

NUTZER-ORIENTIERUNG

Versorgungsbeziehungen als Entwicklungsaufgabe

■ Wolf Rainer Wendt

Der Nutzer sozialer Dienste und Einrichtungen ist kein Objekt der Versorgung durch die Leistungserbringer, sondern ein eigenständiger Akteure. Das ist gerade ein konstitutives Merkmal der Sozialwirtschaft: die Eigenaktivität derjenigen, die für sich selbst sorgen und miteinander eine nötige Versorgung gestalten.

»Hilfe zur Selbsthilfe« bedeutet kein Nacheinander — erst die Hilfe und dann die Unabhängigkeit von ihr —, sondern eine Kooperation, in der Wirkung durch Mitwirkung erzielt wird. Selbst diejenigen, die in hohem Maße abhängig sind von Unterstützung, Pflege und Therapie, tragen mit eigenem Tun oder Lassen dazu bei, ein personenbezogenes Wohlfahrtsziel zu erreichen.

In dem Maße, in dem die Nutzer von Humandienstleistungen zur Eigenaktivität fähig sind oder befähigt werden, lässt sich mit den Ressourcen der Sozialwirtschaft erfolgreich wirtschaften. Nutzerzentrierung führt zur Prozessoptimierung. Statt den Betrieb von sozialen Diensten und Einrichtungen unabhängig von ihren Nutzern und deren Lebensführung zu betrachten, ist es erforderlich, beide Seiten in ihrer Beziehung aufeinander zu sehen und in dieser Beziehung den sozialwirtschaftlichen Leistungsprozess zu fundieren.

Der Eigensinn der Nutzer

Bei Betrachtung von Versorgungserfordernissen ist zunächst festzustellen: Die meisten Menschen wissen sich auch in schwieriger Lage selbst zu helfen. Das Ausloten von Selbstversorgung dürfte in der Sozialwirtschaft allemal lohnen. Einer Menge Probleme wird im Alltag leicht und ohne Inanspruchnahme von Sozialleistungen abgeholfen. Bei anderen Problemen und in manchen Krisen und Konflikten ist schwer zu helfen, und manchen Menschen, so sagt man, denen ist nicht zu helfen. Die Bedarfssituation als solche, die einen Anspruch auf Dienst-, Sach- und Geldleistungen begründet, bestimmt nicht die Beweggründe und das Nutzungsverhalten von Leistungsempfängern. Weil das so ist, wird in der Öffentlichkeit immer wieder über das Ausmaß einer missbräuchlichen »Ausnutzung« von Sozialleistungen spekuliert und über Mitnahmeeffekte bei ihrer Regelung gesprochen. Die Debatte über »wahre« und »falsche« Bedürftigkeit gibt es schon so lange wie überhaupt sozial gehandelt wird.



*Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt ist Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V. und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management sowie Honorarprofessor der Eberhard Karls Universität Tübingen. Er ist Herausgeber der Edition »Forschung und Entwicklung in der Sozialwirtschaft« und im Beirat der Zeitschrift SOZIALwirtschaft sowie des Informationsdienstes SOZIALwirtschaft aktuell.
E-Mail wendt@imails.de*

Zweifellos verfehlt bei Leistungsberechtigten eine Hilfe oft ihren Zweck. Sie deckt Bedürfnisse ab, die nicht dem sozial ausgemachten Bedarf oder den Relevanzkriterien von Professionellen entsprechen. Die »Zweckentfremdung« kann auf die Entgegennahme von Geld wie auf eine persönliche Bedienung, auf die Erledigung täglicher Besorgungen, die Ausstattung mit Hilfsmitteln oder den Konsum von Medizin zutreffen. Man muss aber bedenken, dass subjektive Entscheidungen über die Verwendung von Ressourcen so rational sein können wie die Entscheidungen derer, die diese Ressourcen aus objektiven Gründen bereitstellen. Die Objektivität auf der Systemebene trifft nur nicht die Mikroökonomie auf der Ebene der Lebenswelt und der Lebensführung von Personen. Bei ihnen, im individuellen geführten Leben, tritt der Erfolg oder das Scheitern einer Versorgung ein. Gelebt wird eigenständig und eigensinnig. Die Nutzer dessen, was zur Ermöglichung, zum Unterhalt und zur Beförderung menschlichen Wohlergehens in der Gesellschaft unternommen wird, sind eigenständige Akteure der Sozialwirtschaft und nicht nur Objekt einer Versorgung.

Zum selbstständig besorgten Unterhalt gehört neben dem auf Erwerb gerichteten Handeln und der häuslichen Lebensführung auch das nicht zu unterschätzende Aktivitätsspektrum, das man der Schattenwirtschaft zurechnet. Für soziale Belange ist exemplarisch die illegale Beschäftigung von aus Osteuropa kommenden Hilfskräften in der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung zu nennen, aber auch eine Vielfalt von informellen Aushilfen, die ohne Beteiligung professioneller Dienstleister unterhalb der Schwelle organisierten sozialen Engagements, von Tauschringen oder formellen Selbsthilfevereinigungen bleiben.

Überall dort, wo Menschen in gemeinschaftlicher Selbsthilfe oder in einer Genossenschaft einen Weg finden und sich organisieren, um ihren Versorgungsbedarf zu decken, fällt die Differenz zwischen Anbieterabsicht und Nutzerverhalten weg. Wer dort Teilnehmer oder Mitglied wird, bringt sein Engagement und seine Sicht des nötigen Handelns ein und muss sich nicht einer fremdbestimmten Versorgung fügen. Die Beziehungen, die genossenschaftlich gepflegt werden, sind von vornherein zweckdienlich. Man kann sie durchaus unter Einbindung von Professionellen gestalten, wie das Beispiel der Sozialgenossenschaften in Italien lehrt. Sie sind formelle Dienstleister, aber von ihren Nutzern getragen.

Solange der Betrieb der Dienstleister getrennt von seinen Nutzern organisiert ist, kann er auf deren lebensweltlichen Kontext nicht hinreichend eingehen. Die formalen Leistungserbringer bleiben mehr oder weniger den Kontexten des Versorgungssystems verhaftet, dem sie angehören. Seine versäulten Strukturen hindern an einer unverstellten breiten Wahrnehmung von Problemkonstellationen, die im persönlichen Leben vorkommen, wie auch von Lösungspotenzialen, die individuell vorhanden sind. Solche Strukturen erlauben es nicht, entsprechend breit angelegte und flexible Versorgungsbeziehungen zu den Nutzern aufzunehmen. Um im Sozial- und Gesundheitssystem eine integrierte Dienstleistung zu erreichen, setzt man zum Beispiel in Großbritannien auf eine Zusammenführung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung (s. dazu das Weißbuch des Department of Health 2006)

Nutzerpositionen

Sozialleistungen auf ihre Nutzung durch die Leistungsempfänger auszurichten, fällt nicht schwer, wenn man ihnen die Realisierung des Leistungszwecks ganz oder weitgehend überlassen kann. Damit ist nicht eine Alimentierung gemeint, die unpersönlich einen formellen Anspruch erfüllt, sondern die Gestaltung einer personenbezogenen Bedienung. Sie setzt den aktiven Nutzer voraus. So wird behinderten oder pflegebedürftigen Menschen ein Persönliches Budget gewährt, damit sie mit ihm selbstbestimmt ihren Bedarf an Unterstützung decken. Eine Menge sozialer Einrichtungen sind dazu da, von Menschen, die sie aufsuchen, in freier Wahl und nach ihren Wünschen genutzt zu werden. Sie wissen vorab, was sie brauchen, und sind insoweit souveräne Nutzer.

Anders sieht es aus, wenn die Adressaten von Leistungen in Konflikten leben oder in einer Krise stecken und mit ihrem eigenen Verhalten nicht in der Lage sind, nach vernünftiger Entscheidung die Hilfen angemessen zu nutzen, die ihnen in prekärer Situation geboten werden. Eltern kommen mit ihren Kindern nicht zurecht, Jugendliche werden straffällig, Suchtkranke sind von Drogen abhängig, psychisch kranke Menschen sind in ihrem Urteilsvermögen beeinträchtigt. Die »Nutzer« sind hier nicht in der Position, dass ihnen die Gestaltung der Versorgung überlassen werden kann. Was ihnen eine Be-

handlung oder Betreuung bringt, erkennen sie oft erst im nachhinein.

Die Misere im Milieu

Im letzten Herbst hat Kurt Beck gefunden, dass die Politik ein »Unterschichtenproblem« hat. Ein Teil der Bevölkerung ist ohne gesellschaftlichen Anschluss, lebt im »abgehängten Prekariat«. So hatte es die Studie »Gesellschaft im Reformprozess« der Friedrich-Ebert-Stiftung in einer Befragung zu Wertpräferenzen und »politischen Milieus« in der Bevölkerung herausgefunden (Internet http://www.fes.de/inhalt/Dokumente/061017_Gesellschaft_im_Reformprozess_komplett.pdf). Danach empfinden acht Prozent der Bevölkerung ihre gesamte Lebenssituation als ausgesprochen prekär. Diese Menschen sehen sich als Verlierer und haben die Hoffnung aufgegeben, mit eigener Anstrengung zu etwas zu kommen. Eine nachteilige Mentalität kommt zu benachteiligenden Lebensbedingungen.

Mit Sozialhilfe wird ihre Misere nicht behoben. Sie können nur von Entwicklungen in der lokalen Ökonomie gewinnen, die ihnen Optionen und Teilhabemöglichkeiten offen hält. Die Verhältnisse sind, so wie sie erfahren werden und den Menschen tatsächlich fordern, Beweggrund für eigene Aktivitäten.

»Nutzerzentrierung führt zur Prozessoptimierung«

Ein sozialprofessioneller Einsatz und sein Nutzen wird auch verkannt. Die Adressaten der Dienste können mit ihrem Nutzungsverhalten durchaus die humandienstliche Zielsetzung durchkreuzen, etwa wenn sie die Wohnungslosenhilfe dazu gebrauchen, ihr Leben auf der Straße fortzuführen, oder wenn Angebote der Jugendarbeit bloß dem Zeitvertreib dienen. Der von der Helferseite vorgesehene Nutzen muss nicht dem Ertrag entsprechen, den die Adressaten der Hilfe für sich realisieren. Eine Bildungs- oder Qualifizierungsmaßnahme führt bei einzelnen Teilnehmern vielleicht zu einer Neuorientierung, die gar nicht in der Absicht der Anbieter lag.

Gertrud Oelerich und Andreas Schaarschuch (2006) haben in der »Nutzerforschung«, die sie im Feld der Jugendhilfe betreiben, folgende leitende Gesichtspunkte hervorgehoben:

- »Ausgangspunkt ist die systematische Unterscheidung einer inhaltlichen und einer Prozessebene – also von Nutzen und Nutzung.
- Auf der Inhaltsebene des Nutzens können drei Dimensionen – die materiale, die personale und die Infrastrukturdimension – unterschieden werden.
- Auf der Prozessebene der Nutzung lassen sich die Dimensionen der Nutzungsstrategie und der Aneignungsweise rekonstruieren.
- Schließlich können zwei Relevanzkontexte identifiziert werden, deren konkrete Formen den Hintergrund dafür bilden, ob ein konkretes Angebot einen Gebrauchswert für die Nutzer entfalten kann – oder nicht. Es sind dies der subjektive Relevanzkontext, der die nutzerseitigen

Kontextbedingungen fokussiert, und der institutionelle Relevanzkontext, der die Kontextbedingungen, wie sie von gesellschaftlichen Institutionen gebildet werden, systematisch einbezieht.« (Oelerich/Schaarschuch 2006, 210 f.)

In der Sozialen Arbeit insgesamt ist das Nutzungsgeschehen bisher wenig erforscht. Wenn dringend einer objektiven Not abzuhelpen ist, wird wenig Aufmerksamkeit darauf verwandt, wie die Notlage subjektiv beherrscht wird. Nun schaut man, werden Hungernde gespeist, nicht auf das Essverhalten. Die Abhilfe derartiger Not spielt in unserem Wohlfahrtsregime und in der Sozialwirtschaft aber nur eine geringe Rolle. Im Gesundheitswesen hat die Versorgungsforschung (Pfaff 2003) große Bedeutung gewonnen, weil nicht zu übersehen ist, dass der größte Teil des medizinischen Aufwands nicht Akutkranken gilt, sondern für chronische Erkrankungen beansprucht wird (vgl. Kasten »Beispiel: Die Diskussion der Nutzerkompetenz im Gesundheitswesen«). Analog ist in der Jugend-, Alten- und Behindertenhilfe vergleichend zu untersuchen, was die Nutzer von einzelnen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen haben und wie unterschiedlich die Aneignungsweise bei diesen Angeboten ist.

Versorgungsbeziehungen klären

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Deutsche Rentenversicherung, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben am 27. Juni 2006 Richtlinien zur Förderung der versorgungsnahen Forschung im Bereich »Chronische Krankheiten und Patientenorientierung« bekannt gemacht. Mit dem zunehmend chronischen und komplexen Krankheitsgeschehen werde eine konsequente Patienten- und Nutzerorientierung dringlicher. Und zwar in einer doppelten Perspektive: Patientenorientierung stehe »auf der einen Seite für die Ausrichtung der Versorgung (also der Versorgungssysteme, der Leistungserbringer und der Leistungen selbst) auf die individuellen Patientenbedürfnisse und -bedarfe. Auf der anderen Seite steht Patientenorientierung für Versorgungsstrukturen und -prozesse zur Unterstützung von Empowerment, Selbstmanagement und Selbstverantwortung der Betroffenen. Hierunter ist auch eine bedarfsgerechte Patienteninformation sowie die Arbeit der Selbsthilfe gefasst. Eine Stärkung der Patientenorientierung kann nur durch die Einbeziehung aller Beteiligten, die der Leistungs-/Kostenträger, die der Leistungserbringer und die der Patienten, erreicht werden.« Dafür sind geeignete Implementationsstrategien gesucht und entsprechende Forschungen erwünscht.

Die Bekanntmachung spricht die Versorgungsbeziehungen in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft in zweifacher Hinsicht an: in der direkten Bearbeitung und Behandlung von (Krankheits-) Problemen und in der Regie dieses Geschehens. Es ist ein zusammenhängendes Geschehen, und seine Steuerung soll nicht den Dienstleistern einerseits und dem mehr oder weniger unbekümmerten Verhalten von Nutzern andererseits überlassen bleiben. Gefragt ist in der Verbindung von eigener Sorge und Versorgung die Kompetenz, »sich kümmern« zu können.

In der Nutzung der Möglichkeiten des Gesundheitssystems ist eine Parallele zum Umgang mit der Informations- und Kommunikationstechnik erkennbar: ihre Nutzer brauchen Medienkompetenz (»information literacy«). Analog zu den beschriebenen Bereichen der Gesundheitskompetenz ist sie in verschiedener Hinsicht und in einzelnen Handlungsbereichen gefragt. Es verwundert bei den alltäglichen Anforderungen heutzutage nicht, dass auch die wirtschaftliche Kompetenz (»economic literacy«) der Bürger diskutiert wird und dass ihre ökologische Kompetenz (»ecological literacy«, Orr 1992) entwickelt werden soll.

Das soziale Leben insgesamt hängt von der Zuständigkeit, Befähigung und Verantwortung der Menschen ab, die es führen und es nutzen. »Social literacy« ist begrifflich im curricularen »social literacy project« von 1982 bis 1987 in Australien geprägt und definiert worden als die Fähigkeit, eine komplexe soziale Welt in ihren Zusammenhängen zu verstehen, und als das Geschick, auf aktive Weise an ihr teilzuhaben (Kalantzis/Cope 1989). »Social literacy« wird seither im angelsächsischen Raum als Aufgabe einer Erziehung zur Bürgerschaft (»citizenship education«) betrachtet.

In der Sozialwirtschaft stellt die Jugendhilfe ein sehr umfangreiches Geschäft dar. Für seine Effektivität und Effizienz ist es angebracht, auf die Erziehungskompetenz von Familien zu bauen und sie zu entwickeln. Angebote der Familienbildung, der Elterninformation, Elternschulung usw. tragen dazu bei. Besonders geeignet sind Familien(kompetenz)zentren, die nicht einfach professionelle Beratung vorhalten, sondern sie mit einer breiten familienbezogenen Konsultation und einem Austausch unter Eltern verbinden. Anzuerkennen ist ihre nicht fachliche, sondern im Alltag bewährte Kompetenz, die gerade auch bei Belastung mit besonderen Problemen vorhanden ist. Diese nicht-fachliche Erziehungskompetenz lässt sich auch komplementär zur institutionellen Versorgung in der Jugendhilfe nutzen. Das geschieht beispielsweise zur außerhäuslichen Kinderbetreuung bei Beschäftigung von Tagesmüttern oder durch stundenweise Beteiligung von Müttern und Vätern an der Arbeit in der Kindertagesstätte und lässt sich bei ambulanter Erziehungshilfe per Aufgabenverteilung zwischen professionellen und informellen Helfern und den Eltern organisieren.

Im Betrieb und methodisch den Nutzern entgegen kommen

Das Management der Versorgung bezieht in jedem Einzelfall die Lebensführung der Leistungsnehmer in seine Regie ein. Das ist eine methodische Anforderung. Sie besteht darin, die Nutzerkompetenz zu entwickeln, also die Zuständigkeit und Fähigkeit, eine angebotene Versorgung mit angemessener eigener Sorge zu verbinden. Dazu muss man den Leistungsnehmern entgegen kommen. Das Versorgungsgeschehen sollte für sie transparent sein, so dass sie ihm als Koproduzenten Stellung beziehen können.

Das Lebensumfeld einer Person ist als Optionsraum zu betrachten, und bei einem stationären Arrangement ist dieses als Optionsraum zu gestalten. Mitwirkungsmöglichkeiten und Mitwirkungserfordernisse sind von vorn-

herein zu klären und Absprachen über das Vorgehen zu treffen. Auch in sozialen Diensten und Einrichtungen nutzt die Erfahrung, nützlich zu sein. Begeben sich professionelle Helfen in den engeren Lebenskreis einer Person oder Familie, haben sie sich an deren Verhältnisse anzupassen und darin zu zeigen, wie sie sich nützlich machen.

Die Gestaltung von Versorgung in Partizipation ist von beiden Seiten her angebracht. Die Stärkung der Nutzerposition in der Versorgungsbeziehung kann auf verschiedene Weise erfolgen. Insbesondere dadurch, dass Leistungsnahmer als Auftraggeber fungieren — per Einsatz eines Persönlichen Budgets oder dadurch, dass sie, wie kürzlich wieder für eine »Politik der Optionsvorsorge« vorgeschlagen worden ist, in einer Teilhabegesellschaft mit Kapital ausgestattet werden, um selber »die Wahl zu haben« (Grözing/Maschke/Offe 2006, 15 ff.).

Bei entsprechender Ausstattung wählen alleinstehende alte Menschen vorsorglich eine Wohngemeinschaft, um nicht auf Heimpflege angewiesen zu sein. Körperbehinderte suchen selbstbestimmt nach einer ihren Verhältnissen angemessenen Assistenz. Kompetente und engagierte Eltern finden sich zu gemeinschaftlich organisierter Kinderbetreuung zusammen — mit oder ohne professionelle Hilfe. Derlei autonome Nutzungsformen gibt es angesichts der vorherrschenden Angebotsorientierung in der sozialen Versorgung erst wenige. Sozialwirtschaftlich ist eine Entwicklungs- und Bildungsarbeit angebracht, um mehr Teilhabe von Nutzern zu erreichen, denn ohne diese ist das Versorgungssystem den stetig wachsenden Anforderungen an es nicht gewachsen. ◆

Literatur

- Department of Health: Our health, our care, our say: a new direction for community services. Cm 6737, The Stationary Office, London 2006.
- Grözing, Gerd/Maschke, Michael/Offe, Claus: Die Teilhabegesellschaft. Modell eines neuen Wohlfahrtsstaates. Campus, Frankfurt am Main 2006.
- Kalantzis, Mary/Cope, Bill: Social Literacy: An Overview. Common Ground, Sydney 1989.
- Kickbusch, Ilona: Gesundheitskompetenz. In: News Public Health Schweiz, Nr. 3, 2006. Internet <http://www.public-health.ch>.
- Kickbusch, Ilona/Maag, Daniela/Saan, Hans: Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Badgastein 2005. Internet http://www.ilona-kickbusch.com/en/health-literacy/Gastein_2005.pdf
- Nielsen-Bohlman, Lynn/Panzer, Allison M./Kindig, David A. (eds.): Health Literacy: A Prescription to End Confusion. The National Academies Press, Washington, DC 2004.
- Oelerich, Gertrud/Schaarschuch, Andreas: Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. Konturen sozialpädagogischer Nutzerforschung. In: Bitzan, Maria/Bolay, Eberhard/Thiersch, Hans (Hg.): Die Stimme der Adressaten. Juventa, Weinheim 2006. S. 185—214.
- Orr, David W.: Ecological Literacy: Education and the Transition to a Postmodern World. State University of New York Press, Albany, NY 1992.
- Pfaff, Holger: Versorgungsforschung — Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff/Schrapp/Lauterbach u. a. (Hg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Hans Huber, Bern 2003. S. 13—23.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Nomos, Baden-Baden 2002.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Nomos, Baden-Baden 2003.

Beispiel: Die Diskussion der Nutzerkompetenz im Gesundheitswesen

In seinem Gutachten 2000/2001 zu »Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit« beschäftigte sich der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ausführlich mit der »Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation«. Als Ko-produzenten von Gesundheit brauchen Patienten eine zielgruppenspezifisch und niedrigschwellig angebotene Information, Beratung und Aufklärung (Sachverständigenrat 2002).

Auch das Gutachten 2003 des Sachverständigenrates ging wieder auf die Nutzerorientierung im Gesundheitssystem ein, wies auf die Hindernisse in den professionellen Verhaltensmustern und in den »Eigenrationalitäten« des Systems der Versorgung hin und empfahl den modellhaften Aufbau von Anlaufstellen für eine »integrierte Beratung« von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und begleitenden sozialen Problemen. Die Stellen sollten sich am Prinzip der Kompetenzerhaltung orientieren, auf Anpassung an Verlustsituationen hinarbeiten oder ein Unterstützungsmanagement bei komplexen Problemlagen initiieren.

Die Gesundheitsversorgung, die stationär und ambulant erfolgt, kann nachhaltig nur sein, wenn und soweit deren Nutzer in ihrem Alltag und in ihrer Lebenswelt Gesundheit zu erhalten und herzustellen verstehen. Dafür ist der englische Begriff »health literacy« eingeführt. Für ihn steht im Deutschen Gesundheitskompetenz (Kickbusch/Maag/Saan 2005). Ilona Kickbusch hat sie definiert als »die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken — zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein« (Kickbusch 2006, 10). Die gemeinte Kompetenz hat

- eine funktionale Dimension: Ein Nutzer medizinischer Versorgung sollte fähig sein, ärztliche Anweisungen zu verstehen und Medikamente richtig einzunehmen.
- eine interaktive Dimension: Nutzer tauschen sich in Fragen der Gesundheit untereinander und mit Fachleuten aus und finden sich im Versorgungssystem zurecht.
- und eine kritische Dimension: Nutzer wägen gesundheitsbezogene Entscheidungen ab, hinterfragen sie und wissen Risiken abzuschätzen.

Kickbusch gibt fünf Handlungsbereiche an, für die Kompetenz gefragt ist. Es sind dies

1. der Kompetenzbereich persönliche Gesundheit, in dem es um Wissen um ein gesundheitlich angemessenes Verhalten und die Fähigkeit zur Selbstpflege geht;
2. der Kompetenzbereich Systemorientierung, in dem ein Nutzer als Partner von Gesundheitsprofessionellen aufzutreten versteht;
3. der Kompetenzbereich Konsumverhalten, wo ein aufgeklärter und kritischer Verbraucher gefragt ist;
4. der Kompetenzbereich Gesundheitspolitik: Der Bürger informiert sich gesundheitspolitisch, bezieht Stellung und wirkt zivilgesellschaftlich mit;
5. der Kompetenzbereich Arbeitswelt, worin die Fähigkeit zu einer »work-life balance« gebraucht wird und für sichere und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen einzutreten ist. (Kickbusch 2006, 10)

In einem Report des Institute of Medicine der USA wurde 2004 festgestellt, dass ungefähr die Hälfte der amerikanischen Bevölkerung Schwierigkeiten hat, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen und zu nutzen, und dass Patienten mit diesen Schwierigkeiten häufiger ins Krankenhaus aufgenommen werden und einen Rettungsdienst brauchen als andere Amerikaner (Nielsen-Bohlman/Panzer/Kindig 2004). Es ist klar, dass Defizite in der gesundheitsbezogenen Kompetenz enorme Kosten im Versorgungssystem nach sich ziehen und dass der zusätzlich nötige Aufwand in dem Maße steigt, in dem komplexe und chronische Erkrankungen zu behandeln sind. Mit den medizinischen Möglichkeiten wächst das Erfordernis mitzuwirken, auf dass sie Erfolg haben.