

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, Christine Aschenberg-Dugnus, Nicole Bauer, Jens Beeck, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Dr. Marco Buschmann, Carl-Julius Cronenberg, Britta Katharina Dassler, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Otto Fricke, Thomas Hacker, Peter Heidt, Markus Herbrand, Torsten Herbst, Dr. Gero Clemens Hocker, Dr. Christoph Hoffmann, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Pascal Kober, Konstantin Kuhle, Ulrich Lechte, Dr. Martin Neumann, Frank Schäffler, Dr. Wieland Schinnenburg, Frank Sitta, Dr. Hermann Otto Solms, Bettina Stark-Watzinger, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Benjamin Strasser, Katja Suding, Linda Teuteberg, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Dr. Florian Toncar, Gerald Ullrich, Sandra Weeser, Nicole Westig und der Fraktion der FDP

Die Rolle der Gesundheitskompetenz in gesundheitlichen Krisen

Gesundheitskompetenz, englisch „Health Literacy“, ist die Fähigkeit, relevante Gesundheitsinformationen beschaffen, einschätzen und anwenden zu können -eine unerlässliche Kompetenz, um als Patient in einem zunehmend an Komplexität gewinnenden Gesundheitssystem informierte Entscheidungen treffen zu können (<https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/nationaler-aktionsplan-gesundheitskompetenz>). Hierbei geht es nicht nur um Lese- und Schreibfähigkeit, sondern auch um Wissen, Motivation und Kompetenzen, um sich im Alltag über das Gesundheitswesen, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung eine Meinung zu bilden und Entscheidungen zu treffen, die die Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern. Das Ausmaß von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist jedoch nicht nur von individuellen Voraussetzungen und erworbenen Kompetenzen abhängig, sondern wesentlich auch von der fachlichen Qualität und Verfügbarkeit der bereitgestellten Informationen (https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitskompetenz/Gesundheitskompetenz_node.html). Aus der im Januar 2021 erschienenen zweiten Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2), einer aktuellen Studie des interdisziplinären Zentrums für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) der Universität Bielefeld, geht hervor, dass sich die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung im Vergleich zu 2014 insgesamt während der vergangenen sechs Jahre in allen Altersgruppen verschlechtert hat ([https://www.uni-bielefeld.de/\(de\)/erziehungswissenschaft/izgk/HLS-Ger2_.html](https://www.uni-bielefeld.de/(de)/erziehungswissenschaft/izgk/HLS-Ger2_.html)).

Die Folgen einer geringen Gesundheitskompetenz erweisen sich als schwerwiegend. So haben Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz einen schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, bewegen sich weniger und ernähren sich ungesünder als Befragte mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Bevölkerungsgruppen mit einer geringen Gesundheitskompetenz fallen außerdem durch eine überdurchschnittlich häufige Nutzung des Gesundheitssystems

auf. Eine geringe Gesundheitskompetenz führt zu vermeidbaren Gesundheitsausgaben und Beanspruchungen der Ressourcen und Kapazitäten des Gesundheitssystems (<https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/2021/01/07/hls-ger-1-folgerhebung-2020/>). Unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz steht in einem Zusammenhang mit riskanterem Verhalten, schlechterer Gesundheit, weniger Selbstmanagement sowie mehr Krankenhauseinweisungen und höheren Kosten. Erwiesenermaßen stärkt Gesundheitskompetenz die Widerstandsfähigkeit der einzelnen Person und der Gemeinschaft, trägt zu gesundheitlicher Chancengleichheit bei und verbessert die Gesundheit sowie das Wohlbefinden (https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf). Mit steigender Lebenserwartung der Bevölkerung, der Zunahme chronischer Erkrankungen, einem sich wandelnden Verhältnis zwischen Behandler und Patient, zunehmender Komplexität des Gesundheitssystems, wachsender sozialer und ökonomischer Ungleichheit, kultureller Diversifizierung der Gesellschaft und einer zunehmenden Flut an gesundheitsbezogenen Informationen wird es immer wichtiger, dass Gesundheitsinformationen zielgenau und verständlich zugänglich zu machen, um die Gesundheitskompetenz der Gesellschaft insgesamt zu stärken (<https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/herausforderungen/>).

Doch Gesundheitskompetenz ist nicht nur für die Gesundheit des Einzelnen, sondern auch für das Gesundheitssystem insgesamt von Bedeutung. Eine geringe Gesundheitskompetenz bleibt für die Betroffenen wie auch für die Gesellschaft nicht ohne Folgen. Laut der WHO führt eine geringe Gesundheitskompetenz zu „reduzierte Teilnahme an gesundheitsförderlichen Aktivitäten und solchen zur Feststellung von Erkrankungen, risikoreicheren gesundheitsbezogenen Entscheidungen (wie höheren Raucherquoten), mehr Arbeitsunfällen, suboptimalem Management chronischer Erkrankungen (wie Diabetes, HIV-Infektion und Asthma), geringer Therapiemotivation, mehr Klinikeinweisungen mit „Drehtür-Effekten“, höherer Morbidität und mehr vorzeitigen Sterbefällen.“ (https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf; <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/warum-ist-gesundheitskompetenz-wichtig/>).

In der Prävention von Infektionen mit dem Coronavirus und weiteren der Vorbeugung einer weiteren Ausbreitung des Virus ist die individuelle und gesellschaftliche Gesundheitskompetenz von zentraler und akuter Bedeutung. Aus einer Trendstudie zur coronaspezifische Gesundheitskompetenz aus dem Jahr 2020 geht hervor, dass etwas mehr als ein Drittel der Bevölkerung über eine geringe coronaspezifische Gesundheitskompetenz verfügt. Personen mit einer geringeren Gesundheitskompetenz verhalten sich weniger präventiv, zweifeln an der Wirksamkeit der AHA-Regeln für den Infektionsschutz und haben deutlich häufiger eine negative Einstellung zum Impfen bzw. eine geringere Bereitschaft sich impfen zu lassen. Der Anteil der sehr schlecht über die Pandemie informierten hat im Vergleich zu den beiden ersten Erhebungen im Jahr 2020 signifikant zugenommen. Häufig sind es Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und auch ältere Menschen die eine negative Einstellung gegenüber der SARS-CoV-2-Schutzimpfung haben (https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950307/2951265/HLS-COVID-19_Bericht2Welle.final.pdf). Das Finden, Verstehen und die kritische Bewertung von Gesundheitsinformationen sowie die Überführung dieser Informationen in alltägliche Praktiken und Verhaltensweisen nehmen eine zentrale Rolle ein. Daher ist die Gesundheitskompetenz in der Corona-Krise von besonderer Relevanz für den Infektionsschutz (https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950307/2951265/HLS-COVID-19_Bericht_2_Welle.final.pdf). Diese Befunde sind mit Blick auf die gegenwärtigen Herausforderungen bei der Eindämmung der Corona-Pandemie äußerst relevant.

Forschungsbefunde zeigen auch, dass öffentliche Gesundheitsinformationsplattformen im Vergleich zu kommerziellen Medienangeboten bislang leider weniger Aufmerksamkeit und Attraktivität erzeugt haben. Sie stehen letztlich in Konkurrenz zu Social Media & Co. Das Bewerten von Medien und Online-Informationen bereitet fast 50 Prozent der Bevölkerung sehr große Probleme. Bedenkt man, dass Gesundheitskompetenz ja zu einem Großteil das Bewerten und kritische Denken umfasst und gleichzeitig das Aufkommen von Fehlinformationen in allen Medienkanälen stark ansteigt, dann ist das nach Ansicht der Fragesteller ein hoch problematisches Ergebnis (<https://www.bvpgblog.de/blog/die-corona-pandemie-hat-die-gesundheitskompetenz-deutlich-gesteigert/>). Bürgerinnen und Bürger sind auf effektive Kommunikation, Wissensvermittlung und Aufklärung sowie vertrauenswürdige Gesundheitsinformation zu Themen wie Infektionsschutzmaßnahmen, Übertragungswege, Ansteckungsgefahren, Symptomen, Impfstoffen, Behandlungen und Risikobewertungen durch Behörden und das Gesundheitssystem angewiesen. Daher ist die (barrierefreie) Bereitstellung von Informationen zum Coronavirus SARS-CoV-2 und der Lungenerkrankung COVID-19 von hoher Bedeutung (https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/downloads/IZGK_Brief-03_20.pdf).

Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag vereinbart „die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention in allen Lebensbereichen deutlich [zu] stärken“ (Bundestagsdrucksache 19/13196). Eine Expertengruppe hat nach einer Problemanalyse der Situation in Deutschland wichtige Handlungsziele identifiziert und entsprechende Aufgaben und Strategien formuliert, mit denen die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung verbessert werden kann. Der NAP wurde am 19. Februar 2018 in Berlin vorgestellt (<https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/nationaler-aktionsplan-gesundheitskompetenz>). Er benennt vier Handlungsfelder und formuliert dazu 15 konkrete Empfehlungen, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland gezielt zu fördern und zu stärken (<https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>). Gegenwärtig befindet sich der Aktionsplan in der zweiten Phase – die Phase der Implementierung der Empfehlungen. (<https://www.bvpgblog.de/blog/die-corona-pandemie-hat-die-gesundheitskompetenz-deutlich-gesteigert/>). Im September 2020 wurde zudem das Nationale Gesundheitsportal (NAP) des BMG (<https://gesund.bund.de/>) freigeschaltet. Über dieses Portal sollen Nutzern „[v]erständliche, zuverlässige und werbefreie Gesundheitsinformationen“ zur Verfügung gestellt werden. Zu diesem Zweck hält gesund.bund.de wichtige Informationen zu Gesundheitsthemen, Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten bereit, die auf ausgewählten wissenschaftlichen und evidenzbasierten Quellen beruhen. Beispielsweise werden zu Themen wie Krankheitsbilder; medizinische Angebote zur Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung oder auch Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherungen; oder Patientenrechten bereitgestellt (<https://gesund.bund.de/ueber-uns/ueber-gesund-bund-de>).

Deutschland ist Mitglied des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Im Rahmen dieses Netzwerks möchte Deutschland u. a. zur Weiterentwicklung der Forschung über Gesundheitskompetenz in Europa beitragen. Dazu soll eine empirische Datenbasis für eine evidenzbasierte Gesundheitskompetenzpolitik in den teilnehmenden Ländern geschaffen und eine Grundlage für die Interventionsentwicklung bereitgestellt werden (<https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/HLS19.html>). Das M-POHL-Netzwerk wurde im Februar 2018 unter dem Dach der Health Information Initiative (EHII) der WHO Europa mit der Verabschiedung der Wiener Erklärung zur Messung der Gesundheitskompetenz in Europa gegründet. Als Mitglied in diesem Netzwerk beteiligt sich Deutschland mit einer wissenschaftlichen und einer politischen Vertretung (https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/health_literacy_deutschland_2.html).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland seit 2014 entwickelt (bitte nach Jahren und Altersgruppen aufschlüsseln)?
Welche Konsequenzen zieht sie daraus?
2. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im europäischen Vergleich?
Wie hat sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im europäischen Vergleich seit 2012 entwickelt (bitte in jeweilige europäische Mitgliedstaaten aufschlüsseln)?
3. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland der aktuellen Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) zufolge verschlechtert hat und welche Konsequenzen zieht sie daraus und welche Konsequenzen zieht sie daraus?
4. Welche Rolle spielt nach Auffassung der Bundesregierung die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zur Bewältigung gesundheitliche Krisen?
Stellt nach Auffassung der Bundesregierung die Verschlechterung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ein Problem für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie dar?
5. Wie beurteilt die Bundesregierung die coronaspezifische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und welche Konsequenzen für die Pandemiebekämpfung zieht sie daraus?
6. Ist nach Auffassung der Bundesregierung das Verhalten der Bevölkerung bei gesundheitlichen Krisen ausreichend in der Vorbereitung auf Krisen berücksichtigt worden?
7. In welchem Umfang und mit welchen finanziellen Mitteln fördert die Bundesregierung Forschung zum Bevölkerungsverhalten bei gesundheitlichen Krisen (bitte Höhe der finanziellen Mittel nach Programm aufschlüsseln)?
8. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung im Durchschnitt die täglichen Besucherzahlen des Nationalen Gesundheitsportals?
Wie bewertet die Bundesregierung diese?
 - a) Wie haben sich Besucherzahlen seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie in Deutschland entwickelt?
 - b) Plant die Bundesregierung eine wissenschaftliche Evaluation der Wirkung des Nationalen Gesundheitsportals?
 - c) Durch welche Maßnahmen plant die Bundesregierung mehr Aufmerksamkeit für das Nationale Gesundheitsportal zu generieren?
 - d) Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die digitale Gesundheitskompetenz zu stärken (bitte Höhe der finanziellen Mittel nach Programm aufschlüsseln)?
9. Welche jährlichen Kosten verursacht mangelnde Gesundheitskompetenz für das deutsche Gesundheitssystem?
10. Welche Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen hat die Bundesregierung in den vergangenen drei Jahren ergriffen (bitte nach Jahr, Maßnahme, Höhe der Mittel und Zielgruppe aufschlüsseln)?
 - a) Welche Erfolge konnte sie dabei verzeichnen?

- b) Welche Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erachtet die Bundesregierung weshalb für sinnvoll?
11. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung Gesundheitskompetenz in der Aus- und Fortbildung von Lehrkräften, bei Schulleitungen, in Schulnetzwerken, im Curriculum, im Unterricht und Unterrichtsmaterialien integriert?
 12. Wann plant die Bundesregierung eine Evaluation der Implementierung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz?
Wie beurteilt sie den Fortschritt der Umsetzung der Maßnahmen?
 13. Wie beurteilt die Bundesregierung den Fortschritt der Implementierung der Strategien, die auf den Ergebnissen von Workshops basieren, die im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans stattfanden (Drucksache 19/13196, Antwort auf Frage)?
 14. Wie integriert die Bundesregierung die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatz in andere Politikbereiche, um Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit durch eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu verbessern?
 15. Wie beurteilt die Bundesregierung die ressortübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitskompetenz?
Wie häufig fand ein ressortübergreifender Austausch zum Thema Gesundheitskompetenz in den vergangenen drei Jahren statt?
 16. Plant die Bundesregierung eine Public-Health-Strategie zu entwickeln, die auf dem Health-in-All-Policies-Ansatz basiert und Gesundheitskompetenz einbezieht?
 17. Durch welche Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, wie Krankenhäuser oder Behörden dabei Patient: innen effektive, nutzerzentrierte und einfache Gesundheitskommunikation bieten zu können, um Effekte niedriger Gesundheitskompetenz zu reduzieren?
 18. Plant die Bundesregierung die Ausarbeitung von Leitlinien für eine wirksame Bevölkerungsansprache in Auftrag zu geben, um die gesundheitsrelevante Kommunikation sowie einen zielgruppenspezifischen und niederschweligen Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen zu gewährleisten?
 - a) Wenn ja, wann ist dies geplant?
 - b) Wenn nein, warum nicht?
 19. Welche der Aktivitäten und Ziele des M-POHL Network setzt die Bundesregierung in Deutschland und mit ihren europäischen Partnerländern um?

Berlin, den 5. Mai 2021

Christian Lindner und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.