Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
Dr. PH Dominique Vogt
Svea Gille M.Sc. PH
Dr. PH Eva-Maria Berens

Fokus Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen

Zusammenfassung

Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheits- und Versorgungssystems sind zunehmend auf Gesundheitskompetenz angewiesen, um beispielsweise Entscheidungen zur Bewältigung von Krankheiten oder zum Erhalt der Gesundheit treffen zu können. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sehen sich jedoch vor besondere Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt, dazu zählen Menschen mit chronischen Krankheiten und/oder Behinderungen, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Bildungsniveau. Im vorliegenden Beitrag werden die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für diese vulnerablen Bevölkerungsgruppen herausgestellt, die besonderen Herausforderungen für sie skizziert und auf wichtige Anknüpfungspunkte für die Versorgungsforschung hingewiesen. Es wird deutlich, dass hier in Deutschland noch weitreichende Forschungslücken bestehen. Eine Empfehlung des Nationalen Aktionsplans ist daher, die Forschung zur Gesundheitskompetenz insbesondere bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu intensivieren.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, vulnerable Bevölkerungsgruppen, Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Deutschland

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2111

Nutzerinnen und Nutzer sind im Gesundheitssystem zunehmend gefordert, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und auf die eigene Situation übertragen zu können, um Entscheidungen beispielswiese zur Therapie und Versorgung von Krankheiten oder Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit zu treffen. Das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten zum Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen werden in Fachkreisen Gesundheitskompetenz genannt (Sørensen et al. 2012). Gesundheitskompetenz ist dabei das Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten und den Anforderungen und der Komplexität von Situationen und Systemen, in denen sich Menschen bewegen (Schaeffer et al. 2018). Doch oftmals sehen sich die Menschen vor Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt.

>> Zunächst muss der richtige Zugang zu Information ausgemacht werden, oder ist etwa bei der Suche nach Informationen im Internet erforderlich, die richtigen Begriffe zu identifizieren und aus einer Vielzahl an verfügbaren Informationen die geeignete auszuwählen. Aber nicht nur der Zugang zu Information gestaltet sich für viele Menschen schwierig. Auch wenn es darum geht, gefundene bzw. erhaltene Gesundheitsinformationen zu verstehen und ihre Relevanz und Qualität einzuschätzen, stoßen viele Nutzer und Nutzerinnen an Grenzen. Für manche Bevölkerungsgruppen gilt dies in besonderem Maße, wie internationale Untersuchungen seit vielen Jahren belegen. Zu den Gruppen mit besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gehören ethnische Minderheiten, Menschen mit niedriger Bildung, ältere und chronisch erkrankte Menschen (Australian Bureau of Statistics 2008; Beauchamp et al. 2015; CCL 2008; Kutner et al. 2006). Inzwischen liegen auch in Deutschland Erkenntnisse über das Ausmaß und die Unterschiede der Gesundheitskompetenz in einzelnen Bevölkerungsgruppen vor. Auch hier haben Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen im höheren Lebensalter und Menschen mit chronischer Krankheit häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2016, 2017, Zok 2014, Jordan/Hoebel 2015).

Der Nationale Aktionsplan empfiehlt, die Forschung zur Gesundheitskompetenz und insbesondere von vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund und auch Menschen mit niedriger Bildung zu intensivieren. Warum der Gesundheitskompetenz in diesen Gruppen so hohe Bedeutung zukommt und vor welche Herausforderungen sie sich im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt sehen, wird im vorliegenden Beitrag diskutiert. Dabei wird zugleich auf wichtige Anknüpfungspunkte für die zukünftige Versorgungsforschung hingewiesen.

Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen

Zu den vulnerablen Gruppen im Umgang mit Gesundheitsinformationen zählen den vorliegenden Studien zufolge besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen. Dies ist besonders prekär, denn weltweit haben chronische Krankheiten an Bedeutung gewonnen und machen in vielen Ländern längst die Mehrheit der Todesfälle aus. Fast immer sind sie durch Komplexität gekennzeichnet und gehen mit zahlreichen gesundheitlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Folgen für die Erkrankten und auch ihre Familien einher.

Zwar sind chronisch Erkrankte heute vielfach informierter und aktiver. Zugleich sind sie stärker in die Pflicht genommen und gefordert, sich partnerschaftlich an der Krankheitsbewältigung und den zahlreichen, dabei zu treffenden Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen zu beteiligen. Zudem müssen sie sich durch das nach wie vor nicht ausreichend an chronische Krankheiten angepasste Gesundheitssystem navigieren und überdies für die Erhaltung ihrer verbliebenen Gesundheit engagieren. Für all das benötigen sie eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz.

Doch nur eine Minderheit verfügt über eine gute oder sehr gute Gesundheitskompetenz und findet es einfach, mit gesundheits- und krankheitsrelevanten Informationen umzugehen. Rund 73 % der im HLS-GER befragten Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen gibt dagegen an, erhebliche Probleme im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen zu haben und weist ein eingeschränktes Gesundheitskompetenzniveau auf (Schaeffer et al. 2017). Knapp die Hälfte der chronisch Erkrankten (47 %) schätzt es beispielsweise als schwierig oder sehr schwierig ein, Informationen über Therapien für Krankheiten, die sie betreffen, zu finden (Schaeffer et al. 2016).

Der hohe Anteil an eingeschränkter Gesundheitskompetenz und die Vielzahl an selbsteingeschätzten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen überrascht zunächst. Denn bislang wurde angenommen, dass Erfahrungsakkumulation, wie sie allein durch die Dauerhaftigkeit der Krankheit gegeben ist, automatisch zu Kompetenzzuwachs führt. Doch scheint es anders zu sein: Gerade weil Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen mit hohen Anforderungen bei der Krankheitsbewältigung konfrontiert sind und sie zwingend auf das Gesundheitssystem angewiesen sind, kennen sie die Schwierigkeiten und Anforderungen, die die Nutzung und auch der dazu nötige Umgang mit Information aufwirft, sehr genau – besser als Menschen, die nicht so häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben. Sie wissen aus der Binnenperspektive was es bedeutet, sich in dem undurchsichtigen Gesundheitssystem zu bewegen, in dem komplizierten Geflecht an Instanzen und Zuständigkeiten die richtige Anlaufstelle ausfindig zu machen, die Gesundheitsprofessionen dazu zu motivieren, die nötige Zeit aufzubringen, um mit ihnen geeignete und subjektiv tragfähige Strategien der Krankheitsbewältigung (und auch Gesundheitserhaltung) zu beraten oder sich über die sich bei der Versorgung stellenden Schwierigkeiten zu verständigen.

Dies erklärt die ermittelten Befunde, unterstreicht aber auch, wie wichtig es ist, hier zu intervenieren: sowohl das Versorgungssystem nutzerfreundlicher zu gestalten wie auch die Förderung von Gesundheitskompetenz hier zu einer wichtigen Aufgabe zu erheben. Auch eines der vier Handlungsfelder des Nationalen Aktionsplans widmet sich dem Thema „Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben“ (Schaeffer et al. 2018). In insgesamt vier Empfehlungen wird gefordert, Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung zu integrieren (Empfehlung 11), einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen zu ermöglichen (Empfehlung 12), die Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien zu stärken (Empfehlung 13) sowie Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung zu fördern (Empfehlung 14). Doch auch in der Versorgungsforschung ist es erforderlich, dem Thema „Gesundheitskompetenz und chronische Krankheit“ größere Aufmerksamkeit zu schenken, denn die vorliegenden Befunde bedürfen dringend der Vertiefung.

Menschen im höheren Lebensalter

Auch Menschen im höheren Lebensalter gehören zu den Gruppen mit hohem Anteil an eingeschränkter Gesundheitskompetenz. Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Zielgruppe wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der Anteil älterer Menschen infolge des demographischen und sozialen Wandels und des Anstiegs der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten stark zugenommen hat und auch in den kommenden Jahrzehnten weiter ansteigen wird. Bis zum Jahre 2060 wird erwartet, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands 65 Jahre oder älter sein wird (Statistisches Bundesamt 2015). Ein noch größerer Zuwachs wird bei den hochaltrigen Menschen ab 80 Jahren erwartet. Ihr Anteil wird sich hierzulande sogar verdoppeln (Statistisches Bundesamt 2015). Zugleich hat sich das Alter selbst weitgreifend verändert, denn als Folge u.a. des Anstiegs der Lebenserwartung hat sich die Lebensphase Alter immer weiter ausgedehnt und ausdifferenziert.

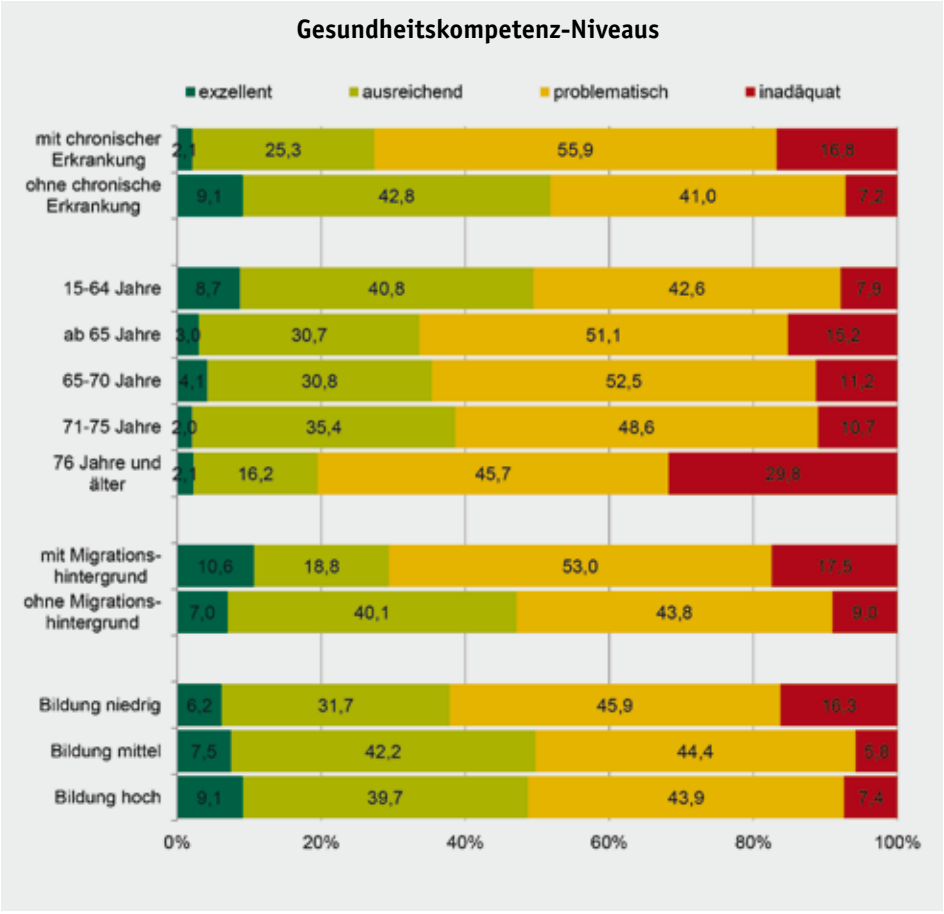


Abb. 1: Gesundheitskompetenz-Niveaus in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Um diese Lebensphase in größtmöglicher Gesundheit verbringen zu können, kommt der Gesundheitskompetenz folglich hohe Bedeutung zu. Vorliegende empirische Befunde zur Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter unterstreichen dies. Denn sie zeigen, dass mehr als zwei Drittel der ab 65-Jährigen in Deutschland eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen, d.h. sie haben Schwierigkeiten, mit für sie relevanten Gesundheitsinformationen umzugehen und sie zu nutzen, um fundierte gesundheits- und krankheitsrelevante Entscheidungen zu treffen (Schaeffer et al. 2016; Vogt et al. 2017). Dies betrifft im besonderen Maße Menschen ab 76 Jahren: Bei ihnen liegt der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz sogar bei 76 % (Vogt et al. 2017). So bereitet es ihnen beispielsweise große Schwierigkeiten, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen.

Menschen im höheren Lebensalter sind jedoch – und dies ist nochmals zu betonen – besonders auf eine gute Gesundheitskompetenz angewiesen. Zwar scheint es zu gelingen, Gesundheitseinbußen und Krankheit immer weiter an das Ende des

Lebenslaufs zu verdrängen. Doch besonders im höheren und hohen Lebensalter steigt das Risiko gesundheitlicher Probleme und manifestieren sich chronische Erkrankungen (Lampert et al. 2016; RKI 2015; Schaeffer 2017). Generell ist diese Lebensphase durch gesundheitliche Vulnerabilität geprägt. Der Erhalt und die Förderung der verbliebenen gesundheitlichen Ressourcen sind daher für diese Zielgruppe von besonderer Bedeutung. Doch sind sie – wie die bisherigen empirischen Befunde zeigen – im Umgang mit Gesundheitsinformationen vor große Herausforderungen gestellt.

Sie bedürfen daher in der Versorgungsforschung und der Interventionsforschung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz hoher Beachtung. Wichtig erscheinen in diesem Kontext vor allem Studien und Ansätze, in denen untersucht wird, wie Organisationen insbesondere im Gesundheits- und Versorgungssystem das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen behindern oder fördern und die darauf zielen, zu gesundheitskompetenten Organisationen zu gelangen. Darauf bezieht sich auch die sechste Empfehlung des Nationalen Aktionsplans. Dort wird gefordert, Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem zu verankern, damit sich Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheits- und Versorgungssystems – insbesondere Menschen im höheren Lebensalter – aktiv an ihrer Behandlung und Versorgung beteiligen und informierte Entscheidungen treffen können (Schaeffer et al. 2018, S. 38).

Menschen mit Migrationshintergrund

Eine weitere mit Blick auf Gesundheitskompetenz vulnerable Gruppe sind Menschen mit Migrationshintergrund. Fast ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland hat mittlerweile einen Migrationshintergrund und anzunehmen ist, dass der Anteil zukünftig weiter ansteigen wird (Statistisches Bundesamt 2018). Sie sind aber nicht nur aufgrund ihres wachsenden Anteils an der Bevölkerung eine zu beachtende Gruppe. Auch ihre gesundheitlichen Ressourcen und Krankheitsrisiken unterscheiden sich zum Teil erheblich von der Allgemeinbevölkerung. (Razum et al. 2008). Menschen mit Migrationshintergrund sind gesundheitlich benachteiligt, denn sie haben oftmals Probleme den richtigen Zugang zum Gesundheitssystem zu finden, kennen das Gesundheitswesen nicht besonders gut und sehen sich vor zahlreiche Barrieren bei der Suche nach der geeigneten Instanz in der Versorgung und auch bei der Nutzung von Versorgungsleistungen gestellt.

Um das Versorgungssystem adäquat nutzen und sich für die eigene Gesundheitserhaltung einsetzen zu können, benötigt gerade diese Bevölkerungsgruppe eine gute Gesundheitskompetenz. Denn die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu suchen/finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen, kann mögliche – durch finanzielle, rechtliche, sprachliche oder soziale Aspekte begründete – Barrieren und Navigationsprobleme reduzieren.

Literatur

Australian Bureau of Statistics (2008): Adult Literacy and Life Skills Survey 2006

Beauchamp, A./Buchbinder, R./Dodson, S./Batterham, R. W./Elsworth, G. R./McPhee, C. et al. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). In: BMC Public Health 2012, 15: 678

Canadian Council on Learning (2008): Health literacy in Canada. A healthy understanding. 2008, Ottawa, Ont.

Jordan, S./Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). In: Bundesgesundheitsblatt 2015, 58, 9: 942-950

Kutner, M./Greenberg, E./Jin, Y./Paulsen, C. (2006): The Health Literacy of America's Adults. Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistics; U.S. Department of Education

Lampert, T./Hoebel, J./Kuntz, B./Fuchs, J./Scheidt-Nave, C./Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. GBE kompakt, RKI: Berlin

Mackenbach, J. P./Bos, V./Andersen, O./Cardano, M./Costa, G./Harding, S./Reid, A./Hemström, O./Valkonen, T./Kunst, A.E. (2003): Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. In: International Journal of Epidemiology 2003, 32, 5: 830-837

Mackenbach, J. P./Stirbu, I./Roskam, A.-J. R./Schaap, M. M./Menvielle, G./Leinsalu, M./Kunst, A.E. (2008): Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. In: N Engl J Med 2008, 358, 23: 2468-2481

Marmot, M./Allen, J./Bell, R./Bloomer, E./Goldblatt, P. (2012): WHO European review of social determinants of health and the health divide. In: The Lancet 2012, 380, 9846: 1011-1029

Messer, M./Vogt, D./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2017): Health Literacy und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 189-203

Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht. Bielefeld

Quenzel, G./Schaeffer, D./Messer, M./Vogt, D. (2017): Health Literacy und Gesundheitsverhalten vulnerabler Bevölkerungsgruppen. In: Schaeffer, D/Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 157-174

Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U./Schenk, L./Bredehorst, M./Brzoska, P. et al. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut

Richter, M./Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS

Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Mensink, GBM./Schienkiewitz, A./Lange, C. (2017): Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2, 2: 45–51.

Prütz, F./Rommel, A. (2017): Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2, 4: 95–100.

Schaeffer, D. (2017): Chronische Krankheit und Health Literacy. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 53-70

Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K./Gille, S./Vogt, D. (2018): Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. Gesundheitswesen

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M/Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-V./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 129-144.

Sørensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z. et al. (2012): Health literacy and public health. a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 2012, 12, 1: 80

Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2018): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Vogt, D./Schaeffer, D./Messer, M./Berens, E. M./Hurrelmann, K. (2017): Health literacy in old age. Results of a German cross-sectional study. In: Health Promotion International 2017: 1-9

World Health Organization (2016): Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai 21-24 November, Shanghai, 2016

Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. In: WIdO monitor 2014, 11: 1-12

Ein hoher Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund verfügt jedoch über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (71 %) und sieht sich vor große Herausforderungen im Umgang von Gesundheitsinformationen gestellt (Schaeffer et al. 2016, Quenzel & Schaeffer 2016, Messer et al. 2017). So finden es 55 % der Menschen mit Migrationshintergrund schwierig oder sehr schwierig zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind. Zudem geben fast 50 % der Menschen mit Migrationshintergrund an, Schwierigkeiten zu haben, die Packungsbeilage von Medikamenten zu verstehen (Schaeffer et al. 2016).

Diese Befunde deuten an, wie wichtig es ist, die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund künftig stärker in den Blick zu nehmen. Eine stärkere Beachtung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund kann – so ein zentrales Prinzip des Nationalen Aktionsplans – dazu beitragen, soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung zu verringern. Neben der individuellen Gesundheitskompetenz sind hierbei insbesondere strukturelle Aspekte der Informationsbereitstellung und -vermittlung zu beachten. So ist die Anpassung vorhandener Informationen an das Bildungsniveau, die Sprachkenntnisse, präferierte Informationskanäle und die lebensweltliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund wichtig, um bestehende Informationsdefizite abzubauen und so die Kommunikation und Navigation durch das Versorgungssystem zu erleichtern. Ebenso wichtig erscheint es, die Gesundheitsprofessionen besser für die Informations- und Kommunikationsvoraussetzungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren. Dabei gilt es besonders zu beachten, dass die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in sich sehr heterogen ist und große kulturelle, sprachliche und soziale Vielfalt aufweist.

Auch die Versorgungsforschung sollte der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund deshalb größere Aufmerksamkeit widmen und genauer untersuchen, welche Schwierigkeiten sich ihnen auf dem Weg durch das Gesundheitssystem stellen und welche Rolle dabei der Umgang mit Gesundheitsinformationen spielt. Bislang fehlt es dazu wie auch zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund an differenzierten, vertiefenden und belastbaren Erkenntnissen. Sie sind jedoch unerlässlich, um wirksame, evidenzbasierte Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz dieser vielfältigen Gruppe entwickeln zu können.

Menschen mit niedrigem Bildungsniveau

Doch nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund sind sozial und gesundheitlich oftmals benachteiligt. Auch Bildung ist – wie inzwischen viele Studien belegen – ein wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit, Krankheit und Mortalität. Menschen mit niedrigem Bildungsniveau leiden häufiger an chronischen Krankheiten und Funktionseinschränkungen, rauchen weitaus häufiger, bewegen sich weniger und neigen zu schlechteren Ernährungsgewohnheiten als Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen (Mackenbach et al. 2003, 2008; Marmot et al. 2012; Richter und Hurrelmann 2009, Mensink et al. 2017). Bildungsunterschiede werden auch bei der Versorgungsnutzung deutlich: Menschen mit niedriger Bildung haben größere Schwierigkeiten, sich durch das Gesundheitssystem zu navigieren und nutzen das Versorgungssystem intensiver als Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen (Prütz & Rommel 2017).

Die Gesundheitskompetenz unterscheidet sich ebenfalls nach dem Bildungsniveau. Mehr als 60 % der Menschen mit niedrigem Bildungsniveau weist nach dem HLS-GER eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz auf (Schaeffer et al. 2016). Bei Jugendlichen, die maximal die Hauptschule abgeschlossen haben, verfügen sogar drei Viertel (74 %) über ein inadäquates oder problematisches Health-Literacy-Niveau (Quenzel & Schaeffer 2016). Besondere Probleme bereitet dabei unter anderem die Entscheidung, wann eine zweite Meinung von einem anderen Arzt eingeholt werden sollte. Hier geben 46 % der Menschen mit niedrigem Bildungsniveau an, über große oder sehr große Schwierigkeiten zu verfügen (Schaeffer et al. 2016).

Exemplarisch zeigt dies, dass Menschen mit niedrigem Bildungsniveau zu den vulnerablen Gruppen gehören. Um der Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten entgegenzuwirken und die Handlungs- und Entscheidungskompetenz zu stärken, die ein gesundes Leben, die Bewältigung von Krankheiten und die Navigation durch das Versorgungssystem unterstützen, könnte die Förderung von Gesundheitskompetenz einen wichtigen Beitrag leisten (WHO 2016; Schaeffer et al. 2018). Menschen mit niedrigem Bildungsniveau gehören jedoch zu den ‚hard to reach groups' und erfordern Interventionen, die speziell auf ihre lebensweltlichen und strukturellen Bedingungen und ihre soziale Situation zugeschnitten sind. Gleichzeitig ist der Erwerb von Gesundheitskompetenz eng mit Basisressourcen wie Selbstwirksamkeit, Zukunftsorientierung oder sozialer Unterstützung verknüpft. Ein Umsetzungsprinzip des Nationalen Aktionsplans ist es daher, sowohl individuelle als auch strukturelle Bedingungen zu verändern, um persönliche Fähigkeiten, aber auch Basisressourcen zu steigern (Schaeffer et al. 2018).

Auch bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau fehlt es allerdings bislang an einer ausreichenden empirischen Datenbasis darüber, welche informationsbezogenen Barrieren bzw. Benachteiligungen eine angemessene Nutzung des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems erschweren und wie hier besser auf Menschen mit niedrigem Bildungsniveau eingegangen werden kann. Dabei sind besonders Information, Beratung und Anleitung in den Blick zu nehmen.

Konsequenzen

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass insbesondere Bevölkerungsgruppen, die ohnehin aus der Public Health- und Versorgungsforschungsperspektive in Deutschland als vulnerabel und als von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bedroht gelten, auch unter Gesichtspunkten der Gesundheitskompetenz besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Sie haben größere Schwierigkeiten mit Gesundheitsinformationen umzugehen, sich notwendige Information anzueignen und sie konstruktiv für die Erhaltung der eigenen Gesundheit oder die Versorgungsnutzung zu verwenden. Zwar liegen durch erste Studien wichtige Hinweise vor, jedoch bestehen durch die verzögerte Aufnahme der Diskussion über Gesundheitskompetenz in Deutschland noch weitreichende Forschungslücken, wie auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz betont wird.

Daher ist es wichtig, das Thema Gesundheitskompetenz in der Versorgungsforschung künftig intensiver aufzugreifen und zu bearbeiten. Das gilt in besonderem Maße für die Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Erforderlich ist, differenzierte empirische Kenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich die Gesundheitskompetenz in diesen Gruppen darstellt und mit welchen Fak-

toren sie assoziiert ist. Wichtig ist ebenso, weitere potenzielle vulnerable Gruppen zu identifizieren und deren Gesundheitskompetenz eingehender zu untersuchen (u.a. pflegende Angehörige, Menschen mit Behinderung, Menschen mit kognitiven Einschränkungen). Erkenntnisse wie diese sind nötig, um Interventionen entwickeln zu können, die sich an den Besonderheiten, Präferenzen und lebensweltlichen Bedingungen dieser Adressatengruppen orientieren (Schaeffer et al. 2018). Aber auch konzeptionelle und methodische Aspekte der Gesundheitskompetenzforschung sollten mit besonderem Blick auf vulnerable Gruppen aufgegriffen und vertiefend bearbeitet werden.

Auch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat die Bedeutung des Themas und der hier bestehenden Herausforderungen für die Realisierung einer patientenzentrierten, bedarfsgerechten Versorgung erkannt und widmet sich in einem aktuell entstehenden Memorandum der versorgungsbezogenen Relevanz von Gesundheitskompetenz – auch mit Blick auf einzelne vulnerable Gruppen. <<

Health literacy among vulnerable population groups

Users of the health care system are increasingly dependent on health literacy, for example, to make decisions to manage diseases or to maintain health. However, specific population groups face particular challenges in dealing with health information. These vulnerable groups include people with chronic illnesses and / or disabilities, older people, people with migrant background, and people with a low educational level. In this article, the importance of health literacy for these vulnerable population groups is highlighted, the specific challenges for them are outlined, and important aspects for health services research are highlighted. It becomes apparent that there are still far-reaching research gaps in Germany. A recommendation of the National Action Plan is therefore to intensify research on health literacy, especially among vulnerable population groups.

Keywords

health literacy, vulnerable population groups, National Action Plan Health Literacy, Germany

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Schaeffer et al.: „Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), S. 55-59, doi: 10.24945/MVF.0618.1866-0533.2111

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Sie studierte Soziologie und Erziehungswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und an der Freien Universität Berlin. Sie war u.a. am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der Arbeitsgruppe „Public Health“ tätig.
Kontakt: Doris.Schaeffer@uni-bielefeld.de



Dr. PH Dominique Vogt
ist Gesundheitswissenschaftlerin an der Hertie School of Governance und wissenschaftliche Geschäftsführung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance in Berlin. Sie hat an der Universität Bielefeld Public Health studiert und war dort auch als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland tätig.
Kontakt: Vogt@hertie-school.org



Svea Gille M.Sc. PH
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Sie unterstützt zudem die Geschäftsstelle des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance in Berlin als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Sie hat an der Universität Bielefeld Public Health studiert.
Kontakt: Svea.Gille@uni-bielefeld.de



Dr. PH Eva-Maria Berens
studierte Gesundheitskommunikation (Bachelor) und Public Health (Master) an der Universität Bielefeld, mit einem Studienaufenthalt am Centre of Social Medicine and Community Health an der Jawaharlal Nehru University, New Delhi, Indien. Sie promovierte an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Kontakt: Eva-Maria.Berens@uni-bielefeld.de

