

Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken

Ergebnisse einer qualitativen Evaluation

Hintergrund

Health Literacy – hierzulande meist mit Gesundheitskompetenz übersetzt – ist ein seit einigen Jahren besonders im US-amerikanischen Raum viel diskutiertes Thema, das zunehmend auch in Deutschland Beachtung findet. Kern des Konzepts sind Fähigkeiten und Kompetenzen, die gesunde und erkrankte Menschen benötigen, um gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und sie zur Förderung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit nutzen sowie sich im Gesundheitswesen bewegen zu können (ex. [1]). Denn Menschen stehen im Alltag häufig vor der Aufgabe, mit den für sie gesundheitlich relevanten Informationen umgehen zu müssen. Doch nicht alle sind dazu in der Lage, wie internationale Befunde zeigen [2].

Zu den Bevölkerungsgruppen, die häufig in ihrer Health Literacy eingeschränkt sind und somit Schwierigkeiten bei der Suche, dem Lesen, Verstehen und der Verwendung von gesundheitsbezogenen Informationen haben, zählen ältere Menschen, Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und niedrigem Bildungsniveau, aber auch Menschen mit Migrationshintergrund [2–5]. Sie und Angehörige bestimmter ethnischer Gruppen hatten im US-amerikanischen National Assessment of Adult Literacy ein deutlich eingeschränkteres Health-Literacy-Niveau [2, S. 11]. Ähnlich sind die Ergebnisse eines Schweizer Surveys mit 2614 Migranten aus Portugal, der Türkei, Serbien und dem Kosovo. Sie zeigten zudem, dass das funktionale Health-Literacy-Ni-

veau mit dem Herkunftsland, der Bildung, dem Geschlecht und dem Alter der Migranten assoziiert ist [6].

Die internationalen Befunde legen die Vermutung nahe, dass Menschen mit Migrationshintergrund auch in Deutschland zu den Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Health-Literacy-Niveau gehören dürften. Bislang mangelt es aber diesbezüglich an umfangreichen empirischen Daten. So waren beispielsweise Migranten aus Nicht-EU-Ländern in der 2012 erschienenen HLS-EU-Studie (European Health Literacy Survey), an der Nordrhein-Westfalen als einziges deutsches Bundesland teilgenommen hat, ausgeschlossen [5].

Empirisch belegt ist jedoch, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Studienergebnisse deuten auf eine erhöhte Säuglingssterblichkeit, vermehrte psychische Erkrankungen und eine größere Belastung mit Infektionskrankheiten [7]. Auch der subjektive Gesundheitszustand und die subjektive Gesundheitszufriedenheit liegen deutlich unter der Selbsteinschätzung der deutschen Vergleichsbevölkerung [7]. Dennoch nehmen Menschen mit Migrationshintergrund seltener Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch. Ursachen hierfür sind meist mangelnde Informiertheit und fehlendes Wissen über das deutsche Gesundheitswesen, Misstrauen, Sprachbarrieren und ein anderes Krankheitsverständnis [7]. Aufgrund dieser Barrieren gelten Menschen mit Migrationshintergrund auch als schwer erreichbare

Zielgruppe von Gesundheitsleistungen, obgleich sie besonderen Informations-, Beratungs- und Unterstützungsbedarf aufweisen [8].

Um den Zugang zum Gesundheitswesen für sie zu erleichtern, wurden mittlerweile etliche gesundheitsbezogene Initiativen und Projekte ins Leben gerufen, sei es, um Menschen mit Migrationshintergrund an präventive und gesundheitsförderliche Angebote heranzuführen (ex. [9]), auf ihre spezielle soziale und gesundheitliche Problemsituation zu reagieren (ex. [10]) oder um für sie spezielle, kultur- und zielgruppenspezifisch zugeschnittene Unterstützungs- und (Gesundheits-)Beratungsangebote bereitzustellen (ex. [11]). Viele dieser Initiativen haben allerdings Modellstatus und sind damit zeitlich befristet; nur wenige sind auf Dauer gestellt und Teil der Regelversorgung.

Beispiel für Good Practice: Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Auch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hat 2011 ein zielgruppenspezifisches Angebot für Menschen mit Migrationshintergrund konzipiert, das zunächst Modellstatus hatte. Die UPD ist ein Verbund gemeinnütziger Einrichtungen mit unterschiedlichen Träger-schaften, die mit 21 Beratungsstellen bundesweit vertreten sind. Patientinnen und Patienten werden kostenfrei, unabhängig und neutral zu allen Fragen rund um das Thema Gesundheit informiert und beraten. Die Beratung findet vor Ort, telefonisch oder online statt. Alle Beraterinnen

Tab. 1 Übersicht über die Teilnehmer

Interviewform	Teilnehmer	Anzahl
Experteninterviews	Berater der muttersprachlichen Beratung der UPD (Fokusgruppeninterview)	6
	Berater aus unterschiedlichen Beratungsstellen (Einzelinterviews)	24
Nutzerinterviews	Potenzielle türkisch- und russischsprachige Nutzer der UPD	9
	Reale Nutzer der UPD	9

UPD Unabhängige Patientenberatung Deutschland

und Berater sind geschulte Fachkräfte und vertreten eine der drei Kernkompetenzen: Gesundheit, Psychologie oder Recht.

An fünf ihrer insgesamt 21 Standorte stellt die UPD kostenfreie persönliche und telefonische muttersprachliche Patientenberatung sowie aktive Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitswesen zur Verfügung. Das Angebot adressiert türkisch- und russischsprachige Migranten. Zu den Standorten gehören die Städte Nürnberg, Dortmund, Berlin, Stuttgart und Ludwigshafen (seit 2013). Darüber hinaus wird eine bundesweite Telefonberatung in türkischer und russischer Sprache angeboten. Die Beratung der UPD hat themenunspezifischen Charakter, d. h. die Beratungsstellen fühlen sich für alle gesundheitsrelevanten Fragen und Problemlagen unter kultur- und migrationspezifischen Aspekten zuständig [12].

Das muttersprachliche Beratungsangebot wurde mit dem Ziel evaluiert, die Erreichbarkeit der anvisierten Zielgruppe zu überprüfen und zu untersuchen, wie sich die zielgruppenspezifischen Besonderheiten und Probleme von Menschen mit türkischem und russischem Migrationshintergrund darstellen, über welche Gesundheitskompetenz (Health Literacy) sie verfügen und wie diese die Nutzung der Beratung determiniert. Die Ergebnisse werden nachfolgend ausschnitthaft dargestellt (ausführlich hierzu [13]). Außerdem werden die Potenziale der Stärkung von Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der Patientenberatung diskutiert.

Methode

Die Evaluation erfolgte im Frühjahr 2013 auf der Basis einer Dokumentenanalyse, eines Fokusgruppeninterviews mit

den sechs Beratern¹ der muttersprachlichen Beratungsstellen der UPD, von Einzelinterviews mit weiteren Experten sowie von leitfadengestützten Interviews mit potenziellen und realen Nutzern des Beratungsangebots (siehe [Tab. 1](#)).

Der Leitfaden für das Fokusgruppeninterview und die Einzelinterviews konzentrierte sich auf vier Themenschwerpunkte: lebensweltliche und kulturelle Besonderheiten der Zielgruppe, Bedingungen der Erreichbarkeit, Anforderungen an die Beratung, Besonderheiten der Nutzung von Beratung, Erfahrungen und Möglichkeiten der Verbesserung der Beratung.

Das *Fokusgruppeninterview* mit den sechs Beratern aus den (zum damaligen Zeitpunkt) vier muttersprachlichen Beratungsstellen wurde durch eine der Autorinnen durchgeführt. Es dauerte zwei Stunden und wurde mit Einverständnis der Teilnehmerinnen mit Video aufgezeichnet. Außerdem wurden vom Team kontrastierend, aber auch um die Anonymität der UPD-Berater zu gewährleisten, weitere *Experteninterviews* mit Beratern aus anderen Bereichen der russisch- sowie auch der türkischsprachigen (Gesundheits-)Beratung in Deutschland geführt. Die Auswahl der Experten erfolgte nach dem Schneeballprinzip. Insgesamt wurden 24 Experten im Alter von 35 bis 65 Jahren befragt. Von den 24 Beratern hatten 15 selbst einen Migrationshintergrund: acht einen türkischen und drei einen russischen.

¹ An den Interviews nahmen Berater und Beraterinnen teil. Für eine bessere Lesbarkeit und im Sinne der Anonymisierung wird im Folgenden jedoch nur die männliche Form benutzt vor allem, da in einigen Beratungsstellen nur Beraterinnen bzw. nur Berater tätig sind.

Der Leitfaden für die Interviews mit den potenziellen und realen Nutzern beinhaltete die Themen Nutzung und Bewertung von Beratungsstellen in der türkisch- bzw. russischsprachigen Community, Inanspruchnahme von Beratung bei gesundheitlichen Problemen und Zugang zu gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten und spiegelte damit wichtige Inhalte von Health Literacy.

Mit *potenziellen türkisch- und russischsprachigen Nutzern*² wurden neun leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Sie waren zwischen 18 und 50 Jahre alt, entstammten unterschiedlichen Generationen und hatten weder eine Beratungsstelle der UPD noch eine in anderer Trägerschaft in Anspruch genommen.

Mit *realen Nutzern* wurden neun Interviews durchgeführt³. Die Nutzer waren zwischen 64 bis 75 Jahre alt und wurden über persönliche Ansprache durch die Berater der regionalen Beratungsstellen (RBS) der UPD in Stuttgart, Nürnberg, Dortmund und Berlin für ein Interview gewonnen. Da die Befragten über ganz Deutschland verteilt leben, erfolgten einige Interviews telefonisch. Alle Interviews wurden von Muttersprachlern durchgeführt, die zuvor geschult worden waren.

Sämtliche Interviews wurden mit Einwilligung der Interviewpartner vollständig transkribiert und außerdem protokolliert. Die Analyse erfolgte in Anlehnung an die Auswertungsstrategie für Leitfadengestützte Interviews von Schmidt [14]. Hierbei wurden die Interviews kodiert, das Datenmaterial inhaltlich strukturiert. Herausgearbeitete Schlagworte wurden anschließend im Sinne einer Validierung diskutiert und zu übergeordneten Themen verdichtet. In einem weiteren Arbeitsschritt wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Aussagen der einzelnen Interviewpartner analysiert, diskutiert und das Datenmaterial neu strukturiert. Diese Vorgehensweise ermöglichte

² An den Interviews nahmen Nutzer und Nutzerinnen teil. Für eine bessere Lesbarkeit und im Sinne der Anonymisierung wird im Folgenden jedoch nur die männliche Form benutzt.

³ Von den Nutzern der muttersprachlichen russischen Beratungsstellen konnten nur russlanddeutsche Spätaussiedler befragt werden. Die Gruppe der Ratsuchenden ist jedoch viel heterogener.

te, die verschiedenen Dimensionen eines Themas differenziert darzustellen. In der Ergebnisdarstellung werden die Perspektiven aller interviewten Teilnehmer zusammengeführt.

Ergebnisse

Soziale, lebensweltliche und kulturelle Bedingungen der Nutzer

Die interviewten Experten betonten einhellig, dass unter den in Deutschland lebenden Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund eine große Heterogenität hinsichtlich Herkunft, Alter und Geschlecht besteht. Die vorhandenen Beratungsangebote werden überwiegend von Personen aus dem türkisch- und arabischsprachigen Raum und aus der ehemaligen Sowjetunion in Anspruch genommen. Die Ratsuchenden sind meist Neuzuwanderer, Heiratsmigranten und/oder Menschen, die im Rahmen einer Familienzusammenführung schon vor Jahren nach Deutschland immigriert sind. Die Nutzer von Beratungsstellen sind zudem überwiegend weiblich. Denn Männer – so ein befragter Experte – kommen erst in die Beratungsstellen, „wenn es nicht mehr geht“. Während Männer zum Zeitpunkt der Erstberatung häufig schon so krank sind, dass bei ihnen eher eine Behandlung erforderlich ist als eine Beratung, kommen Frauen früher in die Beratungsstellen, da sie sich für das gesundheitliche Wohl der Familie verantwortlich fühlen.

Die meisten Ratsuchenden gehören zur Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen, entstammen einem eher bildungsfernen Milieu und haben einen niedrigen sozioökonomischen Status. Den Interviewpartnern zufolge ist der niedrige Bildungsstatus Ursache für die eingeschränkte Informiertheit und Autonomie von Menschen mit Migrationshintergrund im Umgang mit versorgungsspezifischen Belangen. Die befragten Experten unterstreichen, dass sowohl türkisch- als auch russischsprachige Ratsuchende sehr zurückhaltend bei der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Beratungsangeboten sind. Sie führen dies auf ihre Lebens- und kulturellen Bedingungen zurück.

Bundesgesundheitsbl DOI 10.1007/s00103-015-2147-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

A. Horn · D. Vogt · M. Messer · D. Schaeffer

Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. Ergebnisse einer qualitativen Evaluation

Zusammenfassung

Health Literacy (Gesundheitskompetenz) ist im angloamerikanischen Raum ein seit einigen Jahren viel diskutiertes Konzept, das zunehmend auch in Deutschland Beachtung findet. Internationale Studien deuten an, dass Menschen mit Migrationshintergrund der Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen besonders schwer fällt und sie häufig in ihrer Health Literacy eingeschränkt sind. In Deutschland mangelt es bislang jedoch noch an empirischen Daten über Health Literacy bei Migranten. Bekannt ist aber, dass sie besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und dennoch Leistungen des Gesundheitswesens seltener in Anspruch nehmen als die einheimische Bevölkerung. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf ein Beispiel für Good Practice, das muttersprachliche Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD gGmbH), und stellt Ergebnisse einer Evaluation dieses Beratungsangebots dar.

Hierfür wurden Interviews mit Nutzern und Beratern der UPD sowie anderer Beratungsstellen durchgeführt. Deutlich wurde, dass bei türkisch- und russischsprachigen Migranten die gesundheitsbezogenen Literacy-Fähigkeiten, bedingt durch ihre Erfahrungen im Herkunfts- und im Zielland, zum Teil sehr gering sind. Unterstützungs- und Beratungsangebote sollten sich daher nicht allein auf die Muttersprache und kulturell bedingte Besonderheiten im Herkunftsland konzentrieren, sondern auch auf die Stärkung der Health-Literacy-Fähigkeiten von Migranten. Daher wird nun gemeinsam mit der UPD ein Angebot entwickelt, das die Verbesserung entsprechender Kompetenzen der UPD und der dort tätigen Berater zum Ziel hat.

Schlüsselwörter

Health Literacy/Gesundheitskompetenz · Menschen mit Migrationshintergrund · Patientenberatung · Experteninterviews

Strengthening Health Literacy of People with Migration Background. Results of a Qualitative Evaluation

Abstract

The concept of “health literacy”, which has gained attention in English-speaking countries during the last decade, is becoming increasingly popular in Germany. While studies on an international level indicate that people with migration background are often limited in their health literacy, there is a lack of empirical data on that topic in Germany. However, it is well known that they are exposed to health-related risks and problems comparatively often whereas they use health care services less frequently. This article focuses on the native speaking counseling services of the Independent Patient Counseling Germany (UPD gGmbH) as an example of good practice and introduces the results of the evaluation of this counseling service. Quali-

tative interviews were conducted with UPD-consultants as well as with users of the services. It became apparent that Turkish and Russian-speaking immigrants often have limited health-related literacy. Therefore, support and counseling services should focus not only on issues concerning language and cultural aspects. Furthermore, strategies strengthening the health literacy of persons with migration background are required. Therefore, instruments and strategies will be developed in cooperation with the UPD which aim to improve such skills of the UPD-consultants.

Keywords

Health literacy · Migrants · Patient counseling · Expert interviews

Merkmale türkischsprachiger Migranten

Angesprochen auf die besonderen Charaktermerkmale beider Migrantengruppen weisen die Berater darauf, dass bei türkischsprachigen Migranten zwischen

verschiedenen Generationen zu unterscheiden ist. Die erste Generation ist „hierhergekommen, um hier zu arbeiten“. Ihr Leben war auf regelmäßiges Arbeiten im „Hier und Jetzt“ ausgerichtet und darauf, die Familie finanziell zu unterstützen. Ihre Möglichkeiten, die deutsche

Sprache zu erlernen und sie in allen Lebensbereichen anzuwenden, d. h. Sprach- und Sprechkompetenzen zu erwerben und damit ihr Bildungsniveau zu erhöhen, ist stark eingeschränkt. Einige Berater betonen, dass sich ältere türkischsprachige Migranten häufig noch auf dem Bildungs- und Entwicklungsstand befinden, den sie zum Zeitpunkt besaßen, als sie ihr Land verließen. Dies sehen sie als Ursache dafür, dass der Grad an Informiertheit eher gering ist. Auch die Fähigkeit, sich mit dem deutschen Gesundheitswesen auseinanderzusetzen, ist aus Sicht der Berater nicht sehr ausgeprägt.

Ein befragter türkischsprachiger Ratsuchender ergänzt diese Perspektive und unterstreicht die Bedeutung literaler Fähigkeiten: *„Wenn man etwas nicht weiß, es nicht lesen und verstehen kann, wie soll man das auch kennen?“* Plastisch illustriert dieses Zitat, dass die mangelnde Fähigkeit, lesen und verstehen zu können, eine massive Nutzungsbarriere darstellt, zumal sie meist mit mangelndem Wissen über Unterstützungsangebote einhergeht.

Eine weitere wichtige Rolle spielt aus Sicht der Berater der Aspekt, dass die erste Generation ursprünglich nicht in Deutschland bleiben wollte: Ihre eingeschränkten Sprachkenntnisse paarten sich lange Zeit mit der Einstellung, das Land nach Beendigung des Berufslebens wieder zu verlassen und ergo die fremde Sprache nicht erwerben zu müssen und sich – so lässt sich hinzufügen – auch nicht mit dem fremden Gesundheitssystem auseinandersetzen zu müssen. Die Berater gehen davon aus, dass sich diese Einstellung auch auf das Gesundheitsinformationsverhalten negativ ausgewirkt hat.

Ähnlich gelagert ist die Problematik bei der zweiten Generation. Sie ist den Experten zufolge zwar häufig schon in Deutschland aufgewachsen, verfügt jedoch oft über eine schlechte Schulbildung, denn die Kinder wurden *„nicht zur Schule geschickt, weil die erste Generation ja mit denen wieder zurückgehen wollte“*. Aus Sicht der befragten Experten ist diese Generation weder in der Türkei noch in Deutschland angekommen. Gemeinsam ist den beiden ersten Generationen, dass sie sich kaum mit dem deutschen Gesundheitswesen auseinandergesetzt haben und keine Systemkenntnisse besitzen. Die Ex-

perten betonen, dass Gesundheitsfragen im Leben der Migranten insgesamt eher eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Zudem unterstreichen sie, dass sich das Krankheitsverständnis der ersten und zweiten Generation stark von dem der einheimischen Bevölkerung unterscheidet und sie es gewohnt sind, Krankheitsbilder mithilfe von Bildern und Symbolen (z. B.: *„Mein Bauchnabel ist verrutscht“*) zu beschreiben. Im deutschen Gesundheitswesen stoßen sie damit oft unterschwellig auf Unverständnis, und dies ist Ursache von Kommunikationsproblemen und auch Meidungstendenzen. Professionelle Akteure sollten daher in der Lage sein, diese „Bilder“ zu verstehen, zu deuten und ihre Kommunikation darauf einzustellen, ein Hinweis, der auch für die Information und Beratung gilt.

Die dritte Generation türkischsprachiger Migranten ist in Deutschland aufgewachsen und sozial weitaus besser integriert. Sie verfügt über die notwendigen Sprachkompetenzen und auch – so die Experten – über eine höhere Gesundheitskompetenz/Health Literacy, was sich u. a. in einer besseren Kenntnis des Gesundheitswesens niederschlägt.

Merkmale russlanddeutscher Spätaussiedler

Die Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler wird von den befragten Beratern in anderer Weise charakterisiert. Sie gelten als ähnlich zurückhaltende Nutzer von Beratungsangeboten und sind dadurch charakterisiert, dass sie bei Problemen familiäre Hilfe in Anspruch nehmen. Das nachfolgende Zitat eines Nutzers bringt dies auf den Punkt: *„wenn man zum Arzt geht oder zu ’ner Beratung, das ist ja jemand Fremdes!“*. Gesundheitliche Fragen und Probleme werden – so deutet dies an – zunächst innerhalb der Familie geklärt, nicht mit Fremden, wozu auch Ärzte oder Mitarbeiter von Beratungsstellen gehören. Sie gelten als Außenstehende, zu denen kein Vertrauen besteht.

Die befragten Berater weisen zudem auf die Bedeutung kulturbedingter Unterschiede und der anders strukturierten medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Herkunftsländern hin (Länder der ehemaligen UdSSR). Russischsprachige

Migranten berichten beispielsweise, dass ihnen kostenlose Beratungsangebote aus ihrer Heimat häufig unbekannt sind. Der Zugang zum deutschen Gesundheitswesen ist ihnen daher durch Unkenntnis erschwert. Obwohl russlanddeutsche Spätaussiedler meist deutsch sprechen und verstehen, kennen sie die gesundheitspolitischen und -systemischen Verhältnisse in Deutschland kaum, sodass unklar bleibt, ob sie trotz guter Deutschkenntnisse in der Lage sind, Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten lesen, schreiben und vor allem verstehen zu können.

Hinzu kommt, dass die Nutzung staatlicher Angebote in den Herkunftsländern oftmals mit Ängsten verbunden gewesen ist, da beispielsweise Informationen von behandelnden Ärzten nicht vertraulich gehandhabt wurden. Damit wird ein weiterer wichtiger Aspekt in der Beratungstätigkeit angedeutet, auf den die Berater der UPD-RBS immer wieder hinweisen, wenn sie wiederholt feststellen: *„Die Seele von Migranten braucht Vertrauen.“* Dazu gehört der Aufbau einer engen und von Vertrauen geprägten Bindung. Er gilt als Voraussetzung zur Information, Beratung und Förderung der Health Literacy und bedingt, dass die Berater die jeweilige Muttersprache der Ratsuchenden beherrschen.

Beratungssuche und Beratungsanliegen

Oft gelangen die Ratsuchenden nicht auf direktem Weg in die Beratungsstellen. Hinzu kommen Unkenntnis oder Vorbehalte gegen bestehende Angebote. Entsprechend haben Ratsuchende mit Migrationshintergrund meist schon eine ganze Reihe an Instanzen im Versorgungswesen angelaufen (u. a. Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände) bevor sie die muttersprachlichen Patientenberatungsstellen aufsuchen, und nicht selten wurden sie dabei von einer Stelle zur nächsten geschickt, ohne dass ihr Problem gelöst wurde. Ein Berater spricht davon, dass *„die Leute Glück haben“*, wenn sie herausfinden, *„dass es eine unabhängige Patientenberatung in ihrer Muttersprache gibt“*, und sie dort notwendige Erläuterungen erhalten.

Was sind die Anlässe, um sich auf die Suche nach Beratung zu begeben und Kontakt zur Patientenberatung aufzunehmen? Oft sind es konkrete Probleme, wie unverständlich erscheinende Formulare, die auszufüllen sind, Briefe von Behörden, Bescheide von Ämtern, die auf Unverständnis und Irritation stoßen, Verunsicherung oder auch Angst hervorrufen, und eben auch mangelnde literale Fähigkeiten. Diese Aspekte erschweren es den Menschen, die häufig in Amtssprache geschriebenen Briefe zu lesen und zu verstehen. So berichten die Berater davon, dass oftmals erst konkrete Maßnahmen, z. B. die Kündigung der Mitgliedschaft einer Krankenkasse, dazu führen, dass die Ratsuchenden Bescheide ernst nehmen und eine Beratung aufsuchen. Daneben motivieren akute gesundheitliche Probleme, die einen Arztbesuch nach sich ziehen, die Erkrankten, die Beratungsstellen aufzusuchen. Durch ihre eingeschränkten Health-Literacy-Fähigkeiten – so die Berater – haben sie in der Kommunikation mit dem Arzt häufig nicht verstanden, unter welcher Erkrankung sie leiden und mit welchen Auswirkungen sie einhergeht.

Weil viele Ratsuchenden zunächst von einer Stelle zur nächsten ziehen, bleiben ihre Probleme oft ungelöst und schichten sich immer weiter auf, sodass sie einerseits oft erschöpft sind und andererseits Fristen häufig schon abgelaufen sind, wenn sie in die Beratungsstellen kommen. Selten können ihnen die Berater daher mit nur einem Beratungstermin helfen. Oft benötigen sie mehrere Termine, eher eine Art von Begleitung. Denn meist müssen sie gemeinsam mit dem Ratsuchenden Briefe und Bescheide lesen, sie übersetzen und ggf. Strukturen und Fachtermini erklären. Obwohl die meisten Berater wissen, dass es nicht zu ihren originären Aufgaben gehört, formulieren sie häufig auch die Antwortschreiben für die Migranten, weil für das Vorgehen wichtige Schritte ohne ihre Unterstützung nicht durchgeführt werden. Einige Berater berichten, dass sie letztlich auch zu bearbeitende Listen mit nach Hause geben, um beim nächsten Treffen klären zu können, welche Probleme zwischenzeitlich gelöst werden konnten. In einigen Fällen ist der Bedarf an Unterstützung so hoch, dass aus

Sicht der Berater ein begleitendes Fallmanagement/Case Management erforderlich wäre, das von ihnen jedoch nicht geleistet werden kann. In den Interviews wird deutlich, dass die Berater selbst oft hilflos und überfordert sind, weil sie erkennen, mit welchen zum Teil unüberwindbaren Herausforderungen Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer eingeschränkten literalen Fähigkeiten konfrontiert sind.

Die Berater der UPD-Beratungsstellen berichten zudem, dass die Ratsuchenden, wenn sie einmal Vertrauen zu ihnen gefasst haben, „ständig wieder kommen“. Dies wird von den Nutzern bestätigt: „wenn bei mir Fragen hinsichtlich der Gesundheit (...) auftauchen, dann wende ich mich regelmäßig an diese Organisation.“ Wie dieses Zitat eines russlanddeutschen Spätaussiedlers andeutet, wird die Patientenberatung in das persönliche Hilfe- und Informationssystem der Ratsuchenden eingebunden und regelmäßig, häufig auch primär, kontaktiert. Auch türkischsprachige Nutzer suchen die Beratungsstellen regelmäßig auf, wie dieser Ratsuchende erklärt: „Immer wenn ich Sorgen habe, gehe ich dort hin.“ So entlastend diese Art der Nutzung für die Ratsuchenden vermutlich ist, für die Berater ist sie folgenreich, denn sie müssen bei dieser Nutzergruppe immer wieder Zuständigkeiten und auch den gegebenen zeitlichen Rahmen überschreiten, zumal sie oftmals die einzigen Ansprechpartner sind.

Diskussion und Fazit

Insgesamt hat die Evaluation wichtige Erkenntnisse zu Tage gefördert. Um diese zu validieren und zu verdichten, sind weitere Studien erforderlich, die einer quantifizierenden Gewichtung und dem Ausmaß der Problematik größere Beachtung schenken. Auch eine über die UPD hinausgehende Untersuchung von Beratungsstellen, die Menschen mit Migrationshintergrund mit Fragen zu ihrer Gesundheit aufsuchen, wäre wünschenswert.

Dennoch, betrachten wir die Ergebnisse und die aus ihnen resultierenden Konsequenzen noch einmal summierend, ist zunächst festzuhalten, dass die Nutzer mit dem Beratungsangebot der UPD sehr

zufrieden sind und der Ansatz, muttersprachliche Beratung innerhalb eines Regelangebots zu etablieren, auf Akzeptanz bei ihnen stößt. Die rege Inanspruchnahme der persönlichen und telefonischen Beratung legt zugleich nahe, dass die UPD mit ihrem Angebot die anvisierten Zielgruppen erreicht. Darüber hinaus bedarf es aber weiterer Angebote, die sich an diese Zielgruppen richten.

Auch unter Health-Literacy-Aspekten stellen die Beratungsstellen für türkisch- und russischsprachige Migranten eine wichtige Anlaufstelle dar. Über diese erhalten sie Zugang zu gesundheitsbezogener Information und Beratung und Unterstützung bei der Suche und Nutzung für sie relevanter Gesundheitsinformationen. Diese benötigen sie, um die eigene Gesundheit zu erhalten oder ihre Krankheitssituation zu managen und/oder sich im Versorgungswesen zurechtzufinden – ein wesentlicher Aspekt von Health Literacy.

Denn der Zugang zum Gesundheitswesen ist – wie erneut gezeigt wurde – für Menschen mit Migrationshintergrund durch eine Reihe soziokultureller Barrieren erschwert. Dazu gehören – besonders bei den türkischsprachigen Migranten – vielfach unzureichende literale Fähigkeiten, fast immer Sprachprobleme, die zu fehlenden Sprechkompetenzen und einem limitierten Ausdrucksvermögen und eingeschränkter kommunikativer Kompetenz führen. Hinzu kommen Informationsdefizite über das deutsche Gesundheitssystem, seine Instanzen und Angebote, aber auch über die Modalitäten der Nutzung. Sie erschweren, ja behindern die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – auch die von Beratungsangeboten.

Zugleich haben die zurückliegenden Ausführungen deutlich gemacht, dass die Beratungsstellen noch nicht ausreichend darauf ausgerichtet sind, die Gesundheitskompetenz der Nutzer systematisch zu stärken. Auch wenn die Experten in den Beratungsgesprächen nicht nur Unterstützung bei der Problemlösung anbieten, sondern auch bei der Dekodierung von Informationen/Texten behilflich sind und damit zum Verständnis und auch zur Umsetzung von Informationen beitragen, übernehmen sie diese Tätigkeiten vor al-

lem deshalb, weil sie für Migranten eine wichtige Vertrauensinstanz/Anlaufstelle darstellen und nicht, weil sie die gezielte Förderung von Health-Literacy-Fähigkeiten intendieren.

Die Berater/Beratungsstellen müssen daher – so ein wichtiges Fazit, das auch auf andere Bereiche der Beratung übertragbar ist – befähigt werden, das Thema Health Literacy stärker in den Fokus der Beratung zu stellen und systematischer anzugehen und zu betreiben.

Anders formuliert, zum Kompetenzprofil der Berater sollte nicht allein die Fähigkeit zur muttersprachlichen Beratung gehören, sondern auch die zur Förderung von Health Literacy bei dieser Zielgruppe und ebenso zum Umgang mit den Herausforderungen mangelnder Literalität, so z. B. mit Unsicherheit, Scham- und Peinlichkeitsgefühlen etc. Die Berater sollten zudem mit den soziokulturellen und Lebensbedingungen im Herkunftsland und im Zielland vertraut sein und Verständnis für die Schwierigkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund im hiesigen Gesundheitssystem besitzen.

Das ist umso nachhaltiger zu betonen, als – wie eingangs angedeutet – internationale Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund zu den vulnerablen Gruppen gehören, d. h. über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen, erhebliche Schwierigkeiten bei der Suche, dem Verständnis und dem Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen haben und als Konsequenz dessen schlechtere gesundheitliche Outcomes zu erwarten sind [15, 16]. Ob sich dies auch für Deutschland so darstellt und über welche Gesundheitskompetenzen hiesige Migranten verfügen, darüber ist bislang noch wenig bekannt. Genauere Erkenntnisse dürfte eine jüngst an der Universität Bielefeld durchgeführte Querschnittstudie zum Health-Literacy-Niveau vulnerabler Gruppen liefern [17, 18]. Die ihr zugrundeliegende Stichprobe von 1000 Personen aus Nordrhein-Westfalen setzt sich zur einen Hälfte aus bildungsfernen Jugendlichen und zur anderen Hälfte aus älteren Menschen über 65 Jahren zusammen. In beiden Gruppen kommt der Befragung von Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Bedeutung zu. Erste

Berechnungen lassen erkennen, dass insbesondere bei den älteren Menschen mit Migrationshintergrund das Health-Literacy-Niveau im Vergleich zu den anderen Teilnehmern am niedrigsten ist. Exemplarisch zeigt sich dies bei der Schwierigkeit, Informationen über hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten wie Rauchen und hohem Alkoholkonsum zu finden: Rund 46 % der 250 Befragten älteren Migranten gaben an, dass das Suchen und Finden adäquater Informationen sehr schwierig oder ziemlich schwierig für sie ist [19].

In einer zweiten Studie, dem HLS-GER (Health Literacy Survey Germany), wird eine für Deutschland repräsentative Befragung von 2000 Bürgern durchgeführt [18, 20]. Die Ergebnisse des Surveys der HLS-GER-Studie werden in Kooperation mit der UPD als Grundlage für die Entwicklung eines Material- und Methodenkoffers zur Unterstützung der Patientenberatung genutzt. Dazu werden unter anderem Informationsmaterialien, Quick-Guides und Checklisten erarbeitet, die die Berater unterstützen und ihre Sensibilität für das Thema Health Literacy stärken. Die Ergebnisse sollen in einem weiteren Schritt auch für andere Beratungsstellen zugänglich gemacht werden.

Von den Erkenntnissen aus den beiden Studien sind weitere wichtige Anregungen für die Entwicklung weiterer zielgruppenspezifischer Interventionen und Projekte zu erwarten, die künftig dazu beitragen, die Health Literacy der Patientenberatung in Deutschland zu stärken.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Horn

Fakultät für Gesundheitswissenschaften AG6
Universität Bielefeld
Postfach 100 131, 33501 Bielefeld
annett.horn@uni-bielefeld.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Horn, D. Vogt, M. Messer und D. Schaeffer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J et al (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80
2. Kutner M GE, Jin Y, Paulsen C (2006) The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, Washington DC
3. Rudd RR (2007) Health Literacy Skills of U.S. Adults. *Am J Health Behav* 31(Suppl 1):8-18
4. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD (2013) Health literacy. The solid facts. WHO, Regional Office for Europe, Kopenhagen
5. HLS-EU Consortium (2013) Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (first revised and extended version)
6. Ackermann Rau S, Sakarya S, Abel T (2014) When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *Int J Public Health* 59:967–974
7. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin
8. Borde T (2009) Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Zielgruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Migration und Gesundheitsförderung. BZgA, Köln, S. 18–31
9. Akarsu e. V. (2014) AKARSU e. V. – Gesundheitssetage. <http://www.akarsu-ev.de/index.php/projekte>. Zugegriffen: 17. Februar 2015
10. Evangelische Gesellschaft Stuttgart (eva) e.V. (2014) Hilfen für eine gelingende Integration. <http://www.eva-stuttgart.de/beratung-fuer-migranten.html?&L=uolhdjqw>. Zugegriffen: 17. Februar 2015
11. Psychosoziale Hilfen Bochum e. V. (2014) Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration. <http://www.psh-bochum.de/spkom/>. Zugegriffen: 17. Februar 2015
12. UPD (2013) Sachbericht 2012. Verwendungsnachweis gemäß § 7 der Fördervereinbarung zwischen PKV-Verband und UPD gGmbH. Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Berlin, Interner Bericht
13. Horn A, Schaeffer D (2013) Evaluation der Patienteninformation und-beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld, P13, 150
14. Schmidt C (2003) Analyse von Leitfadeninterviews In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S. 447–465
15. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pi-gnone MP (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 19:1228–1239
16. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE et al (2011) Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence report/technology assessment:1–941

-
17. HIS-NRW (2014) Health Literacy – Ermittlung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen und anderer vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (HLS-NRW). http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy.html. Zugriffen: 17. Februar 2015
 18. Messer M, Vogt D, Quenzel G, Hurrelmann K, Schaeffer D (2014) Wie bewerten Bürger in Deutschland ihre eigene Health Literacy? Gesundheitswesen (in press). doi: 10.1055/s-0034-1389914
 19. Messer M, Vogt D, Quenzel G, Schaeffer D (2014) Die Gesundheitskompetenz älterer Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen. Vortrag. Ulm: 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie: V138
 20. HLS-GER (2014) Health Literacy als Ausgangspunkt nutzerorientierter Beratung: Erhebung repräsentativer Daten und Entwicklung eines Material- und Methodenkoffers für die Beratung (HLS-GER). http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy_beratung.html. Zugriffen: 17. Februar 2015