

Gesundheitskompetenz und Hygienewissen in Deutschland

Eva-Maria Bitzer, Sebastian Schulz-Stübner

Das Gesundheitssystem wird immer komplexer. Für die Nutzer wird es immer schwieriger, sich adäquat zu informieren, um für sich und ihre Angehörigen gute gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen. Gesundheitskompetenz ist gefragt – auch von Laien. Doch was genau versteht man unter diesem Begriff und welche Herausforderungen ergeben sich daraus für Krankenhäuser, Ärzte und Gesundheitsfachpersonal im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen?

Einleitung

Steigende Anforderungen an Patienten und Angehörige. Das Rollenverständnis der Menschen im Gesundheitswesen hat sich gewandelt. Patienten sollen und wollen heute als gleichberechtigte Partner in der Arzt-Patienten-Beziehung auftreten und ihre Bedürfnisse und Erwartungen formulieren. Angesichts der Informationsflut möchten und müssen sie zwischen adäquaten und inadäquaten Informationen unterscheiden, die „richtige“ Behandlungseinrichtung finden, über Finanzierungsfragen und damit zusammenhängende Rechte und Pflichten informiert sein. Sie möchten zudem ihre Rechte als Patienten kennen und individuell und kollektiv aktiv vertreten und müssen sich in einem zunehmend marktwirtschaftlich organisierten System zurechtfinden [1]. Zusammengefasst: Sie möchten und müssen stärker als bisher selbst für sich und ihre Angehörigen gute gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen. Aber genau das wird in modernen Gesellschaften zunehmend schwieriger [2]. Und dies trotz besserer Bildung und höherer Lebenserwartung. Die Komplexität des Gesundheitssystems nimmt zu, die Anforderungen an die Nutzer des Systems steigen. Nosokomiale Infektionen in der Krankenhausversorgung sind ein Beispiel: Kann man als Patient im Krankenhaus etwas tun, um eine nosokomiale Infektion zu vermeiden? Soll man das Krankenhauspersonal auf

Handhygiene hinweisen? Muss man sich als Besucher immer die Hände desinfizieren, wenn man aus dem Krankenhaus kommt?

Gesundheitskompetenz. Es wird selbstverständlich erwartet, dass auch Laien fähig sind, Informationen zu finden, zu verstehen und sie zu bewerten, um beispielsweise diese (oder andere) Fragen zu beantworten. Die verschiedenen kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die dazu erforderlich sind, werden international als „Health Literacy“ bezeichnet. Im deutschsprachigen Raum wird dieser Begriff zumeist mit „Gesundheitskompetenz“ übersetzt.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit Gesundheitskompetenz allgemein und im Kontext der Prävention nosokomialer Infektionen. Im Zusammenhang mit der Prävention von Infektionskrankheiten gibt es natürlich eine Reihe weiterer wichtiger Hygienethemen, z. B. Impfstrategie, Lebensmittelhygiene, Wasserhygiene, persönliche Hygiene, die sowohl auf persönlicher als auch auf gesellschaftlicher Ebene (Public Health: regional, national und international) weitreichende Bedeutung haben, aber den Rahmen dieses Artikels sprengen würden.

Gesundheitskompetenz – Health Literacy

Begriffsentwicklung. Gesundheitskompetenz ist die im deutschen verbreitete Übersetzung von Health Literacy. Eingeführt wurde der Begriff in die Diskussion um schulische Gesundheitserziehung in den 1970er-Jahren in den Vereinigten Staaten. Seit Beginn der 1990er-Jahre findet Health Literacy in der klinischen Versorgung Beachtung als die Fähigkeit von Patienten, ärztliche Anweisungen, Packungsbeilagen, Patienteninformationen u. ä. zu verstehen und „als Patient erfolgreich im System zu funktionieren“. Dieser klinische Ansatz fokussiert stark auf die funktionalen Aspekte Lese-, Zahlen- und Textverständnis. Entsprechend wurde Health Literacy als Lese-, Rechen- und Textverständnisfähigkeit definiert und auf das Niveau von Schulbildung bezogen (z. B. Lesefähigkeit entspricht der Klasse 8) [3].

Ab 1998 erfährt das Konzept eine deutliche, über simples „Lesen, Schreiben und Rechnen können“ (funktionale Gesundheitskompetenz) hinausgehende Erweiterung. Zu Gesundheitskompetenz gehört seither auch die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen aus verschiedenen Quellen zu finden, zu bewerten und für eigene gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden, und die Fähigkeit, selbst gesundheitsrelevante Informationen zu kommunizieren, z. B. in der Patient-Arzt-Interaktion (interaktive Gesundheitskompetenz). Die kritische Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit zur kritischen und reflektierten Auseinandersetzung mit Gesundheit und gesundheitlichen Fragen [4]. Die aktuell von der WHO verbreitete Definition integriert diese Aspekte (s. Infobox).

Erworbene Fähigkeit. Gesundheitskompetenz ist demnach eine individuelle, persönliche Fähigkeit und Fertigkeit, die nicht angeboren ist, sondern – wie andere Kompetenzen auch –, durch individuelles Lernen erworben werden kann. Im Kern der Definition von Gesundheitskompetenz stehen 4 Schritte: in der Lage

Infobox: Definition

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen

der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern [5].

sein, gesundheitsbezogenen Informationen zu finden bzw. sich Zugang zu verschaffen, sie zu verstehen und zu beurteilen sowie anzuwenden.

1. Informationen finden bzw. sich Zugang verschaffen: Dies meint die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen gezielt zu suchen und zu finden. Dabei geht es nicht in erster Linie um gedrucktes Material oder Internetseiten, gemeint ist auch, Beratungsstellen, Einrichtungen der Selbsthilfe, Professionelle im Gesundheitswesen zu finden, ebenso wie während eines Krankenhausaufenthalts, Informationen von ärztlichem und pflegerischem Personal zu erhalten.
2. Das Verstehen bezieht sich auf die Fähigkeit, die eingeholten gesundheitsrelevanten Informationen zu begreifen. Hier geht es primär um grundlegende funktionale Fertigkeiten, wie Lesen, Textverständnis und Rechnen.
3. Unter der Kompetenz Beurteilen sind Fähigkeiten zusammengefasst, die Informationen zu interpretieren, zu filtern, zu bewerten und einschätzen zu können.
4. Das Umsetzen bezieht sich auf die Fähigkeit, die gesundheitsrelevanten Informationen zu kommunizieren und zu nutzen, um Entscheidungen treffen zu können, die die eigene Gesundheit aufrechterhalten und verbessern.

Werden Laien und Experten direkt dazu befragt, verstehen sie Gesundheitskompetenz umfassender: neben der Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, bilden Motivation, Absicht und Bereitschaft, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, weitere Facetten [6].

Individuum und Umwelt

Unterschiedliche Kompetenzschwerpunkte. Gesundheitskompetenz ist kontextspezifisch und kontextbedingt zu verstehen [5] d. h. unter Berücksichtigung der Art der gesundheitlichen Situation, in der gesundheitskompetentes Handeln erforderlich ist (Abb. 1). So sind z. B. für das Verstehen eines Beipackzettels, die Entscheidung für oder gegen die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks, oder die Aufgabe, sicher Symptome einer Krankenhausinfektion zu erkennen und ggf. adäquat zu reagieren, unterschiedliche Ausprägungen der Kompetenzen „Finden“, „Verstehen“, „Bewerten“ und „Anwenden“ gesundheitsrelevanter Informationen erforderlich. Es gibt allgemeine Kompetenzen, die für verschiedene gesundheitsbezogene

Situationen relevant sind (z. B. die Fähigkeit, die eigenen Symptome gegenüber medizinischem Fachpersonal möglichst genau zu beschreiben). Für spezifische Problemlagen sind aber auch jeweils spezifische Kompetenzen erforderlich.

Eine Person kann für bestimmte gesundheitliche Problemlagen in einem bestimmten Versorgungssetting in hohem Maß gesundheitskompetent sein, in anderen dagegen nicht.

Adäquates gesundheitskompetentes Handeln manifestiert sich vor dem Hintergrund umweltbedingter Anforderungen und Komplexität (Abb. 1). Ob, und wenn ja, wie gut es Individuen gelingt, sich in den Institutionen des Gesundheitswesens zurechtfinden, d. h. gesundheitskompetent zu agieren, ist immer auch vor dem Hintergrund der konkreten strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu interpretieren. Um bei den Beispielen von oben zu bleiben: ein Beipackzettel oder Informationen über das Für und Wider einer Gelenkoperation oder Informationen zu Symptomen von Krankenhausinfektionen können u. U. so gestaltet sein, dass sie selbst von erfahrenen Personen nur schwer auffindbar, schwer zu verstehen und zu bewerten sind, sodass die Anwendung auf die individuelle Problemlage sehr schwierig ist und gesundheitskompetentes Verhalten erschwert wird. Umgekehrt liegt es in der Verantwortung der Institutionen der gesundheitlichen Versorgung, die sozialen und natürlichen Bedingungen so zu gestalten, dass Menschen unabhängig von ihren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten möglichst gesundheitskompetent handeln können [7].

CAVE: Gesundheitskompetenz darf nicht auf individuelle Fähigkeiten fokussiert bleiben, und niedrige Gesundheitskompetenz nicht in erster Linie als individuelles Defizit mit mangelnden Lese- und Rechen- bzw. Navigationsfähigkeiten verstanden werden. Geringe Gesundheitskompetenz reflektiert auch zu hohe Anforderungen bzw. zu geringe Berücksichtigung der patientenseitigen Fähigkeiten und Fertigkeiten seitens der gesundheitlichen Versorgung!

Erwerb von Gesundheitskompetenz. Kompetenz im Allgemeinen, so auch Gesundheitskompetenz, kann nicht gelehrt werden, die Menschen eignen sie sich selbst an, sie lernen. Lernen vollzieht sich in Erziehungs- und Bildungsprozessen im Rahmen der individuellen Sozialisation in der Auseinandersetzung mit der sozialen und natürlichen Umwelt. Lernen bedarf

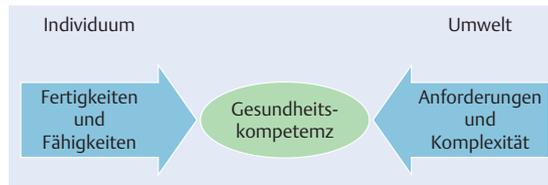


Abb. 1 Gesundheitskompetenz zwischen Individuum und Umwelt [2]. Bildnachweis: WHO Regionalbüro für Europa (2016). Gesundheitskompetenz. Die Fakten. I. Kickbusch, J. M. Pelikan, J. Haslbeck, F. Apfel, A. D. Tsouros, Hrsg. Zürich: Kompetenzzentrum Patientenbildung, Careum Stiftung.

eines Auslösers, der jedoch nicht zwingend an eine formelle Situation (z. B. Schule, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Patientenschulung) geknüpft ist. Oft ist die natürliche und soziale Umwelt die wirkmächtigste Lehrerin. Die breite und flächendeckende Etablierung gesundheitsförderlicher Verhältnisse würde es allen Menschen erlauben, Gesundheitskompetenz im Alltag geradezu beiläufig zu erlernen [7].

Gesundheitskompetenz messen

Standardisierte Fragebögen. Gesundheitskompetenz wird meistens mit standardisierten Fragebögen gemessen. Es gibt mehr als 100, zumeist für den amerikanischen Sprach- und Kulturraum entwickelte Erhebungsinstrumente [8]. Sie unterscheiden sich in Bezug auf folgende Merkmale (Tab. 1):

- angesprochene Facetten (im engeren Sinn: Finden, Verstehen, Bewerten, Anwenden; im weiteren Sinn: Motivation, Volition, Verantwortung)
- angesprochene Ebenen (funktional, interaktiv, kritisch)
- Erhebungskonzept (Selbsteinschätzung oder Testinstrument)
- inhaltliche Ausrichtung (generisch, bezogen auf allgemeine gesundheitliche Aspekte; oder spezifisch mit Bezug zu Erkrankungen/gesundheitliche Problemsituationen)

CAVE: Instrumente, die als Testinstrumente konzipiert Performanz messen, haben einen mitunter ausgeprägten Prüfungscharakter. Dieser schränkt die Akzeptanz seitens der Befragten stark ein. Zudem fokussieren die bislang vorliegenden Testinstrumente überwiegend auf grundlegende Facetten der funktionalen Gesundheitskompetenz.

Auch wenn Selbsteinschätzungsfragebögen sich einer höheren Akzeptanz seitens der Befragten erfreuen, sie sind mitunter konzeptionell unscharf. Beispielsweise

Tabelle 1

Fünf Beispiele zur Erhebung der generischen Gesundheitskompetenz.

Nr.	Charakterisierung	Beispielfrage	Quelle
1	Verstehen funktional (Textverständnis) Test	Ihr Arzt schickt sie zum Röntgen des a) Bauches b) Diabetes c) Fadens d) Schwindels. Sie müssen einen a) asthmatischen b) nüchternen c) inzestösen d) anämischen Magen haben, wenn Sie a) ist b) bin c) ob d) zum Röntgen kommen. Zutreffendes bitte ankreuzen.	[9]
2	Verstehen funktional (Zahlen- verständnis) Test	Eine Person, die das Medikament A nimmt, hat ein 1%iges Risiko, eine allergische Reaktion zu erleiden. Wenn 1000 Personen das Medikament neh- men, wie viele allergische Reaktionen würden Sie erwarten?	[8]
3	Finden interaktiv Selbsteinschätzung	Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe finden, wenn Sie krank sind?	[10]
4	Wissen kritisch Test und Selbst- einschätzung	Welche Patientenrechte kennen Sie? (Test) Wie schätzen Sie die Möglichkeiten ein, im deutschen Gesundheitssystem ihre Rechte als Patient wahrzuneh- men? (Selbsteinschätzung)	[11]
5	Bewerten interaktiv/kritisch Test	Die selbstständige Suche nach Infor- mationen setzt voraus, dass Sie wissen, wie und wo Sie suchen könnten. In der Regel hilft Ihnen Google dabei. Die Internetseiten welcher Organisa- tionen, Einrichtungen, Verbände etc. würden Sie als vertrauenswürdige Quellen ansehen?	[12]

Legende: Charaktersierung entlang a) der Facetten (Finden, Verstehen, Bewerten, Anwenden), b) der Ebenen funktional, interaktiv und kritisch, c) des Erhebungskonzepts (Test oder Selbsteinschätzung).

ist nicht immer klar, welche Antwortmöglichkeit als Ausdruck hoher Gesundheitskompetenz interpretiert werden muss. Betrachten wir die Frage „Wie schätzen Sie die Möglichkeiten ein, im deutschen Gesundheitssystem ihre Rechte als Patient wahrzunehmen?“ [11]: Deutet die Antwort „sehr schlecht“ tatsächlich auf geringe Gesundheitskompetenz hin? Oder eher auf ein

Gesundheitssystem, in dem es tatsächlich schwer ist, seine Rechte als Patient umzusetzen?

CAVE: Die Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz ist zwar praktikabler, weil die Befragten sich nicht so sehr geprüft vorkommen. Allerdings ist bei manchen Fragen unklar, welche Antwort als Ausdruck hoher Gesundheitskompetenz gewertet werden müsste. Zudem zeigt sich: im Vergleich zu objektiv beobachtetem Verhalten überschätzen Personen ihre Gesundheitskompetenz.

Selbsteinschätzung

Gesundheitskompetenz in Deutschland. Geringe Gesundheitskompetenz ist auch und gerade in modernen Industriegesellschaften kein seltenes Phänomen. Für Deutschland liegen repräsentative Befragungen vor, nach denen relativ konstant nur ca. die Hälfte der Bevölkerung eine ausreichende Gesundheitskompetenz besitzt und der Kenntnisstand eines Drittels problematisch und für jede achte Person unzureichend ist [10]. Weniger als der Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung sind Patientenrechte auf Selbstbestimmung, Schadensersatz, Einsicht in Unterlagen, sorgfältige Behandlung sowie Beratungsmöglichkeiten durch die Krankenkasse bekannt [11]. In Deutschland ist Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft ungleich verteilt und folgt in etwa anderen sozialen Gradienten: je höher der Bildungsgrad, das verfügbare Einkommen, die soziale Stellung, desto wahrscheinlicher sind Menschen gesundheitskompetent. Eine niedrige Gesundheitskompetenz geht aber auch mit einer schlechteren körperlichen sowie psychischen Gesundheit einher [10].

Gesundheitskompetenz fördernde Krankenhäuser

Aufgaben und Verantwortung. Auf die Gesundheitskompetenz der Patienten angemessen zu reagieren bzw. diese im Behandlungsprozess angemessen und an den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten orientiert zu nutzen, ist eine Aufgabe, der sich Krankenhäuser stellen müssen. Zu fragen ist beispielsweise: Wie werden Krankenhäuser ihrer Verantwortung gerecht, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu erhöhen oder zumindest die Folgen geringer Gesundheitskompetenz zu minimieren? Und müsste das Ziel nicht sogar sein, Krankenhäuser, -abteilungen und Intensivstationen

Tabelle 2

Zehn Merkmale gesundheitskompetenter Krankenhäuser nach (nach [2]).

Eine gesundheitskompetente Organisation ...	Beispiele: Die Organisation ...
1 verfügt über eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihres Auftrages, ihrer Struktur und ihrer Tätigkeit macht.	<ul style="list-style-type: none"> ■ entwickelt Konzepte und Normen und setzt diese um. ■ legt Ziele fest, mit denen die Förderung der Gesundheitskompetenz verbessert werden soll, legt Verantwortung fest und bietet Anreize. ■ weist finanzielle und personelle Ressourcen zu. ■ gestaltet Systeme und Strukturen neu.
2 integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluierungsmaßnahmen, in Patientensicherheit und in die Qualitätsverbesserung.	<ul style="list-style-type: none"> ■ führt Assessments in Organisationen unter dem Aspekt Gesundheitskompetenz durch. ■ beurteilt Wirkungen von Maßnahmen und Programmen bezogen auf Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz. ■ integriert Gesundheitskompetenz in alle Pläne zur Patientensicherheit.
3 bereitet das Personal darauf vor, gesundheitskompetent zu sein und kontrolliert den Fortschritt.	<ul style="list-style-type: none"> ■ stellt Personal mit vielschichtigem Fachwissen zu Gesundheitskompetenz ein. ■ legt Ziele für die Personalweiterbildung auf allen Ebenen fest.
4 beteiligt die Bevölkerung, für die sie zuständig ist, an der Gestaltung, Umsetzung und Evaluierung von Gesundheitsinformationen und -leistungen.	<ul style="list-style-type: none"> ■ integriert Personen, die an Erwachsenenbildungsmaßnahmen teilnehmen oder über begrenzte Gesundheitskompetenz verfügen. ■ erhält Rückmeldungen über Gesundheitsinformationen und -leistungen von Personen, die sie genutzt / in Anspruch genommen haben.
5 deckt den Bedarf der Bevölkerung an Gesundheitskompetenz und vermeidet Stigmatisierung.	<ul style="list-style-type: none"> ■ ergreift generelle Maßnahmen zugunsten von Gesundheitskompetenz, z. B. Hilfsangebote zu allen Aufgaben und Herausforderungen mit Bezug zur Gesundheitskompetenz. ■ verteilt Ressourcen im Verhältnis zur Konzentration der Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz.
6 nutzt Strategien zur Gesundheitskompetenz in der zwischenmenschlichen Kommunikation und bestätigt ständig das Verstehen.	<ul style="list-style-type: none"> ■ bestätigt das Verstehen (z. B. unter Verwendung der Teach-back-Methode oder der Chunk-and-Check-Methode). ■ sichert Sprachunterstützung für Personen, die eine andere Sprache als die vorherrschende Sprache sprechen. ■ beschränkt ihre Kommunikation auf 2 oder 3 Botschaften auf einmal. ■ verwendet leicht verständliche Symbole auf Wegbeschilderungen.
7 bietet leichten Zugang zu Gesundheitsinformationen und -leistungen sowie Unterstützung, sich zurechtzufinden.	<ul style="list-style-type: none"> ■ gestaltet elektronische Patientenportale nutzerzentriert und bietet Schulungen zu ihrer Nutzung an. ■ erleichtert Terminvereinbarungen mit anderen Diensten.
8 gestaltet und verteilt Inhalte von Druck-, audiovisuellen und sozialen Medien, die leicht verständlich und einfach zu befolgen sind.	<ul style="list-style-type: none"> ■ bezieht unterschiedliche Zielgruppen einschließlich Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz in die Entwicklung und die sorgfältige Erprobung an Nutzern ein. ■ nutzt Übersetzungen von hoher Qualität für die Produktion von Materialien in anderen Sprachen als der vorherrschenden Sprache.
9 berücksichtigt die Gesundheitskompetenz in Hochrisikosituationen einschließlich Versorgungsübergängen und der Kommunikation über Arzneimittel.	<ul style="list-style-type: none"> ■ räumt Hochrisikosituationen Priorität ein (z. B. Einverständniserklärungen nach Aufklärung für chirurgische Eingriffe und andere invasive Verfahren). ■ stellt Hochrisikothemen heraus (z. B. Erkrankungen, die umfassendes Selbstmanagement erfordern).
10 kommuniziert klar, was die Krankenversicherung abdeckt und was Personen für Gesundheitsleistungen zahlen müssen.	<ul style="list-style-type: none"> ■ stellt leicht verständliche Beschreibungen von Krankenversicherungspolicen bereit. ■ kommuniziert die Eigenbeteiligungskosten für Gesundheitsversorgungsleistungen, bevor sie erbracht werden.

Infobox: Prävention und Gesundheitskompetenz – Was können Krankenhäuser tun?

Wie können Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Prävention von nosokomialen Infektionen die Gesundheitskompetenz ihrer Patienten fördern und/oder die Folgen geringer Gesundheitskompetenz so gering wie möglich halten? Entlang der Merkmale gesundheitskompetenter Organisationen haben die Autoren im Folgenden Beispiele skizziert, wie Krankenhäuser diese in Bezug auf Hygiene und nosokomiale Infektionen ausgestalten können:

- Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren: Engagement der Leitungsebene in Hygienekommission, Arbeitssicherheitsausschuss und Arzneimittelkommission; Surveillance nosokomialer Infektionen und Erfassungspflichten nach § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und Information der Mitarbeitenden
- Integration von Gesundheitskompetenz in Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung: Teilnahme an Qualitätszirkeln, regionalen Arbeitsgruppen, Hospitationen durch die Verantwortlichen der Krankenhaushygiene
- Vorbereitung des Personals, gesundheitskompetent zu sein: spezielle Schulungen des Hygienefachpersonals im Sinne von „Train the Trainer“ und Wei-

tergabe dieses Wissens an die Mitarbeitenden am Krankenbett, Monitoring/ Supervision der Kommunikation, Zusammenarbeit zwischen Krankenhaushygiene, Betriebsmedizin und Arbeitssicherheit und innerbetrieblicher Fortbildung der Einrichtung

- Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren: Erstellen von Informationsbroschüren für Patienten und Angehörige zur Infektionsprävention, Gestaltung von Aufklärungsbögen für medizinische Eingriffe, immer unter Einbezug von Patienten, wenn möglich mit geringer Gesundheitskompetenz
- Bedarf der Bevölkerung decken und zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen: MRE-Netzwerke, aktive Einbindung der Krankenhaushygiene in das Entlass-Management bei Patienten mit Infektionskrankheiten, wenn spezielle Hygienemaßnahmen nach Entlassung erforderlich sind
- Strategien zu Gesundheitskompetenz in der zwischenmenschlichen Kommunikation nutzen und das Verstehen ständig bestätigen: besondere Kommunikationsformen (z. B. Teach-back-Methode) nutzen, Hygiene- und anderes Gesundheitsfachpersonal in diesen Techniken

Schulen und das Kommunikationsverhalten überprüfen (z. B. Supervision)

- leichten Zugang zu Gesundheitsinformationen bieten: Navigationshilfen: zum Senken von Zugangshürden zur Einrichtung und zu einer guten Orientierung in der Einrichtung tragen orientierende Informationen auf der Webseite ebenso bei wie ein kundenfreundliches Telefonsystem, das Leitsystem der Einrichtung oder auch ehrenamtliche Helfer, die Patienten oder Besucher durch die Einrichtung führen. Einbindung der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention schon bei Erstkontakt mit der Einrichtung, z. B. durch einen Link auf der Webseite
- leicht verständliche Materialien gestalten und verteilen: Einbinden einer professionellen Öffentlichkeitsarbeit bei der Gestaltung der skizzierten Materialien, bestehende frei zugängliche Materialien, z. B. der Aktion Saubere Hände, oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nutzen
- Gesundheitskompetenz in Hochrisikosituationen berücksichtigen: z. B. Informationen der Krankenhaushygiene für Patienten zum Umgang mit Portkathetern oder unter Immunsuppression bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen

Infobox: Teach-back-Methode

Die Teach-back-Technik wird im klinischen Kontakt mit Patienten eingesetzt. Sie dient Gesundheitsfachkräften dazu, sich zu versichern, dass Patienten angebotene Gesundheitsinformationen angemessen verstanden haben. Nach der Beschreibung einer Diagnose und/oder einer Behandlungsempfehlung bittet die Gesundheitsfachkraft den Patienten, zu wiederholen was besprochen wurde und die zentralen Elemente des

Gesprächs bis zu diesem Zeitpunkt zusammenzufassen. Die Gesundheitsfachkraft sollte genau darlegen, was wiederholt werden soll und ihre Anweisung auf 1 oder 2 Hauptaspekte beschränken. Wenn die patientenseitige Antwort unpräzise oder falsch ist, sollte die Gesundheitsfachkraft die Gesundheitsinformation wiederholen und dem Patienten erneut Möglichkeit geben, zu zeigen, dass er diese verstanden hat.

nen so zu gestalten, dass sie gesundheitskompetentes Handeln für alle Nutzer, unabhängig von individuellen Voraussetzungen, maximal erleichtern?

Diesen Gedanken greift das Konzept der Gesundheitskompetenz fördernden Krankenhäuser auf (Tab.2) [2]. Das sind Krankenhäuser, die organisationsbezogenen Strategien zur Absicherung oder Entwicklung ausreichender organisationaler Gesundheitskompetenz verfolgen.

Wissen zur Prävention nosokomialer Infektionen in der Laienbevölkerung

Stand der Wissenschaft. In einer ausführlichen Recherche zum Thema haben die Autoren 14 Studien identifiziert. Von diesen konzentrieren sich 8 überwiegend auf Patienten, Besucher oder Mitarbeiter gesundheitlicher Einrichtungen [13–21] und 6 auf mehr oder weniger

große Teile der Allgemeinbevölkerung [22–25]. Beispielsweise wurde das Wissen von Biomedizinstudenten mit dem der Angehörigen verglichen [22], Medizinstudenten in China zu ihrem Wissen um nosokomiale Infektionen befragt [23], oder es wurden Rückschlüsse auf das Wissen zu MRSA in der Allgemeinbevölkerung gezogen, obzwar ein Drittel der Stichprobe Krankenhausbesucher umfasste [26]. Nationale Daten liegen vor zum Bekanntheitsgrad der Begriffe „nosokomiale Infektionen“ und „multiresistente Keime“ aus einer Passantenstichprobe [21] und zu Risikobewusstsein über Krankenhauskeime aus einer Repräsentativbefragung in Nordrhein-Westfalen [24]. Zudem wurden Vorstellungen der niederländischen Allgemeinbevölkerung zum Thema MRSA untersucht [25].

Im Speziellen befassten sich 8 der 14 aufgeführten Studien mit dem Wissen zu MRSA. So war es auch primäres Ziel einiger Studien, den Bildungsbedarf bezogen auf MRSA-Infektionen zu erkennen, Handlungsempfehlungen zu erstellen und langfristig die Inzidenzraten zu senken [14, 20, 25]. Die meisten Studien stellten dabei Fragen zu Übertragungswegen, Risikofaktoren, vulnerablen Gruppen und Präventionsmaßnahmen. Das Interesse an multiresistenten Erregern steht in gewissen Widerspruch zur tatsächlichen Bedeutung als Infektionserreger allgemein und als nosokomialer Erreger (Tab. 3, Tab. 4), spiegelt aber die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit, Politik und wahrscheinlich auch den einschlägigen Förderinstitutionen wieder. Aktuelle Daten zur Belastung durch nosokomiale Infektionen auf europäischer Ebene finden sich in einer Studie von Cassini et al., die mithilfe der Methodik des Projekts „Burden of Communicable Diseases in Europe“ (BCoDE) und Daten des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) „Point Prevalence Survey“ (PPS) die 6 häufigsten nosokomialen Infektionsarten mit 32 anderen übertragbaren Erkrankungen vergleichen [28].

Allgemeinwissen über MRSA. Personen mit niedrigem Bildungsniveau, männlichem Geschlecht und aus der Altersgruppe bis 39 Jahre wissen deutlich weniger zu MRSA als höher Gebildete, Frauen und ältere Menschen [24]. Die meisten Befragten gewinnen ihre Informationen aus Massenmedien, wie Zeitung, Fernsehen und Internet [15–17]. Aber auch hier gibt es einen deutlichen sozialen Gradienten: Angehörige der oberen Bildungsschichten nutzen das Internet als Informationsquelle Internet signifikant häufiger als Angehörige der unteren Bildungsschichten.

Tabelle 3

Infektionshäufigkeiten in Deutschland [27].

Art der Infektion	Anzahl der Patienten pro Jahr	Anzahl der Todesfälle pro Jahr als Folge dieser Infektionen*
A Nosokomiale Infektionen	ca. 400 000 bis 600 000	ca. 6000 bis 15 000
B In das Krankenhaus importierte Infektionen	ca. 1,2 bis 1,8 Mio	keine Angabe
C Infektionen im ambulanten Bereich	> 31 Mio	keine Angabe
D Nosokomiale Infektionen mit MRE	ca. 30 000 bis 35 000	ca. 1000
E In das Krankenhaus importierte Infektionen mit MRE	keine Angabe	keine Angabe
F Infektionen im ambulanten Bereich mit MRE	keine Angabe	keine Angabe

* Bei diesen Angaben handelt es sich nur um ungefähre Schätzungen; verlässliche Daten liegen nicht vor.

Das Problem MRSA ist in der Bevölkerung bekannt [18, 20, 21, 25]. Wenig erstaunlich ist, dass der Begriff „Krankenhausinfektion“ bekannter ist als „nosokomiale Infektion“ [18, 21]. Allgemein verfügt die Bevölkerung eher über Wissen zu gesundheitlichen Risiken bzw. Konsequenzen nosokomialer Infektionen sowie zum ursächlichen Zusammenhang zwischen Hygienemängeln und dem Auftreten von nosokomialen Infektionen [16, 26]. Größere Wissenslücken bestehen dagegen in Bezug auf Erreger, Übertragungswege sowie Präventions- und Schutzmaßnahmen [17, 22, 25]. Personen, die selbst schon einmal von einer nosokomialen Infektion betroffen waren, und Personen, die jemanden kennen, der schon einmal eine solche Infektion hatte, weisen ein größeres Wissen bezogen auf die Risikofaktoren, gesundheitlichen Konsequenzen und Präventionsmaßnahmen auf [20, 21].

Angst vor Ansteckung. Der Aspekt der Angst vor einer Ansteckung mit einer nosokomialen Infektion bzw. MRSA wurde in insgesamt 4 Studien mit erhoben [13, 17, 19, 21]. Explizit mit der Angst vor einer nosokomialen Infektion beschäftigte sich eine Arbeit [28], wobei die Stichprobe (mehrheitlich Befragte aus Nordirland und Großbritannien) über eine Homepage rekrutiert wurde, die über Krankenhausinfektionen informiert, sodass von einem Selektionsbias auszugehen ist. Die Autoren dieser Studie stellten fest, dass über die Hälfte aller Befragten Angst davor hat, an einer nosokomialen

Tabelle 4

Nosokomiale Infektionen im internationalen Vergleich [27].

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	EU	USA
Einwohnerzahl 2013	81 Mio.	66 Mio.	17 Mio.	506 Mio.	316 Mio.
teilnehmende Krankenhäuser an nationaler Prävalenzstudie	repräsentative Stichprobe: 46	repräsentative Stichprobe: 54	repräsentative Stichprobe: 33	905	183
Prävalenzrate nosokomialer Infektionen ¹	5,0%	4,9%	7,4%	5,7%	4,0%
Patienten mit nosokomialer Infektion (A)	400 000 – 600 000, repräsentative ECDC-Stichprobe: 600 000	324 000	75 000	3,2Mio.	648 000
Anzahl der infolge einer nosokomialen Infektion verstorbenen Patienten (A)	ca. 10 000 – 15 000 bzw. <6000 (Abschätzung)	ca. 3500	keine Angabe	ca. 37 000 ²	keine Angabe
Anzahl der infolge einer nosokomialen Infektion mit MRE verstorbenen Patienten (D, E, F)	1000 – 4000 ³	keine Angabe	keine Angabe	ca. 25 000 ⁴	ca. 23 000 ⁵

¹ Patienten mit nosokomialer Infektion aus vorangegangener Behandlung sind eingerechnet.

² Das ECDC hatte auf der Basis einer Pilotstudie für die EU-weite Prävalenzstudie bereits eine Hochrechnung zur Gesamtzahl nosokomialer Infektionen durchgeführt. Diese etwas höhere Zahl für Europa (4,1 Mio. vs. 3,2 Mio.) und die auf dieser Basis hochgerechnete Anzahl der infolge einer nosokomialen Infektion Verstorbenen (37 000) findet sich auf der ECDC-Website.

³ Hier handelt es sich um eine Schätzung analog zu denen der CDC und der ECDC (s. oben).

⁴ Das ECDC hat in seinem Technischen Report 2009 die Anzahl der infolge einer Infektion mit MRE in Europa Verstorbenen mit 25000 jährlich kalkuliert.

⁵ Das CDC hat 2013 einen analogen Bericht vorgelegt, der von ca. 23 000 infolge einer Infektion mit MRE Verstorbenen in den USA pro Jahr ausgeht.

Infektion während eines Krankenhausaufenthalts zu erkranken. 51,3% aller befragten Personen würden sagen, dass sie ein mittleres Angst-Niveau empfinden, während 18,1% sogar ein hohes Angst-Niveau aufweisen.

Freiburger Fragebogen zu Krankenhausinfektionen

45 Fragen. Vor diesem Hintergrund haben die Autoren dieses Beitrags zusammen mit Kollegen den Freiburger Fragebogen zu Krankenhausinfektionen (FFKHI) entwickelt und in einer internetbasierten Pilotstudie [29] und einer Repräsentativbefragung validiert [30]. Der

Fragebogen ist als Test konzipiert und umfasst 35 Wissensfragen zu den Bereichen Übertragung, Symptome, Indikatorinfektionen, Risikogruppen, Risikofaktoren und Ursachen. Weitere 10 Fragen adressieren Wissen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Für die Auswertung des FFKHI wird jedes Item als „richtig“ (Wert = 1) oder „nicht/falsch genannt“ (Wert = 0) kodiert. Die Summe der korrekten Antworten ergibt den FFKHI-Wissensgesamtscore, der Werte zwischen 0 (alle Fragen falsch beantwortet, kein NI-bezogenes Wissen) und 100 (100% der 45 Fragen korrekt beantwortet, hohes NI-bezogenes Wissen) annehmen kann.

Ergebnisse. Der FFKHI-Gesamtscore liegt in der Stichprobe bei 62,6% (95%-Konfidenzintervall: 61,7 – 64,0). Ausgeprägtes Wissen haben Personen mit höherem allgemeinbildendem Schulabschluss (mind. Realschule), Personen ohne Migrationshintergrund und, etwas weniger überraschend, Personen, die im Krankenhaus angestellt sind.

21,3% der Befragten gaben an, auf jeden Fall Angst vor der Ansteckung mit einer nosokomialen Infektion zu haben. Die meisten Befragten (42,2%) empfinden ein bisschen Angst, während 33,8% eher keine Angst vor Ansteckung haben. Nur 2,7% haben keine Angst vor nosokomialen Infektionen. Der Vergleich des Bildungs-

Fazit für die Praxis

Es gibt eine Reihe von Studien zum Wissen um nosokomiale Infektionen in der Laienbevölkerung. Allerdings untersuchten diese Studien häufig sehr selektive Stichproben und/oder konzentrierten sich auf wenige, ausgewählte Aspekte, wie MRSA. Praktisch keine Informationen liegen über das Wissen zu nosokomialen Infektionen in der Allgemeinbevölkerung vor. Die meisten Studien verwendeten keine geprüften Fragebögen und in keiner Studien wurde ein expliziter Bezug zu Gesundheitskompetenz oder Health Literacy hergestellt.

niveaus der Befragten mit der Angst vor Ansteckung im Krankenhaus zeigt: Befragte mit (Volks-)Hauptschulabschluss haben signifikant mehr Angst vor nosokomialen Infektionen als Befragte mit mindestens Real- oder Hochschulabschluss (40% vs. 18%, $p=0,02$). Im Gegensatz zu der Angst, sich persönlich zu infizieren, zeigen die Befragten größere Angst, eine nosokomiale Infektion an die Familie zu übertragen. Die meisten Befragten (42,6%) geben an, auf jeden Fall Angst davor zu haben, eine solche Infektion zu übertragen, 30,5% empfinden ein bisschen Angst davor. Eher keine Angst haben 20,1%. 4% haben keine Angst vor der Übertragung an die Familie. Personen, die im Krankenhaus angestellt sind, haben weniger Angst, eine nosokomiale Infektion zu übertragen (nur 23,3%), Personen mit Migrationshintergrund dagegen sehr viel häufiger (71,9%).

Weder die subjektiv wahrgenommene persönliche Vorbildung („Haben Sie schon einmal etwas über Infektionen, die im Krankenhaus entstehen, gehört oder gelesen?“) noch individuelle Erfahrungen („Hatten Sie schon einmal eine nosokomiale Infektion?“, „Kennen Sie jemanden, der schon einmal eine nosokomiale Infektion hatte?“) haben einen signifikanten Einfluss auf die Angst vor einer Ansteckung oder Übertragung.

Es besteht ein Widerspruch zwischen dem verhältnismäßig guten Faktenwissen zum Thema nosokomiale Infektionen und der ausgeprägten Angst vor einer Infektion bzw. der Übertragung auf Familienmitglieder.

Die Frage zu den gewünschten Informationsquellen („Im Gespräch mit wem würden Sie gerne mehr Informationen über Krankenhausinformationen bekommen?“) gibt Aufschlüsse über geeignete Informationskanäle:

- Über die Hälfte aller Befragten (61,7%) würden gerne im Gespräch mit dem ärztlichen Personal mehr Informationen zur Infektionsprävention bekommen.
- 40,9% wünschen sich Informationen vom Pflegepersonal.
- 36,2% möchten sich lieber beim Hausarzt informieren.

Informationsbedarf und -schwerpunkte. Die einfache Definition von multiresistenten Erregern ist 87,9% der Befragten der Umfrage bekannt. Der Zusammenhang zwischen einem unangemessenen Antibiotikaeinsatz und nosokomialen Infektionen wurde jedoch nur von 59,4% der Befragten richtig beantwortet. Auch in der repräsentativen Befragung zum Risikobewusstsein

über Krankenhauskeime innerhalb der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens zeigten sich Wissenslücken bei der Frage nach den Auswirkungen unsachgemäßen Antibiotikaeinsatzes: Der sorglose oder falsche Einsatz von Antibiotika wurde hier nur von 14% der Befragten als Ursache von MRSA gesehen [24].

Aufklärungsbedarf in der Allgemeinbevölkerung besteht besonders hinsichtlich der Auswirkung unsachgemäßen Antibiotikaeinsatzes, da hier auch das Anspruchsverhalten und die Erwartungen der Patienten einen Einfluss auf das Verschreibungsverhalten der Ärzte gerade im ambulanten Bereich haben.

Die Symptome „Durchfall“ und „Fieber“ als Infektionszeichen sind den meisten Menschen bekannt. Hingegen wussten nur 32,6% der Befragten, dass ein verstärkter Harndrang Symptom einer Harnwegsinfektion sein kann. Nur 45,6% der Befragten hielten die nosokomiale Harnwegsinfektion für wichtig, während die Wundinfektion einen hohen Bekanntheitsgrad aufweist (87,2%). Die nosokomialen Harnwegsinfektionen zählen in Deutschland jedoch nach wie vor zu den häufigsten nosokomialen Infektionen (22,4% aller nosokomialen Infektionen, [31]).

Verbesserungspotenzial auf der Wissensebene gibt es auch bei der Einordnung möglicher Symptome nosokomialer Infektionen und ihres Stellenwerts.

Gesundheitskompetenz steigern

Informationen hinterfragen. Funktional sollen Patienten befähigt werden, ärztlichen Rat zu verstehen und zu befolgen – in interaktiver Hinsicht werden sie aufgefordert, Fragen zu stellen, um dadurch das Verständnis zu vertiefen und an individuelle Bedürfnisse anzupassen. Dabei wird postuliert, dass die durch Vertreter der medizinischen und Gesundheitsberufe gegebenen Informationen stets richtig sind. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass dies überwiegend der Fall ist und Ärzte selbstverständlich selbst daran interessiert sind, korrekte Informationen weiterzugeben, sollte hier doch auch der vielfach diskutierte dritte Typ der „kritischen“ Gesundheitskompetenz – d. h., die Fähigkeit, Informationen zu hinterfragen – angesprochen werden. Dies erscheint gerade auch für Patienten im Bereich der Krankenbehandlung von besonderer Bedeutung, da Studien zufolge Angehörige der medizinischen Berufe häufig nicht ausreichend geschult sind, statistische Gesundheitsinformationen korrekt zu

interpretieren und zu vermitteln. Sie neigen daher dazu, Heilungschancen von Therapien zu über- und deren Nebenwirkungen zu unterschätzen, eine Tendenz, die z. T. durch die Darstellungsformen von Studienergebnissen befördert wird, die etwa absolute mit relativen Risiken vergleichen oder nicht angeben, auf welche Grundgesamtheit sich Prozentwerte oder Wahrscheinlichkeiten beziehen [32]. Bei der Angst vor nosokomialen Infektionen durch multiresistente Erreger dürfte hier, wie oben beschrieben, eher eine Risiküberschätzung vorliegen [27], die auch zur Angstverstärkung beitragen kann. Zahlen zu nosokomialen Infektionen in veröffentlichten Qualitätsberichten sind für Laien hinsichtlich Risikoadjustierung und Aussagekraft kaum sinnvoll zu interpretieren und Rankings in der Presse haben selten eine wissenschaftlich solide Grundlage.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Über die Autoren

Eva-Maria Bitzer



in Frankfurt / Main und in Wien, absolvierte anschließend

Prof. Dr. med., MPH, Jahrgang 1965, Professorin für Medizin in der Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg, Leiterin des Studienprogramms Gesundheitspädagogik und der Fachrichtung Public Health & Health Education. Sie studierte Humanmedizin

den Master Studiengang Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover, an der sie 2009 zum Thema Versorgungsforschung aus Public Health Perspektive habilitierte. „Gesundheitskompetenz“ ist seit 2009 ein zentrales Thema ihrer Forschungsaktivitäten, z.B. im Rahmen der BMBF-geförderten Präventionsforschung, rehabilitationswissenschaftlicher und Versorgungsforschung.

Sebastian Schulz-Stübner



PD Dr. med., geboren 1969 in Köln, ist Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin und Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Intensivmedizin, Notfallmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Psychotherapie und Ärztliches Qualitätsmanagement. Er ist Mitgesellschafter und hauptamtlich einer der Ärztlichen

Leiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene (BZH GmbH) in Freiburg sowie nebenberuflich als Notarzt sowie Schmerz- und Psychotherapeut tätig.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Eva-Maria Bitzer
Pädagogische Hochschule Freiburg
Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit
Fachrichtung Public Health & Health Education
Kunzenweg 21
79117 Freiburg
E-Mail: evamaria.bitzer@ph-freiburg.de

Kernaussagen

- Gesundheitskompetenz bedeutet mehr als Lese- und Schreibfähigkeit. Es werden eine Reihe von Fähigkeiten eingeschlossen: Neben dem Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen spricht die Definition auch die Bedeutung des Wissens, der Fähigkeiten des Individuums und des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten an. Als Zielgrößen werden die individuelle Gesundheit und die Gesundheit der Gemeinschaft definiert.
- Im Bereich Prävention nosokomialer Infektionen besteht ein relativ gutes

Grundverständnis (Wissen) aber eine Diskrepanz zwischen diesem Wissen und der Ängste, nosokomiale Infektionen zu erleiden oder an Familienangehörige weiterzugeben.

- Programme mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitskompetenz zum Thema Prävention nosokomialer Infektionen wären besonders bei Senioren, Personen mit Migrationshintergrund und niedrigerem Bildungsniveau sinnvoll und müssen zielgruppenorientiert ausgerichtet sein (akzeptierte Medien, Design, Sprache etc.)

- Unter den nosokomialen Infektionen wird die Harnwegsinfektion in ihrer Bedeutung eher unterschätzt und multiresistente Erreger in ihrer Wahrnehmung eher überschätzt.
- Aufklärungsarbeit zum Thema sinnvoller Antibiotikaeinsatz in der Allgemeinbevölkerung könnte auch Erwartungshaltungen von zukünftigen Patienten und damit indirekt das Verschreibungsverhalten der Ärzteschaft insbesondere im ambulanten Bereich ändern.

Literatur

- 1 Dierks M-L, Seidel G. Stärkung von Empowerment durch Gesundheitsbildung – Die Patientenuiversität an der Medizinischen Hochschule Hannover. In: Roski R (Hrsg.) Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: VS; 2009: 309–327
- 2 Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F et al. Gesundheitskompetenz. Die Fakten Zürich: Careum Stiftung; 2016
- 3 Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67: 2072–2078
- 4 Nutbeam D. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15
- 5 Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80
- 6 Soellner R, Huber S, Lenartz N et al. Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. *Projekt Gesundheitskompetenz. Zeitschrift für Pädagogik* 2010; 56: 109
- 7 Bitzer EM, Spörhase U. Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und Public-Health Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) *Health Literacy/Gesundheitskompetenz. Wissenschaftliche Definitionen – empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen*. Köln: 2016: 21–39
- 8 Nguyen TH, Park H, Han H-R et al. State of the science of health literacy measures: Validity implications for minority populations. *Patient Educ Couns* 2015; pii: 0738–3991
- 9 Connor M, Mantwill S, Schulz PJ. Functional health literacy in Switzerland – Validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Educ Couns* 2013; 90: 12–17
- 10 Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58: 942–950
- 11 Horch K, Ryl L, Hinzpeter B et al. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. *GBE kompakt* 2011; 2: 2
- 12 Steckelberg A, Hülfenhaus C, Kasper J et al. How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007; 14: 11–22
- 13 Abbate R, Di Giuseppe G, Marinelli P et al. Patients' knowledge, attitudes, and behavior toward hospital-associated infections in Italy. *Am J Infect Control* 2008; 36: 39–47
- 14 Easton PM, Marwick CA, Williams FL et al. A survey on public knowledge and perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Antimicrob Chemother* 2009; 63: 209–214
- 15 Gill J, Kumar R, Todd J et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: awareness and perceptions. *J Hosp Infect* 2006; 62: 333–337
- 16 Hamour SM, O'Bichere A, Peters JL et al. Patient perceptions of MRSA. *Ann R Coll Surg Engl* 2003; 85: 123–125
- 17 Madeo M, Shields L, Owen E. A pilot study to investigate patients reported knowledge, awareness, and beliefs on health care-associated infection. *Am J Infect Control* 2008; 36: 63–69
- 18 Merle V, van Rossem V, Tavoracci M-P et al. Knowledge and opinions of surgical patients regarding nosocomial infections. *J Hosp Infect* 2005; 60: 169–171
- 19 Miller PJ, Farr BM. Survey of patients' knowledge of nosocomial infections. *Am J Infect Control* 1989; 17: 31–34
- 20 Ottum A, Sethi AK, Jacobs E et al. Engaging patients in the prevention of health care-associated infections: a survey of patients' awareness, knowledge, and perceptions regarding the risks and consequences of infection with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and *Clostridium difficile*. *Am J Infect Control* 2013; 41: 322–326
- 21 Mattner F, Mattner C, Zhang I et al. Knowledge of nosocomial infections and multiresistant bacteria in the general population: results of a street interview. *J Hosp Infect* 2006; 62: 524–525
- 22 de Giusti M, Torre G, Aurigemma C et al. Knowledge, attitude and behaviour toward MRSA: results from a survey among biomedical students and the general population. *J Public Health* 2011; 19: 527–534
- 23 Huang Y, Xie W, Zeng J et al. Limited knowledge and practice of Chinese medical students regarding health-care associated infections. *J Infect Dev Ctries* 2013; 7: 144–151
- 24 Mensing M. Krankenhauskeime: Ist sich die Bevölkerung in NRW der Risiken bewusst? Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Online: www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitsberichtsdaten/nrw-kurz-und-informativ/12-03-krankhauskeime_nrw-kurz-und-informativ_lzg-nrw.pdf (letzter Zugriff: 8.11.2016)
- 25 Verhoeven F, van Gemert-Pijnen JEWC, Hendrix M et al. The general public's beliefs about methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a Mental Models approach. *Clinical Microbiology and Infection* 2008; 14: S416–S417
- 26 McLaughlin AM, Canavan JB, Adams EJ et al. A survey of MRSA awareness and knowledge among the general public and patients' visitors. *Journal of Infection Prevention* 2008; 9: 18–23
- 27 Gastmeier P, Geffers C, Herrmann M et al. Nosocomial infections and infections with multidrug-resistant pathogens – frequency and mortality. *Dtsch med Wochenschr* 2016; 141: 421–426
- 28 Moore JE, Millar BC, Rooney PJ et al. Comparison of public perceptions associated with healthcare-associated infections (HCAIs) in Northern Ireland following the 2007/2008 outbreak of *Clostridium difficile* in the Northern Trust. *Ulster Med J* 2010; 79: 31
- 29 Bitzer EM, Frei J, Schulz-Stübner S. Hygienewissen und Ängste bezüglich nosokomialer Infektionen: Ergebnisse einer Pilot-Befragung und Validierung eines Erhebungsfragebogens. *Hygiene & Medizin* 2014; 39: 336–342
- 30 Pietsch L. Weiterentwicklung des Freiburger Fragebogens zu Krankenhausinfektionen (FFKHI). Eine Repräsentativbefragung Freiburg: 2015
- 31 Piening B. Deutsche Daten im Rahmen der ersten europäischen Prävalenzerhebung zum Vorkommen nosokomialer Infektionen und zur Antibiotikaaanwendung. *Epidemiologische Bulletin* 2012; 26: 239–240
- 32 Gigerenzer G. Collective statistical illiteracy: a cross-cultural comparison with probabilistic national samples: comment on „Statistical numeracy for health“. *Arch Intern Med* 2010; 170: 468

CME-Fragen

CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

1

Welche Aussage ist richtig? Die funktionale Gesundheitskompetenz bezeichnet ...

- A die Bereitschaft von Patienten, sich im Gesundheitssystem angemessen zu verhalten.
- B die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems.
- C grundlegende patientenseitige Fähigkeiten, wie Lesen, Rechnen, Schreiben und Textverständnis.
- D grundlegende Fähigkeiten des Gesundheitsfachpersonals, die Gesundheitskompetenz der Patienten einzuschätzen.
- E die Fähigkeit, Funktionen der Gesundheitskompetenz zu erklären.

2

Welche Aussage stimmt? Die interaktive Gesundheitskompetenz bezeichnet ...

- A die Fähigkeit des Gesundheitsfachpersonals, in der Interaktion mit Patienten kompetent zu handeln.
- B die Fähigkeit von Menschen, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und auf die eigene Situation anzuwenden.
- C die Bereitschaft, in den sozialen Medien interaktiv über Gesundheit zu kommunizieren.
- D Gesundheitsinformationen mit interaktiven Elementen für die Nutzer aufzuarbeiten (z. B. Quiz).
- E die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt.

3

Welche Aussage ist korrekt? Die Gesundheitskompetenz ist ...

- A ein Merkmal von Krankenhäusern, die besonders patientenfreundlich sind.
- B ähnlich wie Intelligenz eine angeborene Eigenschaft.
- C unabhängig von der gesundheitlichen Problemlage immer gleich ausgeprägt.
- D leicht durch Gesundheitsfachpersonal zu vermitteln.
- E eine persönliche Fähigkeit, die durch individuelles Lernen erworben werden kann.

4

Welche Aussage ist *falsch*? Die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, bezieht sich auf

- A effektives Recherchieren im Internet
- B das Wissen, woher man gesundheitsrelevantes gedrucktes Informationsmaterial beziehen kann.
- C das Wissen, wo es für ein bestimmtes Gesundheitsproblem Beratungsstellen gibt.
- D die korrekte Übersetzung von englischen medizinischen Fachwörtern.
- E die Fähigkeit, den behandelnden Arzt Fragen zu dem Gesundheitsproblem zu stellen.

5

Welche Aussage zum Zusammenhang zwischen Individuum und Umwelt in Bezug auf Gesundheitskompetenz ist *falsch*?

- A Gesundheitskompetentes Handeln manifestiert sich vor dem Hintergrund von umweltbedingten Anforderungen und deren Komplexität.
- B Eine Person kann für eine bestimmte gesundheitliche Problemlage gesundheitskompetent sein, für eine andere nicht.
- C Wenn Menschen nicht gesundheitskompetent handeln, liegt das in erster Linie daran, dass sie es nicht wollen.
- D Krankenhäuser können so organisiert sein, dass Personen unabhängig von ihren individuellen Fähigkeiten Gesundheitskompetenz entfalten können.
- E Gesundheitskompetenz eignet man sich in formellen und informellen Bildungsprozessen an.

CME-Fragen

Gesundheitskompetenz und Hygienewissen in Deutschland

6

Welche nosokomiale Infektion wird in der Bevölkerung in ihrer Bedeutung eher unterschätzt?

- A Wundinfektion
- B Lungenentzündung
- C Harnwegsinfektion
- D Hirnhautentzündung
- E Blutvergiftung

7

Welche Aussage zum Hygienewissen in der Bevölkerung ist *falsch*?

- A Menschen ab dem Alter von 65 Jahren, Personen mit Migrationshintergrund und Personen mit geringer formaler Bildung wissen weniger über Krankenhausinfektionen als jüngere, Personen ohne Migrationshintergrund und Personen mit höherer formaler Bildung.
- B Das Faktenwissen zum Thema nosokomiale Infektionen ist in der Allgemeinbevölkerung vergleichsweise hoch ausgeprägt.
- C Die Allgemeinbevölkerung überschätzt die Gefahr, durch multiresistente Keime eine nosokomiale Infektion zu erleiden.
- D Wegen des guten Faktenwissens besteht in der Allgemeinbevölkerung keine ausgeprägte Angst vor einer Krankenhausinfektion bzw. der Übertragung einer Krankenhausinfektion auf Familienmitglieder.
- E Aufklärungsbedarf besteht zum Zusammenhang zwischen unangemessenem Antibiotikaeinsatz und dem Auftreten von nosokomialen Infektionen.

8

Welche Aussage ist *falsch*? Krankenhäuser können gesundheitskompetentes Handeln der Patienten im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen erleichtern, ...

- A wenn sie einen guten Hygieneplan haben.
- B indem sie bei der Gestaltung von Informationsmaterial Patienten und Angehörige, die möglichst über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen sollten, mit einbeziehen.
- C in dem sie sich regelhaft versichern, dass die Patienten gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen verstanden haben.
- D indem sie Mitarbeitende für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patienten qualifizieren.
- E wenn sie Informationsmaterialien zu Infektionsprävention und / oder Aufklärungsbögen einfach und verständlich gestalten.

9

Welche Aussage zur Teach-back-Methode ist *falsch*?

- A Die Teach-back-Methode ist eine Technik, um sich als Arzt zu versichern, dass Patienten angebotene Gesundheitsinformationen angemessen verstanden haben.
- B Die Teach-back-Methode ist einfach zu erlernen und anzuwenden.
- C Die Teach-back-Methode kann bei Patienten zu Abwehr und Reaktanz führen.
- D Bei Teach-back-Gesprächen muss man genau wissen, welche Informationen von den Patienten sicher verstanden werden müssen.
- E Tests zur Erfassung der Lese- und Rechenfähigkeit der Patienten können stigmatisieren.

10

Wieviel Prozent der Befragten würde gerne im ärztlichen Gespräch mehr zum Thema Infektionsprävention erfahren?

- A ca. 60%
- B ca. 50%
- C ca. 40%
- D ca. 30%
- E ca. 20%