

## 22. Statuskonferenz | Dokumentation

»Gesundheitskompetenz fördern –  
Lebensqualität erhalten und verbessern«



27. November 2023

DIGITALE VERANSTALTUNG



Bundesministerium  
für Gesundheit

Gemeinsam Gesundheit fördern.

## Wie das Bundesministerium für Gesundheit die Gesundheitskompetenz fördert

### Dr. Alexander Schmidt-Gernig |

Leiter des Referats  
Nachhaltigkeit und Gesundheitskompetenz im Bundesministerium für Gesundheit



Die BVPG-Statuskonferenz ist ein wichtiges Signal dafür, wie wichtig das Thema Gesundheitskompetenz im beschleunigten digitalen Wandel und gerade nach den Erfahrungen der Corona-Pandemie ist. Denn es zeigt sich ein scheinbar paradoxer Befund: Noch nie gab es so viele und gute Gesundheitsinformationen auf allen medialen Ebenen, die nutzerorientiert und leicht zugänglich angeboten werden – und doch ist die Gesundheitskompetenz bei über der Hälfte der Bevölkerung nur unzureichend: Laut der aktuellen, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (»HLS-GER-2-Studie« [↗](#)) schätzen rund 60 Prozent der Menschen hierzulande ihre Gesundheitskompetenz als unzureichend ein. Weitere Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die Vielzahl an verfügbaren und oftmals nicht vertrauenswürdigen Informationen (»Infodemie«) zu einer Verunsicherung der Menschen führt. Die Unterscheidung zwischen verlässlichen und weniger vertrauenswürdigen Informationen wird immer schwieriger.

Die Bundesregierung und insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit versuchen vor diesem Hintergrund mit verschiedensten Maßnahmen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. So ist mit dem »Nationalen Gesundheitsportal« [↗](#) eine Online-Plattform geschaffen, auf der sich Bürgerinnen und Bürger schnell, zentral, verlässlich, werbefrei und gut verständlich rund um die Themen Gesundheit und Pflege informieren können.

Das Portal ist eines der zentralen Projekte des BMG im Rahmen der 2017 gegründeten »Allianz für Gesundheitskompetenz«. Partner der Allianz sind neben dem BMG und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 14 Spitzenorganisationen einschließlich der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens. Das gemeinsame Ziel ist, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, aber auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland zu stärken und weiter zu fördern. Derzeit ist eine ge-

meinsame »Roadmap Gesundheitskompetenz 2024« in Arbeit, die die bisher geleistete Arbeit bilanziert und weiteren Handlungsbedarf beschreibt, wobei vier Handlungsfelder im Mittelpunkt stehen: Gesundheitskompetenz in Organisationen und in den Lebenswelten sowie digitale und professionelle Gesundheitskompetenz. Die Roadmap soll im Sommer 2024 veröffentlicht und vorgestellt werden.

Das BMG hat darüber hinaus sieben verschiedene Forschungsprojekte gefördert (Abschluss 2023), die in den Lebenswelten wie Betrieben oder Schulen oder auch in den Gesundheitseinrichtungen neue Formate der Gesundheitskompetenz entwickelt und erprobt haben. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen künftig auch in die Arbeit der Allianzpartner einfließen und so Forschung und Praxis nachhaltig verbinden.

Hier bezieht das BMG verstärkt sozial- und verhaltenswissenschaftliche Ansätze ein. Unter dem Stichwort »Behavioural and Cultural Insights« (BCI) wird dies in anderen Ländern bereits erfolgreich umgesetzt und ist erklärter Schwerpunkt der WHO. So hat WHO Europa alle Mitgliedsländer in einer Resolution vom September 2022 aufgefordert, Kapazitäten auf dem Feld von BCI aufzubauen und entsprechende Einheiten zu gründen. Ziel ist es, besser zu verstehen, wie individuelle Faktoren sowie kulturelle Einflüsse und Lebensbedingungen das Verhalten beeinflussen, wie Menschen sich über Gesundheitsthemen informieren und wie sie danach handeln.

Die Einbeziehung von BCI ermöglicht es, mehr über Informations- und Handlungsrountinen von Menschen in einem bestimmten sozialen Umfeld zu erfahren. Mit diesem Wissen können zielgerichtete und wirksamere Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowie der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt werden. Nicht nur unter diesem Aspekt wird die Gesundheitskompetenz künftig auch in dem neu zu entwickelnden »Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)«, das ab Januar 2025 an den Start gehen soll, eine wichtige Rolle spielen.

## Block I: Bestandsaufnahme – Wo stehen wir?

# Gesundheitskompetenz – was ist darunter zu verstehen und wo stehen wir?

*»Gesundheitskompetenz gewinnt angesichts der wachsenden Zahl teils schwer überschaubarer und einschätzbarer Informationen an Bedeutung. Ihre Stärkung bildet daher eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe.«*

**Dr. Lennert Griese** |  
Interdisziplinäres Zentrum  
für Gesundheitskompetenz-  
forschung der Universität  
Bielefeld



Unter Gesundheitskompetenz (GK) bzw. Health Literacy werden im Allgemeinen die nötigen kognitiven und sozialen Fähigkeiten eines Menschen verstanden, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, sie zu verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Zugleich werden mit dieser Definition, die auf die erste internationale Studie zur GK, »HLS-EU«, aus dem Jahr 2012 zurückgeht, Bezüge zur Partizipation und auch zu Empowerment hergestellt, denn Ziel ist immer die aktive informierte Entscheidungsfindung, sei es im Rahmen der Krankheitsbewältigung, der Prävention oder Gesundheitsförderung. Darüber hinaus muss stets mitgedacht werden, dass mit GK ebenfalls die Rahmen- und Informationsbedingungen angesprochen sind, in deren Abhängigkeit Gesundheitsinformationen genutzt werden müssen: D. h., stehen mir nur bedingt Gesundheitsinformationen über ein bestimmtes Gesundheitsproblem zur Verfügung oder sind diese so kryptisch formuliert, dass ich sie nicht verstehen kann, wird sich dies auch negativ in meiner GK niederschlagen. Deshalb ist es umso wichtiger, auch die GK der Organisationen und der darin tätigen Akteurinnen und Akteure, richtiger die sogenannte organisationale bzw. professionelle GK, stärker in den Blick zu nehmen – hier stehen wir in Deutschland noch relativ am Anfang, wengleich auch hierzu mittlerweile erste Studienbefunde vorliegen.

Mehr wissen wir hingegen über die GK in der Bevölkerung. Die Studienergebnisse der letzten Jahre weisen darauf hin, dass diese in Deutschland nicht sehr gut ausgeprägt ist. Die Studie »HLS-GER 2« (Universität Bielefeld) zeigt etwa, dass sich der Anteil geringer GK in der Bevölkerung zwischen 2014 und 2020 von rund 54 Prozent auf über 60 Prozent erhöht hat. Hinzu kommt, dass die GK ungleich verteilt ist. Besonders sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Menschen im

höheren Lebensalter und Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen verfügen über eine vergleichsweise geringe GK. Dies gilt auch für bestimmte Teilbereiche der Gesundheitskompetenz, wie die navigationale oder digitale Gesundheitskompetenz, die noch einmal deutlich schlechter ausgeprägt sind als die allgemeine Gesundheitskompetenz und ebenfalls einem sozialen Gradienten folgen.

Aber auch die bereits erwähnte professionelle GK, also die Fähigkeiten der Gesundheitsprofessionen/-berufe, die GK ihrer Patientinnen und Patienten fördern zu können, ist in vielen Bereichen optimierungsfähig. So konnte die Studie »HLS-PROF« (Hertie School, Universität Bielefeld, Stiftung Gesundheitswissen) zwar aufzeigen, dass sich die professionelle GK der hier befragten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden insgesamt recht positiv darstellt, sie sich aber dennoch bei vielen Aufgaben auch vor Schwierigkeiten gestellt sehen, etwa wenn es darum geht, einen Umgang mit fehl- oder falschinformierten Patientinnen und Patienten zu finden oder beim Umgang mit digitalen Informationen zu unterstützen.

Diese Befunde verdeutlichen, dass die Erforschung und Förderung der GK weiterhin eine wichtige Aufgabe darstellt. Besondere Beachtung sollten dabei Bevölkerungsgruppen erhalten, die große Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben. Gleichzeitig müssen die Gesundheitsorganisationen und -professionen für das Thema sensibilisiert und in die Lage versetzt werden, die GK ihrer Nutzerinnen und Nutzer nachhaltig zu stärken.

**Dr. Lennert Griese** | Dr. Lennert Griese ist Gesundheitswissenschaftler an der Universität Bielefeld. Dort forscht er zu Themen der Gesundheitskompetenz und ist an nationalen und internationalen Studien zur Gesundheitskompetenz beteiligt. Er ist Teil des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) und des Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP).

## Block I: Bestandsaufnahme – Wo stehen wir?

# Gesundheitskompetenz im Kontext von »Behavioural and Cultural Insights«

»»Behavioural and Cultural Insights« und Gesundheitskompetenz haben das Potenzial, sich gegenseitig zu ergänzen und zu bereichern, um Prävention und Gesundheitsförderung effektiver und zielgerichteter zu gestalten.«

**Prof. Dr. Julika Loss** |  
Robert Koch-Institut



**Dr. Susanne Jordan** |  
Robert Koch-Institut



Mit »Behavioural and Cultural Insights« (BCI) sind Erkenntnisse gemeint, die auf empirischer Evidenz aus ganz unterschiedlichen Disziplinen beruhen und erklären, wie Menschen in ihrem Alltag gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und was ihr Gesundheitsverhalten beeinflusst. Durch die Identifizierung von sowohl kontextuellen als auch individuellen Barrieren bzw. fördernden Faktoren sollen möglichst passgenaue und effektive Interventionen entwickelt werden. Daher wird auch die Einbindung der Zielgruppe in die Entwicklung von Maßnahmen so weit wie möglich angestrebt. BCI nutzt dazu Forschung aus Wissenschaftsdisziplinen wie Psychologie, Soziologie, Ethnologie, Ökonomie, Kommunikations-, Sport-, Ernährungs- oder Politikwissenschaften. Entsprechend kann BCI im Deutschen am ehesten mit »verhaltens- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse« übersetzt werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro Europa, hat im September 2022 eine Resolution verabschiedet, nach der sich die Mitgliedstaaten verpflichten, BCI-Kompetenzen auszubilden, Forschung zu unterstützen und systematisch BCI in Interventionen zu nutzen. Des Weiteren weist die WHO in ihren Papieren zu BCI ausdrücklich auf Gesundheitskompetenz hin. In der Gesundheitskompetenz sieht sie einen nachweislich einflussreichen Faktor auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, der deshalb bei Maßnahmen, die auf soziale und verhaltensbezogene Veränderungen abzielen, berücksichtigt werden sollte.

Um Evidenz für eine Maßnahmenentwicklung im Kontext von BCI zu gewinnen, schlägt die WHO vor, sich an dem sogenannten »COM-B-Modell« zu orientieren. Dabei steht das »B« für »Behaviour«, das untersuchte Verhalten, das von drei Bereichen beeinflusst wird, »C« für »Capability«, die Fähigkeiten, »O« für »Opportunity«, die Möglichkeiten und »M« für »Motivation«, die Motivation. Dahinter steht die Annahme, dass verschiedene kognitive und körperliche Fähigkeiten ein Verhalten ebenso beeinflussen wie die Möglichkeiten, die sich aus dem sozialen Kontext und der physischen Umgebung ergeben, sowie auch der bewussten und unbewussten Motivation.

Im »COM-B-Modell« ist Gesundheitskompetenz demnach ein Aspekt aus dem Bereich der Fähigkeiten, nämlich die Fähigkeit, mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Die Zuordnung zum Bereich »Fähigkeiten« ist aber nicht so eindeutig, denn wenn die aktuellen umfassenden Definitionen von Gesundheitskompetenz herangezogen werden, dann beinhaltet Gesundheitskompetenz auch den motivationalen Aspekt, ein Bereich, der im »COM-B-Modell« einen weiteren eigenständigen Faktor darstellt. Diese Überschneidung sollte in den Analysen entsprechend berücksichtigt werden und nicht nur auf die Fähigkeiten fokussiert werden.

Des Weiteren ist zu überlegen, inwiefern die multidisziplinären Perspektiven und Methoden von BCI bei der Entwicklung und der Überprüfung von konkreten Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz hilfreich sein können. Insgesamt haben »Behavioural and Cultural Insights« und Gesundheitskompetenz das Potenzial, sich gegenseitig zu ergänzen und zu bereichern und auf diese Weise Prävention und Gesundheitsförderung effektiver und zielgerichteter zu gestalten.

**Prof. Dr. Julika Loss** | Leitet seit 2020 das Fachgebiet »Gesundheitsverhalten« am Robert Koch-Institut. Zuvor war sie Professorin für Medizinische Soziologie an der Universität Regensburg. Forschungsschwerpunkte: Einflussfaktoren z. B. für Bewegung und Ernährung sowie zu Gesundheitsförderung in Settings. Sie ist deutscher »Focal Point« der WHO Europe für »Behavioural and Cultural Insights«.

**Dr. Susanne Jordan** (Co-Autorin) | Stellvertretende Leiterin des Fachgebiets »Gesundheitsverhalten« am Robert Koch-Institut. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten, Prävention und Gesundheitsförderung sowie partizipative Gesundheitsforschung. Sie ist im Vorstand des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz.

## Block I: Bestandsaufnahme – Wo stehen wir?

# Strukturen, Netzwerke und regulatorische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

»Für eine langfristige Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in der Schule gilt es, vorhandene Strukturen zu nutzen und insbesondere die Situation des Schulpersonals zu berücksichtigen.«

**Lisa Stauch** |  
Technische Universität  
München



Kinder und Jugendliche wachsen in einem Zeitalter mit weitreichendem Zugang und steigender Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen auf. Mit der Zunahme an Information steigt auch die Anzahl an Fehlinformationen (Falschnachrichten ohne vorsätzliche Absicht) und Desinformationen (gezielte Verbreitung falscher Informationen) im Informationsökosystem der Kinder und Jugendlichen. Die Konsequenzen von Falschinformationen zeigen sich insbesondere in den Gesundheitsentscheidungen, die zu einem schädlichen Gesundheitsverhalten führen und sich auf die Gesundheit auswirken können. Um sich vor Fehl- und Desinformationen zu schützen und die vorhandenen Gesundheitsinformationen bestmöglich zu nutzen, ist eine angemessene Gesundheitskompetenz entscheidend.

Um die Gesundheitskompetenz zu fördern, existieren mittlerweile neben Dokumenten und Empfehlungen der WHO auch internationale und nationale Forschungsverbände zu Gesundheitskompetenz, wie das europaweite Netzwerk »Health Literacy Europe«, das »Global Health Literacy Research Network« (GLOBHL) oder die »Allianz Gesundheitskompetenz in der Schule«. Auch im »Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz« (NAP) zeigt sich die Bedeutung des Bildungssettings zur langfristigen Förderung der Gesundheitskompetenz. Neben dem NAP sind auf nationaler Ebene die Förderung der Gesundheitskompetenz durch das Präventionsgesetz (§ 20k SGB V) und die Beschlüsse der Bundesärztekammer zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in Schulen relevant.

Das für gesundheitsbezogene Interventionen bedeutende Setting Schule stellt zugleich eine enorme Herausforderung bei der Implementierung von Maßnahmen der Gesundheitskompetenz dar. Während in Ländern wie den USA, Finnland oder Portugal Gesundheitskompetenz bereits in den Lehrplan integriert ist, fehlt es in Deutschland an diesen Strukturen. Dem Schulpersonal kommt eine besondere Rolle bei der Förderung der Gesundheitskompetenz zu, deshalb ist es umso wichtiger, die prekäre Situation des Schulpersonals (fehlende Zeit und Ressourcen, Personalmangel ...) zu berücksichtigen. Das Unterrichtsprogramm »Tool-HLCA« stärkt die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen und nutzt dabei den Medienkompetenzrahmen, welcher auf der Strategie »Bildung in der digitalen Welt« der Kultusministerkonferenz 2016 basiert. Dieses Beispiel zeigt, dass bestehende Strukturen genutzt werden können, um Gesundheitskompetenz trotz fehlender Verankerung im Lehrplan in Schulen zu integrieren.

Neben Maßnahmen auf der Verhaltensebene zur Förderung individueller Kompetenzen bedarf es Maßnahmen auf der Verhältnisebene. Die organisationale Gesundheitskompetenz zielt darauf ab, strukturelle Bedingungen zu schaffen, um die Gesundheitskompetenz fördern. Ein Beispiel stellt das Projekt »GeKoOrg-Schule« dar. Das Konzept umfasst acht Standards, an denen Schulen ansetzen können, um Gesundheitskompetenz auf struktureller Ebene in der Schule zu etablieren.

Für die meisten Schulen ist Gesundheitskompetenz dennoch neu oder unbekannt. Eine stärkere Kooperation mit Bildungsministerien ist daher wichtig, um alle Schulen mit den aufgezeigten Ansätzen und weiteren Maßnahmen der Gesundheitskompetenz zu erreichen.

**Lisa Stauch** | Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Health Literacy der Technischen Universität München. Seit ihrem Masterabschluss in Public Health im Jahr 2022 forscht und promoviert sie zu (digitaler) Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Blick auf das Schulsetting.

## Block II: Wo wollen wir hin?

# Gesundheitskompetenz fördern: Welchen Beitrag können die Gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V leisten?

»Gesetzliche Krankenkassen fördern über den § 20 SGB V die Gesundheitskompetenz und setzen sich damit für eine angemessene Nutzung der Gesundheitsversorgung sowie für eine Verbesserung der Lebensqualität ein.«

**Ulrike Pernack** |  
Verband der Ersatzkassen e.V.



Das SGB V bietet mit dem § 20 verschiedene Ansatzmöglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die Handlungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V werden im Leitfaden Prävention konkretisiert, der vom Verband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) erstellt und regelmäßig überarbeitet wird.

Da Prävention dort beginnt, wo noch keine Erkrankung vorliegt, richten sich die Angebote in erster Linie an gesunde Versicherte. Präventionskurse zielen daher darauf ab, das Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu stärken und die individuelle Gesundheitskompetenz zu fördern, um dadurch zu einem gesunden Lebensstil beizutragen. Über die »Zentrale Prüfstelle Prävention« (ZPP), einer Kooperationsgemeinschaft aller gesetzlichen Krankenkassen, die Angebote in der Primärprävention prüft, stehen aktuell ca. 360.000 Angebote und zertifizierte Präventionskurse in Präsenz- und/oder digitaler Form in den Handlungsfeldern Bewegungsförderung, Ernährungskompetenz bzw. -verbesserung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtprävention zur Verfügung.

Über den Lebensweltansatz soll durch Verhaltensänderung die Gesundheit der Versicherten erhalten und gestärkt werden und durch Veränderung der Verhältnisse zu einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung sowie gesundheitsfördernden Lebensverhältnissen beigetragen werden. Die Arbeits- und Lebensweise der Versicherten wird daher durch verhaltensbezogene Angebote zur

gesunden Ernährung, Bewegungsförderung, Förderung des Nichtrauchens sowie Angeboten zur Stressbewältigung und Stärkung der Resilienz gestärkt. Eine verhältnisbezogene Förderung im Bereich der Lebens- und Arbeitsbedingungen erfolgt durch die Realisierung eines bewegungsfördernden Umfeldes, systemische bzw. organisationale gesundheitskompetente Organisationsentwicklung und durch die Sensibilisierung von Führungskräften und Verantwortlichen in den Lebenswelten und Unternehmen.

Mit dem § 20h SGB V wird die Förderung des gesundheitskompetenten Umgangs mit chronischen Erkrankungen z. B. durch Angebote der Selbsthilfe über die gesetzlichen Krankenkassen unterstützt. Seit 2020 sind die gesetzlichen Krankenkassen über den § 20k SGB V dazu verpflichtet, Versicherten auch Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz anzubieten. Die Ersatzkassen haben daher den Verband der Ersatzkassen (vdek) zur Entwicklung, Pilotierung und Evaluation von Angeboten zur Steigerung der digitalen Gesundheitskompetenz über das Projekt »Gesund digital« beauftragt.

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz – können diese Aufgabe aber nicht allein bewältigen. Vielmehr handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die das Engagement aller Bereiche des gesellschaftlichen Lebens (Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitswesen, Kommunen, Arbeitswelt sowie Forschung) erfordert.

**Ulrike Pernack** | Seit 2019 stellvertretende Leiterin der Abteilung Gesundheit; seit 2016 Referatsleiterin Prävention, Gesundheitsförderung beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek); Gesundheitsökonomin und -wissenschaftlerin.

## Zusammenfassung und Fazit

### Wo stehen wir mit der Gesundheitskompetenz in Deutschland?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat aufgrund der Relevanz des Themas bereits ein eigenes Referat für Nachhaltigkeit und Gesundheitskompetenz in der Abteilung für Öffentliche Gesundheit eingerichtet, um das Thema auch BMG-seitig vorantreiben zu können. Es ist u. a. Förderer relevanter Studien zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (z. B. »HLS-GER 2«, »HLS-COVID-19«), die gezeigt haben, dass die Gesundheitskompetenz in Deutschland noch nicht gut genug ausgeprägt ist. Doch wird sie dringend benötigt, um die zunehmend komplexer werdenden Anforderungen zum Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von (digitalen) Gesundheitsinformationen bewältigen zu können.

### Was brauchen wir, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken?

Die Referierenden der 22. Statuskonferenz machten deutlich, dass professionelle und organisationale Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung ist, um Gesundheitskompetenz fachkundig fördern zu können. Besonders die Fähigkeit, sich mit Gesundheitsinformationen kritisch auseinandersetzen und diese bewerten zu können, gewinnt in der digitalen Wissensgesellschaft mit vielen Fehl- und Falschinformationen an Bedeutung. Daher muss die Gesundheitskompetenz der Organisationen bzw. der darin tätigen Professionen zielgerichtet gestärkt werden.

Einig waren sich Referierende und Teilnehmende auch darin, dass insbesondere vulnerable Gruppen bei der Förderung der Gesundheitskompetenz verstärkt in den Blick genommen werden müssen. Die Beiträge der Referierenden, Ergänzungen der Teilnehmenden sowie Impulse aus der BVPG-Mitgliederbefragung und der Diskussion im Rahmen der Statuskonferenz ergaben auch, dass sozialer Status, Bildung und Alter bei Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz noch stärker berücksichtigt werden müssen und mehr Partizipation der Zielgruppen bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten notwendig ist. Doch muss auch in Erfahrung gebracht werden, was die Entscheidungsfindung und das Verhalten der Zielgruppen beeinflusst, um dies bei der Entwicklung, der Implementierung sowie der Umsetzung von Informationen und Angeboten berücksichtigen zu können. Mit dem von Prof. Dr. Loss vorgestellten BCI-Konzept (»Behavioural & Cultural Insights«) kann dies gelingen. Auch das von Dr. Griese erwähnte kontinuierliche Monitoring zur Gesundheitskompetenz, welches Rückschlüsse auf regionale Situationen zuließe, wäre eine geeignete Grundlage, um gezielte Veränderungen und Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz für diese Regionen auf den Weg zu bringen.

Ebenso müssen (strukturelle und finanzielle) Rahmenbedingungen und Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz weiterentwickelt und im Kontext der gesamten Versorgungskette von Prä-

vention, Gesundheitsförderung und Versorgung mitgedacht werden. Eine vernetzte, systemübergreifende Zusammenarbeit des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens zur Stärkung der Gesundheitskompetenz würde in solch einer ganzheitlich gedachten Versorgungskette zusätzliche Chancen auf eine bessere Gesundheit der Bevölkerung bieten.

Es muss also gesamtgesellschaftliches Ziel sein, über geeignete Strukturen und Rahmenbedingungen die Gesundheitskompetenz ab der frühen Kindheit systematisch und kontinuierlich mit Angeboten in den Lebenswelten und der Arbeitswelt zu stärken, um eine Kultur der Prävention zu etablieren, die es ermöglicht, die in der Gesundheitskompetenz liegenden Chancen für verbesserte gesundheitliche Chancengleichheit, einer gesünderen Lebensweise und mehr Lebensqualität heben zu können.

## Impressum

### Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30 | 53123 Bonn

Telefon +49 (0) 228 - 9 87 27-0

Fax +49 (0) 228 - 64 200 24

✉ info@bvpraevention.de

in BVPG e.V.

X @bvpraevention

[www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)

[www.bvpgblog.de](http://www.bvpgblog.de)

Redaktionelle Bearbeitung: Simone Köser

©2024 Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)  
wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium  
für Gesundheit institutionell gefördert.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Die Veranstaltungsdurchführung erfolgte mit freundlicher Unterstützung  
der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (AÖGW),  
aus deren Räumlichkeiten die Statuskonferenz live übertragen wurde.



Eine Auflistung der teilnehmenden Organisationen an der  
22. Statuskonferenz steht Interessierten online zur Verfügung:

[www.bvpraevention.de/BVPG\\_22\\_Statuskonferenz\\_  
Teilnehmendenliste.pdf](http://www.bvpraevention.de/BVPG_22_Statuskonferenz_Teilnehmendenliste.pdf)

Gestaltung: [diller.corporate communications](https://diller.com)

Bildnachweis:

Umschlag links: © AÖGW | Malinka

Umschlag Mitte: © Rawpixel.com - stock.adobe.com

Umschlag rechts: © AÖGW | Malinka

Seite 2: © privat/Alexander Schmidt-Gernig

Seite 3: © privat/Lennert Griese

Seite 4: © AÖGW | Malinka; © FOTOSTUDIO\_IS025

Seite 5: © AÖGW | Malinka

Seite 6: © AÖGW | Malinka