Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/kontakt

Review article

Od prvních průzkumů k akčnímu plánu – zkoumání zdravotní gramotnosti v Německu

From the first surveys to an action plan – Examining health literacy in Germany

Lukáš Janura *

Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Praha, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2018-07-19
Received in revised form: 2018-08-31
Accepted: 2018-10-03
Published online: 2018-11-30

Keywords:
Health Literacy
Technical Advisory Council on Health – Sachverständigenrat Gesundheit
Fundamental Literacy
Federal Office for Health Education – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Unconscious learning

ABSTRACT

This study deals with research on health literacy undertaken in Germany in recent years. A proper debate started after the results of the EU Health Literacy Survey had been published. The debate in Germany is influenced by American authors, but with a focus on the specific abilities of the patients and features of health literacy.

Studies based on the EU Health Literacy Survey focus on the most threatened groups of citizens and create recommendations in this regard. There are some results which indicate that a more complex approach supporting general knowledge might be more efficient. Nevertheless, the approach which builds on a deep focus on the specific needs of threatened groups still prevails. Official recommendations issued by the Federal Government follow this line to a great extent. A slight change of institutions involved is observed as well.

The development of health literacy in Germany goes hand-in-hand with a general shift of the healthcare system to a more patient-oriented model, which gives more responsibility to individuals. It is clear that health literate citizens are a necessary precondition. Overall, this study shows that a sociological approach is specific for the German discussion. This approach is reflected also, in practical steps undertaken by the Federal Government. As a result of the debate, the National Action Plan of Health Literacy for Germany is analyzed.

Klíčová slova:
zdravotní gramotnost
Sachverständigenrat Gesundheit
fundamentální gramotnost
Spolková centrála pro zdravotnickou osvětu
nevědomé učení

SOUHRN

Studie se zabývá zkoumáním zdravotní gramotnosti, které probíhá v posledních letech v Německu. Poté, co byly zveřejněny výsledky Evropského průzkumu zdravotní gramotnosti, rozběhla se skutečná diskuse. Ta byla v německém prostředí ovlivněna americkými autory, ale současně se zaměřuje na specifické dovednosti pacientů a různé rysy zdravotní gramotnosti.

Studie, jejichž základem se stal Evropský průzkum zdravotní gramotnosti, se zabývají nejvíce ohroženými skupinami obyvatelstva a z toho vycházejí jejich doporučení. Objevují se však náznaky, že komplexní přístup s větším důrazem na obecnou gramotnost by mohl být nakonec přínosnější. Přístup založený na podrobném zkou-

* **Korespondenční autor:** Ing. Bc. Lukáš Janura, Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Smetanovo nábř. 6, 110 00 Praha – Staré Město, Česká republika; e-mail: januralukas@gmail.com
http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.10.004

KONTAKT XX/4: 440–448 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

Článek citujte takto: Janura L. From the first surveys to an action plan – Examining health literacy in Germany. Kontakt 2018; 20(4): e408–e415; http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.10.004

mání specifických potřeb ohrožených skupin však zcela převažuje. Tuto linii sledují také oficiální doporučení Spolkové vlády. Je rovněž možné pozorovat určitou proměnu zúčastněných institucí.

Vývoj zdravotní gramotnosti probíhá paralelně s obecným posunem zdravotnictví směrem k modelu orientovanému na pacienta, který jednotlivcům přenechává více odpovědnosti. Je zřejmé, že nutným předpokladem k tomuto posunu jsou zdravotně gramotní obyvatelé. Celkově lze říci, že sociologický přístup je charakteristický jak pro německou debatu, tak pro praktické kroky, které následně provedla Spolková vláda. Ve studii je analyzován Národní akční plán zdravotní gramotnosti jakožto výsledek této debaty.

© 2018 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

V posledních deseti letech začal být v Evropě postupně ve větší míře zkoumán pojem zdravotní gramotnost (*Health Literacy /HL/, Gesundheitskompetenz*). Rozšiřující se možnosti alternativ a současně stále složitější systém zdravotnictví ukazují nutný předpoklad racionálního rozhodování – silnou schopnost orientovat se v systému, věnovat se komplexní prevenci a rozlišit závažnost jednotlivých životních situací. Cílem této práce je ukázat, jak je zdravotní gramotnost v posledních letech pojímána v Německu. Práce se zaměří na impulzy, které vedly k masovému zkoumání na tomto poli. Měla by zodpovědět otázku, čím je právě v Německu tento výzkum specifický a co si konkrétně v Německu výzkumníci kladou za cíl.

Metodika a charakteristika souboru

Metoda, která je v této práci použita, spadá pod interpretativní případovou studii. Během výzkumu byla neustále zpřesňována východiska, včetně samotného pojmu zdravotní gramotnost. Tento pojem nabývá různých rozměrů v různých kontextech a vzhledem k tomu, že zkoumání tohoto pojmu není doposud metodologicky ukotveno, nabízí se práce minimálně s několika těmito kontexty.

Autor této práce považuje za významné chápání úrovní zdravotní gramotnosti podle Zarcadoolas et al. [1], která rozlišuje fundamentální gramotnost a na ni se postupně vrstvící specifičtější znalosti a dovednosti, které jsou modifikací zavedené teorie Nutbeama [2]. Jednou z otázek, kterou tato práce řeší, je, zda je v Německu silněji vnímán koncept Zarcadoolas či Nutbeama a zda tedy hraje větší roli rozvoj specifických dovedností, nebo důkladné zprostředkování základních znalostí v různých disciplínách. Oba koncepty jsou zde blíže představeny.

Práce následně sleduje, jaký rámec je použit pro vymezení Health Literacy (dále jen HL) v jednotlivých klíčových článcích. Podrobnou interpretací textu je vždy možné autorovo vnímání HL přiřadit k některému z naznačených směrů. Například čím více autoři sledují příslušnost zpovídaných osob k menšinám, jejich rodinné zázemí a čím více používají koncepty různých nerovností, tím spíše je lze řadit k linii Nutbeama [2]. Velká část autorů v Německu tuto linii rozvíjí a ještě překonává.

Literatura zpracovaná pro účely této studie zahrnuje jak obecnější publikace z USA, tak publikace německé, většinou z posledních čtyř let. Východiskem se staly texty D. Nutbeama [2], zpravidla publikované v časopise Social Science & Medicine. Další významné články americké produkce pocházejí z databáze PubMed. Situace v Německu byla zachycena mimo jiné pomocí databáze EBSCO MedLine. Vyhledávání bylo realizováno pomocí klíčových slov Health Literacy a Gesundheitskompetenz. V prvním případě databáze EBSCO nabízí za posledních 5 let přibližně 5 000 článků, z nichž pouze 12 se zcela věnuje Německu. Využity byly také databáze Springer Verlag a aerzteblatt.de.

Významnými dokumenty z hlediska této práce jsou potom především evropská Health Literacy Survey a německá Health Literacy Survey – Germany (HLS-GER). Jejich výsledky byly zveřejněny. Podrobněji je následně analyzován sborník z konference o zdravotní gramotnosti konané v listopadu 2015 v Kolíně nad Rýnem a akční plán přijatý Spolkovým ministerstvem zdravotnictví. V době mezi vydáním těchto dokumentů, tedy během posledních tří let, se diskuse výrazně obohatila a posunula od obecného k jednotlivému. Podstatné pro zachycení vývoje je rovněž srovnání doporučení Sachverständigenrat Gesundheit (SVR-G) v jednotlivých letech, zejména ve svazcích více zaměřených na oblast HL.

Evropský průzkum

V roce 2015 byl uveřejněn první ucelenější evropský průzkum zdravotní gramotnosti, který byl nazván Health Literacy Survey EU (HLS-EU) [3]. Navzdory tradičně výborným výsledkům německého systému zdravotní péče jako celku (při špičkové kvalitě mnoha oborů dosahují výdaje jen 11 % HDP a 8. místo na světě v paritě kupní síly) neukázalo Německo přílišnou sílu ve zdravotní gramotnosti, když se v uvedeném srovnání umístilo uprostřed pole. Řada autorů, např. Guido Nöcker [4], to považuje za nepříliš oslnivý výsledek a rozvíjí diskusi, proč je na tom SRN ve srovnání s ostatními zeměmi právě takto, když má ty nejlepší předpoklady vést si lépe.

Zde je nutné podrobněji osvětlit, o jaký výzkum se v roce 2015 jednalo. Především bylo ve studii srovnáno pouze osm zemí EU. Zatímco na první příčce se umístilo Nizozemsko, téměř na opačném pólu skončilo Rakousko, kde jsou ovšem výsledky zdravotní péče srovnatelné s Německem. Ze skutečnosti, že Německo skončilo v tomto

průzkumu na 4. místě, tedy nelze mnoho vyvozovat. Je zajímavé, že průměr získaných bodů se v jednotlivých zemích téměř neliší (mezi nejsilnějším Nizozemskem a nejslabším Bulharskem je rozdíl pouhých 7 bodů, ale velmi rozdílné jsou charakteristiky třetího řádu – šikmost). Zatímco v druhé nejnižší kategorii (problematická obecná znalost) se v případě Španělska umístilo 51 % respondentů, u nejlepšího Nizozemska to bylo pouhých 27 % [3, s. 1055]. Ačkoli studie uvádí, že v průzkumu bylo zapojeno Německo, není to přesné. Jak upřesňuje studie Univerzity v Bielefeldu, Německo se do průzkumu zapojilo pouze jednou spolkovou zemí. Respondenti byli pouze ze Severního Porýní – Vestfálska [5].

Co je však daleko důležitější, jsou obecnější doporučení a slabá místa napříč jednotlivými zeměmi, na která se autoři studie doporučují zaměřit. Na prvním místě uvádějí autoři zjednodušení celého systému, aby se občané mohli lépe orientovat. Dále doporučují soustředit se na nejproblematičtější skupiny obyvatel. Jako vhodný prostředek identifikují zavedení specializované výuky do školních osnov. Na evropské úrovni by měl být zaveden mechanismus evaluace, který by umožnil měřit pokrok (benchmarking). Tato doporučení autoři částečně přejímají od Parkera a Ratzana [6].

Historická diskuse v Německu

Co se týká podpory individuální zdravotní gramotnosti, bylo Německo do roku 2015 velmi málo popsaným listem. Oproti USA, kde lze zájem o tuto oblast registrovat již v 80. a 90. letech, je ještě v roce 2008 produkce literatury v USA oproti evropské zhruba dvojnásobná [7, s. 2519]. V Německu je pro Health Literacy používán pojem Gesundheitskompetenz, byť ne stoprocentně synonymně. Pojem Health Literacy (HL) byl zatím nejpropracovaněji definován Donem Nutbeamem [2]. Jedná se o „kognitivní a sociální schopnosti, které podmiňují motivace a schopnosti jednotlivců k porozumění, používání informací a dosažení přístupu k nim s cílem získat a udržet si kvalitní zdraví“. Nutbeam [2] dále rozlišuje funkční HL (základní porozumění informacím), interaktivní HL (pokročilé kognitivní schopnosti umožňující interaktivní komunikaci) a kritickou HL neboli schopnost analyzovat a aplikovat informace ve zdravotnictví s cílem získat vyšší kontrolu nad jednotlivými životními situacemi.

Např. Pelikan a Ganahl [8] rozlišují tyto úrovně poněkud odlišně, a to podle zacházení s informacemi. Ty je možné (1) nacházet, (2) chápat, (3) posuzovat a (4) používat ve svůj vlastní prospěch. Zarcadoolas et al. [1] rozlišují jiné čtyři úrovně: fundamentální gramotnost (čtení, psaní, práce s čísly), vědeckou gramotnost (faktické znalosti ze základních věd), občanskou gramotnost (znalosti umožňující se zapojit do veřejného života) a kulturní gramotnost. Autoři uvádějí, že samotný „součet“ znalostí v jednotlivých oborech spolu s úrovní fundamentální gramotnosti úroveň HL nevysvětlují. Přikládají jim nicméně velký význam. Obsáhlý přehled jednotlivých kategorií HL u různých autorů uvádí Sørensen et al. [9].

Thomas Abel [10, s. 14], šéfredaktor časopisu International Journal of Public Health, je toho názoru, že Nutbeamova definice je příliš individualistická a zcela opomíjí otázku, kdo produkuje zdravé životní prostředí, a tedy kdo v jeho pojetí má formovat „veřejné zdraví“. V Německu se například oproti USA vede debata, zda třetí z úrovní HL – kritická – je ještě objektivní a lze ji předávat ve formě znalostí a dovedností. Abel [10, s. 16] si však všímá skutečnosti, že hranice mezi třetí úrovní HL a politikou je velmi tenká. Jako příklad uvádí diskusi ve Švýcarsku: „Jistě patří mezi zdravotní gramotnost například výběr jednoho z mnoha modelů pojištění a shoda nad podobou zákona o zdravotním pojištění.“ Pokud však šlo o přemýšlení o výši minimální mzdy, která ovlivňuje šance na vedení zdravého života, odpověď, jak Abel [10] dodává, zněla: „Ne, ne, to už není zdravotní gramotnost, to je politika.“

V německém kontextu je dále zdůrazňováno, že gramotnost musí být smysluplná, tedy že jednotlivec musí mít k jejímu využití prostředky a patřičný status. Abel [10, s. 18] uvádí příklady, kdy se osvětové programy zcela míjejí účinkem, pokud nejsou cíleny na takovou sociální skupinu, pro kterou je daný problém relevantní. Výsledkem takových akcí je nezájem obyvatelstva.

Počátek moderní institucionální podpory zdravotní gramotnosti v Německu lze umístit do roku 1967, kdy byla založena Spolková centrála pro informovanost ve zdravotnictví – *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BfgA*. (Již během 30. a 40. let existovaly v Německu četné centrální kampaně ve prospěch zdravého životního stylu, související do značné míry s omezováním spotřeby některých potravin či omezováním odpadů apod.). Vznikla jakožto centrální orgán pro koordinaci aktivit vedoucí ke zvyšování obecného zdraví. K aktivitám vytčeným při zřízení patřily zpracování směrnic pro obsah a metody praktické zdravotní výchovy, vzdělávání na tomto poli, koordinace posilování povědomí o zdravotnictví na území SRN a spolupráce se zahraničím. Během 70. let se však BfgA začala věnovat prakticky výlučně osvětě a prevenci – známé a relativně úspěšné jsou její kampaně proti některým nemocem z 80. a 90. let. Orientaci v systému se však zcela přestala věnovat.

Roli informovanosti v rámci systému se podrobněji věnovala Světová zdravotnická organizace (WHO), která základní směr udala v rámci tzv. Ottawské charty v roce 1988. Ottawská charta definovala pět oblastí, které by měly být státem aktivně podporovány: rozvoj politiky aktivně podporující zdraví, rozvoj vhodného prostředí pro život, konání obecně prospěšných společenských aktivit, orientace nejen na kurativní medicínu a – v tomto kontextu nejdůležitější – rozvoj osobních kompetencí [11]. Odpovědnost za rozšiřování zdravotní gramotnosti byla ponechána především praktickým lékařům a zdravotním pojišťovnám. Body Ottawské charty se později staly základem deklarace Health 2020, který v roce 2013 publikovala Evropská regionální kancelář WHO.

Odborné těleso, fungující jako poradní organizace Spolkového ministerstva zdravotnictví, tzv. *Sachverständigenrat Gesundheit* (SVR-G), identifikovalo v roce 2001 cíle, ke kterým se pacient upíná a které by případně v podobě výstupu bylo možné měřit. Tyto výstupy musí být kauzálně zdůvodněné a jasně prokazatelné [12–14].

Organizace SVR-G [13, 14] dále v roce 2003 doporučila jako jednu ze zásadních priorit urychlené vybudování nezávislého poradenství s cílem zajistit pojištěncům pokud

možno objektivní informace o stále přibývajících alternativách. Tak vznikla v roce 2006 Nezávislá poradna pro pacienty (*Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD*). Nezávislost má být zaručena pestrou škálou spoluprovozovatelů. K nim patří např. *Sozialverband Deutschland, Verbraucherzentrale Bundesverband* a *Verbund unabhängige Patientenberatung*. První z organizací, *Sozialverband Deutschland*, vznikla již během první světové války jako organizace válkou poškozených. Ani století existence napříč různými režimy (s vynucenou přestávkou v letech 1933–1945) nezavdalo příčinu k politizaci organizace. Na místech jejích předsedů se střídají představitelé různých politických stran napříč spektrem.

UPD poskytuje rady převážně telefonicky, a to až z 85 %. Mezi lety 2011 a 2013 bylo možné zaznamenat výrazný nárůst zájmu mezi uživateli (zatímco totiž v roce 2011 bylo obslouženo v rámci jedné hodiny 66 % volajících, v roce 2012 56 % a v roce 2013 již jen 42 %. Při neměnné průměrné délce hovoru lze celkem spolehlivě usuzovat na nárůst zájmu).

Ředitel organizace Sebastian Schmidt-Kaehler se v roce 2014 vyjádřil v tom smyslu, že právě rostoucí množství informací vyhledávaných na internetu poptávku po osobním poradenství ještě posiluje [15]. Tím se otevírá otázka, zda jsou samostatné vyhledávání informací na internetu a individualizované poradenství v komplementárním vztahu a ne ve vztahu substitučním.

S nástupem internetu jako nejrozšířenějšího média pro vyhledávání zdravotnických informací veřejností začala snaha informační zdroje třídit a odlišit důvěryhodné od ostatních. V tomto směru byla od počátku činná Evropská komise. V roce 2001 odstartoval projekt Evropské komise koordinovaný Univerzitou v Heidelbergu s pečetí kvality MedCertain [14, svazek II, s. 245]. Její význam už je v dnešní době přežitý. Pečeť MedCertain sice oficiálně zrušena nebyla, avšak využívána není. Obdobný osud postihl i evropskou platformu eEurope 2002. Na globální úrovni začal v roce 2002 fungovat systém Health On the Net – HON. Již letmý náhled na stránky nesvědčí o jakékoli aktualizaci v posledních letech.

Následně identifikoval *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* tři relevantní oblasti, které jsou v podobě výstupu měřitelné a jednoznačně prokazatelné. Z pohledu pacienta jsou typy výstupů mortalita, morbidita a kvalita života [16, s. 38]. Jak vyplývá z výzkumu R. Busseho [17], měřitelnost „měkkých“ výstupů ve zdravotnictví je stále problematická, zejména v otázkách kvality života. Komplexní výstupy tohoto typu není možné změřit čistě teoreticky. Podle Busseho [17] nevede žádná metoda ke spolehlivému zjištění a vždy je nutné abstraktně dosažené výsledky doplnit o nějakou formu dotazování pacientů.

D. Klemperer [18] připouští, že v současnosti používaná míra zjednodušení informací, které jsou předávány ošetřujícím lékařem pacientovi, vede z větší části k neoptimálním rozhodnutím. Jako příklad udává studie týkající se kardiologických operací, které byly vesměs indikovány nadbytečně [např. 19, 20]. Klemperer [21] klade důraz na srozumitelnost doporučení (*Verständlichkeit*). Mezi srozumitelností a atraktivitou sdělení však do značné míry panuje nepřímá úměra. Je velkou výzvou zejména pro BZgA, která je etablována jako poskytovatel relevantních a velmi důvěryhodných informací, aby obstála v záplavě méně důvěryhodných, ale o to atraktivnějších informací.

Z následné diskuse mezi D. Klempererem, S. Siegertovou a dalšími odborníky vyplynulo, že je nutno informace prezentovat „krátce, přesně a ve srozumitelné formě“. Zazněl rovněž požadavek na předávání informací v „jednoduchém jazyce“ [21, s. 54]. V diskusi byl dále odmítnut způsob sdělování informací pomocí vyprávění a interpretace příběhů – životních zkušeností konkrétních pacientů. Narativní formou je předávána drtivá většina neověřených informací na internetu (převážně v diskusních fórech).

Každá evaluace začíná diskusí o tom, co vlastně přesně má být předmětem hodnocení. V německé debatě na toto téma je opět silně zastoupen hlas výše zmiňovaného T. Abela. Podle něj se z Nutbeamem definovaných tří úrovní celosvětově věnuje příliš pozornosti funkční gramotnosti, zatímco ostatní dvě jsou zastoupeny málo či vůbec. „Ptáme se, jaké dimenze zdraví chceme zlepšit a v případě jakého druhu intervence pomůže zdravotní gramotnost dosáhnout stanoveného účelu. (…) Zde musíme uvážit, že zdravotní gramotnost může mít velmi rozdílné významy a funkce, tak odlišné jako krátkodobý pobyt v nemocnici a dlouhodobá změna životního stylu“ [22, s. 169].

Teoretické přístupy v Německu

Zatímco Nutbeam [2] chápe HL jako mnohodimenzionální konstrukt, Abel [10] se snaží zdůraznit roli kulturního kapitálu. Teprve sociologická teorie kulturního kapitálu podle něj umožňuje pochopit, proč je HL nerovnoměrně rozdělená a proč toto rozdělení nakonec vede ke znevýhodnění různých sociálních skupin. „Většina dnešních prací je zaměřena na jednotlivce a jeho osobní ‚kompetenční status‘. Současně ale všechny empirické studie odkazují na sociální nerovnost zdravotní gramotnosti a tím také na význam faktorů, které leží mimo jednotlivce [23, s. 925]. Abel [24, s. 49] také zdůrazňuje potřebu vždy důsledně zohledňovat specifika konkrétní země.

Současná vědecká obec rozlišuje v zásadě tři typy přístupu k výzkumu a definici HL. Výše zmíněný sociologický přístup o HL tvrdí, že získaný kulturní kapitál spolu s ostatními typy kapitálu (sociálním a ekonomickým) tvoří základnu racionálního a zdravého chování [25, s. 95]. Psychologické přístupy zahrnují HL do sociálně kognitivních modelů. HL je tak definována jako dodatečný faktor, který doplňuje motivační a volní procesy. Von Wagner et al. [26] zdůrazňují, že HL sama o sobě je jakýmsi katalyzátorem úkonů a je odvislá od obecné gramotnosti a schopnosti porozumění textu. Oproti tomu existují tzv. strukturální modely, které do HL zahrnují osobnostní rysy – zejména disciplínu, schopnost odpírat si a přijímání odpovědnosti [27].

Užitečný přístup v posledních letech osvětlují pedagogicky orientované přístupy. Paakari a Paakari [28] konstruují HL z pěti složek – teoretické vědění, praktické vědění, kritické myšlení, sebereflexe a eticky a sociálně odpovědné jednání. Jäncke [29] vychází z ontogeneze mozku a zpracovává téma vědomého a nevědomého učení. S odkazem na známý citát Maxe Webera uvádí R. Arnold, že „člověk se ne-

může neučit“ [30]. Jäncke [29] se pak dopracovává k tomu, že doporučuje více využívat potenciál nevědomého učení, které jedinec absolvuje kontaktem s praxí.

První německý průzkum

Příprava prvního německého průzkumu byla výrazně ovlivněna HLS-EU. Především práce na vyhodnocení HLS-EU nastartovala německou vnitřní debatu o způsobech evaluace zdravotní gramotnosti [5, s. 12].

Šetření v Německu nicméně přijalo za základ především metodu HLS-EU. Studie Health Literacy Survey – Germany (HLS-GER) testovala 2 000 osob starších 15 let. Odpovědní sadu tvořilo 47 otázek, které respondenti subjektivně hodnotili na škále od 1 do 4. Každá otázka byla formulována stylem „jak snadné či obtížné je pro Vás…“. Tyto otázky byly roztříděny do tří vertikálních kategorií (zvládání nemoci, prevence a podpora zdraví) a čtyř horizontálních skupin (nacházení, porozumění, posuzování a použití informací) [5, s. 22].

Oproti modelu, který byl použit pro HLS-EU, byly ve větší míře zahrnuty kontext a externí faktory, které rozhodování jedince ovlivňují (prostředí, životní situace, rodina, společenské kontakty). Podobně jako HLS-EU pracuje i německý model s výstupy jako „zdravé“ chování, zdravotní status a využití systému [5].

Zde je možné spatřit velký vliv konceptů T. Abela [22], který vybízí k zohlednění sociálních faktorů. V HLS-GER je navíc, jak autoři uvádějí, výběrem otázek zohledněna i vyšší míra komplikovanosti německého systému. Bližší podrobnosti ale studie neuvádí. Je samozřejmě důležitou otázkou, nakolik je potom složitost systému zohledněna ve studiích prováděných v dalších evropských státech.

Vzorek 2 000 osob, které byly zpovídány pomocí počítačově asistovaných rozhovorů, bylo možné označit za reprezentativní, byť s několika výhradami. Například osoby zahraničního původu a osoby s vyšším vzděláním byly mírně podzastoupeny, přičemž pro první z těchto nedostatků lze nalézt vysvětlení spočívající v jazyce testování – němčině [5, s. 35]. Určitý problém lze ale spatřovat v zařazení studentů, tedy osob s nedokončeným vzděláním, automaticky do nižší kategorie.

Podstatným faktem, který už ale následně v debatách nebývá zohledňován, je to, že testy stojí výhradně na sebehodnocení pojištěnce. Sám koncept HLS-EU, z něhož je německá verze odvozena, se s tímto problémem vyrovnává konstatováním, že „tento druh operacionalizace vychází z tradice subjektivního posuzování HL“ [3, s. 1054]. Americké studie [např. 31] připouštějí, že sebehodnocení bude vždy přítomno. Nicméně právě míra subjektivity se stala předmětem ostré kritiky HLS-GER v nelékařských kruzích. *Max Planck Institut für Bildungsforschung* [32] ocenil dokonce Národní akční plán zdravotní gramotnosti anticenou „ne-statistika měsíce“. Unstatistik des Monats je každý měsíc vyhlašované negativní ocenění pro metodologicky nedostatečně uchopenou statistiku, která je špatně pochopena nebo vytváří zcela zavádějící dojem. Problematická je z tohoto hlediska i zpětná kvantifikace kvalitativních kritérií. Při rozdělení na pouhé čtyři kategorie není zřejmé, zda se třeba většina osob charakterizovaných stupněm II nenachází těsně pod hranicí stupně I. Není tak zcela zřejmé, jak daleko je „špatně dopadnuvší“ Německo od „vzorového“ Rakouska.

Domácí studie ukázala ještě o něco horší výsledky než HLS-EU. Skupina s výbornými znalostmi se ukázala jako výrazně menší (pouze 7,3 % oproti 19,6 %). V této souvislosti nicméně autoři znovu zdůrazňují, že „při interpretaci je nicméně nutné zohlednit, že systémy zdravotní péče se v zúčastněných zemích zčásti značně odlišují“ [5, s. 40].

Výzkum identifikoval skupiny nejvíce ohrožené zásadními problémy ve znalosti, a to osoby s cizineckým původem, nízkým vzděláním, chronickým onemocněním a ve vyšším věku. Dlužno říci, že většinu těchto skupin lze předpokládat. Kromě toho sem lze zařadit i osoby, které se subjektivně řadí mezi nižší vrstvy [5, s. 41–2]. Je zajímavé, že chronicky nemocní v Německu dosáhli horších výsledků než zbytek dotazovaných, což v ostatních zemích není pravidlem. Ve studii prakticky nebyl zaznamenán rozdíl mezi pohlavími.

Studie vyhodnocuje kompetence ve třech definovaných vertikálních kategoriích. Výsledky by se daly shrnout tak, že německé obyvatelstvo si lépe vede v konkrétních reakcích při nemoci, ale hůře při prevenci.

Studie kromě kompetencí zhodnotila také zdroje informací, které jsou pro pacienty relevantní. Pro realitu Německa je typické, že zásadním informačním zdrojem je praktický lékař. To pojištěnci prokázali mj. ve výzkumu z roku 2000, kdy za nejvýznamnější přidanou hodnotu praktického lékaře (*Hausarzt*) označili předávání relevantních informací [13, s. 189]. Studie provedená v roce 2013 řadí lékaře stále na 1. místo (asi 80 % respondentů). Podíl dokonce oproti roku 2009 lehce narostl [33].

Cesta k akčnímu plánu

A jak na zveřejnění zprávy reagovala německá odborná veřejnost? HLS-GER byla především doplněna dvěma dalšími rozsáhlými studiemi, které její závěry potvrdily. Ještě v témže roce provedl další zkoumání Institut Roberta Kocha. Studie s názvem Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) byla oproti HLS-GER zaměřena pouze na dospělé osoby a vycházela z poněkud odlišného rozdělení do věkových skupin. Díky většímu rozsahu (4 845 osob) je možné dosažené výsledky označit za přesnější. Ještě paralelně s HLS-GER provedl svůj vlastní průzkum také Spolkový svaz pojišťoven AOK. Studie je rozsahem opět o něco menší (necelé 2 000 osob) a především se zaměřuje pouze na klienty AOK, kteří patrně netvoří reprezentativní vzorek německé populace.

V červnu 2017 vydalo Spolkové ministerstvo zdravotnictví spolu s Konferencí zemských ministerstev prohlášení Aliance pro zdravotní gramotnost. Spoluzakladateli této aliance se staly např. Spolková lékařská komora, Spolkové sdružení lékárníků, *B. A. G. Selbsthilfe, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV Spitzenverband* a další. Hlavním vytčeným cílem deklarace je „posílení obecné zdravotní gramotnosti obyvatelstva pomocí vzdělávání“. V úvodní části je vysvětlena potřeba takovéhoto kroku. Tu autoři opírají o cíl Spolkového ministerstva zdravotnictví vyslovený v roce 2003, tj. „zvýšení zdravotní gramotnosti – posílení suverenity pacientů“. Posilování suverenity pacientů, odpovědnosti a soutěžních prvků je pravidelným motivem

doporučení SVR-G od roku 2000. Nezřídka je toto doporučení spojeno s požadavkem větší informovanosti [14, s. 189]. Zdá se, že až jako druhotný cíl je v deklaraci popsáno zvýšení kvality života pacientů [34, s. 3–5].

Druhá část deklarace je věnována stanovení konkrétních cílů. Každý ze zapojených subjektů má navrhnout možnosti řešení ve vlastní kompetenci, a to především ve vztahu ke skupinám s nízkou HL. Dále má vzniknout jednotný informační portál propojující kvalitní a podložené informace. S ohledem na výše uvedenou zkušenost s certifikací „ověřených" informací však tato snaha nepůsobí příliš nadějně.

Na podkladě deklarace vznikl v únoru 2018 již zmíněný Národní akční plán HL. Autory akčního plánu jsou např. Doris Schaeffer, Kai Kolpatzik, Jürgen Pelikan či Rolf Rosenbrock, tedy samá významná jména obecného výzkumu systému zdravotní péče v SRN. Na vypracování se podílely jak Univerzita v Bielefeldu, tak Hertie School of Governance. Předkladatelem plánu se těsně před koncem svého mandátu stal spolkový ministr zdravotnictví Herman Gröhe (CDU).

HL je v rámci akčního plánu prezentována jako výsledek „souhry" osobních dovedností a systému. Z toho vyplývají dvě hlavní výzvy pro systém – rozvoj osobních kompetencí a rozvoj systému [35, s. 13]. Konkrétně pak (1) posílení individuální HL, (2) vtažení pacienta jako spolutvůrce do hry, (3) Shared-Decision-Making a (4) uživatelsky srozumitelný systém péče [35, s. 19]. V oddílu věnovaném otázce, proč je vůbec HL důležitá, konstatuje akční plán podstatnou skutečnost: HL je potřeba mj. proto, že se proměňuje role pacienta. „Pacienty již není možné vnímat jako pasivní příjemce služeb, ale jako aktivně jednající partnery v rozhodování, kteří mají možnost spolupracovat, rozhodovat se a mají rovněž svá práva" [35, s. 17]. Současně dokument připouští rostoucí komplexitu a nepřehlednost systému. Tou „trpí zejména osoby v těžkých životních situacích a osoby s nízkou zdravotní gramotností" (ibid.) První část tvrzení (osoby v těžkých životních situacích) není novým zjištěním autorů tohoto akčního plánu. Již Nebling [36, s. 57] poukazuje na paradoxní nepřímou úměru mezi akutní potřebou a schopností zpracovávat důležité informace ve zdravotnictví. Ve zdraví je schopnost pacienta získávat a logicky vyhodnocovat informace maximální, přičemž v době nemoci se obojí snižuje, současně ale právě roste jejich potřeba. Zároveň se zmenšuje možnost jeho volby.

Druhá část tvrzení poukazuje na dilema, před kterým pak tvůrci opatření stojí. Větší uživatelská příjemnost systému je od určité hranice v kontradikci s možnostmi volby. Větší svoboda v jednání pojištěnce přináší řadu komplikovanějších multifaktoriálních rozhodnutí, kde je právě v těchto ohrožených skupinách vysoká pravděpodobnost přijetí mylného závěru. Podobně jako Chew et al. [31] dospívá i akční plán ke zjištění, že překážkou rozvoje HL je nízké vzdělání a obecná gramotnost [35, s. 21].

A co tedy akční plán doporučuje? V souladu s hlavní myšlenkou, že HL je výslednicí jak individuálních schopností, tak prostředí, zní první doporučení „začít s výukou HL v co nejnižším věku". V zásadě jde o zařazení specifické výuky HL do vzdělávacích plánů na všech stupních škol – viz např. projekt ScienceKids (www.sciencekids.de). Akční plán nicméně (samozřejmě s ohledem na kompetence Spolkového ministerstva zdravotnictví) vůbec nepostihuje jakékoli zvýšení fundamentální gramotnosti, jak ji chápou Zarcadoolas et al. [1]. Porozumění komplikovanému systému zdravotní péče je však znemožňováno jak nízkou funkční gramotností (porozumění textu), tak např. statistickou gramotností, která hraje v případě rozhodování stále větší roli. Fatální nedostatky v práci s procenty, s chápáním senzitivity testů a pravděpodobnostmi onemocnění vykazují jak pacienti napříč vzdělanostními a věkovými skupinami, tak i samotní lékaři. Vyplynulo to z rozsáhlého šetření v USA v letech 2006–07 [37, s. 411–13]. Je ovšem otázkou, zda je takto kritická situace i v Německu, ačkoliv není důvod předpokládat zásadní odlišnosti.

Druhým doporučením je ale velmi komplexní propojení HL s aspekty bezpečnosti při práci a zdravého životního stylu na pracovišti. Asi nejdále se doposud dostal projekt Spolkového úřadu pro ochranu při práci a pracovní lékařství (BAUA). Ten zdůrazňuje především neformální rozvoj kompetencí. Rozumí se tím nevědomý a ze strany vzdělavatele pouze iniciovaný způsob získávání praktických dovedností v oblasti HL. Princip neformálního vzdělávání vyzdvihuje jako velmi účinný, a to s odkazem na literaturu převážně americké provenience [38, s. 79].

Jedním z dalších doporučení je potom vybudování „kompetentního" zdravotního pojištění. Požadavkem na takovou formu pojištění je, aby pojištěnec srozumitelně chápal výhody a nevýhody v různých životních situacích. Inspirace má být v tomto směru čerpána v Rakousku, kde byl k tématu vypracován metodologický plán. Důvod pro výběr Rakouska není zcela zřejmý – Rakousko se umístilo v rámci HLS-EU spolu s Bulharskem na posledních příčkách. Rakouská stopa ve výzkumu HL je však značná – svědčí o tom i to, že se zde v únoru 2018 uskutečnil zahajovací mítink platformy European Health Information Initiative on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Ve Vídni také sídlí Institut Ludwiga Boltzmanna, který se otázkami HL zabývá, a to především za účasti Jürgena Pelikana. Ten figuruje jako spoluautor návazných studií HLS v Rakousku, Nizozemsku a také v České republice.

Další cíl míří přímo na zjednodušení „přihlašovacích procesů, administrativních nástrojů jako nálezů, formulářů a smluv…" a rovněž rozvoj poradenství v řadě oblastí [35, s. 40]. Podobně srozumitelná by měla být i komunikace mezi lékařem a pacientem [35, s. 41]. K tomu by měli být lékaři školeni v rámci tzv. metody „Teach Back". Praktickou otázkou nicméně zůstává, na úkor kterých činností se bude lékař vzdělávat v této oblasti. Metodu této zpětné vazby, nakolik pacient rozumí obsahu sdělení, již částečně vyvinula Univerzita v Bielefeldu (srv. www.teachbacktraining.org). Úřední informace by měly být předávány v co nejjednodušší formě, pokud možno i za pomoci tzv. jednoduché řeči (*Einfache Sprache – ES*). Koncept jednoduché řeči je v SRN široce využíván státní správou – například všechna spolková a většina zemských ministerstev, větší úřady a municipality poskytují na svých internetových stránkách alternativu ES. V tomto směru platí od 1. 1. 2018 v SRN nová legislativa, díky níž jsou veškeré úřady povinny poskytovat postiženým osobám informace ve srozumitelné formě, kterou je však myšlena zpravidla tzv. lehká řeč (*Leichte Sprache – LS*). Tyto dva výrazy bývají sice používá-

ny synonymně, nicméně LS je ještě více zjednodušenou formou a je určena nikoli pro osoby s omezenou gramotností, ale skutečně s psychickými onemocněními.

Zajímavým poznatkem je skutečnost, že v žádném z analyzovaných článků nevzniká iniciativa či konkrétní plán na zlepšení HL zespoda, tedy od samotných pacientů. Pokud je pacienty formulován nedostatek, je zde stát (země), aby zjednal nápravu. Situaci opět poněkud komplikuje německé specifikum, kdy je za hlavního nositele HL považován lékař.

Diskuse a závěr

Aktivní německá debata o zdravotní gramotnosti výrazně zesílila v roce 2015, kdy byly zveřejněny výsledky prvního celoevropského průzkumu. Ten byl iniciován Evropskou komisí, resp. Evropskou regionální kanceláří WHO. Debata narostla jak co do objemu, tak do hloubi různých dílčích témat. Po zveřejnění výsledků následoval domácí průzkum a z něj byl velmi rychle, během necelých tří let, stanoven Národní akční plán.

Výsledky HLS-EU jsou obecně pro německý systém zdravotnictví považovány za znepokojivé. Po důslednějším prozkoumání metody a zejména interpretace statistik se ukazuje, že výsledky jednotlivých zemí (kterých navíc není velký počet) se neliší tak dramaticky. Rozvíjení odborné debaty o tom, jak HL zvyšovat, je potřebné. Nezdá se však, že by Německo bylo v tak kritické pozici, jak z řady německých článků vyplývá. Zde je potřeba vzít v potaz, že stesk na nedostatky v gramotnosti je v posledních letech přítomen v mnoha oblastech.

Pokud je možné vypozorovat specifika německého přístupu k HL, je to zejména převažující tzv. sociologický přístup. Na rozdíl od americké diskuse, ze které všechny další národní či regionální diskuse vycházejí, výzkumy provedené v SRN velmi často zohledňují celý společenský kontext, ve kterém se zkoumaná osoba pohybuje. Tento způsob výzkumu sice umožňuje identifikovat nejvíce ohrožené skupiny, na druhou stranu však takto pojmenovává v drtivé většině skupiny, které mají nedostatky v obecných úrovních gramotnosti (jazyková, statistická, mediální). Velká část prací se opírá o publikace T. Abela, který je v Německu, i díky svému současnému angažmá, považován za autoritu na tomto poli.

Z hlediska jednotlivých kategorií HL lze říci, že německá debata o zdravotní gramotnosti je více ovlivněna Nutbeamem, Sørensenem, Abelem a dalšími, kteří preferují specifickou podporu HL, přičemž Abel ještě silněji než Nutbeam. Oproti tomu hlasy volající po podpoře základních úrovní gramotnosti (statistická, literární) jsou spíše ojedinělé. Zajímavý je v tomto ohledu (pouze okrajově aplikovaný) koncept nevědomého učení. Je patrné, že tyto akcenty zaznívají na polích, kde debata není primárně pouze o zdravotnictví samotném.

Z institucionálního hlediska lze pozorovat určitý posun. Platformy, jako SVR-Gesundheit, které měly dříve HL v agendě, přestaly být na tomto poli aktivní. Jiné instituce, jako BfGA, se tématem HL znovu vrátily k širší podstatě svého původního působení. Zatímco krátce po svém založení se BfGA věnovala systému zdravotní péče v celé komplexitě, včetně návodů, jak se v systému vyznat, lze říci, že minimálně od 80. let se těžiště zcela posunulo do oblasti prevence. To, že se nyní BfGA věnuje zdravotní gramotnosti a naplňuje tak své původní poslání, je zásluhou snahy nalézt pro tuto instituci i nové formy uplatnění v posledních pěti letech. Jedná se tedy i o posun v institucionálním rozložení. BfGA podřízenou Spolkovému ministerstvu zdravotnictví lze označit za zásadního aktéra, který vydává jednotlivá doporučení a určuje linii.

Na akademické půdě je jednoznačně nejvýraznějším pracovištěm Univerzita Bielefeld. Prakticky orientované práce se zpravidla zabývají metodami sběru dat a jejich vyhodnocování.

Účelem rozvoje HL je kromě zdravého životního stylu zejména snazší orientace v systému a schopnost obstát v různých životních situacích. Celý německý systém zdravotní péče je současně charakteristický tím, že se opakovaně snaží nabídnout pojištěncům možnost volby. *Bürgerorientierung* a svoboda v rozhodování se staly ústředními motivy každé z reforem v posledních třech desetiletích. Současně téměř dvě stovky zdravotních pojišťoven a řada programů, které si vzájemně konkurují, alternativa soukromého pojištění (PKV) a stále ještě převažující soukromá forma praktických lékařů s sebou nesou jistou komplikovanost. Nabízí se otázka, zda právě komplikovaně nastavený systém není stimulem pro pojištěnce, aby jej hlouběji zkoumali.

Práce se tak dostává k výsledku, kdo je tím vůbec nejdůležitějším aktérem udávajícím směr a kudy se další rozvoj HL má ubírat. Nejhlasitějším tvůrcem nových myšlenek je univerzitní prostředí, konkrétně tedy Univerzita Bielefeld a prostředí kolem časopisu International Journal of Public Health. Univerzita Bielefeld navíc rozvíjí multidisciplinární metody ověřování získaných kompetencí, zabývá se efektivními cestami rozvoje HL a formuluje požadavky na ostatní aktéry.

Spolkové ministerstvo zdravotnictví pak čerpá z těchto poznatků a současně se inspiruje v Rakousku. Protože se jedná vesměs o výukové, vzdělávací a marketingové aktivity, jsou tyto realizovány na spolkové úrovni, jen minimum z nich mají v rukou zemská ministerstva.

Zdravotní pojišťovny jsou spíše realizátory jednotlivých opatření (např. tvorbou zmiňovaného kompetentního pojištění). Největší z pojišťoven (AOK) se však podílí na výzkumu, sběru dat a byla rovněž významným spolutvůrcem Akčního plánu. Zcela jistě nejsou zásadním aktérem sami pojištěnci.

V Německu prošla vývojem forma získávání informací o systému. Každá etapa s sebou nesla své specifické problémy – nástup internetu, jeho masové využití až po dnešní nepřeberné množství informací. Ačkoli zpočátku převažovala snaha o certifikaci a selekci důvěryhodných zdrojů, nikdy (a o německém prostředí to platí dvojnásob) nepřestal být praktický lékař zásadním zdrojem informací a rovněž metodickým průvodcem zdravotním systémem. Významnou roli hraje také nezávislé poradenství, které bylo zřízeno po řadě méně úspěšných pokusů poradenství institucionalizovat. Je možné říci, že se jedná o velmi erudovanou a politicky neutrální instituci, o niž dokonce roste zájem.

Všudypřítomná jsou doporučení na zjednodušení systému, zpravidla bez bližšího určení nástrojů, jak jej docílit. S tímto problémem se Německo potýká v mnoha rovinách a je otázkou, zde je možné jej v dohledné době nějak uspokojivě řešit.

Očima souhrnných průzkumů se Německo, co se týče zdravotní gramotnosti, nenachází na pozicích, kde by se s ohledem na výbornou úroveň systému zdravotnictví rádo vidělo. Důvody, proč a zda vůbec tomu tak skutečně je, jsou podstatně složitější, než je v základních dokumentech typu HLS-EU či v Národním akčním plánu uváděno. Zdaleka ne všechna negativa jsou odstranitelná cíleným zvyšováním zdravotní gramotnosti jako takové.

Konflikt zájmů

Autor prohlašuje, že si není vědom žádného konfliktu zájmů týkajícího se uvedeného příspěvku.

LITERATURA

[1] Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int 2005;20(2):195–203.

[2] Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challengefor contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259–67.

[3] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015;25(6):1053–8.

[4] Nöcker G. Health Literacy: Neue Basiskompetenz für die Gesundheitsgesellschaft? In: Health Literacy/ Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Köln; 2015.

[5] Schaeffer D, Vogt D, Berens E-A, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld; 2016.

[6] Parker R, Ratzan S. Health literacy: a second decade of distinction for Americans. J Health Commun 2010;15(Suppl. 2):20–33.

[7] Kondilis BK, Kiriaze IJ, Athanasoulia AP, Falagas ME. Mapping Health Literacy Research in the European Union: a bibliometric analysis. PLoS One 2008;3(6). [online] [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0002519&type=printable

[8] Pelikan J, Ganahl K. Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS-EU Consortium‘s Health Literacy Assessment Effort. Studies in health technology and informatics; 2017. [online] [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: http://ebooks.iospress.nl/publication/47672

[9] Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health Literacy and Public Health: a systematic review and integration of definitons and models. BMC Public Health; 2012. [online] [cit. 2018-01-28]. Dostupné z: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80

[10] Abel T. Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Operationalisierungen – und zurück. In: Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen, Köln; 2015.

[11] Rosenbrock R. Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin; 1998.

[12] Sachverständigenrat Gesundheit. Gutachten 2001, Band I. Berlin; 2001.

[13] Sachverständigenrat Gesundheit. Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band I. Berlin; 2003.

[14] Sachverständigenrat Gesundheit. Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität, Gutachten 2003. Band II. Berlin; 2003.

[15] Krüger-Brand H, Rieser S. „Wir sind bei Ärzten noch nicht bekannt“. Deutsches Ärzteblatt. 2014;111(6): 202–3.

[16] Institut für Qualität und wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden. Version 4.2; 2015. [online] [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_4-2.pdf

[17] Busse, R. Methoden der Versorgungsforschung. In: Hey M, Maschewsky-Schneider U, Busse R, Häussler B, Pfaff H, Rosenbrock R, Schrappe M (Hrsg.). Kursbuch Versorgungsforschung. Berlin; 2006.

[18] Klemperer D. Gesundheitsinformationen richtig anbieten und Kompetenzen fördern. In: Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Köln; 2015.

[19] Goff SL, Mazor KM, Ting HH, Kleppel R, Rothberg MB. How cardiologists present the benefits of percutaneous coronary interventions to patients with stable angina: A qualitative analysis. JAMA Intern Med 2014;174(10):1614–21.

[20] Kureshi F, Jones PG, Buchanan DM, Abdallah MS, Spertus JA. Variation in patients’ perceptions of elective percutaneous coronary intervention in stable coronary artery disease: cross sectional study. BMJ Clinical Research; 2014. [online] [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4157615/

[21] Klemperer D. Gesundheitsinformationen gestalten: Abschlussdiskussion. In: Health Literacy/ Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Köln; 2015.

[22] Abel T. Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective. Int J Public Health 2008;53(4):169–70.

[23] Abel T, Sommerhalder K. Gesundheitskompetenz/ Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt 2015;58(9):923–9.

[24] Abel T. Gesundheitskompetenz messen. In: Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen, Köln; 2015.

[25] Kamin T, Anker T. Cultural capital and strategic social marketing orientations. Journal of Social Marketing 2014;4(2):94–110.

[26] von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. Health Educ Beh 2015;36(5):860–77.

[27] Soellner H, Huber S, Lenartz N, Rudinger G. Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. Zeitschrift für Pädagogik, 56/ Beiheft; 2010. [online] [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: https://www.pedocs.de/volltexte/2010/3384/pdf/Soellner_Huber_Lenartz_Rudinger_Projekt_Gesundheitskompetenz_D_A.pdf

[28] Paakari L, Paakari O. Health literacy as a learning outcome in schools. Health Education 2012;112(2): 133–52.

[29] Jäncke L. Lehrbuch Kognitive Neurowissenschaften. Bern; 2013.

[30] Cornelsen Verlag GmbH. Interview mit Prof. Rolf Arnold zu den Themen Lernen, Weiterbildung und Gesellschaft; 2012. [online] [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: https://www.cornelsen.de/fm/1272/interview_rolf_arnold.pdf

[31] Chew L, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Fam Med 2004;36(8):588–94.

[32] Max Planck Institut für Bildungsforschung: Unstatistik des Monats. [online] [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeaAGNPdUvA-8jpFELfhEssflHTjcPCiOAGVs3hood4CrqRLQ/viewform

[33] Mindline media GmbH. Informationsquellen zum Thema „Gesundheit und Medizin“ im Trendvergleich; 2013. [online] [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: http://mindline-media.de/fileadmin/presse_downloads/Chartbericht_Infoquellen_Gesundheit_2013.pdf

[34] Bundesministerium für Gesundheit. Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung; 2017. [online] [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf

[35] Schaffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg.). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin; 2018.

[36] Nebling T. Die Vermarktung des Versorgungsmanagements einer Krankenkasse. Sind besondere Versorgungsformen für gesunde Versicherte von persönlicher Relevanz? Gesundheits- und Sozialpolitik 2009;63(3–4):53–63.

[37] Gaissmaier W, Gigerenzer G. Statistical illiteracy undermines informed shared decision making. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2008;102(7):411–13.

[38] Hamacher W, Eickholt C, Lenartz N, Blanco S. Sicherheits- und Gesundheitskompetenz durch informelles Lernen im Prozess der Arbeit. Dortmund; 2012.