 4. oder 10. Klasse gibt, liegt in der Natur der Sache. Gesundheit ist zum Teil ein Markt wie jeder andere. Wie im Markt kann sich nicht jeder jedes Produkt leisten. Auch braucht nicht jeder jedes Produkt, denken wir an die Anti-Ageing-Medizin, gewisse Check-up-Systeme. Es ist kein Menschenrecht, diese Leistungen zu erhalten. Deshalb bin seit Jahren für eine Mehrklassenmedizin in diesem Sinne.

**Thomas Zeltner:** Ich kann Jürg Stahl beipflichten: Die gleichen «Health Outcomes», die gleichen Gesundheitsergebnisse, kann man mit zwei Dritteln der Kosten in der Schweiz haben. Es gibt Länder, die geben anstatt 60 bloss 40 oder 30 Milliarden aus – das mit gleichem Ergebnis. Der grosse Unterschied liegt in der Angebotsdichte: Von jedem Haushalt in der Schweiz zum nächsten Spital sind es fünf Kilometer. Von jedem Haushalt zum nächsten Arzt sind es weniger als ein Kilometer. Mit anderen Worten, wir haben ein viel zu dichtes Netz. Das führt mich zur Frage der Zwei-Klassen-Medizin: Hier wird etwas hochgespielt, um andere Probleme nicht anzugehen. Wir haben Rationierungen, gerade im Pflegebereich. Da muss man etwas unternehmen. Doch sollte die soziale Grundversicherung nur da sein, um katastrophale finanzielle Engpässe zu verhindern. Sicherlich muss man dabei acht geben, den geeigneten Grundversorgungskatalog zu erstellen.

**Jürg Stahl:** Ich bin über diese Aussage sehr erfreut. Denn die Hauptschwierigkeit wird sein, diese Korrekturen anzubringen. Die Diskussion um die Zwei-Klassen-Medizin versucht nur, von den eigentlichen Problemen abzulenken. Es gibt eine Mehrklassenmedizin mit den Zusatzversicherungen. Die Gleichmacherei ist wahrscheinlich eine Fehlüberlegung. Wir müssen akzeptieren, dass nicht alle alles haben oder erreichen können. These 4 ist für mich deshalb die schlechteste These.

**Thomas Zeltner:** Ich glaube man müsste in These 4 sagen, mangelnde Gesundheitskompetenz begünstigt Ungleichheit in der Gesundheit. Das wollten wohl die Autoren hier auch aussagen.

*Wir kommen zu der Schlussrunde: In zwei Sätzen - wie kann man die Gesundheitskompetenz verbessern?*

**Ignazio Cassis:** Man muss darüber sprechen, man muss das Konzept erklären. Dann ist es möglich, dies in der Schule, in der Familie und in allen anderen Bereichen zu integrieren.

**Jürg Stahl:** Wenn wir monetäre Anreize schaffen, dann lohnt sich eine bessere Gesundheitskompetenz.

*Können Sie dies präzisieren?*

**Jürg Stahl:** Es geht darum, dass man jemanden zur Kasse bitten kann, wenn er etwas fahrlässig provoziert, aber auch belohnen kann, wenn sich jemand korrekt verhält. Heute hingegen haben die Krankenversicherer keine Möglichkeiten, jemanden zu belohnen, wenn jemand fünf Jahre bezahlt und keine Leistungen bezieht.

**Thomas Zeltner:** Erstens, Gesundheitskompetenz ist wichtig. Zweitens würde ich mich einerseits auf die über 65-Jährigen konzentrieren, andererseits auf Familien aus sozial schwachen Schichten.

## «Der Patient von heute will mitentscheiden»

### Interview mit Bea Heim

**Die Bevölkerung wandelt sich zu einer kritisch bewussten Gesundheitsgesellschaft. Obwohl eine bessere Gesundheitskompetenz zu geringeren Gesundheitskosten führt, darf daraus nicht geschlossen werden, dass Gesundheitskosten selbstverschuldet sind. So Bea Heim, Nationalrätin SP und Präsidentin der Pro Senectute Kanton Solothurn.**

*Welche Rolle spielt die Gesundheitskompetenz aus Sicht Ihrer Institution?*

Als Präsidentin der Pro Senectute des Kantons Solothurn wie auch als Vertreterin der Schweizerischen Patientenstellen fällt mir auf, dass das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung wächst und eine allgemeine Emanzipationsbewegung im Gang ist, hin zu einer kritisch bewussten Gesundheitsgesellschaft. Der Versicherte wie der Patient von heute weiss um seine Mitverantwortung für seine Gesundheit. Er beurteilt das Versicherungsangebot kritisch. Aber auch als Patient, ob jünger oder älter, lässt er sich, solange es ihm seine Kräfte erlauben, nicht mehr bevormunden. Vielmehr will er ins Bild gesetzt sein und mitentscheiden. Er trägt mit dieser Haltung wesentlich zu seiner Genesung bei. Und auch der ältere Mensch, ich hoffe, dass dies erkannt und respektiert wird, zeigt ein neues Selbstverständnis, ein gestärktes Selbstvertrauen. Für Patientenorganisationen bedeutet dies, dass sie mehr nachgefragt werden und deshalb von Politik und Versicherungen als wichtige Dienstleister anerkannt und unterstützt werden sollten.

Für Altersorganisationen ist diese an sich erfreuliche Entwicklung eine Herausforderung, ihre Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung weiter zu verstärken und sich als Anwalt der Bedürfnisse der älteren Generation zur Förderung von Gesundheit, Autonomie und Selbstbestimmung im Alter zu profilieren und zu beweisen.

*Durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen wird eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung begünstigt, was längerfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beiträgt. Wie stehen Sie zu dieser These?*

Studien versprechen tatsächlich erhebliche Kosteneinsparungen aus der wachsenden Gesundheitskompetenz. Rund 3 Prozent der Gesundheitskosten, vermutet die Studie des Büro Bass, sind auf zur geringe Gesundheitskompetenz zurückzuführen, also immerhin 1,5 Milliarden Franken pro Jahr. Beim Thema Gesundheitskompetenz sollte jedoch nicht das Sparen in den Vordergrund gestellt werden. Es darf nicht so weit kommen, dass Krankheit schliesslich als Mangel an Gesundheitsverantwortung apostrophiert, ja, dass daraus so etwas wie Schuld an der Krankheit abgeleitet wird oder gar die Erwartung, dass Patienten aus Kostengründen auf medizinisch indizierte Behandlungen zu verzichten hätten. Die differenzierte Nachfrage hingegen wird mit Bestimmtheit das Gesundheitsangebot verändern, insbesondere in den Bereichen der Prävention und Früherkennung, in der Reha, der Spitex und der psychologisch-psychiatrischen Versorgung.

*Fehlende Gesundheitskompetenz erhöht die Kosten des Gesundheitswesens, weil die Menschen sich weniger gesundheitsförderlich und präventiv verhalten und die Behandlungen weniger zielgerichtet durchgeführt werden können. Sind Sie damit einverstanden?*

Gesundheit förderndes Verhalten verlangt Selbstdisziplin. Diese einzuhalten fällt um so leichter, als es gelingt, in Politik und Gesellschaft, in der Schule, der Arbeits- und Konsumwelt, aber auch in der Freizeit den Willen und die Einsicht, dass sich Gesundheitsförderung lohnt, zu verankern. Gesundheitsförderndes Verhalten setzt also einen Bewusstseinswandel und insbesondere Wissen voraus. Gesundheitskompetenz ist deshalb auch eine Frage der Bildung. Eine wissenschaftliche Untersuchung zeigt jedoch, dass in der Schweiz viele Leute nicht in der Lage sind, einen längeren Text so zu lesen, dass sie ihn auch verstehen. Wer Gesundheitskompetenz erwartet, muss darum auch bessere Bildung fordern und die Überwindung des IT-Grabens zwischen den Generationen wollen.

Was heisst Gesundheitskompetenz nun aus Patientensicht? Es ist die Herausforderung, eigene Wege in der Krankheit zu finden und die Fähigkeit, zu lernen, mit der Krankheit oder Behinderung ein möglichst normales Leben zu führen. Der verständnisvolle Arzt steht dabei in der Rolle des Patientencoach. Gesundheit förderndes Denken kommt in der Politik von heute leider noch immer

zu kurz; um so wichtiger ist es, dass sich die Schweiz endlich ein Präventionsgesetz gibt. Die Politik steht in der Verantwortung vernetzter zu denken, zu handeln und jeweils ihre Entscheide hinsichtlich der Auswirkung auf die Volksgesundheit zu hinterfragen.

*Informationen und Kampagnen zur Krankheitsprävention entfalten ihre Wirkung nur dann, wenn sie verstanden und Handlungsimpulse umgesetzt werden können. Deshalb ist es zunächst nötig, die Gesundheitskompetenz zu fördern oder?*

Sie entfalten ihre Wirkung nur dann, wenn sie leicht verständlich sind, und vor allem, wenn der Inhalt fachlich qualifiziert und verlässlich ist. Die heutige Flut an Werbung und Informationen im Gesundheits- und Versicherungsbereich ist enorm. Der Einzelne ist gefordert: als kostenbewusster Versicherter, als gesundheitsorientierter Konsument und als kritischer Patient. Die Industrie wirbt für Functional Food und deren gesundheitlichen Nutzen. Die Medien verschaffen sich mit etwas Gesundheitsberatung höhere Publikumszahlen. Bürgerinnen und Bürger erleben – angesichts des Gesundheitsbooms und des Fehlens eines anerkannt qualifizierten und unabhängigen Informationstools – mehr die Qual als die Freiheit der Wahl.

Einige Initiativen in Deutschland haben das Problem erkannt und entwickeln unabhängige, patienten- und bürgergerechte Informationsplattformen mit der Möglichkeit, sich gezielt über die Qualität der Gesundheitsangebote eines Anbieters zu informieren. Was aber in der Schweiz fehlt, sind Angaben zu Erfahrung und Behandlungserfolg einzelner Institutionen und Spitäler. Hier findet der kritische Patient noch keine Informationen, weil der Wettbewerb um die beste Behandlungsqualität in der Schweiz noch immer kein Thema ist.

*Begünstigt mangelnde Gesundheitskompetenz eine Zwei-Klassen-Medizin?*

In unserer Gesellschaft verstärkt sich das gesundheitliche Gefälle sowohl im Ausmass der Krankheit als auch in der Lebensdauer. Der Grund liegt im Anwachsen der sozioökonomischen, bildungsmässigen und kulturellen Unterschiede. Die Risikoselektion der Kassen zeigt sich allmählich auch in den Spitälern. Selbst in der Hausarztmedizin macht sie sich bemerkbar, verursacht durch die wenig qualifizierte Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der Krankenkassen. Die sich akzentuierende Rationierungsdiskussion verschärft die Situation schleichend weiter. Und die mangelnde Wertschätzung des Alters trägt das Ihre noch dazu bei. Umso wichtiger wird die Gesundheitskompetenz. Sie stärkt die Kompetenzen der Versicherten, sich im System und politisch zurechtzufinden und sich als Patient zu emanzipieren, und sie stärkt seine Position. Sie ermöglicht mehr Selbstbestimmung und die Fähigkeit für die persönliche Gesundheit, in der Wahl der Versicherung, im Konsum- und Arbeitsverhalten und in der Politik, die eigenen Interessen wahrzunehmen. Ob allerdings damit dem Trend der Zwei-Klassen-Medizin, der sozialen Ungerechtigkeit in der Mittelzuteilung der Riegel geschoben werden kann, bezweifle ich sehr.

*Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, die Kommunikation zwischen Bürgern und Fachpersonen zu verbessern, verringert folglich die Informationsasymmetrie und ist daher eine zentrale Voraussetzung für Wettbewerb im Gesundheitswesen.*

Dieser These stimme ich zu, ergänze sie aber mit folgender Forderung. Parallel zur Gesundheitsbildung der Bürgerinnen und Bürger als Versicherte und als Patienten, muss auch die Ausbildung der Ärzteschaft und der Pflegenden (z.B. hinsichtlich ihrer Kommunikationsfähigkeit) darauf ausgerichtet werden.

*Gesundheitskompetenz bedeutet die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – sei es in Bezug auf die persönliche Gesundheit, den «Gesundheitsmarkt», die Gesundheit am Arbeitsplatz oder Entscheidungen in der Gesundheitspolitik. Gesundheitskompetenz betrifft alle gesundheitsrelevanten Lebens- und Umweltbedingungen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist somit nicht allein Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern auch des Bildungssektors, der Politik und der Wirtschaft.*

Dieser These stimme ich zu. Die Gesundheitskompetenz ist aber noch mit der Patientenkompetenz zu ergänzen. Damit ist die Fähigkeit, mit der Krankheit oder Behinderung ein möglichst normales Leben führen zu können, gemeint. Auch die Fähigkeit des Patienten, sich den Herausforderungen seiner Krankheit zu stellen. Ein kompetenter Patient versteht sich als Mitproduzent und Mitverantwortlicher für seine Gesundheit. «Was kann ich selbst für mich tun?» Jeder ist gezwungen, zu lernen, mit der Krankheit zurechtzukommen und zu merken, was ihm gut tut und was nicht. Alles

andere als ein einfacher Prozess. Patientenkompetenz zu fördern ist deshalb auch Aufgabe der Rehabilitation und des Hausarztes, der als Coach, den Patienten auf seinem Weg zu sich selbst und damit zur Stärkung der Genesungskräfte zu stärken.

Für beides hat die Politik die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen, im Präventionsgesetz und in der Leistungsfinanzierung der Rehabilitation, der Pflege und der Hausarztmedizin.

*Die Förderung der Gesundheitskompetenz aller Bevölkerungs- bzw. Bildungsgruppen ist im Vorentwurf des Präventionsgesetzes genannt. Sollte Gesundheitskompetenz ein eigenständiges Ziel oder ein Querschnittsthema im neuen Präventionsgesetz sein?*

Gesundheitskompetenz wird ein zentrales Thema innerhalb des Gesetzes, soll es aber auch in der Umsetzungsstrategie sein. Gesundheitskompetenz ist ein Querschnittsthema und muss sich bei den Bürgerinnen und Bürgern in allen Lebensbereichen und in der Politik in allen Politikbereichen zeigen, aber auch in konkreten Taten. Mit Sicherheit darf die Förderung der Gesundheitskompetenz nicht allein auf die Primärprävention reduziert sein, sondern muss zielgruppenspezifisch auch so genannte Risikogruppen erfassen und auch für Patienten/innen, ob jung oder alt, Auftrag sein.

*Welche Schritte sind aus Ihrer Sicht in nächster Zeit nötig, um die Gesundheitskompetenz zu fördern?*

Bund und Kantone müssen im Bereich der Gesundheitsförderung, der Früherkennung und der Gesundheitsforschung vermehrte konzeptionelle Anstrengungen machen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz muss im Präventionsgesetz verankert sein. Bund und Kantone haben sich in diesem Sinn auf eine zielgruppenorientierte Strategie zu einigen. Sie können Organisationen mit der Umsetzung beauftragen, solche der Gesundheitsligen, der Spitex und der Alters- und Patientenorganisationen. Der Bund hat eine unabhängige, patienten- und bürgergerechte Information sicherzustellen. Er muss aber auch dafür sorgen, dass die Patientinnen und Patienten mehr selbstbestimmte Entscheide treffen können, indem er für Transparenz im Qualitätswettbewerb der Institutionen sorgt und sich die Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bildung und in allen Bereichen, von der Politik bis zum Arbeitsrecht, zum Ziel setzt.

### **Die Motion Heim**

Im Sommer 2007 hat Bea Heim die Motion «Gesundheitskompetenz. Ein zentraler Faktor im Gesundheitswesen» eingereicht. Sie fordert darin:

«Der Bundesrat wird beauftragt, Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung aufzuzeigen und insbesondere:

1. die rechtlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitskompetenz bei der zukünftigen Gesetzgebungsarbeit für die Prävention zu schaffen;
2. bei aktuellen Revisionen und künftigen Gesetzgebungsprojekten mit Bezug zur Gesundheit die aktive Rolle von Bürgerinnen und Bürgern und die unterstützende Rolle des Staates zu beachten;
3. Massnahmen für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger sowie der Angehörigen und des medizinischen Fachpersonals zu treffen.»

Der Bundesrat hat die Annahme der Motion beantragt.



## «Das Kosten-Nutzen-Verständnis gehört auch zur Gesundheitskompetenz»

Interview mit Franz Wyss

**Gesundheitskompetenz hat eine Wirkung auf die Patientenzufriedenheit, die Chancengleichheit, die Qualität und auch auf die Wirtschaftlichkeit von Präventionsmassnahmen und Versorgungsleistungen. Allerdings kann es auch sein, dass gesundheitskompetente Patienten mehr Leistungen einfordern. Die Gesundheitskompetenz lässt sich nur erhöhen, wenn auch das Umfeld, das Gesundheitswesen transparenter wird. So Franz Wyss, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK).**

*Welche Rolle spielt die Gesundheitskompetenz aus Sicht Ihrer Institution?*

Die Gesundheitskompetenz («health literacy») ist ein Hebel, um gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu unterstützen, und ein grundlegendes Mittel, um die Qualität in der medizinischen Versorgung zu erreichen und die Chancengleichheit in Bezug auf die Gesundheit zu steigern – mit all den ökonomischen Auswirkungen, die daraus resultieren können. Die Förderung der Gesundheitskompetenz verlangt nach einem sozial und institutionell günstigen Kontext und nicht nach einem einzelnen und isolierten Bezugssystem. Meiner Meinung nach ist es Aufgabe des Staates, einen solchen Rahmen zu planen und umzusetzen. Nun findet diese Sichtweise aber kaum Einstimmigkeit in der Politik, im Gegenteil, die Intervention des Staates wird in solchen Fällen oft angefochten.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) beispielsweise fördert die Verbesserung der Gesundheitskompetenz transversal, sowohl bei der Definition der koordinierten Gesundheitsstrategien zur Förderung der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems als auch bei der Teilnahme in der Konzeption von Präventionskampagnen und bei der Vernetzung der Akteure.

*Durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen wird eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung begünstigt, was längerfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beiträgt. Stimmen Sie dieser These zu?*

Prospektive Studien, die die Mehrkosten aufgrund mangelnder Gesundheitskompetenz schätzen und auf die Schweiz extrapoliert werden können, sind rar. Ausgehend von ausländischen Studien glauben wir indes, dass eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz eine nicht vernachlässigbare Wirkung auf die Patientenzufriedenheit, die Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit und auf die Qualität der Versorgung hat. Es ist auf alle Fälle wichtig, dass eine Förderung dieser Kompetenz nicht nur in einem privilegierten Milieu geschieht, sondern vor allem auch auf benachteiligte Personen zielt.

*Fehlende Gesundheitskompetenz erhöht die Kosten des Gesundheitswesens, weil die Menschen sich weniger gesundheitsförderlich und präventiv verhalten und die Behandlungen weniger zielgerichtet durchgeführt werden können, etwa mangelndes Verständnis der Behandlungsprozesse, mangelnde Therapietreue. Wie stehen Sie zu dieser These?*

Die besser informierten Patienten fordern mehr in Bezug auf diagnostische oder therapeutische Alternativen und medizinische Information. Es ist überhaupt nicht sicher, dass dies weniger kosten soll ... Man muss deshalb auch den Finger darauf legen, dass Themen wie «Kosten-Nutzen-Verhältnis» und Verzicht auf Maximalmedizin in Planung und Umsetzung ihren Platz haben.

*Informationen und Kampagnen zur Krankheitsprävention entfalten ihre Wirkung nur dann, wenn sie verstanden und Handlungsimpulse umgesetzt werden können. Deshalb ist es doch zunächst nötig, die Gesundheitskompetenz zu fördern?*

Unbestritten.



### *Begünstigt mangelnde Gesundheitskompetenz eine Zwei-Klassen-Medizin?*

Der Mangel an Gesundheitskompetenz hat eine direkte Wirkung auf das gesundheitsfördernde Verhalten. Ihre Beziehung zum Gesundheitszustand ist dagegen komplex. Denn genetische, institutionelle sowie Umweltfaktoren sind ebenso bedeutend.

Es scheint mir ein Trugschluss, zu behaupten, der Mangel an Gesundheitskompetenz sei die Ursache für eine Zwei-Klassen-Medizin: Das Gesundheitspersonal müsste die Fähigkeit mitbringen, Entscheidungen über geeignete Diagnosen und Therapien für ihre Patienten zu treffen, ohne dass diese solche einfordern müssen.

*Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, die Kommunikation zwischen Bürgern und Fachpersonen zu verbessern, verringert folglich die Informationsasymmetrie und ist daher eine zentrale Voraussetzung für Wettbewerb im Gesundheitswesen.*

Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist kein Allheilmittel, das sämtliche Probleme im Schweizer Gesundheitswesen löst. Ausserdem wird sie nicht notwendig auf Anhieb die Beziehung zwischen Arzt und Patient erleichtern: Die konsumorientierten Patienten haben teils gesteigerte Ansprüche, teils solche, die nicht realistisch sind, und die Ablehnung durch den Arzt schafft Konflikte und führt zu Frustrationen bei den Patienten. Man sollte übrigens die zunehmende Bedeutung nicht unterschätzen, die der Bereich der Informatik genau in dieser Hinsicht hat: die Verfügbarkeit von Daten und Informationen, Datenbanken, Gesundheitskarten, Internet, E-Health.

Das «Patient Empowerment» ist ein vieldeutiger Begriff mit vielfachen Determinanten, die auch andere Arten von Interventionen erlauben, als die individuellen Kompetenzen der Patienten zu verbessern (unter anderem die Vereinigungen zur Verteidigung der Patienteninteressen).

«Empowerment» ist beispielsweise abhängig vom Willen des Arztes, die Patienten an der Entscheidung über die Diagnose- oder Therapiewahl teilhaben zu lassen. Daher die Möglichkeit, auf Ebene Mediziner Ausbildung zu intervenieren ...

*Gesundheitskompetenz bedeutet die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – sei es in Bezug auf die persönliche Gesundheit, den «Gesundheitsmarkt», die Gesundheit am Arbeitsplatz oder Entscheidungen in der Gesundheitspolitik. Gesundheitskompetenz betrifft alle gesundheitsrelevanten Lebens- und Umweltbedingungen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist somit nicht allein Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern auch des Bildungssektors, der Politik und der Wirtschaft.*

Gehört Gesundheit zum Markt oder nicht? Meiner Meinung nach darf die Gesundheit in der Schweiz nicht einfach dem Gesetz von Angebot und Nachfrage gehorchen, sondern muss den individuellen Bedürfnissen innerhalb eines Solidarsystems genügen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz kann nur dazu beitragen, die Solidarität zu stärken.

Nicht nur die Gesundheitskompetenz, sondern alles, was mit der Problematik von Gesundheit und Krankheit zu tun hat, muss aus dem Gesundheitsministerium heraustreten und auf eine multidisziplinäre und transversale Weise von allen Akteuren, seien es institutionelle oder zivile, angegangen werden. Sicher ist dies ein frommer Wunsch und sehr theoretisch ... In der Praxis geschieht die intersektorische Zusammenarbeit nur in einem sehr engen Rahmen. Ausserdem ist sie zeitaufwändig und teuer. Und schliesslich mangelt es bei dieser Zusammenarbeit an prospektiven Instrumenten und der Evaluation. Dies zu entwickeln ist eine wahre Herausforderung für die Zukunft.

*Die Förderung der Gesundheitskompetenz aller Bevölkerungs- bzw. Bildungsgruppen ist im Vorentwurf des Präventionsgesetzes genannt. Sollte Gesundheitskompetenz ein eigenständiges Ziel oder ein Querschnittsthema im neuen Präventionsgesetz sein?*

Die Gesundheitskompetenz alleine zu fördern reicht möglicherweise nicht aus, um überzeugende Ergebnisse zu erhalten. Ebenso muss man das Gesundheitssystem transparenter gestalten und andere Determinanten von Gesundheit mit einbeziehen.



*Welche Schritte sind aus Ihrer Sicht in nächster Zeit nötig, um die Gesundheitskompetenz zu fördern?*

Der nächste Schritt besteht für mich darin, in einer partizipativen Weise zu bestimmen, wo die Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem ihren Platz hat und welches die Ziele sind, die realistischere Weise erreicht werden können. Meiner Meinung nach können eine transparente Gestaltung des Versorgungssystem, eine bessere Ausbildung des Gesundheitspersonals in Bezug auf die Rechte des Kranken und eine Stärkung der Rolle der Patientenorganisationen nicht von der Förderung der Gesundheitskompetenz getrennt behandelt werden.



## «Mit HarmoS verfügt die Schule über eine einheitliche Architektur, auch in Bezug auf Gesundheit»

### Interview mit Bernard Wicht

**Gesundheit gehört schon immer zum Tätigkeitsprogramm der Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK). Mit dem Harmonisierungsprojekt HarmoS ist nun eine einheitliche Struktur geschaffen worden, die der Gesundheitsförderung und -prävention konsistenter und kantonsübergreifend Rechnung trägt. So Bernard Wicht, Chef de l'Unité de coordination Culture & Société, Organisations internationales der EDK.**

*Welche Rolle spielt die Gesundheitskompetenz aus Sicht Ihrer Institution?*

Der Bereich Gesundheit findet bereits seit mehreren Jahren über die Gesundheitsförderung sowie -prävention Eingang im Tätigkeitsprogramm der Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK). Wie in vielen anderen Bereichen ist die Schule auch in den Bereichen Gesundheitsförderung und -prävention Teil eines komplexen Ganzen: Sie kann weder als Ersatz für die Familie noch für andere soziale Strukturen dienen, und sie ist auf Partner angewiesen.

*Die Schule ist zur Zeit im Wandel. Welche Rolle spielt die Gesundheit in Zukunft?*

Aktuell befindet sich die interkantonale Vereinbarung über die Harmonisierung der obligatorischen Schule (auch HarmoS-Konkordat genannt) in der Ratifizierung bei den Kantonen. Artikel 3 des HarmoS-Konkordates definiert dabei insbesondere fünf Bereiche, in welchen alle Schülerinnen und Schüler im Laufe der obligatorischen Schulzeit eine Grundbildung erhalten sollen, welche ihnen den Zugang zur Sekundarstufe II (Allgemeinbildung und Berufsbildung) ermöglicht. Es ist dabei schweizweit das erste Mal, dass für die obligatorische Schule Grundbildungsbereiche definiert werden. In Artikel 3, Absatz 2, Litera e wird der Grundbildungsbereich Bewegung und Gesundheit thematisiert. Die Schülerinnen und Schüler sollen «eine Bewegungs- und Gesundheitserziehung ausgerichtet auf die Entwicklung von motorischen Fähigkeiten und körperlicher Leistungsfähigkeit sowie auf die Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens» erhalten. Diese Grundbildungsbereiche müssen sich künftig in den Lehrplänen der obligatorischen Schulen wiederfinden und die Lehrpersonen der betreffenden Stufen müssen für deren Vermittlung ausgebildet werden.

*Was heisst dies konkret?*

Im Zusammenhang mit dem HarmoS-Konkordat haben die deutschsprachigen Kantone 2007 begonnen, einen einheitlichen Lehrplan für die gesamte Deutschschweiz zu erarbeiten. Eine Komponente dieses D-Lehrplanes ist die Bildung für nachhaltige Entwicklung (BNE+). Es ist dies ein Programm, das die vier Bildungsbereiche Gesundheitserziehung, globales Lernen, Umweltbildung und Bildung für nachhaltige Entwicklung als überfachliche Komponenten in den Lehrplan integriert (siehe dazu auch die Maßnahme 1 des Maßnahmenplans 2007-2014 Bildung für Nachhaltige Entwicklung (BNE)). In der Westschweiz befindet sich der Plan d'Eudes Romand (PER) gerade in der Konsultationsphase. Er enthält den neuen Fachbereich «formation générale», in welchem die vier Bildungsbereiche Gesundheitserziehung, politische Bildung, Umweltbildung und Medienbildung integriert sind. Somit verfügt das schweizerische Bildungssystem im Bereich Gesundheitsförderung und -prävention in der Schule über eine verbindliche, kohärente Architektur, welche auf Subsidiarität beruht und die sprachregionalen Unterschiede unseres Landes ebenfalls berücksichtigt.

*Gesundheitskompetenz bedeutet die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – sei es in Bezug auf die persönliche Gesundheit, den «Gesundheitsmarkt», die Gesundheit am Arbeitsplatz oder Entscheidungen in der Gesundheitspolitik. Gesundheitskompetenz betrifft alle gesundheitsrelevanten Lebens- und Umweltbedingungen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist somit nicht allein Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern auch des Bildungssektors, der Politik und der Wirtschaft. Sind Sie damit einverstanden?*

Die Erziehungsdirektorinnen und Erziehungsdirektoren betonen immer wieder, dass die Gesundheitsförderung und -prävention auch Aufgabe der Schulen ist, diese aber nicht alleine für alles verantwortlich gemacht werden können. Insbesondere muss auch vermieden werden, dass alle Anliegen und Programme in diesem Bereich direkt und unkoordiniert an die Schulen herangetragen werden.

Im Bereich Gesundheitsförderung und -prävention arbeitet die EDK daher mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zusammen, und zwar einerseits über den Maßnahmenplan BNE sowie über das Programm bildung+gesundheit Netzwerke Schweiz, auf Basis einer diesbezüglich getroffenen Vereinbarung zwischen dem BAG und der EDK.

*Die Förderung der Gesundheitskompetenz aller Bevölkerungs- bzw. Bildungsgruppen ist im Vorentwurf des Präventionsgesetzes genannt. Sollte Gesundheitskompetenz ein eigenständiges Ziel oder ein Querschnittsthema im Präventionsgesetz sein?*

Die EDK versteht Gesundheitsförderung und -prävention als Querschnittsthema.

*Welche Schritte sind aus Ihrer Sicht in nächster Zeit nötig, um die Gesundheitskompetenz zu fördern?*

Der eingeschlagene Weg (HarmoS-Konkordat; Umsetzung der Maßnahmen des Maßnahmenplans BNE sowie die Zusammenarbeit mit dem Programm b+g Netzwerke Schweiz) muss weitergegangen werden. Im Bemühen um einen kohärenten Arbeitsansatz hofft die EDK daher auch, dass der vom BAG vorbereitete Entwurf eines Präventionsgesetzes weiterhin ein konzertiertes Handeln und die Bündelung von Synergien anstrebt.

## Ausgewählte Literatur

Bopp M, Minder CE, Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: Results from the Swiss National Cohort; *International Journal of Epidemiology* 2003; 32:346-354

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Gesundheitskompetenz. Kurzfassung (April 2006), unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230) (Bern 2007); unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=de>.

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (25. Juni 2008), unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Eidgenössisches Departement des Innern, Strategie «eHealth» Schweiz (27. Juni 2008), unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Bea Heim, 07.3525 Motion. Gesundheitskompetenz. Zentraler Faktor im Gesundheitswesen (eingereicht am 22.06.2007); unter: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)

Urs Jaisli, Informationsbedürfnisse von Patienten und Patientenorganisationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel – Ansprüche im Spannungsfeld zwischen Rule of Law und Selbstdeklaration; in: Stephan Breitenmoser, Bernhard Ehrenzeller, Marco Sossöli, Walter Stoffel et al. (Hrsg.), *Human Rights, Democracy and the Rule of Law. Liber amicorum Luzius Wildhaber; Dike/Nomos* (Zürich, St. Gallen, Baden-Baden 2007)

Ilona Kickbusch, Suzanne Wait, Daniela Maag, *Navigating Health. The Role of Health Literacy*; Hg. Alliance for Health and the Future (London 2005), unter: [www.healthandfuture.org](http://www.healthandfuture.org)

Ilona Kickbusch, *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft* (Gamburg 2006)

Ilona Kickbusch, Grundlegende Änderung des Begriffs Gesundheit; *Managed Care* 4, 2007, S. 6f.

Ilona Kickbusch, Daniela Maag, Health Literacy, in: Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors *International Encyclopedia of Public Health*, Vol. 3 San Diego: Academic Press; 2008:204-211

Don Nutbeam, Health literacy as public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15(3), 259-267

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik* (Bern 2006)

Stephan Sigrist, Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance; hrsg. vom Eidgenössischen Departement des Innern (Bern 2006)

Stefan Spycher, *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit* (Bern 2006); unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Therese Stutz Steiger, Yvonne Eckert, Förderung der Gesundheitskompetenz – neue Chancen und eine grosse Herausforderung, *spectra* 2007, Nr. 64: 8

Therese Stutz Steiger, Stefan Spycher, *Gesundheitskompetenz – Grundlage für einen neuen Blick auf die Gesundheit*, *Die Volkswirtschaft* 2006; 12: 14-16

Jen Wang, Margrit Schmid, *Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz* (Zürich 2007); in: [www.ispmz.ch](http://www.ispmz.ch)







*Die volkswirtschaftliche Bedeutung von  
Gesundheitskompetenz. Eine Studie, ein Gespräch  
am runden Tisch und drei Interviews;  
hg. von Gesundheitsförderung Schweiz, Bern und  
Merck Sharp & Dohme-Chibret AG, Zürich, 2008*