

Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Gu~~r~~un Quenzel und Doris Schaeffer
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Unter Mitarbeit von:

Melanie Messer und Dominique Vogt
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Unterstützt wurde die Datenerhebung und Auswertung von:

Jürgen Pelikan, Florian Röthlin und Kristin Ganahl
Ludwig Boltzmann Institut, Wien
Ipsos Operations GmbH, Mölln

Das Projekt wurde aus Mitteln des
Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) gefördert.

Bielefeld, Februar 2016

Bitte wie folgt zitieren:

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

Inhalt

1 Hintergrund	4
2 Vorgehen	6
2.1 Theoretisches Rahmenmodell	6
2.2 Stichprobe und Befragung	9
3 Ermittlung der Gesundheitskompetenz.....	13
3.1 Subjektiv erlebter Schwierigkeitsgrad.....	13
3.1.1. Situationen und Anforderungen im Bereich Krankheitsbewältigung	16
3.1.2 Situationen und Anforderungen im Bereich Prävention.....	19
3.1.3 Situationen und Anforderungen im Bereich Gesundheitsförderung.....	20
3.2 Gesundheitskompetenz	22
3.2.5 Umfassende Gesundheitskompetenz	23
3.2.6 Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung	26
3.2.7 Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention	28
3.2.8 Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung	29
3.3 Funktionale Gesundheitskompetenz (Lese- und Rechenkompetenz)	31
3.3.1 Verständnis von Lebensmitteletiketten bereitet vielen bildungsfernen Jugendlichen Schwierigkeiten	31
3.3.2 Große Unterschiede zwischen älteren Befragten mit und ohne Migrationshintergrund	32
3.4 Gesundheitswissen.....	34
3.4.1 Häufig geringes Gesundheitswissen bei bildungsfernen Jugendlichen ...	35
3.4.2 Gesundheitswissen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund deutlich niedriger.....	36
4 Zusammenhänge von sozio-demographischen Faktoren und Gesundheits- kompetenz	38
4.1 Eltern wichtiger Faktor bei Jugendlichen.....	38
4.2 Einkommen wichtiger Faktor bei älteren Befragten.....	44
4.3 Migrationserfahrung, Staatsangehörigkeit und zu Hause gesprochene Sprache	49
5 Zusammenhänge von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten.....	57
5.1 Zusammenhänge bei jüngeren Befragten	57
5.1.1 Alkohol- und Tabakkonsum	57
5.1.2 Ernährungsverhalten	61
5.1.3 Bewegung.....	66
5.1.4 Unfallschutz	67
5.2 Zusammenhänge bei älteren Befragten	70
5.2.1 Alkohol- und Tabakkonsum	70
5.2.2 Ernährungsverhalten	73
5.2.3 Bewegung.....	78
5.2.4 Unfallschutz	80

6 Orientierung im Gesundheitswesen.....	84
6.1 Erste Ansprechpartner bei Sorgen und Problemen.....	84
6.1.1 Hausärzte und Familie wichtige Ansprechpartner für Jugendliche	84
6.1.2 Hausärzte wichtigster Ansprechpartner für ältere Menschen.....	85
6.2 Viele wussten schon einmal nicht, wohin sie sich wenden sollten	87
7 Fazit und Handlungsempfehlungen	91
7.1 Erhöhung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen	92
7.2 Erhöhung der Nutzerfreundlichkeit des Gesundheitssystems.....	94
7.3 Health Literacy – Herausforderungen auf politischer Ebene.....	95
8 Literatur	97

1 Hintergrund

In einem Gesundheitssystem, das aufgrund der medizinischen Entwicklung zunehmend an Komplexität gewinnt und zugleich auf die Entscheidungsverantwortung von Patientinnen und Patienten setzt, ist ein kompetenter Umgang mit Fragen von Gesundheit, mit den verschiedenen Angeboten für den Gesundheitserhalt im Versorgungssystem sowie mit Pflege- und Gesundheitsinformation unerlässlich (Schaeffer 2008; Schaeffer und Dewe 2012). So werden von Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall konkrete Fertigkeiten im Umgang mit Behandlungsvorgaben, Ernährungsvorschriften oder in der Handhabung von Medikation etc. benötigt; häufig sind auch umfangreiche Kenntnisse über Krankheitszusammenhänge, Symptomanzeichen und Krankheitsverläufe erforderlich, um Krankheitszuspitzungen zu vermeiden oder dem Verbleib in stationären Pflegeeinrichtungen zu entgehen (Schaeffer 2004, 2009; Schaeffer und Haslbeck 2013).

Da das Wissen über gesundheitsförderliches oder gefährdendes Verhalten zudem in immer kürzeren Abständen aktualisiert wird und auch die Zahl der Gesundheitsinformationen, mit denen der Einzelne im Alltag umgehen muss, ansteigt, kann man davon ausgehen, dass nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern alle Menschen heute über vielfältige Kompetenzen verfügen müssen, um sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken (Kickbusch und Hartung 2014; Klemperer 2008; Laramee et al. 2007; Schaeffer und Moers 2014; Schaeffer, Ewers und Schmidt-Kaehler 2014).

Nach Sørensen et al. (2012) ist Gesundheitskompetenz¹ eng verknüpft mit Bildung und umfasst Kompetenzen, Wissen und Motivation der Bevölkerung, um auf Informationen zuzugreifen, sie zu verstehen, einzuschätzen und anzuwenden, um ein Urteil zu bilden und Entscheidungen in Bezug auf Therapie und Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung im Alltag zu treffen und die Lebensqualität während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu verbessern.

Dass Gesundheitskompetenz nötig ist, um im Alltag gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen und sich im Krankheitsfall im Versorgungssystem zurecht zu finden, erscheint unmittelbar einleuchtend. Empirisch gut belegt sind inzwischen auch einige Folgen von sehr geringer Gesundheitskompetenz. So geht eine geringe Gesundheitskompetenz mit einem höheren Krankheitsrisiko, einer geringeren Lebenserwartung, einer schwächer ausgeprägten „Compliance“ sowie mit der Gefahr von Unter-, Über- und Fehlversorgung einher (Davis et al. 2005; Nielsen-Bohlman et al. 2004; Rootman und Wharf-Higgins 2007; U.S. Department of Health and Human

¹ Im vorliegenden Bericht werden die Begriffe Gesundheitskompetenz und Health Literacy synonym verwendet.

Services, ohne Jahr). Auch gibt es Hinweise, dass Menschen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz oft erst zu einem späteren Zeitpunkt das Versorgungswesen aufsuchen und infolge dessen auch meist kränker sind (Helmert 2000, 2001; Helmert et al. 2001; Holleder und Brand 2006; Mielck und Helmert 2006; Richter und Hurlmann 2009; Schenk und Ellert 2008).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2012) kommt auf Basis der vorliegenden Evidenz zu dem Schluss, dass Investitionen in die Verbesserung des Gesundheitswissens und der Nutzerkompetenz einen positiven Effekt auf den Gesundheitsstatus und das Nutzungsverhalten haben. Dabei sollte das Ziel vor allem darin bestehen, die Gesundheitskompetenz in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu erhöhen, um einer weiteren Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken (Kickbusch und Marstedt 2008; Schaeffer und Schmidt-Kaehler 2012). Internationale Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz in diesen Bevölkerungsgruppen besonders niedrig ist (ex. Sørensen et al. 2015). Für Deutschland liegen bisher jedoch keine repräsentativen Studien zur Gesundheitskompetenz von sozial benachteiligten Menschen vor.²

Um passgenaue Strategien zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung sowie zur bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung entwickeln zu können, in der informierte Entscheidungsfindung und -beteiligung nicht nur Postulat sind, sondern realisiert werden können, muss nicht nur das Ausmaß der vorhandenen Gesundheitskompetenz in verschiedenen sozial benachteiligten Gruppen bekannt sein. Vielmehr muss Klarheit über die Zusammenhänge von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten sowie dem Umgang mit dem Versorgungssystem bestehen (Schaeffer und Büscher 2009; Schaeffer, Ewers und Schmidt-Kaehler 2014). Deswegen ist es zunächst notwendig, die Datenlage zu diesen Themen zu verbessern.

Das vorliegende Projekt ist angetreten, einen Beitrag zur Verbesserung der Datenlage über die Gesundheitskompetenz benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu leisten. In Anlehnung an den European Health Literacy Survey aus dem Jahr 2011 wurde eine *Erhebung* der Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Nordrhein-Westfalen konzipiert, in der ältere Menschen, (jüngere) Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und geringen sozio-ökonomischen Ressourcen und Menschen mit Migrationshintergrund im Zentrum stehen.

² Im European Health Literacy Survey wurden in Anlehnung an das Vorgehen des Eurobarometers ausschließlich Menschen befragt, die zum Zeitpunkt der Erhebung Staatsbürger eines Mitgliedslandes der Europäischen Union waren. Da in Deutschland aufgrund der restriktiven Regelung doppelter Staatsangehörigkeit viele hier ansässige Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, bestand hier eine Datenlücke, die jedoch mit der vorliegenden Untersuchung ein Stück weit geschlossen werden konnte.

2 Vorgehen

Die Untersuchung baut methodisch auf dem European Health Literacy Survey aus dem Jahr 2011 auf, in dem die Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung in acht europäischen Ländern erhoben wurde (HLS-EU Consortium 2012). Deutschland hat am Survey nur mit einem Bundesland, dem Land NRW, teilgenommen.

Die vorliegende Untersuchung wurde als vertiefende Untersuchung des European Health Literacy Survey konzipiert. Sie unterscheidet sich von diesem zum einen darin, dass gezielt sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in den Blick genommen wurden, und zwar insbesondere ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und (jüngere) Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status und niedrigem Bildungsgrad. Von diesen Gruppen wurde eine ausreichend große Fallzahl befragt, um statistisch differenzierte Aussagen über sie machen zu können.

Zum anderen wurden vertiefend zur Gesundheitskompetenz³, auch Informationen zum Gesundheitszustand, zu Einschränkungen durch chronische Erkrankungen, zur Inanspruchnahme des Versorgungssystems, zum Gesundheitsverhalten, zum sozio-ökonomischen Status und zum Bildungsgrad erhoben.

2.1 Theoretisches Rahmenmodell

Die Studie lehnt sich an die bereits erwähnte von Sørensen et al. (2012) entwickelte integrative Definition von Health Literacy an, verstanden als die Fähigkeit von Individuen mit Information umgehen und informierte Entscheidungen in gesundheitlichen Belangen treffen zu können.

Tabelle 2.1 zeigt die Unterteilung der Gesundheitskompetenz in die drei Domänen Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung und in vier Formen der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen, Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen, Informationen anwenden. Zusammen bilden beide Domänen und die Formen der Informationsbearbeitung eine Matrix, die im European Health Literacy Survey als Basis für die Auswahl von Items für die Messung der Gesundheitskompetenz herangezogen wurden.

³ In diesem Bericht verwenden wir die Begriffe Health Literacy und Gesundheitskompetenz – in Anlehnung an den European Health Literacy Survey synonym.

Tabelle 2.1: Matrix der Items des Messinstruments der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
Krankheitsbewältigung	1) Informationen im Bereich Krankheitsbewältigung finden	2) Informationen im Bereich Krankheitsbewältigung verstehen	3) Informationen im Bereich Krankheitsbewältigung beurteilen	4) Informationen im Bereich Krankheitsbewältigung anwenden
Prävention	5) Informationen im Bereich Prävention finden	6) Informationen im Bereich Prävention verstehen	7) Informationen im Bereich Prävention beurteilen	8) Informationen im Bereich Prävention anwenden
Gesundheitsförderung	9) Informationen im Bereich Gesundheitsförderung finden	10) Informationen im Bereich Gesundheitsförderung verstehen	11) Informationen im Bereich Gesundheitsförderung beurteilen	12) Informationen im Bereich Gesundheitsförderung anwenden

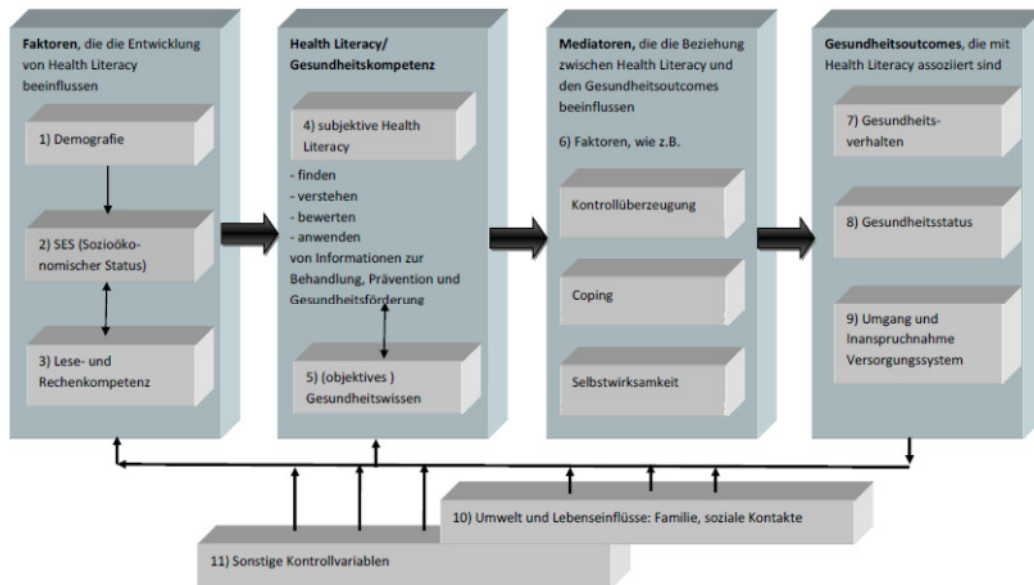
Quelle: Sørensen et al. 2012; deutsche Übersetzung.

Jede der zwölf Zellen dieser Matrix wurde mit drei bis fünf Items operationalisiert. Insgesamt erfolgt die Erhebung der Gesundheitskompetenz über 47 Fragen (HLS-EU-Q47), in denen nach der subjektiv erlebten Schwierigkeit von gesundheitsrelevanten Situationen und Anforderungen gefragt wird.

Das Ziel der Befragung besteht in der Erhebung von Daten zu Faktoren, die die Entwicklung von Gesundheitskompetenz beeinflussen, zur Art und dem Ausmaß der Gesundheitskompetenz, zu Mediatoren, die die Beziehung zwischen der Gesundheitskompetenz und dem sogenannten „Gesundheitsoutcome“ beeinflussen, und zur Frage, ob und wenn ja, wie das Gesundheitsverhalten, der Gesundheitsstatus und die Inanspruchnahme des Versorgungssystems von der Gesundheitskompetenz abhängen (s. Abbildung 2.1).

Zu den Faktoren, deren Einfluss auf die Höhe der Gesundheitskompetenz belegt ist, gehören demographische Faktoren wie das Alter, das Geschlecht und die Wohnortgröße, sozio-ökonomische Faktoren wie der Bildungsabschluss, der sozio-ökonomische Status, der Migrationshintergrund sowie die Lese- und Rechenkompetenz.

Abbildung 2.1: Konzeptionelles Rahmenmodell



Quelle: eigenes Modell; entwickelt auf der Basis der Modelle von Squiers et al. 2013 und Sørensen et al. 2012.

Die Gesundheitskompetenz wurde in der vorliegenden Studie mit den Instrumenten des European Health Literacy Surveys aus dem Jahr 2011 gemessen (HLS-EU Consortium 2012). In diesem wurde Gesundheitskompetenz – wie bereits erwähnt – als die Fähigkeit operationalisiert, relevante Informationen aus den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung finden, verstehen, bewerten und anwenden zu können. Das Instrument umfasst 47 Fragen, mit denen die Schwierigkeit der Durchführung ausgewählter gesundheitsrelevanter Aufgaben oder Tätigkeiten erhoben wird. Beantwortet werden können die Fragen auf einer vorgegebenen vierstufigen Antwortskala („sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“, „sehr schwierig“). Will oder kann eine Frage nicht beantwortet werden, haben die Interviewer zusätzlich die Möglichkeit, „keine Antwort“ zu kodieren. Beispiele für Items aus dem Bereich Krankheitsbewältigung sind „Wie einfach oder schwierig ist es, im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?“ und „...Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?“. Beispiele für Items aus dem Bereich Prävention sind „Wie einfach oder schwierig ist es, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?“ und „...zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?“. Beispiele für Items aus dem Bereich Gesundheitsförderung sind „Wie einfach oder schwierig ist es, Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte?“ und „...einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?“.

Da die Ermittlung der Gesundheitskompetenz auf einer Selbsteinschätzung von verschiedenen Situationen und Anforderungen basiert, haben wir in der vorliegenden Studie zusätzlich Fragen zur Erhebung des basalen Gesundheitswissens formuliert. Beispielsweise wurde gefragt, welche Telefonnummer die Befragten wählen, wenn sie einen Notarzt benötigen, ob die Haut im Solarium vorgebräunt werden sollte, um sich besser vor einem Sonnenbrand zu schützen, oder ob Bluthochdruck zu Schlaganfall oder Herzinfarkt führen kann.

Weiter haben wir zum besseren Verständnis, wie, wann und wie stark die Gesundheitskompetenz das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitsstatus und den Umgang mit dem Versorgungssystem beeinflusst, sogenannte Mediatoren erhoben, von denen bekannt ist, dass sie das Gesundheitsverhalten und den Umgang mit dem Versorgungssystem beeinflussen. Zu diesen Mediatoren gehören die individuelle Kontrollüberzeugung, die Copingstrategien und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Als Outcome-Variablen wurden gesundheitsbezogenes Verhalten, Gesundheitsstatus sowie Umgang mit dem Versorgungssystem erhoben. Beim Gesundheitsverhalten wurden der Nikotin- und Alkoholkonsum, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Verhaltensweisen zur Senkung von Unfallrisiken in der Freizeit, dem Straßenverkehr und im Haushalt erfragt. Beim Gesundheitsstatus wurde zum einen nach dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand, zum anderen nach diagnostizierten chronischen Krankheiten gefragt. Bei dem Umgang mit dem Versorgungssystem wurden die Häufigkeit des Besuchs von Ärzten, Hospitälern, Gesundheitsdiensten, aber auch exemplarisch die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen erhoben.

Zudem wurden Kontrollvariablen in den Fragebogen eingebunden, wie etwa die Belastung durch Sorgen und Probleme, die familiäre Situation und die sozialen Kontakte.

2.2 Stichprobe und Befragung

Die Befragung erfolgte von Februar bis April 2014⁴. Zur Grundgesamtheit der vorliegenden Studie gehören Personen im Alter von 65 bis 80 Jahren sowie Personen zwischen 15 bis 25 Jahren, mit maximal einem Hauptschulabschluss, in Nordrhein-Westfalen. Beide Befragungsgruppen sollten jeweils zur Hälfte aus Befragten mit Migrationshintergrund bestehen.

Abbildung 2.2 verdeutlicht das Stichprobendesign. Insgesamt umfasst die Stichprobe 1.000 Befragte, von denen die Hälfte Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren sind,

⁴ Sie erfolgte durch das Umfrageinstitut Ipsos, dem wir an dieser Stelle herzlich danken.

die als höchsten Bildungsabschluss maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen; ältere Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren bilden die andere Hälfte. Von beiden Gruppen hatte jeweils die Hälfte der Befragten einen Migrationshintergrund.

Abbildung 2.2: Stichprobendesign

15- bis 25-Jährige, mit max. Hauptschulabschluss		65- bis 80-Jährige	
Ohne Migrations- hintergrund	Mit Migrations- hintergrund	Ohne Migrations- hintergrund	Mit Migrations- hintergrund
250	250	250	250

Aus der Grundgesamtheit wurde eine repräsentative Quotenstichprobe mit den Merkmalen Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund und Region gezogen. Die Rekrutierung der zu befragenden Personen erfolgte durch den Interviewer in den definierten Regionen anhand eines Quotenplans.

Interviewt wurde in computergestützten persönlichen Interviews (CAPI) in den Sprachen Deutsch, Russisch und Türkisch. In den Fällen, in denen kein bilingualer Interviewer auf einen nicht-deutschsprechenden Befragten stieß, informierte der Interviewer den zuständigen Supervisor bei Ipsos. Dieser veranlasste, dass der Befragte erneut von einem Interviewer mit entsprechenden sprachlichen Qualifikationen kontaktiert wurde.

Tabelle 2.2: Durchgeführte Interviews nach Interviewsprachen

Interviewsprachen	Anzahl
Deutsch	945
Türkisch	63
Russisch	14
Gesamt	1.022

Quelle: Methodenbericht, Ipsos

Im Schnitt betrug die Interviewdauer 47 Minuten, wobei das kürzeste Interview 20 Minuten und das längste Interview 133 Minuten dauerte. Als häufigste Interviewdauer

(Modus) wurden 41 Minuten verzeichnet. Mit höherem Alter stieg die Befragungsdauer tendenziell an.

Der Umstand, dass der Anteil der Fragen, der in der vorliegenden Studie zur Gesundheitskompetenz benachteiligter Bevölkerungsgruppen nicht beantwortet werden konnte oder wollte, deutlich geringere Werte zeigt, als in der im Rahmen des European Health Literacy Survey durchgeführten Erhebung für NRW (NRW Tabellenband o. J.), kann als Ergebnis der Bemühungen angesehen werden, den Fragebogen und die Befragungssituation so zu gestalten, dass auch ältere Menschen, Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen und mit geringen Deutschkenntnissen die Fragen verstehen und beantworten konnten. Hilfsmittel hierzu waren die schriftliche Visualisierung der Antworten, ein sehr langsames und deutliches Lesen der Fragen, die Formulierung von Übergangsätzen zur besseren Orientierung innerhalb der Interviewsituation und die Möglichkeit, die Interviews auch in Türkisch oder Russisch führen zu können.

Um bei den 47 Fragen zur Erhebung der Gesundheitskompetenz monotones Antwortverhalten zu vermeiden, wurden, bevor eine thematisch etwas anders gelagerte Fragebatterie begann, einleitende Sätze eingefügt. Beispiele für diese Einleitungssätze sind:

- Nun geht es uns darum zu erfahren, wie einfach oder schwierig es ist, bestimmte Informationen zu finden.
- Nun geht es um das Verstehen von Informationen.
- Nun interessiert mich, wie einfach oder schwierig es Ihrer Meinung nach ist Informationen zu beurteilen.
- Wie sieht es mit dem Treffen von Entscheidungen aus?
- Nun geht es um das Verstehen von Informationen.

Zur Visualisierung der Antwortoptionen haben wir insgesamt 26 Listen erstellt, die den Befragten dann zur betreffenden Frage jeweils vorgelegt wurden. Zwei Beispiele für diese Listen sind in Abbildung 2.3 und 2.4 dargestellt.

Abbildung 2.3: Visualisierung der Antwortoptionen für die Frage „Wohin wenden Sie sich am ehesten, wenn Sie Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten suchen? Sie können bis zu 3 Angaben machen.“

- Liste 1:**
- A. Notaufnahme im Krankenhaus
 - B. Beratungsstelle (z. B. Unabhängige Patientenberatung Deutschland)
 - C. Bücher, Broschüren und Zeitschriften
 - D. Gesundheitsamt
 - E. Familie
 - A. Hausarzt
 - B. Facharzt
 - C. Apotheke
 - D. Internet
 - E. Freunde oder Bekannte
 - F. Gesundheitsamt
 - G. Ich habe noch nie selbst nach Informationen gesucht

Abbildung 2.4: Visualisierung der Antwortoptionen für die Frage: Sagen Sie mir bitte jeweils, wie einfach bzw. schwierig folgendes Ihrer Meinung nach ist.

- Liste 2:**
- A. sehr einfach
 - B. ziemlich einfach
 - C. ziemlich schwierig
 - D. sehr schwierig

3 Ermittlung der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz gilt als wichtig für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit. Entsprechend versuchen Erhebungen zur Gesundheitskompetenz die kognitiven Fähigkeiten und Kompetenzen, die für den Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit entscheidend sind, zu identifizieren und ihren Einfluss zu untersuchen. Die Diskussion, welche Fähigkeiten und Kompetenzen für die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit entscheidend sind, wird breit geführt und reicht von der Fokussierung auf die Schriftsprachkompetenz bis zum Verstehen evidenzbasierter Analysen (Davis et al. 2005; Gigerenzer und Muir Gray 2011; Gigerenzer, Mata und Frank 2009; Mancuso 2009; Vogt et al. 2015). In der vorliegenden Untersuchung wird unter Gesundheitskompetenz vor allem die Fähigkeit verstanden, gesundheitsbezogene Information suchen, verstehen, beurteilen und nutzen zu können.

3.1 Subjektiv erlebter Schwierigkeitsgrad

Im folgenden Abschnitt werden die Antworten auf die Fragen zur Einschätzung des Schwierigkeitsgrades von Situationen und Anforderungen gegliedert nach den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt. Die Darstellung soll einen Einblick ermöglichen, welche Situationen und Anforderungen von den Befragten als eher schwierig, welche als eher einfach eingestuft werden. Auch lassen sich erste Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den untersuchten Altersgruppen sowie zwischen den befragten Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund beobachten (s. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Einschätzung der Schwierigkeit gesundheitsbezogener Situationen und Anforderungen

	WIE EINFACH/SCHWIERIG IST ES....	ANTEIL "SEHR" ODER "ZIEMLICH SCHWIERIG" IN PROZENT			
		15-25 J. mit MH	15-25 J. ohne MH	65-80 J. mit MH	65-80 J. ohne MH
1	Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	25,8	17,2	51,0	31,1
2	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	37,4	32,6	57,5	40,1
3	herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?	28,7	20,6	36,0	26,0
4	herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	21,2	16,2	27,6	19,5
5	zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	28,3	21,5	39,7	19,6
6	die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?	43,3	33,5	60,7	44,0
7	zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?	39,9	29,4	39,4	29,4
8	die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	23,7	17,5	25,6	20,7
9	zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?	33,3	23,2	37,1	23,3
10	Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	59,1	48,0	63,6	52,4
11	zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	53,6	46,8	56,9	48,9
12	Zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?	47,9	47,2	62,0	54,6
13	mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	34,6	29,2	38,6	32,8
14	den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?	22,0	17,6	24,7	19,3
15	im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?	14,1	11,0	19,0	13,4
16	den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	21,3	13,7	21,2	15,3
17	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?	36,4	26,6	45,9	34,1
18	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	58,1	47,4	64,1	53,7
19	Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?	43,1	35,4	42,3	30,8

20	Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck/sexuell übertragbare Krankheiten oder hoher Cholesterinspiegel/Hautkrebs?	44,7	36,1	40,0	28,8
21	Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	30,9	16,4	28,2	18,7
22	zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?	39,5	29,9	40,2	20,9
23	zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	38,5	31,6	26,5	19,5
24	zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z. B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?	28,2	23,2	34,5	23,1
25	zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?	30,6	21,8	30,8	17,5
26	zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?	45,9	41,5	50,7	38,0
27	zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?	50,4	45,5	41,9	26,0
28	zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	50,0	42,7	60,1	51,1
29	zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?	42,9	35,4	40,0	30,9
30	aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	30,5	23,1	27,9	29,0
31	aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	47,7	39,2	54,5	39,9
32	Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden?	30,0	18,1	36,0	23,1
33	Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	43,6	28,9	45,9	33,7
34	Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte?	60,1	50,8	63,2	57,4
35	etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten?	57,4	55,8	70,3	53,6
36	sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?	46,2	37,6	39,1	33,4

37	Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	17,7	10,5	17,6	13,4
38	Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?	48,3	39,9	55,5	45,0
39	Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	32,4	26,0	52,5	38,8
40	Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?	58,6	48,3	61,2	44,3
41	zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt?	48,5	41,0	52,6	40,3
42	zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?	52,7	47,1	53,2	38,6
43	zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	29,7	24,9	25,8	24,8
44	Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	30,6	24,9	33,8	28,1
45	einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?	19,2	13,4	40,3	28,7
46	Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen?	30,3	27,5	34,1	34,8
47	sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?	47,9	47,9	60,4	48,0
	Durchschnitt	38,4	31,1	43,2	32,7

Quelle: LBI-Ergebnisbericht

Nachfolgend werden Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen in der umfassenden Gesundheitskompetenz sowie für die Bereiche Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt. Um die Antworten der befragten Bevölkerungsgruppen besser vergleichen zu können, wurden die beiden Kategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ zusammengefasst.⁵

3.1.1. Situationen und Anforderungen im Bereich Krankheitsbewältigung

Der Anteil der bildungsfernen Jugendlichen, die die einzelnen Situationen und Anforderungen im Bereich Krankheitsbewältigung, wie sie im Fragebogen zur Ermittlung

⁵ Die Kategorie „weiß nicht/keine Antwort“ wurde bei dieser Kategorienbildung nicht berücksichtigt.

der Gesundheitskompetenz erhoben wurden, als „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ beurteilt, variiert je nach erfragter Situation beträchtlich.

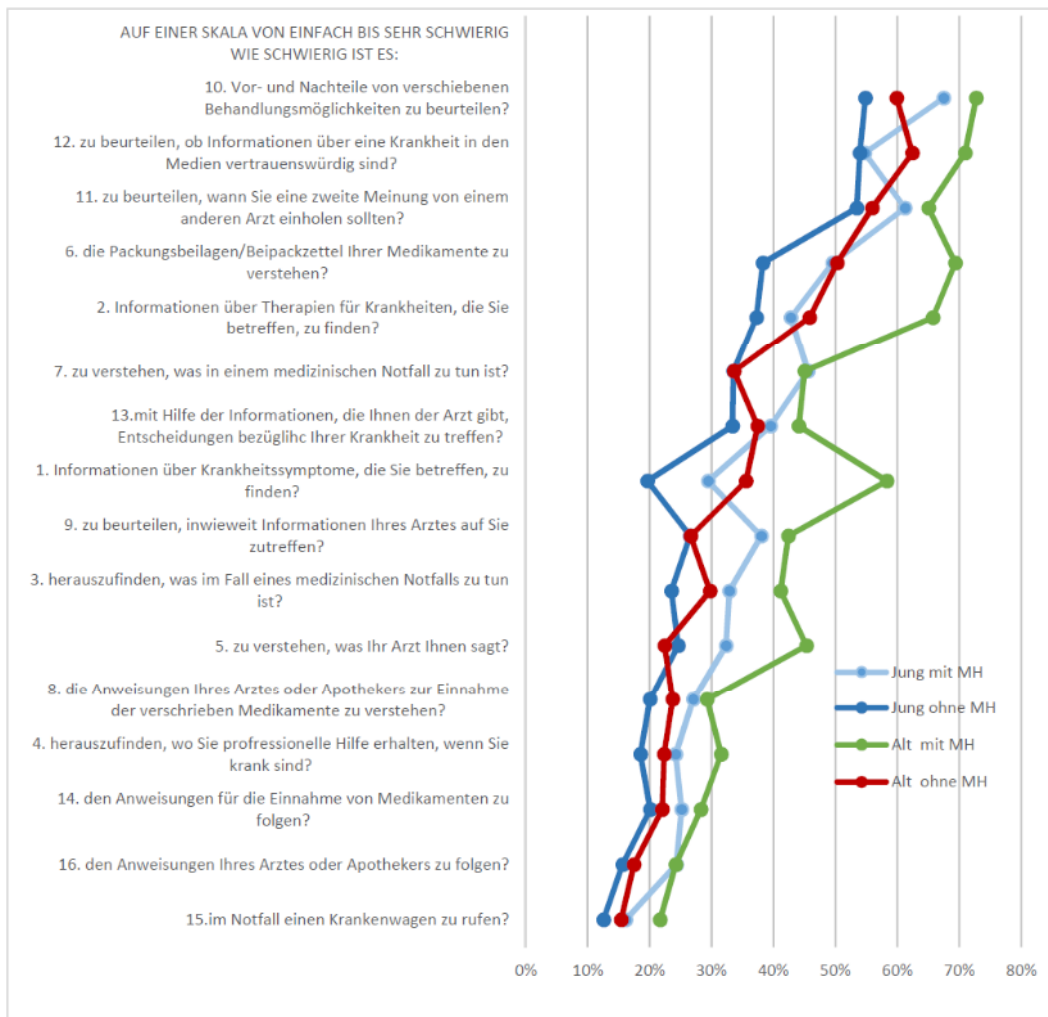
Als vergleichsweise einfach wird von den Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund neben dem Ruf eines Krankenwagens im Notfall eingeschätzt, den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen, herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten, wenn sie krank sind, und den Anweisungen bei der Einnahme von Medikamenten zu folgen. Als vergleichsweise schwierig wird es neben der Beurteilung von Vor- und Nachteilen von Behandlungsmethoden empfunden zu beurteilen, wann man eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollte oder zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind, sowie die Packungsbeilagen von Medikamenten zu verstehen. Etwa beurteilen „nur“ 11% der bildungsfernen Jugendlichen ohne und 14,1% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund es als schwierig, im Notfall einen Krankenwagen zu rufen, während es 48% der Jugendlichen ohne und 59,1% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund es „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ finden, die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmethoden zu beurteilen (s. Tabelle 3.1. und Abbildung 3.1).

Auffällig ist, dass die Gruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund nahezu durchgehend alle erfragten Situationen und Anforderungen im Bereich Krankheitsbewältigung als schwieriger einschätzt, als Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Schaut man sich die 65- bis 80-Jährigen an, dann zeigt sich ein sehr ähnliches Bild. Diese Gruppe beurteilt die einzelnen Situationen und Herausforderungen jedoch im Mittel als schwieriger als die Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen. Als besonders schwierig wird es empfunden, zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind sowie Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen, zu beurteilen, wann man besser eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollte und die Beipackzettel von Medikamenten zu verstehen.

Insgesamt zeigen die Befunde, dass in beiden Altersgruppen ein ähnliches Muster in der Einschätzung von Situationen und Anforderungen im Bereich der Krankheitsbewältigung zu beobachten ist. So wird es von beiden Altersgruppen tendenziell als schwieriger empfunden, etwas zu beurteilen oder Entscheidungen zu treffen als Anweisungen zu befolgen oder Informationen zu suchen und zu finden. Gleichzeitig fällt es jedoch den jüngeren Befragten noch einmal deutlich einfacher als den älteren Befragten, Informationen zu finden.

Abbildung 3.1: Einschätzung der Schwierigkeit von Situationen und Herausforderungen im Bereich *Krankheitsbewältigung*. Anteil der Befragten, die als Antworten „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ angegeben haben, nach Alter und Migrationshintergrund.



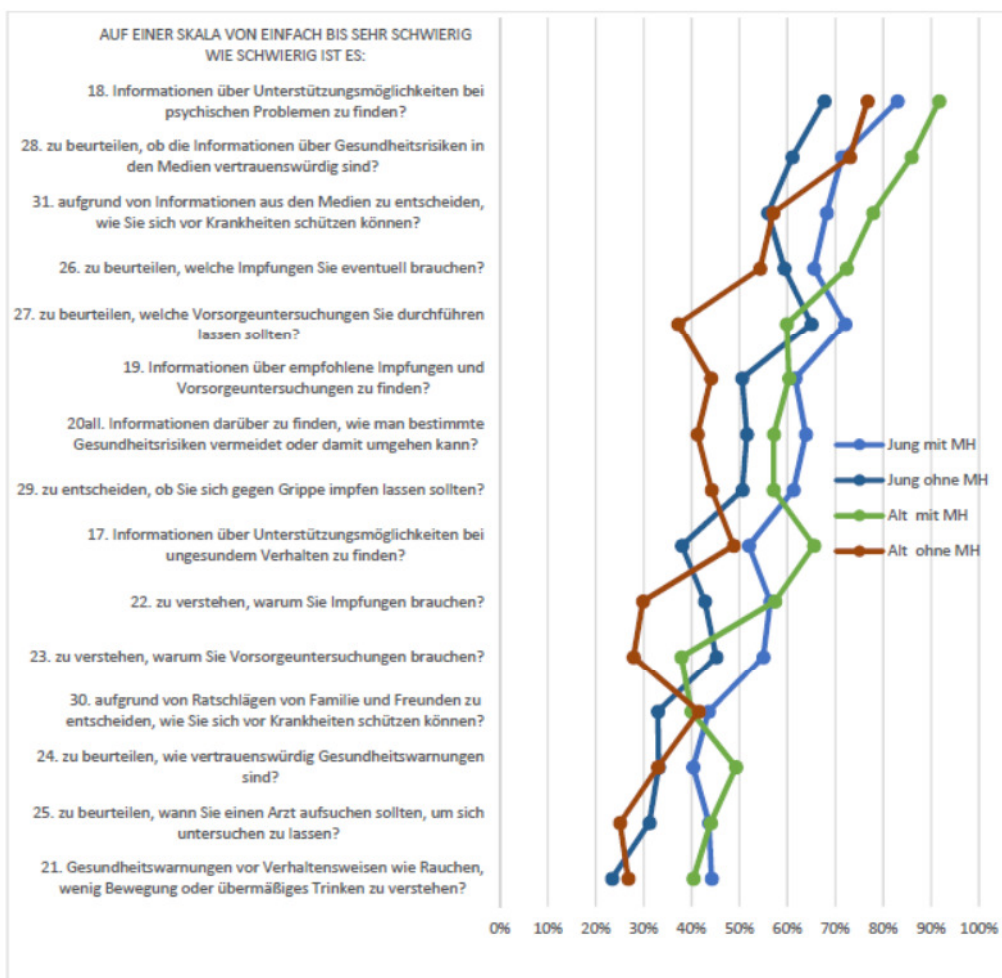
Quelle: LBI, Ergebnisbericht. MH=Migrationshintergrund.

Abbildung 3.1 verdeutlicht auch, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Krankheitsfall nicht nur durchgehend alle Situationen und Anforderungen schwieriger finden als alle anderen Subgruppen, sondern dass ihnen bestimmte Situationen und Anforderungen besonders schwer zu fallen scheinen. Bei einigen erfragten Situationen und Anforderungen weichen sie erheblich vom Antwortmuster der anderen Gruppen ab. So fällt es ihnen etwa deutlich häufiger schwer zu verstehen, was ihr Arzt ihnen sagt. Aber auch Informationen über sie betreffende Krankheitssymptome sowie Informationen über Therapien für Krankheiten, die sie betreffen, zu finden, erachten sie als sehr schwierig. Packungsbeilagen von Medikamenten zu verstehen, empfinden sie als besonders unverständlich.

3.1.2 Situationen und Anforderungen im Bereich Prävention

Situationen und Anforderungen aus dem Bereich Prävention werden im Vergleich zur Krankheitsbewältigung als etwas schwieriger beurteilt (s. Abbildung 3.2). Weiter fällt auf, dass die Unterschiede bei der Beurteilung des Schwierigkeitsgrads etwas geringer ausfallen.

Abbildung 3.2: Einschätzung der Schwierigkeit von Situationen und Herausforderungen im Bereich *Prävention*. Anteil der Befragten, die als Antworten „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ angegeben haben, nach Alter und Migrationshintergrund.



Quelle: LBI, Ergebnisbericht. MH=Migrationshintergrund

Erneut finden auch Jugendliche mit Migrationshintergrund nahezu durchgängig die erhobenen Situationen und Anforderungen im Bereich Prävention schwieriger als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Analog dazu schätzen ältere Menschen mit

Migrationshintergrund alle Situationen und Anforderungen als schwieriger ein als ältere Menschen ohne Migrationshintergrund.

Eine Ausnahme bildet hier, aufgrund von Ratschlägen von Familien und Freunden zu entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützen könnte. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund zwar durchgängig alle Bereiche der Gesundheitsinformation die von den Medien oder Akteuren des Gesundheitssystems an sie herangetragen werden, als schwieriger beurteilen, nicht jedoch die Kommunikation mit Freunden und Familienangehörigen. Hier wird etwa zu prüfen sein, welche Rolle hier sprachliche Barrieren und formale Bildungsabschlüsse spielen (siehe Kapitel 4).

Zudem scheint es der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund in diesem Bereich am leichtesten zu fallen, zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie benötigen und durchführen lassen sollten, und zu verstehen und zu beurteilen, welche Impfungen für einen selbst sinnvoll sind.

Interessant ist, dass sowohl die älteren als auch die jüngeren Befragten es im Durchschnitt am schwierigsten einstufen, bei psychischen Problemen Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten zu finden. Diese Anforderung bewerten 47,4 % der befragten Jugendlichen ohne und 58,1 % derjenigen mit Migrationshintergrund sowie 53,7 % der älteren Befragten ohne und 64,1 % derjenigen mit Migrationshintergrund als schwierig. Auch wenn diese Situation den jüngeren etwas einfacher fällt als älteren Befragten, und Menschen ohne Migrationshintergrund einfacher als Menschen mit Migrationshintergrund, ist dies eine Situation, die *allen* Befragtengruppen sehr große Schwierigkeiten bereitet.

3.1.3 Situationen und Anforderungen im Bereich Gesundheitsförderung

Noch schwieriger als die erhobenen Situationen und Herausforderungen in den Bereichen Krankheitsbewältigung und Prävention werden Situationen und Herausforderungen im Bereich Gesundheitsförderung eingeschätzt. Zudem fällt auf, dass hier die Unterschiede zwischen Situationen und Anforderungen, die mehrheitlich als einfach empfunden werden und solchen, die als schwierig beurteilt werden, besonders ausgeprägt sind (s. Abbildung 3.3).

Die bildungsfernen Jugendlichen sehen es mehrheitlich als schwierig an, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten, Informationen zu finden, wie ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher gestaltet werden könnte, Informationen darüber zu verstehen, wie sie psychisch gesund bleiben können, und zu beurteilen, wie ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass sie gesund bleiben. Als vergleichsweise einfach wird demgegenüber empfunden, einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn man

dies möchte, und Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen.

Abbildung 3.3: Einschätzung der Schwierigkeit von Situationen und Herausforderungen im Bereich *Gesundheitsförderung*. Anteil der Befragten, die als Antworten „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ angegeben haben, nach Alter und Migrationshintergrund.



Quelle: LBI, Ergebnisbericht, MH=Migrationshintergrund

Bei den befragten Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren zeichnet sich eine ähnliche Tendenz ab. Auch von ihnen wird mehrheitlich als besonders schwierig eingestuft, etwas über politische Verhältnisse herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten. Dass dieses Item auch bei den älteren Menschen, die politische Prozesse bereits seit geraumer Zeit beobachten, besonders häufig als schwierig beurteilt wird, deutet darauf, dass die politischen Prozesse, die die Gesundheit betreffen, in der Öffentlichkeit wenig transparent erscheinen.

Bedenklich stimmt auch, dass nicht nur die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen es als schwierig ansieht, etwas über die eher „abstrakten“ politischen Veränderungen herauszufinden, sondern auch Informationen über die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Wohnumgebung zu finden. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund finden es zudem besonders schwierig, Informationen in den Medien darüber zu finden, wie sie ihren Gesundheitszustand verbessern können und wie sie beispielsweise einem Sportverein beitreten oder einen Sportkurs belegen können, wenn sie dies wollen.

Insgesamt fällt auf, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund nahezu alle Situationen und Anforderungen im Durchschnitt als schwieriger einstufen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Analog dazu schätzen ältere Menschen mit Migrationshintergrund nahezu durchgehend alle erfragten Situationen und Anforderungen als schwieriger ein als ältere Menschen ohne Migrationshintergrund. Deutlich wird zudem, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund besondere Schwierigkeiten haben. Nahezu durchgehend beurteilen sie die erfragten Situationen und Anforderungen als schwieriger als die Allgemeinbevölkerung, aber auch als die anderen befragten, vulnerablen Gruppen.

3.2 Gesundheitskompetenz

Die in der Erhebung eingesetzte Operationalisierung von Gesundheitskompetenz erlaubt die Berechnung unterschiedlicher Indizes (s. Tabelle 3.1). Für die vorliegende Studie wurden folgende Indizes berechnet⁶:

- Ein umfassender Gesundheitskompetenz-Index, der sich aus allen 47 Gesundheitskompetenz-Items zusammensetzt (=GK-Ges) und alle Bereiche der Gesundheitskompetenz abdeckt.
- Drei domänenspezifische Indizes, die sich jeweils aus den Krankheitsbewältigungs-, den Präventions- und den Gesundheitsförderungsitems zusammensetzen:
 - Gesundheitskompetenz für Krankheitsbewältigung (=GK-KB),
 - Gesundheitskompetenz für Prävention (=GK-PV),
 - Gesundheitskompetenz für Gesundheitsförderung (=GK-GF)

⁶ Für die Kalkulation der Indizes wurden den Antwortkategorien numerische Werte zugewiesen 1=sehr schwierig, 2=ziemlich schwierig, 3=ziemlich einfach, 4=sehr einfach. Höhere Werte drücken damit auch eine höhere Gesundheitskompetenz aus.

Um die Höhe der erhobenen Gesundheitskompetenz zu veranschaulichen und leichter kommunizierbar zu machen, wurden die Ergebnisse in vier Levels von Gesundheitskompetenz zusammengefasst (Weiss 2005). Diese Vorgehensweise wurde vom European Health Literacy Survey übernommen (vgl. HLS-EU Consortium: 2012, S. 29–30). In diesem wurden drei Grenzwerte festgelegt, um insgesamt vier Kategorien zu erhalten, die die Höhe der Gesundheitskompetenz beschreiben. Im European Health Literacy Survey wurde dabei zwischen „inadäquater“, „problematischer“, „ausreichender“ und „exzellenter“ Gesundheitskompetenz unterschieden.

Das Leitkriterium für die Festlegung der Grenzwerte zwischen den Kategorien war das Risiko einer Person, mit gesundheitsrelevanten Aufgaben und Entscheidungen konfrontiert zu werden, die von der Person selbst als schwierig erfahren werden.⁷

Wurden weniger als 25 Punkte bei den Indizes erreicht, wurde die Gesundheitskompetenz als „inadäquate Gesundheitskompetenz“ bezeichnet, weil dann mindestens die Hälfte der erfragten Situationen und Anforderungen als ziemlich schwierig oder sehr schwierig bewertet wurden. Der nächste Grenzwert, der die beiden Kategorien „problematische Gesundheitskompetenz“ und „ausreichende Gesundheitskompetenz“ trennt, wurde bei 33 Punkten, das heißt bei etwa 2/3 des erreichbaren Punktemaximums festgelegt.⁸ Den Kategorien wurden zudem in Anlehnung an die Ampelsignale des Straßenverkehrs die Farben grün (dunkel und hell) gelb und rot zugewiesen.

3.2.5 Umfassende Gesundheitskompetenz

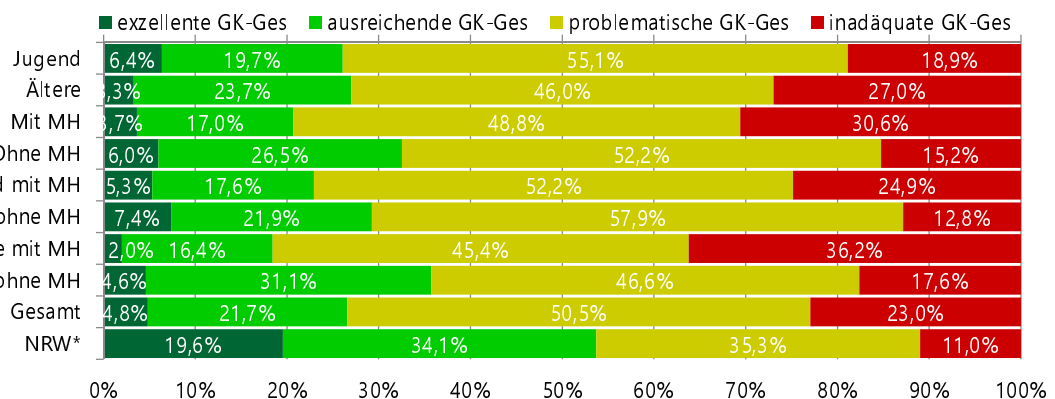
Die prozentualen Anteile der verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die nach den oben beschriebenen Kriterien eine exzellente, ausreichende, problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz aufweisen, werden in Abbildung 3.4 dargestellt.

⁷ Die Grenzwerte wurden außerdem so gewählt, dass der „externe“ Informationsverlust gegenüber den metrischen Indizes minimiert wurde. Das heißt, die Gesundheitskompetenz-Levels produzieren sehr ähnliche Korrelationsmuster wie die entsprechenden metrischen Indizes mit wichtigen Kovariaten wie NVS-Testergebnisse, Alter, finanzielle Deprivation, sozialer Status, selbst wahrgenommene Gesundheit oder die Häufigkeit von Arztbesuchen. Außerdem wurden die Gesundheitskompetenz-Levels so gewählt, dass der „interne“ Informationsverlust ebenfalls minimiert wurde, also die Korrelationen zwischen den Gesundheitskompetenz-Levels und den entsprechenden metrischen Indizes möglichst groß sind. Die Korrelationsmuster wurden jeweils an der internationalen 8-Länder-Stichprobe des European Health Literacy Survey (HLS-EU) getestet.

⁸ Um die Unterschiede in der Schwierigkeit der einzelnen Indizes besser vergleichbar zu machen, wurden bei allen vier Indizes für die Grenzwerte dieselben numerischen Punktwerte gewählt, d. h. die leichten empirischen Unterschiede zwischen den Mittelwerten der einzelnen Indizes wurden bei der Festlegung der Levels nicht berücksichtigt. Zusammenfassend wurden die folgenden Intervalle für die Definition der Gesundheitskompetenz-Levels gewählt: 0-25 Punkte → „inadäquat“; >25-33 Punkte → „problematisch“; >33-42 Punkte → „ausreichend“; >42-50 Punkte → „exzellent“. Die insgesamt nach rechts verschobenen Normalverteilungen und kleinere Deckeneffekte bei den metrischen Skalen weisen darauf hin, dass die vier HLS-EU-Indizes der Gesundheitskompetenz etwas sensiblere und trennschärfere Informationen im Bereich niedrigerer Skalenwerte für Gesundheitskompetenz liefern, besonders für die drei domänenspezifischen Indizes (Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung).

Schaut man sich zunächst die beiden unteren Zeilen in Abbildung 3.4 an, dann zeigt sich, dass der Anteil der befragten benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die eine als „inadäquat“ einzustufende Gesundheitskompetenz haben, mit 23 % deutlich höher liegt als in der Stichprobe aus dem European Health Literacy Survey aus dem Jahr 2011, die sich auf die in NRW lebende Allgemeinbevölkerung bezog und in die Menschen mit Migrationshintergrund nur einbezogen wurden, wenn sie die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union besaßen (HLS-EU Consortium 2012; Mensing 2012). Fasst man die beiden Kategorien der „inadäquaten“ und der „problematischen“ Gesundheitskompetenz (in der Abbildung rot und gelb markiert) wie im European Health Literacy Survey zur „limitierten“ Gesundheitskompetenz zusammen, dann kann die Gesundheitskompetenz von 73,5 % der von uns befragten sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen als limitiert bezeichnet werden, während in der Allgemeinbevölkerung der Anteil bei 46,3 % liegt.

Abbildung 3.4: Verteilung der Gesundheitskompetenz (umfassend) in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



Quelle: LBI, Ergebnisbericht; MH=Migrationshintergrund, GK-ges= umfassende Gesundheitskompetenz

Es zeigt sich weiter, dass die jüngeren Befragten, obwohl sie maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen und damit als eher bildungsfern eingestuft werden können, eine statistisch signifikant⁹ höhere Gesundheitskompetenz besitzen als die älteren Befragten. Auch die Befragten ohne Migrationshintergrund haben eine signifikant höhere Gesundheitskompetenz als Befragte mit Migrationshintergrund.

Von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die als höchsten Bildungsabschluss maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, hat etwa jeder Zwan-

⁹ T-test, LBI-Bericht vom 08/14, S. 40.

zigste (5,3 %) eine exzellente, etwas mehr als jeder Sechste (17,6 %) eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Doch mehr als die Hälfte hat eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz (52,2 %). Bei einem Viertel (24,9 %) kann die Gesundheitskompetenz sogar als inadäquat bezeichnet werden, weil sie mehr als die Hälfte der erfragten Herausforderungen und Situationen als schwer oder sehr schwer einstufen.

Bildungsferne Jugendliche ohne Migrationshintergrund haben eine etwas höhere Gesundheitskompetenz als Jugendliche mit Migrationshintergrund. Aber auch unter ihnen ist der Anteil derjenigen mit einer problematischen oder inadäquaten Gesundheitskompetenz hoch. Von den befragten Jugendlichen ohne Migrationshintergrund hat etwa jeder Vierzehnte (7,4 %) eine exzellente und etwas mehr als jeder Fünfte (21,9 %) eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Weit mehr als jeder Zweite hat eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz (57,9 %). Bei jedem Achten (12,8 %) kann die Gesundheitskompetenz als inadäquat eingestuft werden.

Die Subgruppe mit der mit Abstand niedrigsten Gesundheitskompetenz ist die Gruppe der älteren Migranten. Von ihnen verfügt nur etwa jeder Fünfzigste (2 %) über eine exzellente und jeder Achte (16,4 %) über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. 45,4 % besitzen eine problematische Gesundheitskompetenz, während die Gesundheitskompetenz von mehr als jedem Dritten (36,2 %) als inadäquat angesehen werden kann.

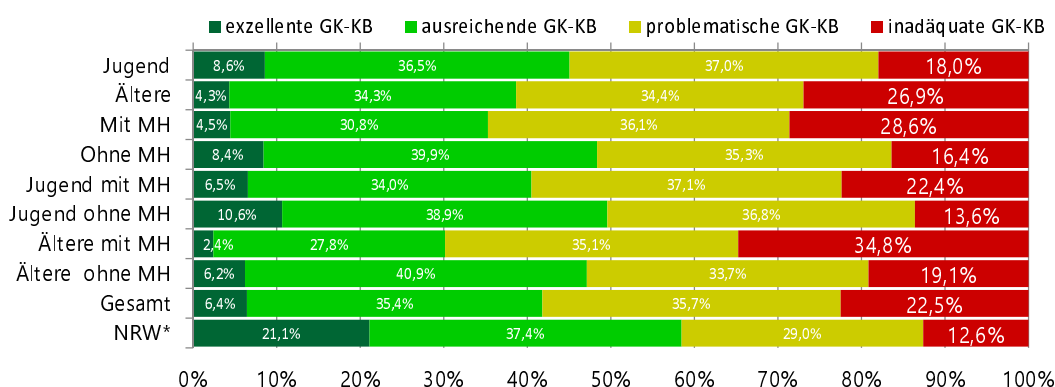
Dass ältere Menschen ohne Migrationshintergrund im Vergleich dazu eine etwas höhere Gesundheitskompetenz haben, sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch unter ihnen der Anteil mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz deutlich unter denen in der Europäischen Gesundheitskompetenzstudie für die in NRW lebende Allgemeinbevölkerung erhobenen Werte liegt. Von den älteren Befragten ohne Migrationshintergrund verfügt weniger als jeder Zwanzigste (4,6 %) über eine exzellente und nahezu jeder Dritte (31,1 %) über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Fast jeder Zweite (46,6 %) hat demgegenüber eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz. Bei fast jedem Sechsten (17,6 %) kann die Gesundheitskompetenz als inadäquat eingeschätzt werden.

Zusammengenommen wird deutlich, dass die Gesundheitskompetenz der befragten sozial benachteiligten Gruppen deutlich unter der durchschnittlichen Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung liegt. Zudem variiert die Gesundheitskompetenz zwischen jüngeren und älteren Befragten, wobei die jüngeren, obwohl sie an Bildung maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, tendenziell eine etwas höhere Gesundheitskompetenz besitzen. Stärker noch als zwischen den Altersgruppen sind Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund zu beobachten.

3.2.6 Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung

Schaut man sich für den Bereich Krankheitsbewältigung erneut zunächst die beiden unteren Zeilen in Abbildung 3.5 an, dann zeigt sich, dass der Anteil der befragten benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit einer exzellenten Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung deutlich niedriger liegt als der Anteil in der Allgemeinbevölkerung in NRW, wie sie im European Health Literacy Survey erhoben wurde (6,4 zu 21,1 %). Die Anteile im Bereich ausreichender Gesundheitskompetenz sind annähernd gleich hoch. Etwas größer ist der Anteil der von uns befragten Bevölkerungsgruppen bei der problematischen Gesundheitskompetenz (35,7 zu 29 %) und deutlich größer ist er bei denjenigen, die mindestens die Hälfte der erfragten Situationen und Anforderungen im Bereich Krankheitsbewältigung als ziemlich schwierig oder sehr schwierig einstufen und deren Gesundheitskompetenz deswegen als inadäquat bezeichnet werden kann (22,5 zu 12,6 %).

Abbildung 3.5: Verteilung der Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



Quelle: LBI, Ergebnisbericht; MH=Migrationshintergrund, GK-KB=Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung

Auch haben im Bereich Krankheitsbewältigung erneut die jüngeren Befragten, obwohl sie maximal einen Hauptschulabschluss besitzen, eine statistisch signifikant¹⁰ höhere Gesundheitskompetenz als die älteren Befragten. Ebenso verfügen die Befragten ohne Migrationshintergrund über eine signifikant höhere Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung als Befragte mit Migrationshintergrund. Die Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung der befragten sozial be-

¹⁰ T-test, LBI-Bericht vom 08/14, S. 40.

nachteiligten Gruppen liegt damit deutlich unter der der Allgemeinbevölkerung. Erneut sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen geringer als die Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund.

Von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die als höchsten Bildungsabschluss maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, hat etwa jeder Fünfzehnte (6,5 %) eine exzellente, etwas mehr als jeder Dritte (34 %) im Bereich Krankheitsbewältigung eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Mehr als ein Drittel haben eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung (37,1 %). Mehr als jeder Fünfte (22,4 %) sogar eine, die als inadäquat bezeichnet werden kann, weil mehr als die Hälfte der erfragten Herausforderungen und Situationen als schwer oder sehr schwer eingestuft werden.

Bildungsferne Jugendliche ohne Migrationshintergrund haben eine etwas höhere Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung als Jugendliche mit Migrationshintergrund, aber auch unter ihnen ist der Anteil derjenigen mit einer problematischen oder inadäquaten Gesundheitskompetenz hoch. Von den befragten Jugendlichen ohne Migrationshintergrund hat etwa jeder Zehnte (10,6 %) eine exzellente und mehr als jeder Dritte (38,9 %) eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Mit 36,8 % hat jedoch auch mehr als jeder Dritte eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung. Mehr als ein Achtel (13,6 %) hat eine Gesundheitskompetenz, die als inadäquat bezeichnet werden kann.

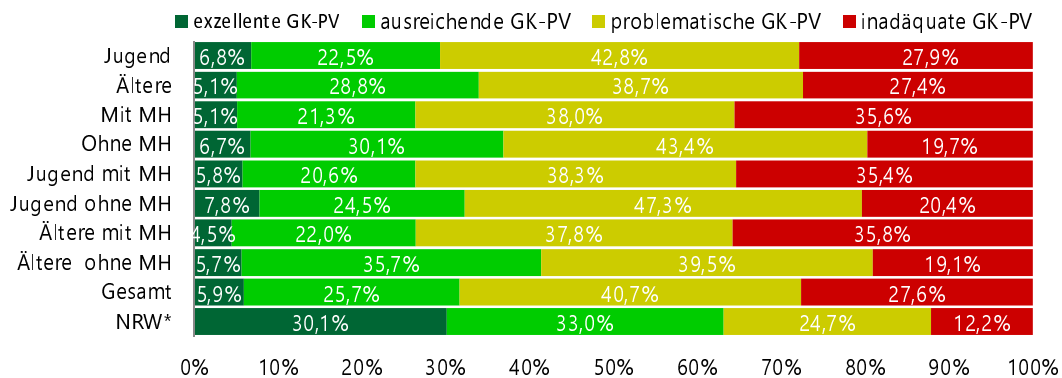
Die Bevölkerungsgruppe mit der mit Abstand niedrigsten Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Von ihnen haben nur 2,4 % eine exzellente und 27,8 % eine ausreichende Gesundheitskompetenz. 35,1 % verfügen über eine problematische Gesundheitskompetenz und bei mehr als einem Drittel (34,8 %) kann sie als inadäquat bezeichnet werden.

Auch hier sollte der Umstand, dass ältere Menschen ohne Migrationshintergrund im unmittelbaren Vergleich eine höhere Gesundheitskompetenz besitzen, nicht zur Annahme verleiten, dass es sich hier nicht um eine Risikogruppe handelt. Denn auch hier zeigt sich, dass auch unter ihnen der Anteil mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung deutlich unter den erhobenen Werten der in NRW lebenden Allgemeinbevölkerung liegt. Von den älteren Befragten ohne Migrationshintergrund verfügen nur 6,2 % über eine exzellente und 40,9 % über eine ausreichende Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung. Ein Drittel (33,7 %) der älteren Befragten ohne Migrationshintergrund hat eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz, bei fast einem Fünftel (19,1 %) kann sie als inadäquat eingeschätzt werden.

3.2.7 Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention

Betrachtet man auch für den Bereich Prävention zunächst die beiden unteren Zeilen in Abbildung 3.6, dann werden erneut erhebliche Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zwischen den von uns befragten benachteiligten Bevölkerungsgruppen und der Allgemeinbevölkerung deutlich. Die Unterschiede zwischen den jüngeren und älteren Befragten sind in diesem Bereich moderater und liegen statistisch nicht mehr im signifikanten Bereich. Die Befragten ohne Migrationshintergrund verfügen jedoch auch im Bereich Prävention über eine signifikant höhere Gesundheitskompetenz als Befragte mit Migrationshintergrund.

Abbildung 3.6: Verteilung der Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



Quelle: LBI, Ergebnisbericht; MH=Migrationshintergrund, GK-PV=Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention

Von den befragten bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund haben 5,8 % eine exzellente, ein weiteres Fünftel (20,6 %) eine ausreichende Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention. Weit über ein Drittel (38,3 %) hat jedoch auch in diesem Bereich eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz, bei einem weiteren Drittel (35,4 %) kann sie als inadäquat bezeichnet werden.

Bildungsferne Jugendliche ohne Migrationshintergrund haben auch im Bereich Prävention eine höhere Gesundheitskompetenz als Jugendliche mit Migrationshintergrund, aber auch unter ihnen ist der Anteil derjenigen mit einer problematischen oder inadäquaten Gesundheitskompetenz hoch. Von den befragten Jugendlichen ohne Migrationshintergrund hat etwa jeder Dreizehnte (7,8 %) eine exzellente und fast jeder Vierte (24,5 %) eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Fast die Hälfte

(47,3 %) hat demgegenüber eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention und bei einem weiteren Fünftel (20,4 %) ist sie inadäquat.

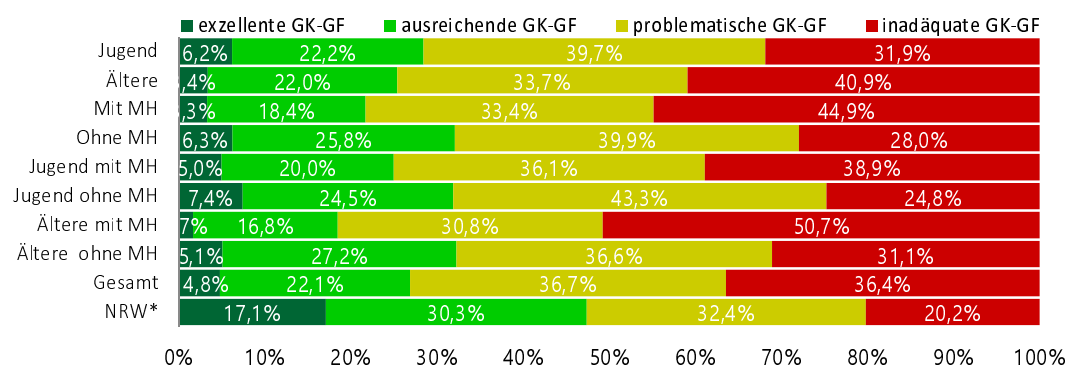
Die Bevölkerungsgruppe mit der mit Abstand niedrigsten Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention ist auch hier wieder die Gruppe der älteren Befragten mit Migrationshintergrund. Von ihnen verfügt nur knapp jeder Zwanzigste (4,5 %) über eine exzellente und ein knappes Viertel (22 %) über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. 37,8 % verfügen über eine problematische Gesundheitskompetenz, während sie von deutlich über einem Drittel (35,8 %) im Bereich Prävention als inadäquat bezeichnet werden kann.

Auch bei den älteren Menschen ohne Migrationshintergrund liegen die Werte erneut unter denen der Allgemeinbevölkerung. Von den älteren Befragten ohne Migrationshintergrund verfügt eine kleine Minderheit von 5,7 % über eine exzellente und ein weiteres gutes Drittel (35,7 %) über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. 39,5 % haben jedoch eine als problematisch zu bezeichnende Gesundheitskompetenz, fast ein Fünftel – 19,1 % – eine inadäquate.

3.2.8 Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung

Im Bereich Gesundheitsförderung ist der Anteil der von uns befragten benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit einer exzellenten Gesundheitskompetenz ebenfalls deutlich niedriger als der Anteil in der Allgemeinbevölkerung (4,8 zu 17,1 %). Auch der Anteil der Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz ist in diesem Bereich in den befragten Bevölkerungsgruppen um einiges kleiner. Umgekehrt ist bei der problematischen Gesundheitskompetenz der Anteil der von uns befragten Bevölkerungsgruppen etwas größer (36,7 zu 32,4 %) als in der Allgemeinbevölkerung und der Anteil mit inadäquater Gesundheitskompetenz erheblich größer (36,4 zu 20,2 %).

Abbildung 3.7: Verteilung der Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



Quelle: LBI, Ergebnisbericht; MH=Migrationshintergrund, GK-GF=Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung

Erneut verfügen die jüngeren Befragten, obwohl sie maximal einen Hauptschulabschluss besitzen, auch im Bereich Gesundheitsförderung über eine statistisch signifikant¹¹ höhere Gesundheitskompetenz als die älteren Befragten. Ebenso haben die Befragten ohne Migrationshintergrund eine signifikant höhere Gesundheitskompetenz als Befragte mit Migrationshintergrund.

Von den bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund besitzen 5 % eine exzellente und 20 % eine ausreichende Gesundheitskompetenz. 36,1 % haben eine als problematisch und 38,9 % eine als inadäquat zu bezeichnende Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung, weil mehr als die Hälfte der erfragten Herausforderungen und Situationen als schwer oder sehr schwer eingestuft werden.

Bildungsferne Jugendliche ohne Migrationshintergrund haben – wie in den anderen Bereichen auch – eine etwas höhere Gesundheitskompetenz als Jugendliche mit Migrationshintergrund, aber auch unter ihnen ist der Anteil derjenigen mit einer problematischen oder inadäquaten Gesundheitskompetenz hoch. Von den befragten Jugendlichen ohne Migrationshintergrund haben 7,4 % eine exzellente und 24,5 % eine ausreichende Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung. Mit 43,3 % haben jedoch etwas weniger als die Hälfte der bildungsfernen Jugendlichen eine problematische und ein weiteres Viertel (24,8 %) eine Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung, die als inadäquat anzusehen ist.

Besonders niedrig ausgeprägt ist sie erneut bei den älteren Migranten, von denen 1,7 % eine exzellente und 16,8 % eine ausreichende, 30,8 % eine problematische und mehr als die Hälfte (50,7 %) eine als inadäquat zu bezeichnende Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung haben.

¹¹ T-test, LBI-Bericht vom 08/14, S. 40.

3.3 Funktionale Gesundheitskompetenz (Lese- und Rechenkompetenz)

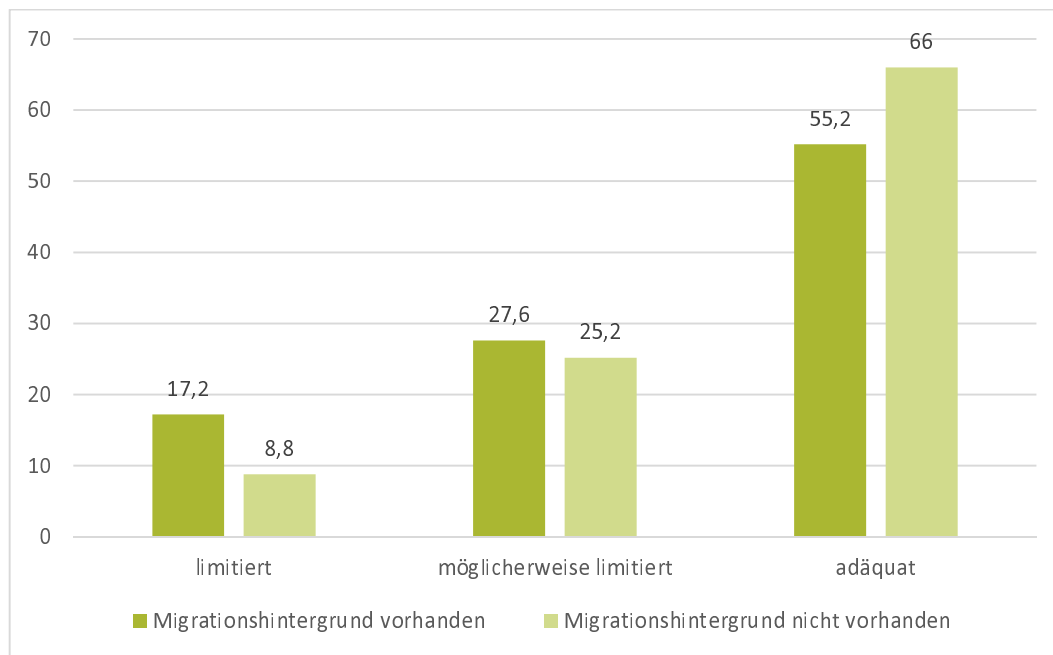
Um die Lese- und Rechenkompetenzen, auch als funktionale Gesundheitskompetenz bezeichnet, zu erheben, wurde in der vorliegenden Studie und in Anlehnung an das Vorgehen des European Health Literacy Survey ein Leseverständnis und Rechentest eingesetzt, der Newest Vital Sign (NVS)-Test. Für den NVS-Test wird den Befragten ein Etikett mit Nahrungsmittelangaben einer imaginären Eiscreme vorgelegt. Das vorgelegte Etikett enthält in der Europäischen Union übliche Angaben zu dem Lebensmittel wie Kalorienzahl, Fettgehalt, Zuckergehalt und Inhaltsstoffen. Nach dem Durchlesen werden inhaltliche Fragen zu Inhaltsstoffen und aufgenommenen Kalorien gestellt. Um die Fragen richtig beantworten zu können, benötigen die Befragten grundlegende Lese- und Rechenkompetenzen, sowie die Fähigkeit, bestimmte Nahrungsmittelinhaltsstoffe mit einer hypothetischen Allergie in Verbindung zu bringen. Insgesamt wurden sechs Fragen gestellt, wobei für jede inhaltlich richtig beantwortete Frage ein Punkt vergeben wird. Aus den Antworten kann auf diese Weise eine Skala zwischen 0 Punkten (keine Frage richtig beantwortet) und 6 Punkten (alle Fragen richtig beantwortet) gebildet werden. Zudem werden analog zur Gesundheitskompetenz die Punktwerte zu Kategorien zusammengefasst, und zwar in limitierte (0–1 Punkt), möglicherweise limitierte (2–3 Punkte) und adäquate funktionale Gesundheitskompetenz (4–6 Punkte).

3.3.1 Verständnis von Lebensmitteletiketten bereitet vielen bildungsfernen Jugendlichen Schwierigkeiten

Wie Abbildung 3.8 zeigt, bestehen im Hinblick auf die funktionale Gesundheitskompetenz – wie sie durch den NVS-Test erhoben wurde – erhebliche Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund. Von den befragten Jugendlichen mit Migrationshintergrund können 17,2 % keine oder eine der Fragen richtig beantworten. Bei ihnen liegt die Vermutung nahe, dass sie über eine limitierte funktionale Gesundheitskompetenz verfügen und ihre Lese- und Rechenkompetenzen nicht ausreichen, um etwa Nahrungsmittelangaben, wie sie üblicherweise auf Verpackungen ausgewiesen sind, verstehen zu können. Von den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund können 8,8 % keine oder eine Frage richtig beantworten und haben vermutlich eine limitierte Gesundheitskompetenz. Zwei oder drei Fragen richtig beantworten können 27,6 % der Jugendlichen mit Migrationshintergrund und 25,2 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund; hier muss vermutet werden, dass ihre Lese- und Rechenkenntnisse ebenfalls eher gering sind und ihre funktionale Gesund-

heitskompetenz möglicherweise limitiert ist. Über eine adäquate funktionale Gesundheitskompetenz verfügen demgegenüber 55,2 % der Jugendlichen mit Migrationshintergrund und 66 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Sie können zwischen vier und sechs der sechs Fragen richtig beantworten und beherrschen damit die grundlegenden Lese- und Rechenkompetenzen.

Abbildung 3.8: Funktionale Gesundheitskompetenz (NVS-Test) in der Gruppe der 15- bis 25-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=9.46$, $p<.01$.

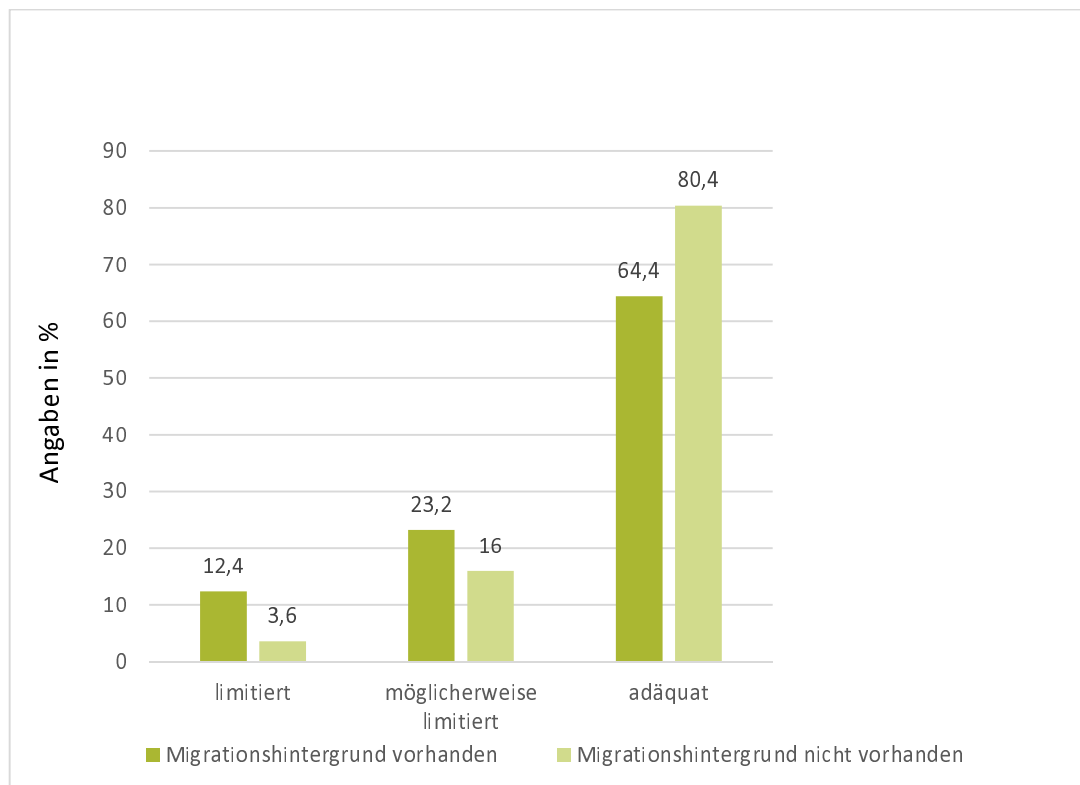
3.3.2 Große Unterschiede zwischen älteren Befragten mit und ohne Migrationshintergrund

Auch bei den Älteren bestehen im Hinblick auf ihre funktionale Gesundheitskompetenz erhebliche Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund (s. Abbildung 3.9). Insgesamt treten die Unterschiede noch deutlicher zutage als bei der relativ bildungshomogenen Gruppe der Jugendlichen mit maximal Hauptschulabschluss.

Von den befragten 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund konnten 12,4 % maximal eine der gestellten Fragen richtig beantworten. Bei ihnen liegt die Vermutung nahe, dass sie über eine limitierte funktionale Gesundheitskompetenz verfügen. Von den 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund konnten demgegenüber

„nur“ 3,6 % keine oder eine Frage richtig beantworten. Zwei oder drei Fragen richtig beantworten konnten 23,2 % der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund und 16 % der 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund. Bei ihnen ist zu vermuten, dass ihre Lese- und Rechenkenntnisse eher gering sind und dass ihre funktionale Gesundheitskompetenz möglicherweise limitiert ist. Über eine adäquate funktionale Gesundheitskompetenz verfügen 64,4 % der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund und 80,4 % der 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund. Dass sie zwischen vier und sechs der sechs Fragen richtig beantworten, deutet darauf hin, dass sie grundlegende Lese- und Rechenkompetenzen besitzen und relevante Informationen aus Nahrungsmittellabels extrahieren und anwenden können.

Abbildung 3.9: Funktionale Gesundheitskompetenz (NVS-Test) in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=19.82$, $p<0.001$.

Insgesamt ist die funktionale Gesundheitskompetenz in der Gruppe der älteren Befragten etwas höher ausgeprägt als bei Jugendlichen, die maximal über eine Hauptschulabschluss verfügen.

3.4 Gesundheitswissen

Da die Berechnung der Gesundheitskompetenz über die Erfragung der wahrgenommenen Schwierigkeiten von Situationen und Anforderungen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung erfolgt, wird nicht der objektive Schwierigkeitsgrad von Situationen und Herausforderungen ermittelt, sondern die subjektive Wahrnehmung von Problemen und Schwierigkeiten erfasst. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt im Fokus auf den subjektiven Kompetenzen der Befragten und der Möglichkeit, über die Datenerhebung Einblicke in die erlebten Schwierigkeiten bei dem Umgang mit Information im Interesse der Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit aus der Perspektive der Betroffenen zu bekommen.

Darüber hinaus sollten Informationen über den Wissensstand im Bereich des basalen Gesundheitswissens und alltäglicher gesundheitsrelevanter Belange erhoben werden.

Um das zu ermöglichen wurden auf der Basis von Informationskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen sowie aus Gesundheitsthemen der Apotheken Umschau und dem Online-Portal onmeda.de Themen ausgewählt, die eine möglichst breite Bevölkerung betreffen, sich auf alltägliche Situationen beziehen und Items gebildet, die sich grundsätzlich mit „stimmt“, „stimmt nicht“ oder „weiß ich nicht“ beantworten lassen.

Aufgenommen wurden folgende Fragen:

- Ich habe beim Arzt ein Recht darauf, meine Akte einzusehen.
- Wenn man es mit einer Diät geschafft hat, das Wunschgewicht zu erreichen, darf man wieder so essen wie vorher.
- Um sich gegen einen Sonnenbrand zu schützen, sollte man die Haut im Solarium vorbräunen.
- Wer als Kind oft Sonnenbrände hatte, hat als Erwachsener ein höheres Risiko Hautkrebs zu bekommen.
- Die Einnahme von Antibiotika kann man dann beenden, wenn man sich besser fühlt, auch wenn die verschriebene Packung noch nicht leer ist.
- Die Einnahme von Vitaminen, Mineralstoffen oder pflanzlichen Mitteln, kann die Wirkung von Tabletten verändern.
- Bluthochdruck kann zu Schlaganfall und Herzinfarkt führen.
- Light-Zigaretten oder Zigaretten mit Menthol sind gesünder als normale Zigaretten.
- Die Zuckerkrankheit (Diabetes) kann zur Amputation von Füßen und Beinen führen.

- Lebensmittel auf denen „light“ steht, sind immer kalorienarm.
- Leicht schimmeliges Brot kann man noch essen, wenn man die schlechte Stelle herausschneidet.

Aus den 11 Fragen wurde ein Index¹² gebildet, der die Werte 1 = keine Antwort richtig bis 12 = alle Antworten richtig, einnehmen kann. Ebenfalls in Anlehnung an das Vorgehen des European Health Literacy Surveys wurden zur leichteren Kommunikation der Ergebnisse aus dem Index Kategorien gebildet, die sich wie nachfolgend beschrieben aufteilen:

- niedriges allgemeines Gesundheitswissen: weniger als die Hälfte der Fragen konnten richtig beantwortet werden
- mittleres allgemeines Gesundheitswissen: 6 bis 8 der 11 Fragen konnten richtig beantwortet werden
- hohes allgemeines Gesundheitswissen: 9 bis 11 der 11 Fragen konnten richtig beantwortet werden.

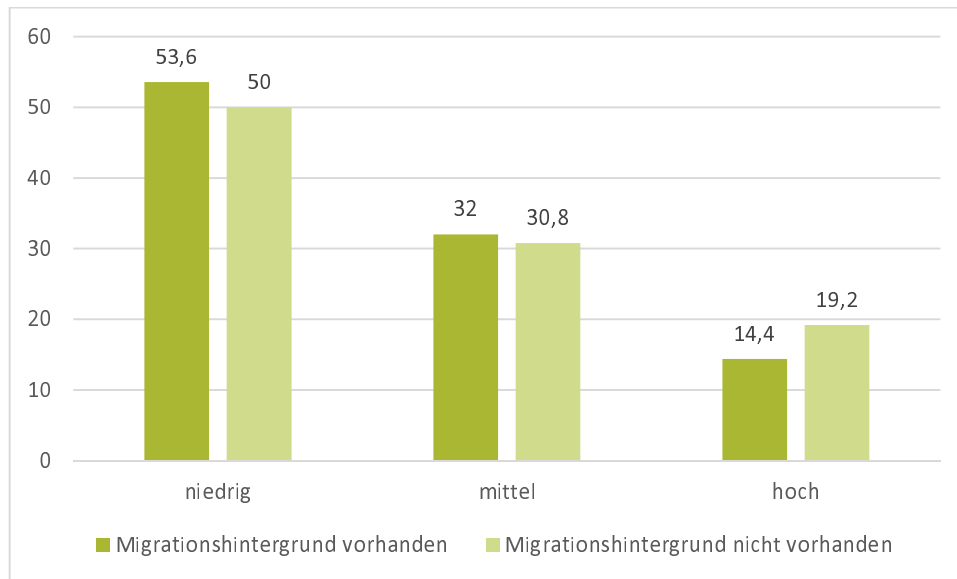
3.4.1 Häufig geringes Gesundheitswissen bei bildungsfernen Jugendlichen

Wie das von uns erhobene Gesundheitswissen in der Gruppe der 15- bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss verteilt ist, zeigt Abbildung 3.10. Etwa die Hälfte der Jugendlichen kann weniger als 50 % der Fragen zum Gesundheitswissen richtig beantworten. Bedenkt man, dass es sich um relativ einfache Fragen mit alltagspraktischer Relevanz handelt, ist dieser Wert als hoch zu bewerten. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sind nicht zu beobachten.

Etwa ein Drittel der befragten Jugendlichen kann zwischen sechs und acht der elf Fragen richtig beantworten; auch hier gibt es keine Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes. Ein Sechstel bis ein Fünftel der Jugendlichen kann zwischen neun und elf der elf Fragen richtig beantworten und besitzt damit ein vergleichsweise hohes allgemeines Gesundheitswissen. Auch hier sind die Unterschiede zwischen denjenigen mit und denjenigen ohne Migrationshintergrund nicht statistisch signifikant.

¹² Der Index hat ein Cronbach's-Alpha von 7.22, und entspricht damit den statistischen Anforderungen (Darren und Mallery 2002).

Abbildung 3.10: Gesundheitswissen in der Gruppe der 15- bis 25-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=2.08$, n. s.

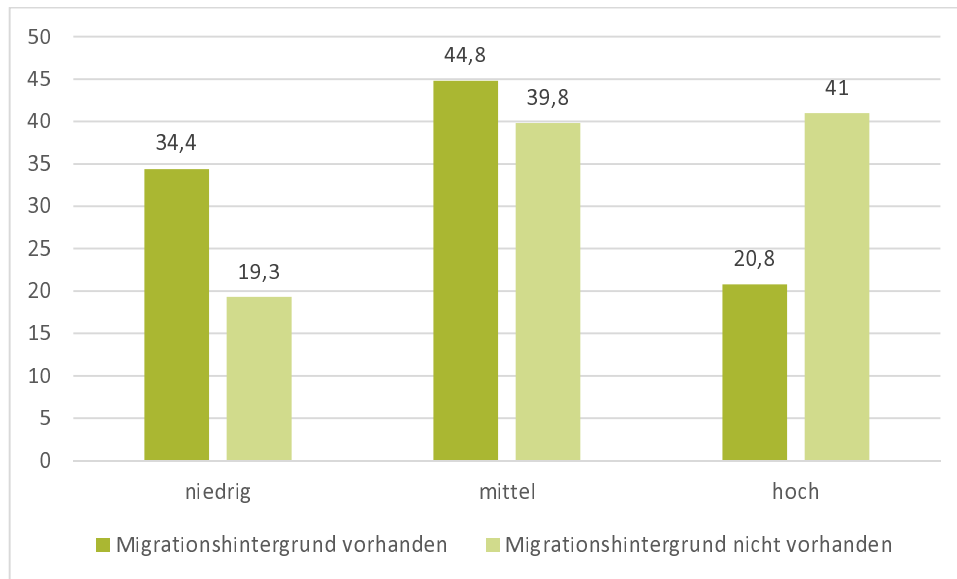
3.4.2 Gesundheitswissen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund deutlich niedriger

Anders als bei den befragten Jugendlichen mit maximal Hauptschulabschluss ist in der Gruppe der älteren Befragten das Gesundheitswissen im Durchschnitt höher. Zugleich können hier erhebliche Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund beobachtet werden (s. Abbildung 3.11).

Etwa ein Drittel der Befragten 65- bis 80-Jährigen kann weniger als die Hälfte der Fragen zum Gesundheitswissen richtig beantworten; von den Befragten ohne Migrationshintergrund sind es etwa ein Fünftel. Die Unterschiede sind statistisch signifikant.

Etwas weniger als die Hälfte der befragten 65- bis 80-Jährigen kann zwischen sechs und acht der elf Fragen richtig beantworten; hier gibt es nur geringe Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes. Größere Unterschiede können dagegen bei denjenigen mit relativ hohem Gesundheitswissen beobachtet werden. Ein relativ hohes Gesundheitswissen haben bei den 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund 20,8 %. Bei den Befragten ohne Migrationshintergrund sind es mit 41 % etwa doppelt so viele. Die Unterschiede sind statistisch signifikant.

Abbildung 3.11: Gesundheitswissen in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=27.81$, $p<.001$

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass die sozial benachteiligten Gruppen der bildungsfernen Jugendlichen und der älteren Menschen in ihrer Gesundheitskompetenz deutlich von der Allgemeinbevölkerung abweichen, und dass sowohl die funktionale Gesundheitskompetenz wie auch das Gesundheitswissen bei vielen als problematisch eingestuft werden muss. **Die Ausgangsvermutung, dass es sich bei den untersuchten, aus sozio-ökonomischer Perspektive als benachteiligt einzustufenden Bevölkerungsgruppen, auch um Gruppen handelt, bei denen die Gesundheitskompetenz tendenziell geringer ausgeprägt ist als in der Allgemeinbevölkerung, konnte damit bestätigt werden.**

Auch wenn diese Erkenntnis zu erwarten war, überrascht doch das Ausmaß des Unterschiedes zwischen der Allgemeinbevölkerung und den untersuchten sozial benachteiligten Gruppen. Nicht bekannt war vorher zudem, wie stark sich die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund von Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund unterscheidet.

4 Zusammenhänge von sozio-demographischen Faktoren und Gesundheitskompetenz

Die Ergebnisse zeigen erhebliche Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund. Es wäre jedoch sicherlich zu kurz gegriffen, die Ursachen für die geringe Gesundheitskompetenz dieser Gruppe primär im Migrationshintergrund zu suchen – nicht zuletzt deswegen, weil die Bezeichnung „Migrationshintergrund“ ein Oberbegriff ist, mit dem auf eine Reihe von lebenslagenspezifischen Faktoren verwiesen wird, die in dieser Gruppe überproportional häufig anzutreffen sind. Hierzu gehören Unterschiede in kulturellen Sinn- und Bedeutungskonstruktionen, Unterschiede in der Akkumulation von Bildungskapital und von sozialen Aufstiegschancen, und nicht selten die Erfahrung von Diskriminierung und manchmal sogar von Stigmatisierung durch Einzelpersonen oder sogar durch die Mehrheitsgesellschaft.

So wäre etwa denkbar, dass eine Ursache, dass die erfragten Situationen und Anforderungen von Menschen mit Migrationshintergrund häufiger als schwierig eingestuft werden, darin zu suchen ist, dass ihr verfügbares Wissen über die Gesundheitserhaltung und den Umgang mit dem Gesundheitssystem in ihrem Herkunftsland erworben wurde und nur bedingt auf die Situation hierzulande übertragbar ist. Ebenso könnte möglich sein, dass sich hinter den Unterschieden zwischen Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund weniger kulturelle Unterschiede, sondern Unterschiede in der verfügbaren Bildung oder dem Einkommen widerspiegeln.

Im Folgenden gehen wir deswegen der Frage nach, was sich hinter den Unterschieden zwischen denjenigen mit und ohne Migrationshintergrund verbirgt und welche anderen sozio-demographischen Merkmale, wie Geschlecht, Alter oder Einkommen, mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängen.

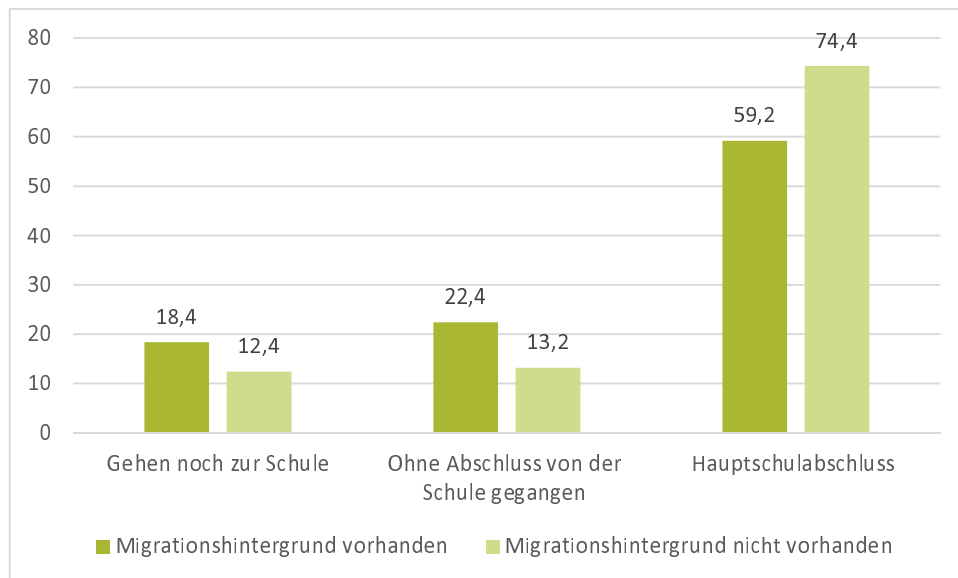
4.1 Eltern wichtiger Faktor bei Jugendlichen

Bei den Jugendlichen überprüfen wir zunächst den Einfluss individueller Faktoren wie Geschlecht, Alter und Bildungsabschlüsse, im Anschluss daran den Einfluss familiärer Faktoren, wie die Bildung und den Wohlstand der Eltern, auf die Gesundheitskompetenz.

Abbildung 4.1 zeigt, dass innerhalb der zunächst relativ bildungshomogen anmutenden Gruppe der 15- bis 25-Jährigen, die als höchsten Schulabschluss maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, doch beträchtliche Bildungs-

differenzen erkennbar sind. Von den befragten Jugendlichen ohne Migrationshintergrund besuchen 12,4 % noch die Schule, weitere 13,2 % sind ohne Hauptschulabschluss von der Schule gegangen und etwa drei Viertel (74,4 %) haben einen Hauptschulabschluss erreicht. Von den befragten Jugendlichen mit Migrationshintergrund besuchen 18,4 % noch die Schule. Mit 22,4 % haben von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund in unserer Stichprobe nahezu doppelt so viele ohne Abschluss die Schule verlassen wie Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Insgesamt haben von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund weniger als zwei Drittel einen Hauptschulabschluss erreicht.

Abbildung 4.1 Bislang erreichter Schulabschluss nach Migrationshintergrund (15-25-Jährige)



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=13.19$, $p<0.01$

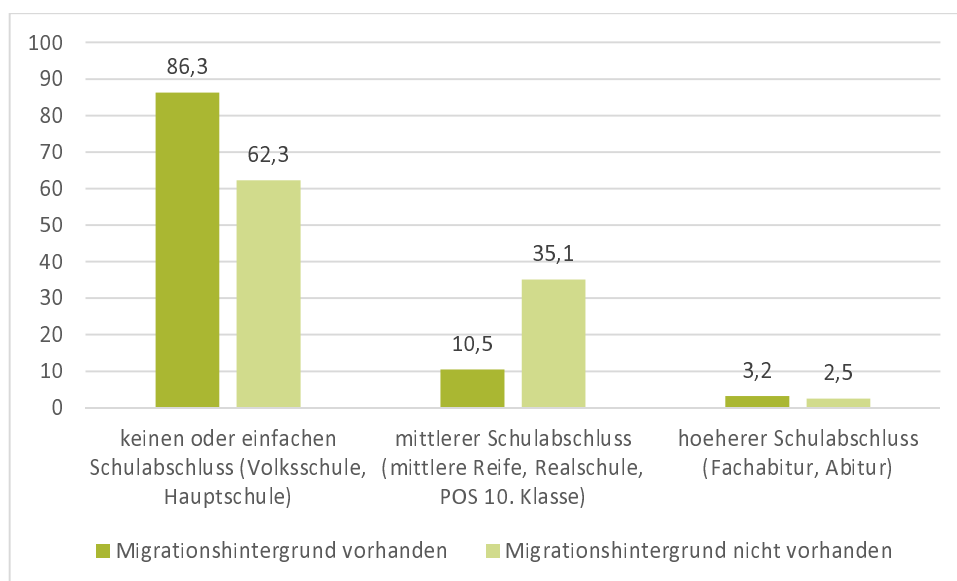
Unsere Stichprobe spiegelt damit die Verteilung der realen Bildungschancen relativ gut wieder, wie sie etwa in der amtlichen Schulstatistik ausgewiesen wird (Statistisches Bundesamt 2015). Im Folgenden wird deswegen zu prüfen sein, ob die Kompetenzunterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund auf die Unterschiede in der formalen Schulbildung zurückgeführt werden können. Wäre dies der Fall, würden Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund im Durchschnitt über die gleiche Gesundheitskompetenz verfügen, wenn sie den gleichen schulischen Abschluss erreicht hätten.

Auch mit Blick auf die Schulbildung der Eltern, die ein Indikator für die in der Herkunftsfamilie verfügbare und damit an die Kinder weitergebbare Bildung ist, zeigen

sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen bildungsfernen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund.

Unabhängig vom Migrationshintergrund verfügt die überwiegende Mehrheit der Väter über keinen oder einen einfachen Schulabschluss (s. Abbildung 4.2). Bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund haben mit 86,3 % mehr als vier Fünftel der Väter keinen oder einen einfachen Schulabschluss; bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund sind es nahezu zwei Drittel.

Abbildung 4.2 Höchster erworbener Schulabschluss des Vaters



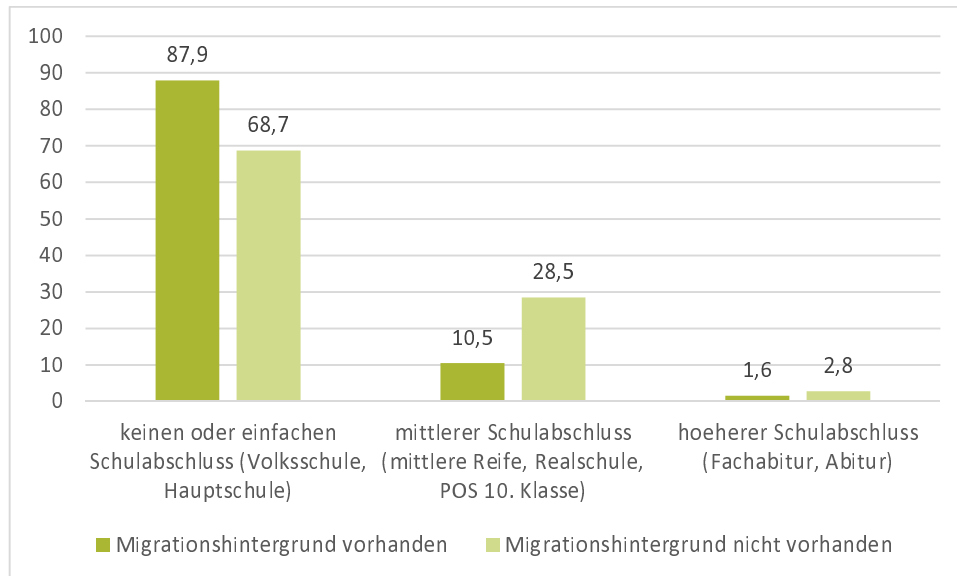
Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=42$, $p<0.001$

Einen mittleren Schulabschluss besitzen etwa 10 % der Väter der Jugendlichen mit Migrationshintergrund, bei den anderen Jugendlichen ist es etwa ein Drittel. Bildungsfernen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund ist gemeinsam, dass sie – von wenigen Ausnahmen abgesehen – keine Väter mit höherem Bildungsabschluss haben. Das Kennzeichen des deutschen Bildungssystems, dass Bildungserfolg in hohem Maß sozial vererbt wird, (Geißler 2011: 273ff; OECD 2014), zeigt sich damit auch in unserer Stichprobe.

Hinsichtlich des Schulabschlusses der Mutter zeichnet sich ein ähnliches Bild (s. Abbildung 4.3). Der Anteil der Mütter mit keinem oder einfachem Schulabschluss ist noch etwas höher als der der Väter und entsprechend ihr Anteil mit mittlerer oder gar höherer Bildung etwas geringer. **Insgesamt wird deutlich, dass die befragten Jugendlichen in der überwiegenden Mehrheit Eltern haben, die keinen oder einen einfachen Schulabschluss besitzen, wobei einfache Bildung bei den Eltern**

der Jugendlichen mit Migrationshintergrund noch etwas dominanter ist als bei den anderen Jugendlichen.

Abbildung 4.3 Höchster erworbener Schulabschluss der Mutter

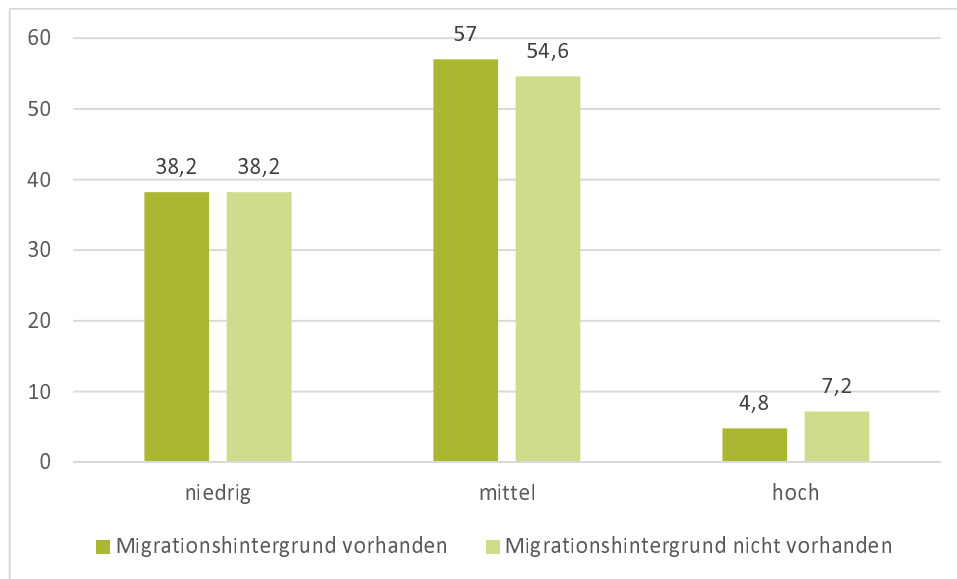


Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=26.95$, $p<0.001$

In der vorliegenden Studie wurde die Family Affluence Scale (FAS-Scale) aus der Health-Behaviour-in-School-aged-Children-Studie (HBSC-Studie) der World Health Organisation Europe verwendet (Currie et al. 2008). Diese wurde entwickelt, um den sozio-ökonomischen Status (SES) von Kindern und Jugendlichen zu ermitteln, die häufig nur ungenaue Angaben zur Einkommenssituation ihrer Eltern machen können. Der Index besteht dabei aus vier verschiedenen Items: Familiärer Besitz eines Autos, Anzahl von Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten, eigenes Zimmer des Jugendlichen und Anzahl von Computern im Haushalt.

Anders als bei den erreichten Schulabschlüssen der Jugendlichen und ihrer Eltern, bestehen im Hinblick auf den sozio-ökonomischen Status, wie er mit der Family Affluence Scale erhoben wurde, keine signifikanten Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund (Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4: Sozio-ökonomischer Status gemessen mit der Family Affluence Scale nach Migrationshintergrund (15-25-Jährige)



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(2)=1.33$, n. s.

Angesichts der gezeigten Bildungsunterschiede bei den Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund stellt sich die Frage, ob die Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz weniger mit dem Migrationshintergrund, sondern vielmehr mit dem Bildungshintergrund der Befragten zusammenhängen. Um diese Frage zu beantworten, haben wir auf Basis einer multivariaten Regressionsanalyse drei Modelle gegenüber gestellt.

Im *ersten* Modell wurde geprüft, ob beziehungsweise inwieweit der Migrationshintergrund die Gesundheitskompetenz statistisch „erklären“ kann. Das Ergebnis zeigt, dass, wenn ein Migrationshintergrund vorliegt, statistisch auch die Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist.

Im *zweiten* Modell wurden neben dem Migrationshintergrund zusätzlich individuelle Faktoren wie das Geschlecht und der erreichte Schulabschluss einbezogen, um zu prüfen, welche Faktoren die Gesundheitskompetenz statistisch „erklären“ können. Vereinfacht gesagt wurde geprüft, welcher Faktor die größte Erklärungskraft besitzt und welche Faktoren aufhören, statistisch signifikante Erklärungsfaktoren zu sein, wenn andere hinzugenommen werden. In die Rechnung war zunächst auch das Alter der Befragten einbezogen. Diese Variable wurde jedoch im vorliegenden Modell ausgeschlossen, weil sie stark mit dem erreichten Schulabschluss korreliert. Die Ergebnisse des zweiten Modells zeigen, dass der Migrationshintergrund signifikant bleibt und weder das Geschlecht noch der erreichte Schulabschluss einen

signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufweisen, wenn die Variable Migrationshintergrund einbezogen wird.

In einem *dritten* Modell wurde überprüft, ob der Bildungshintergrund der Eltern und der familiäre Wohlstand mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängen. Wie die Analyse zeigt, hängt der Bildungshintergrund der Eltern signifikant mit der Gesundheitskompetenz zusammen: Wenn beide Eltern eine einfache Schulbildung haben, dann ist statistisch auch die Gesundheitskompetenz ihrer jugendlichen Kinder vergleichsweise gering. Umgekehrt zeigt das Modell, dass mit der Höhe des familiären Wohlstandes auch die Gesundheitskompetenz steigt. Beide Ergebnisse waren zu erwarten. Interessant ist hier, dass der Migrationshintergrund an Erklärungskraft verliert, was sich im Modell daran zeigt, dass er statistisch nicht mehr im signifikanten Bereich ist.

Tabelle 4.1. Lineare Regression individueller und familiärer soziodemographischer Faktoren auf Gesundheitskompetenz der 15- bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss.

Dimension	Variable	Standardisierte Regressionskoeffizienten β		
		Modell 1	Modell 2	Modell 3
Migrationshintergrund	vorhanden	-.15**	-.13**	-.08
Individuelle Faktoren	Geschlecht: weiblich	–	.06	.06
	Bildung: Hauptschulabschluss erreicht	–	.08	.09
Familiäre Faktoren	Bildungshintergrund: beide Eltern einfache Bildung	–	–	-.13**
	Familiärer Wohlstand (FAS)	–	–	.14**
	R²	.02	.03	.07

Quelle; eigene Berechnung; 15- bis 25-Jährige mit max. Hauptschulabschluss; ***= $p < .001$, **= $p < .01$, *= $p < .05$

Die drei gerechneten Modelle legen kombiniert die Schlussfolgerung nahe, dass weniger kulturelle Unterschiede im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und dem Versorgungssystem die Ursachen für eine geringe Gesundheitskompetenz sind, sondern die im Elternhaus verfügbaren Bildungsressourcen – hier gemessen an den erreichten Schulabschlüssen der Eltern.

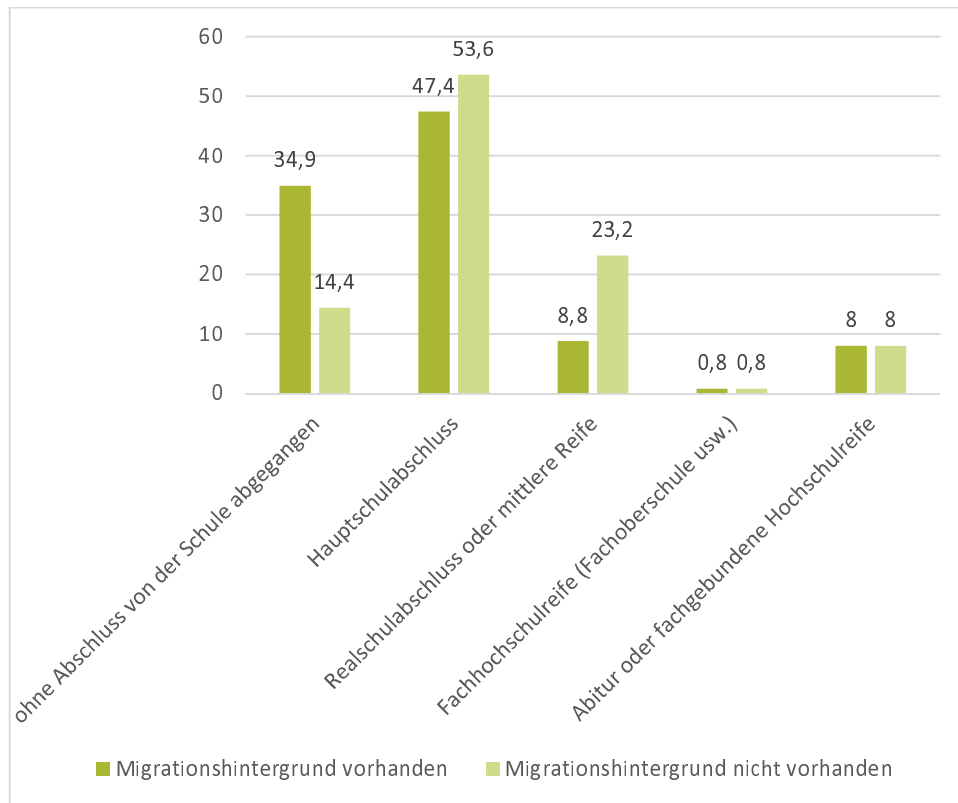
Zusammengenommen bedeutet dies, dass bildungsferne Jugendliche im Durchschnitt eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz haben als die Allgemeinbevölkerung; liegt ein Migrationshintergrund vor, steigt das Risiko noch einmal. Eine genauere Analyse möglicher Faktoren, die „hinter“ dem Etikett Migrationshintergrund stehen, zeigt jedoch, dass die Gesundheitskompetenz vor allem durch die Bildung der Eltern und dem Wohlstand der Herkunftsfamilie bestimmt werden.

4.2 Einkommen wichtiger Faktor bei älteren Befragten

Worauf sind die Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen zurückzuführen? Um diese Frage zu beantworten, werden in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen ebenfalls sozio-demographische Faktoren, wie Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund dahingehend überprüft, ob sie die Höhe der Gesundheitskompetenz statistisch „erklären“ können.

Wie Abbildung 4.5 zeigt, unterscheiden sich die 65- bis 80-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund im Hinblick auf die erreichten Schulabschlüsse erheblich. Von den Befragten mit Migrationshintergrund hat mehr als jeder Dritte keinen Hauptschulabschluss erreicht, in der Gruppe ohne Migrationshintergrund ist es etwa jeder sechste. In beiden Gruppen hat etwa die Hälfte einen Hauptschulabschluss, hier fallen die Unterschiede relativ gering aus. Deutliche Unterschiede sind dagegen wieder bei der mittleren Bildung zu erkennen. Hier besitzt von den Befragten ohne Migrationshintergrund etwas weniger als jeder Vierte einen mittleren Schulabschluss, von den Befragten mit Migrationshintergrund ist es etwa jeder Zwölfte. Bei der höheren Bildung sind in unserer Stichprobe keine Differenzen zu erkennen. Deutlich wird hier vor allem, dass bei den 65- bis 80-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund höhere Bildungsabschlüsse die Ausnahme darstellen.

Abbildung 4.5 Höchster erreichter Schulabschluss 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund

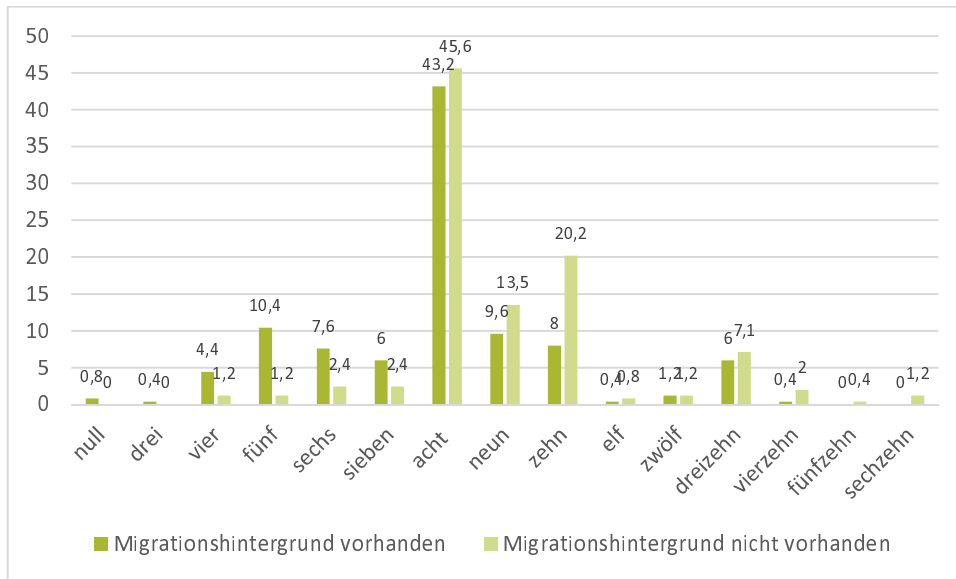


Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=38;36$, $p<.001$

Da ein erheblicher Teil der befragten 65- bis 80-Jährigen über eigene Migrationserfahrung verfügt und entsprechend viele im Herkunftsland zur Schule gingen und dort Schulabschlüsse erworben haben, ist ein Vergleich der erworbenen Bildungstitel schwierig. Etwa wurde in der Türkei erst 1997 die gesetzliche Schulpflicht von fünf auf acht Jahre erhöht¹³. Deswegen wurde neben den erreichten Schulabschlüssen nach der Anzahl der Jahre des Schulbesuchs gefragt und diese aufgrund der leichteren Vergleichbarkeit auch für die Regressionsanalyse herangezogen.

¹³ <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/24532.asp>

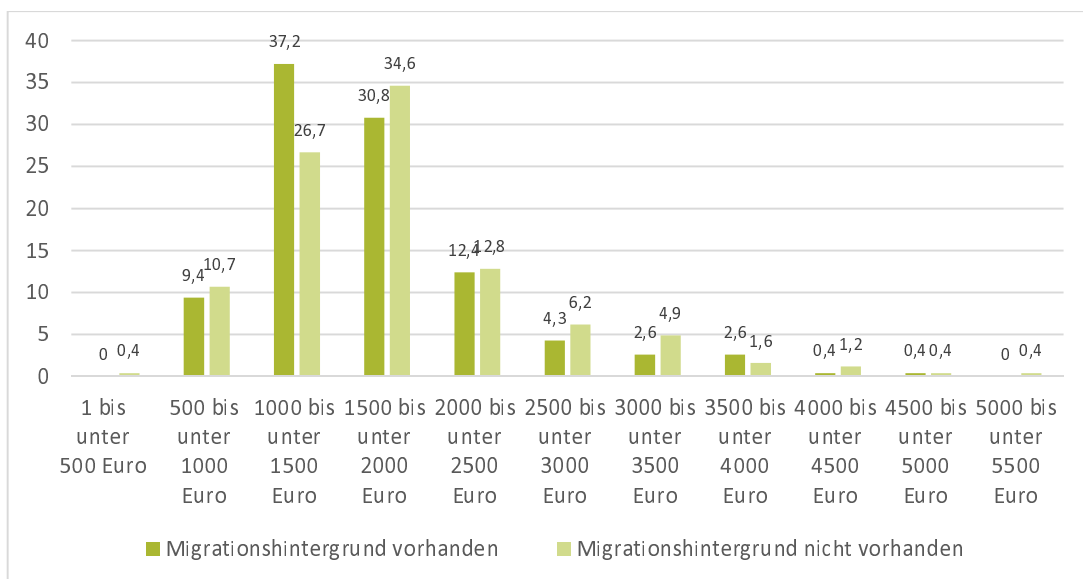
Abbildung 4.6: Schulbesuch 65- bis 80-Jährigen in Jahren nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(15)=59.84$, $p<0.001$

Die Darstellung der besuchten Schuljahre (s. Abbildung 4.6) veranschaulicht, dass nahezu ein Drittel der hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund weniger als acht Jahre eine Schule besucht haben, die Hälfte davon fünf Jahre oder weniger.

Abbildung 4.7: Monatliches Nettohaushaltseinkommen der 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(10)= 10,741$, n. s.

Ähnliche Ungleichheiten fallen bei der Verteilung des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens auf. Hier haben mehr Ältere mit Migrationshintergrund deutlich häufiger ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen unter 1500 Euro. Die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht im signifikanten Bereich (s. Abbildung 4.7).

Vor dem Hintergrund der gezeigten Bildungsunterschiede und Einkommensunterschiede zwischen der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund stellt sich erneut die Frage, ob die Unterschiede in der Gesundheitskompetenz unter Umständen weniger mit dem Migrationshintergrund als vielmehr mit dem Bildungshintergrund und dem Einkommen der Befragten zusammenhängen. Um diese Frage zu beantworten, haben wir auch für die Gruppe der 65- bis 80-Jährigen auf Basis einer multivariaten Regressionsanalyse drei Modelle gegenüber gestellt (s. Tabelle 4.2).

Im *ersten* Modell wird geprüft, ob beziehungsweise inwieweit der Migrationshintergrund die Gesundheitskompetenz statistisch „erklären“ kann. Das Ergebnis zeigt: Wenn ein Migrationshintergrund vorliegt ist tendenziell auch die Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt.

Im *zweiten* Modell beziehen wir neben dem Migrationshintergrund noch soziodemographische Faktoren wie das Geschlecht und das Alter hinzu und überprüfen, ob sich der Anteil der erklärten Varianz erhöht, wenn man sie in das Modell aufnimmt. Die Ergebnisse des zweiten Modells zeigen, dass der Migrationshintergrund statistisch signifikant bleibt, wenn man das Alter und das Geschlecht in die Analyse einbezieht. Sie zeigen auch, dass die Geschlechtszugehörigkeit keinen signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufweist, wohl aber das Alter der Befragten, und zwar nimmt mit zunehmendem Alter die Gesundheitskompetenz tendenziell ab.

In einem *dritten* Modell wird überprüft, ob auch die Anzahl der besuchten Schuljahre oder das Einkommen mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängen. Wie die Analyse zeigt, hat die Zahl der besuchten Schuljahre positiven Einfluss auf die Gesundheitskompetenz und mit jedem besuchten Schuljahr steigt auch die durchschnittliche Gesundheitskompetenz. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Gesundheitskompetenz; hier geht jede erreichte Einkommensstufe ebenfalls mit einer Steigerung in der Gesundheitskompetenz einher. Ob ein Migrationshintergrund vorliegt oder nicht, behält jedoch in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen seine statistische „Erklärungskraft“ auch wenn die besuchten Schuljahre und das Einkommen in das Modell einbezogen werden. Die Variable Alter ist im dritten Modell nicht mehr statistisch signifikant, weil sie von den besuchten Schuljahren und dem Einkommen sozusagen „überlagert“ wird.

Die drei gerechneten Modelle legen damit *kombiniert* die Schlussfolgerung nahe, dass bei der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund

auch kulturelle Unterschiede im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und dem Versorgungssystem berücksichtigt werden sollte, um ein Verständnis ihrer Gesundheitskompetenz zu erlangen und sich Unterschiede zwischen älteren Menschen mit und ohne Migrationshintergrund nicht wie bei Jugendlichen auf Faktoren wie Bildung und Einkommen zurückführen lassen, sondern eine eigenständige Erklärungskraft behalten.

Tabelle 4.2: Lineare Regression sozio-demographischer Faktoren auf die Gesundheitskompetenz der 65- bis 80-Jährigen

Dimension	Variable	Standardisierte Regressionskoeffizienten β		
		Modell 1	Modell 2	Modell 3
Migrationshintergrund	Vorhanden	-.21***	-.23***	-.18***
Sozio-demographische Faktoren	Geschlecht: weiblich	—	-.02	.02
	Alter	—	-.12**	-.08
SES	Schuljahre	—	—	.12*
	Einkommen	—	—	.17***
	R²	.05	.06	.11

Quelle: eigene Berechnung.

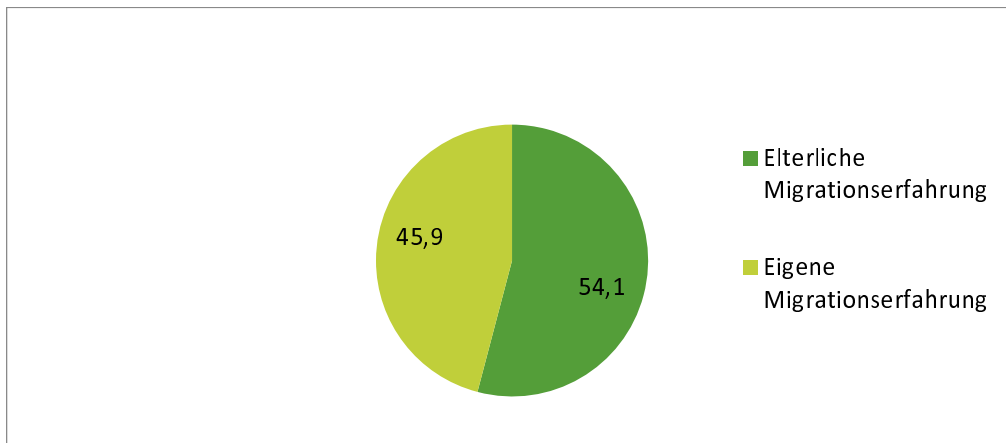
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bildungsferne Jugendliche und ältere Menschen eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Liegt ein Migrationshintergrund vor, steigt das Risiko, eine geringe Gesundheitskompetenz zu haben sowohl in der Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen als auch in der Gruppe der älteren Befragten noch einmal. Wie die linearen Regressionsanalysen zeigen, scheint die Gesundheitskompetenz bei den bildungsfernen Jugendlichen stark von der Bildung der Eltern abzuhängen; bei den Älteren sind der Migrationshintergrund, die besuchten Schuljahre und das Einkommen statistisch signifikante Faktoren.

4.3 Migrationserfahrung, Staatsangehörigkeit und zu Hause gesprochene Sprache

Um mehr über die befragten Jugendlichen und Älteren mit Migrationshintergrund zu erfahren und um Ansatzpunkte für Interventionen zu identifizieren, gehen wir im folgenden Abschnitt auf die Einwanderungserfahrung, die Staatsangehörigkeit und die zu Hause gesprochene Sprache ein.

Von den befragten Jugendlichen verfügen 46 % über eigene Migrationserfahrung, von 54 % sind es die Eltern, die Migrationserfahrung haben (s. Abbildung 4.8). Die befragten 65- bis 80-Jährigen verfügen demgegenüber mit 92 % nahezu durchgängig über eine eigene Migrationserfahrung; nur eine Minderheit von etwa 8 % gehört der „2. Einwanderergeneration“ an und hat keine eigene Migrationserfahrung (s. Abbildung 4.9).

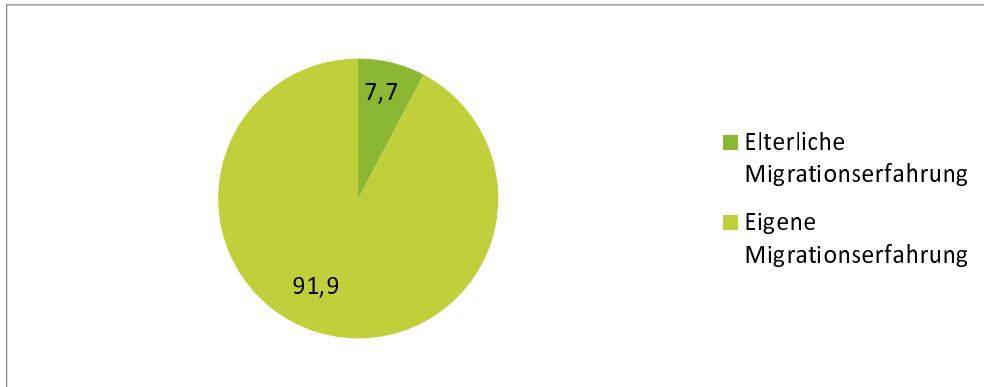
Abbildung 4.8: Art der Migrationserfahrung in der Gruppe der 15- bis 25-Jährigen



Quelle: eigene Berechnung.

Mit Blick auf die Gesundheitskompetenz stellt sich die Frage, ob es einen Unterschied macht, wenn die Befragten eigene Migrationserfahrung haben, in einem anderen Land aufgewachsen sind und unter Umständen eine andere kulturabhängige Gesundheitssozialisation erfahren haben, in der sie anderes kontextspezifisches Wissen über den Umgang mit Gesundheit und Krankheiten oder über den Umgang mit dem Versorgungssystem erworben haben.

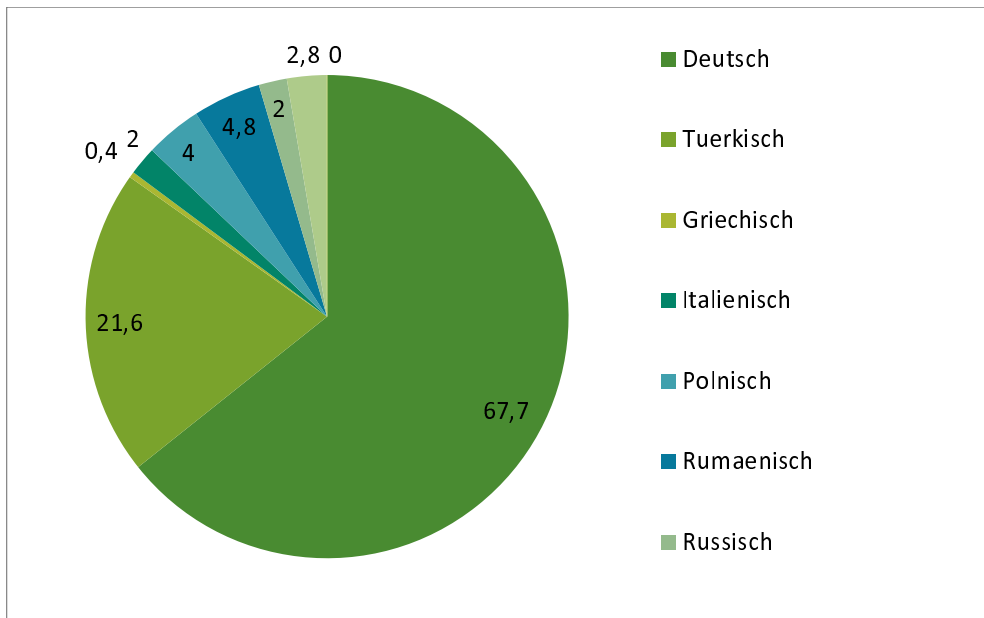
Abbildung 4.9: Art der Migrationserfahrung in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen



Quelle: eigene Berechnung.

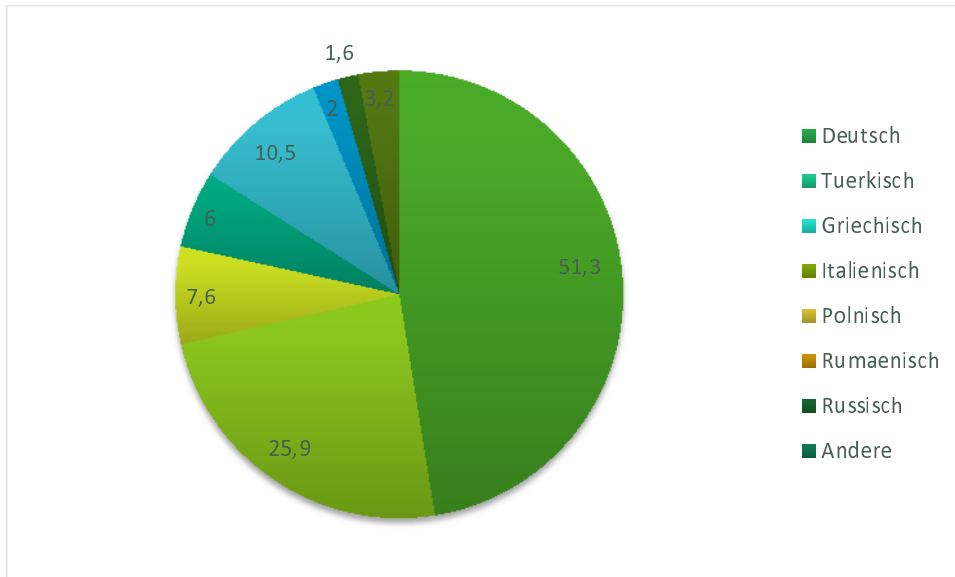
Schaut man sich die Staatsangehörigkeiten der befragten 15- bis 25-Jährigen mit Migrationshintergrund an, wird sichtbar, dass in unserer Stichprobe mit 67,7 % die überwiegende Mehrheit die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Etwa ein Fünftel besitzt die türkische Staatsangehörigkeit; etwa 4,8 % die rumänische und weitere 4 % die polnische. Kleinere Anteile besitzen außerdem die italienische, russische oder griechische Staatsangehörigkeit (s. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10: Staatsangehörigkeit der 15- bis 25-Jährigen mit Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung.

Abbildung 4.11: Staatsangehörigkeit der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund



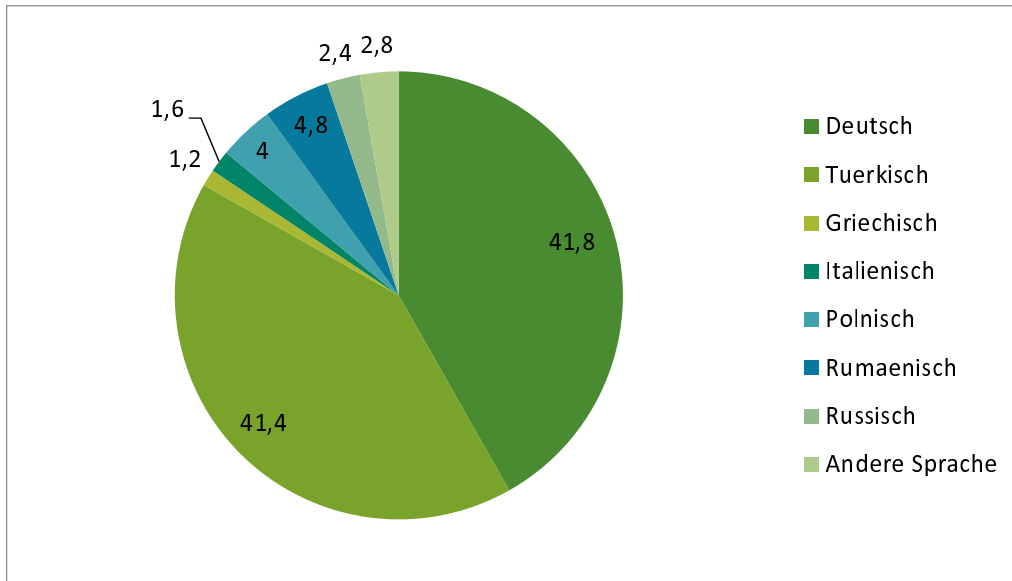
Quelle: eigene Berechnung.

Von den älteren Befragten mit Migrationshintergrund besitzen 51,3 % die deutsche, 25,9 % die türkische, 10,5 % die polnische, 7,6 % die griechische und 6 % die italienische, 2 % die rumänische, 1,6 % die russische und 3,2 % eine andere Staatsangehörigkeit (s. Abbildung 4.11). Vergleicht man die jüngeren und älteren Befragten mit Migrationshintergrund, fällt auf, dass der Anteil der 15- bis 25-Jährigen, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, etwas höher ist als der Anteil der älteren Befragten; dass in beiden Altersgruppen jedoch ein erheblicher Anteil der Befragten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.

Vor dem Hintergrund, dass der Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit als ein Indikator für eine erfolgreiche formale Integration angesehen werden kann, da mit der Staatsangehörigkeit eine Reihe von Rechten verbunden ist und ihr Erhalt nicht selten mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist, stellt sich die Frage, ob im Hinblick auf die Staatsangehörigkeit Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zu beobachten sind.

Von Relevanz für die Gesundheitskompetenz könnte zudem sein, welche Sprache die Befragten zu Hause sprechen, denn dies könnte auf die Dauer des Aufenthaltes der Befragten und ihrer Familien in Deutschland hinweisen und zudem ein Indikator für eine kulturelle Verankerung im Herkunftsland sein.

Abbildung 4.12: Zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache der 15- bis 25-Jährigen mit Migrationshintergrund

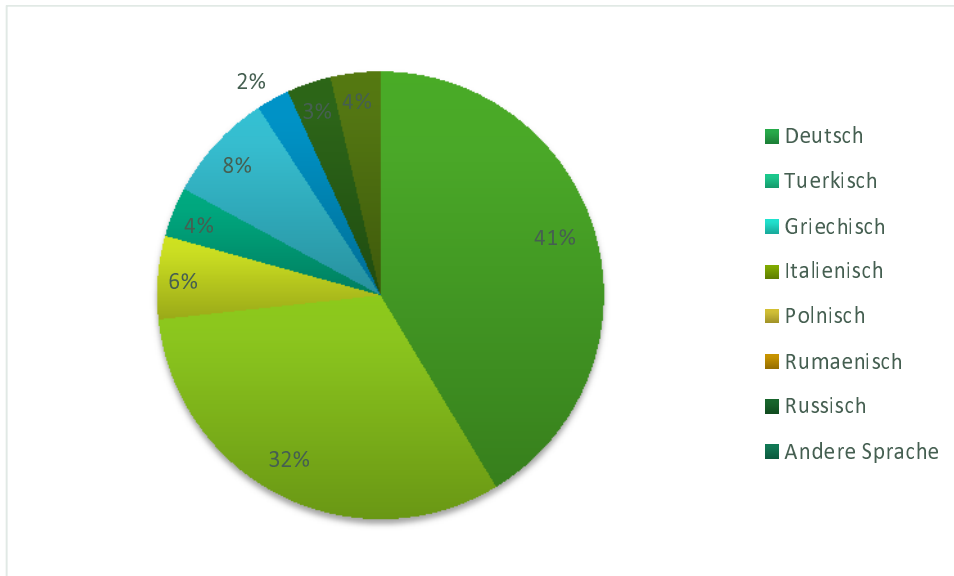


Quelle: eigene Berechnung.

Von den befragten Jugendlichen mit Migrationshintergrund sprechen 41,8 % zu Hause am häufigsten deutsch, 41,4 % türkisch, 4,8 % rumänisch, 4 % polnisch, 2,4 % russisch, 1,6 % italienisch, 1,2 % griechisch und 2,8 % eine andere Sprache (s. Abbildung 4.12). Dies bedeutet, dass von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund etwas weniger als die Hälfte zu Hause am häufigsten deutsch spricht.

Von den befragten 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund sprechen 41 % zu Hause am häufigsten deutsch, 32 % türkisch, 8 % polnisch, 6 % griechisch, 4 % italienisch, 3 % rumänisch, 2 % russisch und 3 % eine anderer Sprache. Zusammengekommen spricht wie bei den befragten Jugendlichen damit etwas weniger als die Hälfte zu Hause am häufigsten deutsch, die Mehrheit eine andere Sprache als deutsch.

Abbildung 4.13: Zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung

Um die Frage zu beantworten, ob die Einwanderungserfahrung, die Staatsangehörigkeit oder die zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache einen Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufweisen, haben wir die oben beschriebene multivariate Regressionsanalyse noch einmal getrennt für die Gruppe der 15- bis 25-Jährigen mit Migrationshintergrund berechnet und um die oben beschriebenen Variablen ergänzt (s. Tabelle 4.3).

Im *ersten* Modell wurde geprüft, bis zu welchem Grad in der Gruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund individuelle Faktoren wie das Geschlecht und der erreichte Schulabschluss statistisch erklären können, über welche Gesundheitskompetenz die Jugendlichen verfügen. In dieser Rechnung wurde das Alter erneut wegen der hohen Korrelation mit dem erreichten Schulabschluss ausgeschlossen. Die Ergebnisse des ersten Modells zeigen, dass in der Gruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund weder das Geschlecht noch der erreichte Schulabschluss einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufweisen.

In einem *zweiten* Modell wurde überprüft, ob der Bildungshintergrund der Eltern und der familiäre Wohlstand in der Gruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängen bzw. welche statistische Erklärungskraft diese Variablen haben. Wie die Analyse zeigt, hängt der Bildungshintergrund der Eltern *nicht* signifikant mit der Gesundheitskompetenz zusammen; jedoch steigt in dieser Gruppe die Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit vom familiären

Wohlstand. Das heißt je höher der familiäre Wohlstand ist, desto höher ist statistisch auch die Gesundheitskompetenz.

Tabelle 4.3. Lineare Regression individueller und familiärer soziodemographischer Faktoren auf Gesundheitskompetenz der 15- bis 25-Jährigen mit Migrationshintergrund

Dimension	Variable	Standardisierte Regressionskoeffizienten β		
		Modell 1	Modell 2	Modell 3
Individuelle Faktoren	Geschlecht: weiblich	.11	.11	.11
	Bildung: Hauptschulabschluss erreicht	.12	.12	.11
Familiäre Faktoren	Bildungshintergrund: beide Eltern einfache Bildung	–	-.12	-.12
	Familiärer Wohlstand (FAS)	–	.18**	.19**
Migrationsfaktoren	Eigene Migrationserfahrung	–	–	.00
	Deutsche Staatsangehörigkeit	–	–	.01
	Deutsch als häufigste zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache	–	–	.07
R²		.03	.08	.09

Quelle; eigene Berechnung; 15- bis 25-Jährige mit Migrationshintergrund; ***= $p < .001$, **= $p < .01$, *= $p < .05$,

In einem *dritten* Modell wurde geprüft, ob statistisch ein Unterschied besteht, wenn Jugendliche über eigene Migrationserfahrung verfügen, sie die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder zu Hause am häufigsten deutsch gesprochen wird. Hier zeigen die Ergebnisse, dass alle drei Faktoren bei den Jugendlichen *keinen* signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufweisen.

Die drei gerechneten Modelle legen kombiniert erneut die Schlussfolgerung nahe, dass es bei den bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund weniger kulturelle Unterschiede im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und dem Versorgungssystem sind, der formale Intergrationsgrad oder die zu Hause gesprochene Sprache, sondern die im Elternhaus verfügbaren Ressourcen.

Für die 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund wurde ebenfalls eine multivariate lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Dabei wurden die Faktoren eigener Migrationshintergrund, zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache und Staatsangehörigkeit einbezogen (s. Tabelle 4.4).

Hierfür wurde in einem *ersten* Modell geprüft, inwieweit in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund sozio-demographische Faktoren wie das Geschlecht und das Alter statistisch „erklären“ können, über welche Gesundheitskompetenz 65- bis 80-Jährige mit Migrationshintergrund verfügen. Die Ergebnisse des ersten Modells zeigen, dass in der Gruppe 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund weder das Geschlecht noch das Alter einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufweisen.

In einem *zweiten* Modell wurde überprüft, ob die Zahl der besuchten Schuljahre und das Nettohaushaltseinkommen mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängen bzw. welche statistische Erklärungskraft diese Variablen haben. Im errechneten Modell hängt die Anzahl der besuchten Schuljahre nicht mit der Gesundheitskompetenz zusammen. Dieser Befund überrascht, denn angesichts des Anteils derjenigen, die weniger als vier Jahre eine Schule besucht haben, haben wir hier einen Zusammenhang vermutet. Unter Umständen hätten hier größere Fallzahlen ein anderes Ergebnis erbracht – in unserer Studie ist im Rahmen der vorgenommenen Regressionsanalysen jedoch statistisch kein signifikanter Zusammenhang festzustellen. Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Nettohaushaltseinkommen ist jedoch festzustellen.

In einem *dritten* Modell wurde geprüft, ob der Umstand, ob ältere Menschen mit Migrationshintergrund über eigene Migrationserfahrung verfügen, ob sie die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder ob sie bei sich zu Hause deutsch sprechen, statistisch einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat. Hier zeigen die Ergebnisse, dass weder die eigene Migrationserfahrung noch der Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben. Statistisch signifikant ist jedoch, ob zu Hause am häufigsten deutsch gesprochen wird. Ist dies der Fall, steigt statistisch die Gesundheitskompetenz.

Die drei gerechneten Modelle in Kombination weisen bei den älteren Befragten auf den sozio-ökonomischen Status, konkret das Nettohaushaltseinkommen und die häufige Verwendung der deutschen Sprache, als relevante Prädiktoren der Gesundheitskompetenz.

Tabelle 4.4: Lineare Regression soziodemographischer Faktoren auf Gesundheitskompetenz der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund

Dimension	Variable	Standardisierte Regressionskoeffizienten β		
		Modell 1	Modell 2	Modell 3
Soziodemographische Faktoren	Geschlecht: weiblich	-.05	-.02	-.03
	Alter	-.17*	-.11	-.11
SES	Schuljahre	–	.13	.12
	Einkommen	–	.20**	.16*
Migrationsfaktoren	Eigene Migrationserfahrung	–	–	.06
	Deutsche Staatsangehörigkeit	–	–	.10
	Deutsch als zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache	–	–	.24**
R²		.03	.10	.14

Quelle; eigene Berechnung; 65- bis 80-Jährige mit Migrationshintergrund; ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05

5 Zusammenhänge von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten

Was bedeutet es nun aber, eine hohe oder niedrige Gesundheitskompetenz zu haben? Wie wirkt sie sich aus? Eines der Anliegen der vorliegenden Studie besteht darin, Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsverhalten zu untersuchen. Von Interesse sind hier die Fragen, ob die Gesundheitskompetenz einen Einfluss auf gesundheitliche Risikoverhaltensweisen wie den Tabak- oder Alkoholkonsum hat, ob es sich auf die Ergreifung von Maßnahmen zur Unfallprävention, etwa durch das Tragen eines Helmes beim Fahrradfahren oder die Anbringung von Haltegriffen an der Badewanne auswirkt oder ob es in einem Zusammenhang mit gesundheitsförderlichem Ernährungsverhalten steht.

5.1 Zusammenhänge bei jüngeren Befragten

Im Folgenden werden jeweils relevante Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten präsentiert und in einem zweiten Schritt auf ihren Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz untersucht.

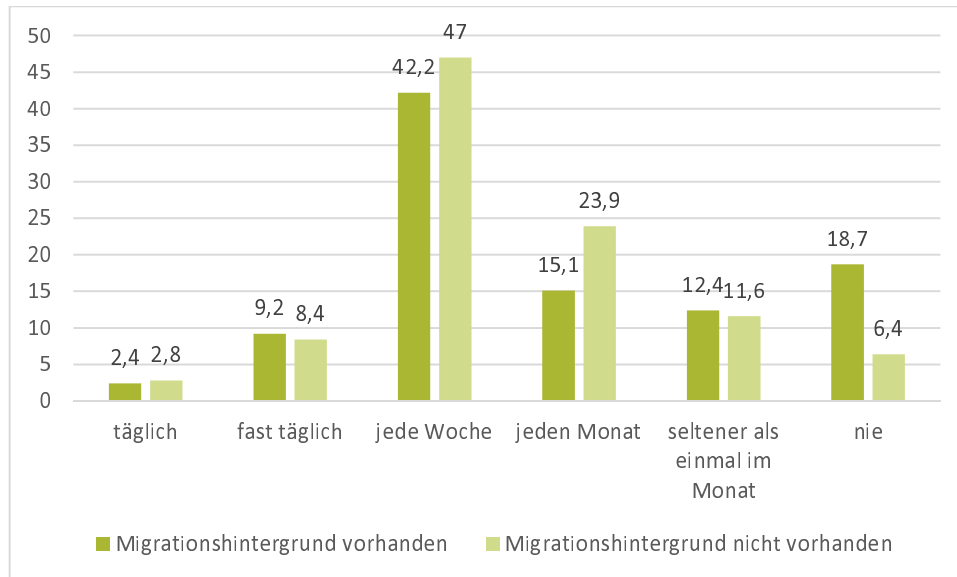
5.1.1 Alkohol- und Tabakkonsum

Der Konsum von Alkohol und Tabak gilt als zentraler Risikofaktor für zahlreiche chronisch-degenerative Krankheiten wie Herz- und Kreislaufkrankheiten, Lungen- und Atemwegserkrankungen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015). Gut belegt ist auch, dass der Konsum von Alkohol, Tabak und anderen rauscherzeugenden Substanzen im Übergang von der Kindheit ins Jugendalter stark zunimmt (Lampert und Thamm 2007). Da der im Jugendalter aufgenommene Substanzkonsum sich häufig im Erwachsenenalter fortsetzt, ist der Substanzkonsum Jugendlicher ein wichtiger Ansatzpunkt von Prävention und Gesundheitsförderung.

Wie Abbildung 5.1 zeigt, konsumiert zusammengenommen etwa jeder zehnte befragte 15- bis 25-Jährige täglich oder fast täglich alkoholische Getränke; die Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund fallen dabei unter den Jugendlichen, die häufiger Alkohol konsumieren, gering aus. Jede Woche Alkohol trinken 42,2 % der Jugendlichen mit Migrationshintergrund, bei den Jugend-

lichen ohne Migrationshintergrund sind es mit 47 % etwas mehr. Unter den Jugendlichen, die selten oder nie Alkohol konsumieren, sind Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger vertreten.

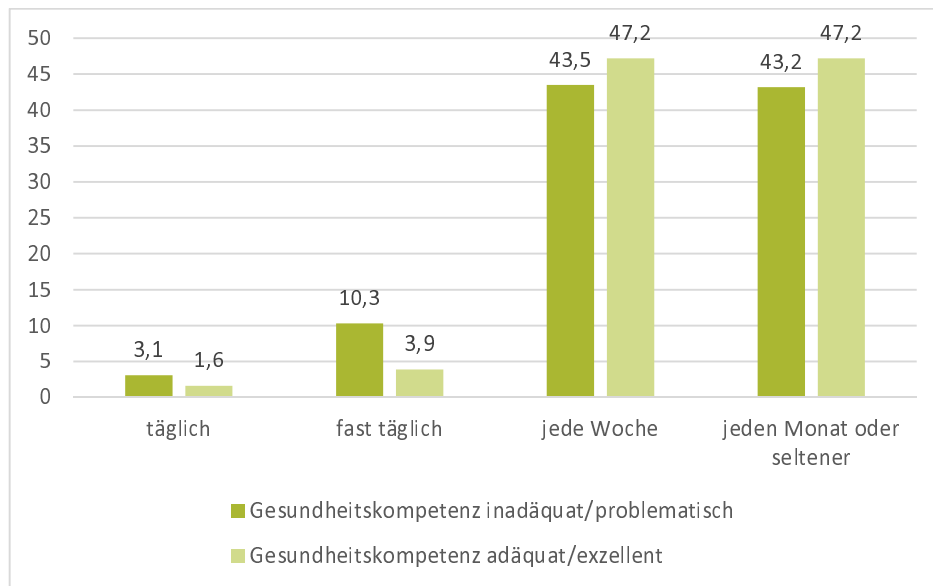
Abbildung 5.1 Häufigkeit des Alkoholkonsums der 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=21.07$, $p<.01$

Die Frage, ob der Alkoholkonsum der Jugendlichen mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängt, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend beantwortet werden (s. Abbildung 5.2). Besitzen Jugendliche eine limitierte Gesundheitskompetenz, dann trinken sie im Durchschnitt zwar doppelt so häufig täglich oder fast täglich Alkohol wie Jugendliche mit einer hohen Gesundheitskompetenz; umgekehrt liegt der Anteil der Jugendlichen mit moderatem Alkoholkonsum, die jede Woche oder seltener als jede Woche Alkohol konsumieren, über dem Anteil der Jugendlichen mit limitierter Gesundheitskompetenz. Die Ergebnisse sind jedoch noch nicht im statistisch signifikanten Bereich. Eine höhere Fallzahl würde hier vermutlich zu signifikanten Ergebnissen kommen.

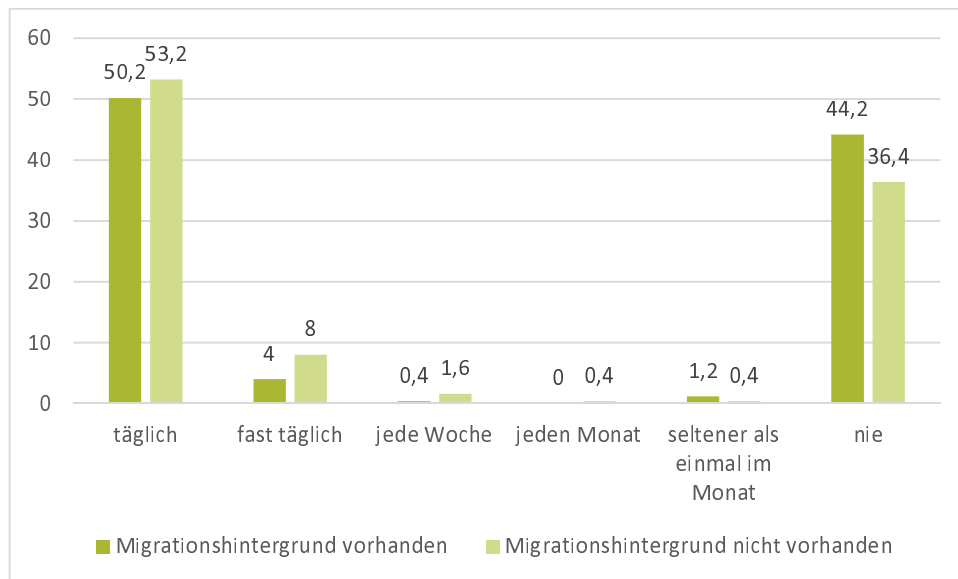
Abbildung 5.2 Zusammenhang von Alkoholkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=5.84$, n. s.

Rauchen ist ein im Jugendalter verbreitetes gesundheitliches Risikoverhalten; auch wenn insgesamt die Zahl der rauchenden Jugendlichen seit mehreren Jahrzehnten eher rückläufig ist (BZgA 2011). Unter den befragten Jugendlichen mit maximal Hauptschulabschluss rauchen mehr als die Hälfte täglich, weitere 5 % fast täglich. Anders als beim Alkoholkonsum zeigen sich beim Tabakkonsum jedoch nur leichte Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede sind nicht im statistisch signifikanten Bereich (s. Abbildung 5.3). Von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund rauchen etwa 50,2 % täglich, von denen ohne Migrationshintergrund sind es etwa 53 %. Weitere 4 % der Jugendlichen mit Migrationshintergrund rauchen fast täglich. Bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund sind es 8 %. 44 % der Jugendlichen mit Migrationshintergrund und 36,4 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund rauchen nie. Insgesamt scheinen Jugendliche ebenso wie Erwachsene entweder täglich zu rauchen oder Nichtraucher zu sein; Gelegenheitsraucher sind die Ausnahme.

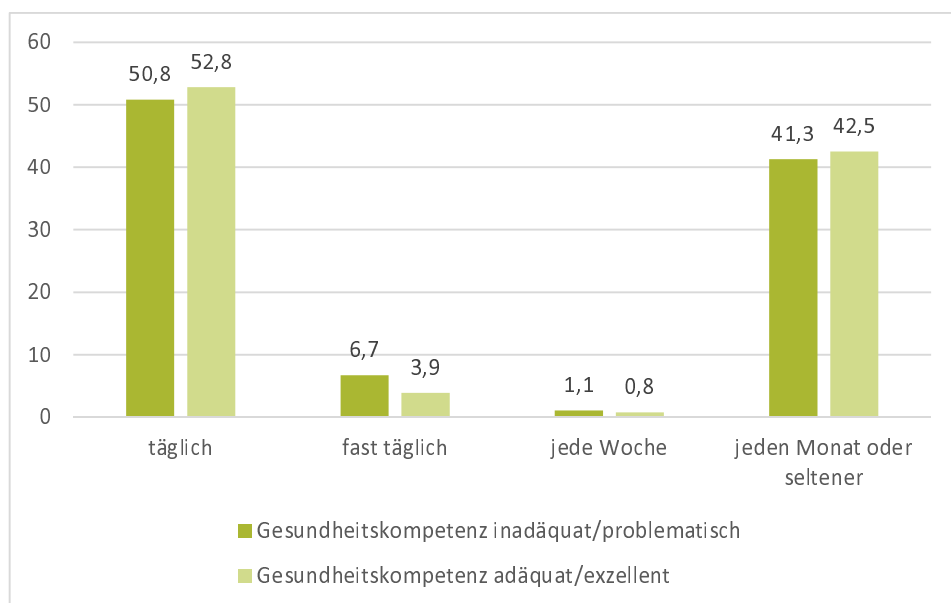
Abbildung 5.3 Häufigkeit des Tabakkonsums der 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=9.18$, n. s.

Ein Zusammenhang des Tabakkonsums der befragten bildungsfernen Jugendlichen mit der Gesundheitskompetenz ist nicht erkennbar (s. Abbildung 5.4). Ob Jugendliche rauchen scheint stärker von anderen Faktoren als von der Gesundheitskompetenz abzuhängen.

Abbildung 5.4 Zusammenhang von Tabakkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss



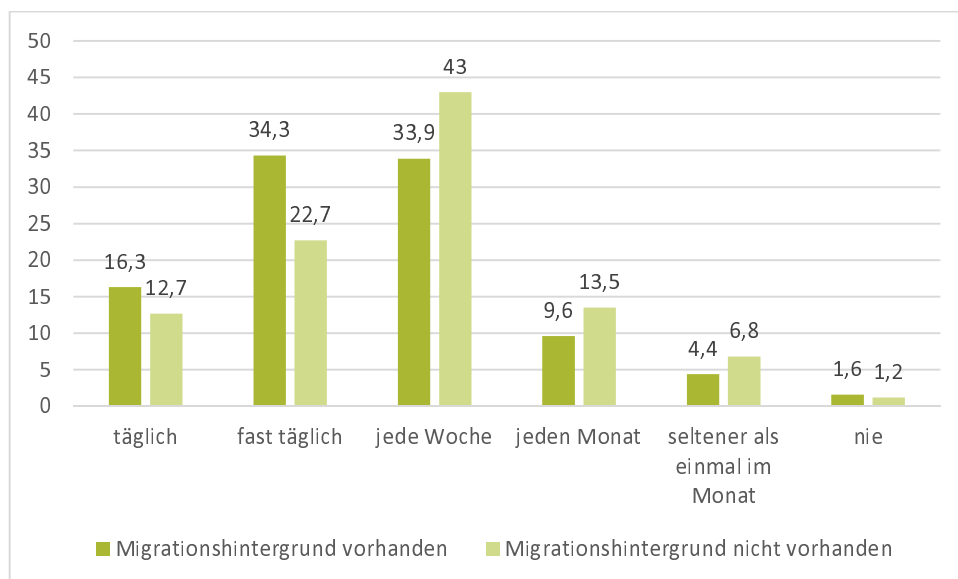
Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=1.405$, n. s.

5.1.2 Ernährungsverhalten

Obst und Gemüse versorgen den menschlichen Organismus mit Vitaminen und Mineralstoffen, sie enthalten Ballaststoffe und haben einen geringen Kaloriengehalt. Deswegen gelten sie als Lebensmittel, die zu einer Optimierung der Energie- und Nährstoffbilanz beitragen (DGE 2010; WHO, FAO 2003). Einem hohen Obst- und Gemüsekonsum wird eine relevante Bedeutung hinsichtlich der Prävention verschiedener chronischer Krankheiten zugeschrieben. Süßigkeiten und zuckerhaltige Getränke gelten als ungünstige Lebensmittel, weil sie wenig wichtige Nährstoffe und viele Kalorien enthalten.

Als wichtiger Bestandteil einer ausgewogenen Ernährung gilt der mehrmals tägliche Konsum von Obst und Gemüse. Wie Abbildung 5.5 und 5.6 zeigen, ist jedoch der tägliche Konsum von Obst und Gemüse nur bei einer Minderheit üblich.

Abbildung 5.5 Häufigkeit des Konsums von Obst und Früchten von 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=12,88$, $p<.05$

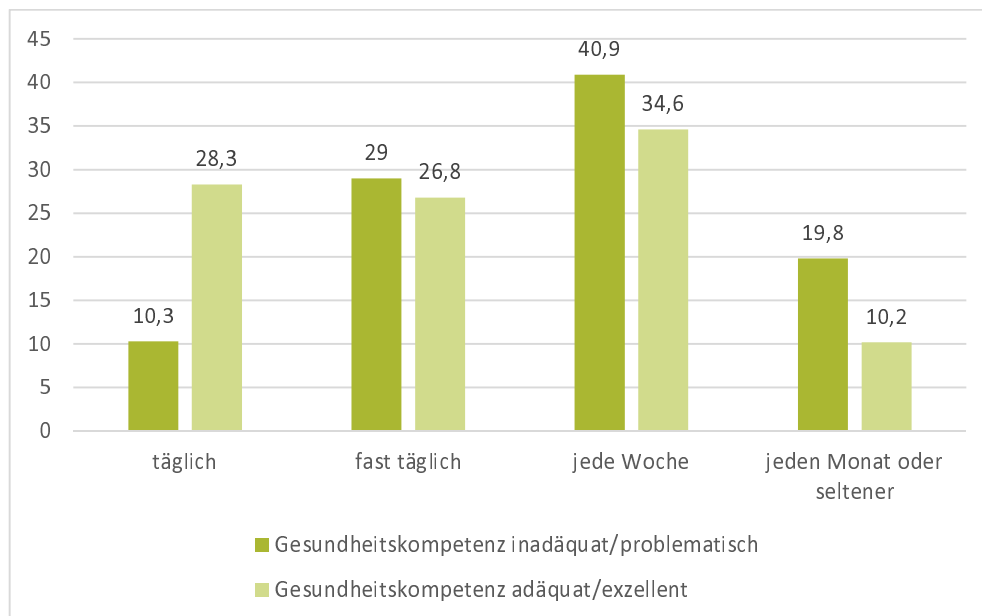
Etwa ein Sechstel der Jugendlichen mit Migrationshintergrund isst täglich, ein weiteres Drittel fast täglich Obst oder Früchte; ein Drittel konsumiert diese Speisen nur noch jede Woche und etwa ein Sechstel einmal im Monat oder seltener. Von den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund konsumiert etwa ein Siebtel täglich Obst

und Gemüse, etwa ein Viertel fast täglich. 43 % essen Obst und Früchte etwa jede Woche und ein Fünftel nur noch einmal im Monat oder seltener.

Zusammengenommen liegt damit der Konsum von Obst und Früchten bei der überwiegenden Mehrheit der befragten 15- bis 25-Jährigen deutlich unter dem empfohlenen täglichen Verzehr. Bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund liegt der Konsum von Obst und Früchten dabei noch etwas höher als bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund; die Unterschiede sind statistisch signifikant.

Anders als beim Alkohol- und Tabakkonsum zeigt sich bei dem täglichen Konsum von Obst und Früchten ein deutlicher Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz. Während von den Befragten mit einer unzureichenden oder problematischen Gesundheitskompetenz nur etwa jeder Zehnte täglich Obst oder Früchte konsumiert, ist es von den Befragten mit einer adäquaten oder exzellenten Gesundheitskompetenz mehr als jeder Vierte (s. Abbildung 5.6). Etwa einmal im Monat oder noch seltener konsumiert jeder Fünfte mit niedriger Gesundheitskompetenz Obst oder Früchte, bei den Jugendlichen mit hoher Gesundheitskompetenz ist es demgegenüber jeder Zehnte. Damit ist die Chance so gut wie nie Obst und Früchte zu konsumieren unter den Jugendlichen mit niedriger Gesundheitskompetenz doppelt so hoch, wie unter den Jugendlichen mit hoher Gesundheitskompetenz.

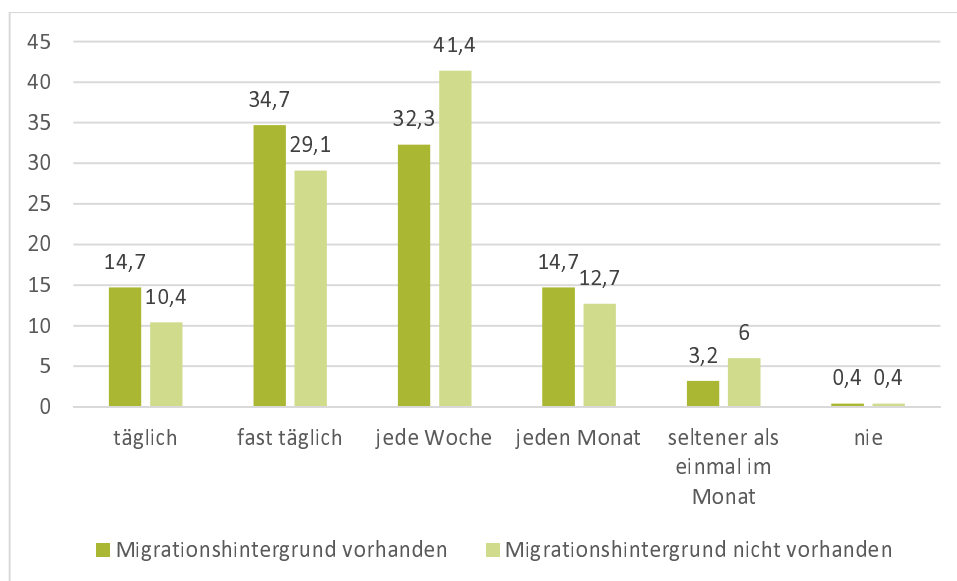
Abbildung 5.6 Zusammenhang von Obst- und Fruchtekonsum und Gesundheitskompetenz bei den 15- bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=26,37$, $p<.001$

Auch der Konsum von Gemüse und Salat entspricht bei der überwiegenden Mehrheit der befragten 15- bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss nicht dem empfohlenen täglichen Konsum. Abbildung 5.7 veranschaulicht, dass von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund etwa jeder Sechste täglich Gemüse oder Salat konsumiert, von den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund ist es etwa jeder Zehnte. Ein weiteres Drittel der Jugendlichen mit Migrationshintergrund isst fast täglich Gemüse oder Salat; von denjenigen ohne Migrationshintergrund ist es mit 29,1 % etwas weniger als ein Drittel. Etwa einmal die Woche konsumieren 32,3 % der Jugendlichen mit und 41,4 % derjenigen ohne Migrationshintergrund Gemüse oder Salat. Etwa ein Fünftel der Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund konsumieren einmal im Monat oder seltener Gemüse oder Salat. Damit liegt auch der Konsum von Gemüse und Salat bei allen Jugendlichen, stärker jedoch noch bei denjenigen ohne Migrationshintergrund, unter der Empfehlung eines täglichen Konsums. Die Unterschiede liegen jedoch nicht im statistisch signifikanten Bereich.

Abbildung 5.7 Häufigkeit des Konsums von Gemüse oder Salat von 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss nach Migrationshintergrund

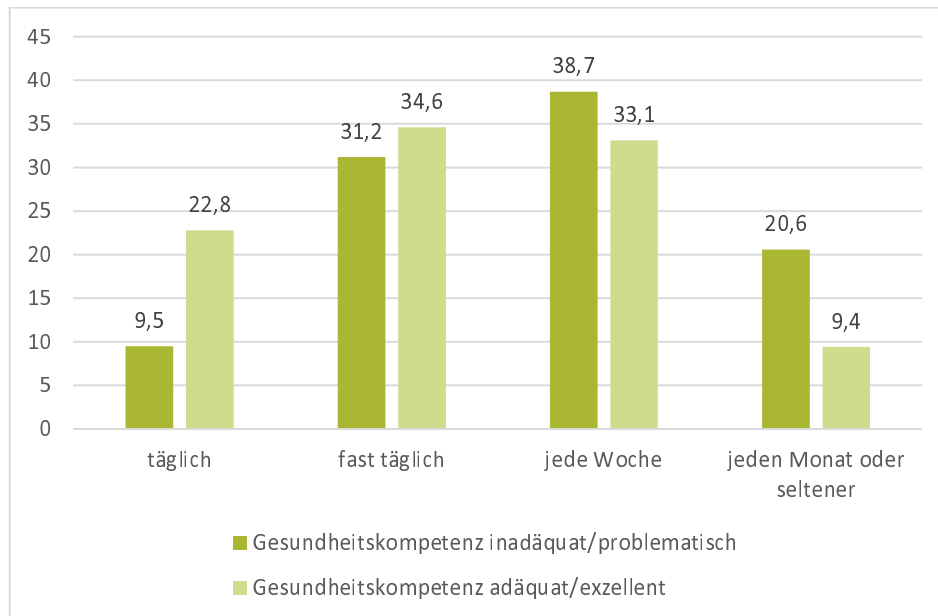


Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=8,50$, n. s.

Wie bereits der Obst- und Fruchtekonsum hängt auch der Gemüse- und Salatkonsum mit der Gesundheitskompetenz zusammen. Von den Jugendlichen mit niedriger Gesundheitskompetenz isst weniger als jeder Zehnte täglich Gemüse oder Salat, von den Jugendlichen mit hoher Gesundheitskompetenz immerhin fast jeder Vierte. Auch der fast tägliche Konsum von Gemüse und Salat ist unter denjenigen

mit hoher Gesundheitskompetenz höher. Umgekehrt isst etwa jeder fünfte Jugendliche mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz einmal im Monat oder seltener Gemüse und Salat, während es bei denen mit hoher Gesundheitskompetenz „nur“ jeder Zehnte ist.

Abbildung 5.8 Zusammenhang Gemüse- und Salatkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss



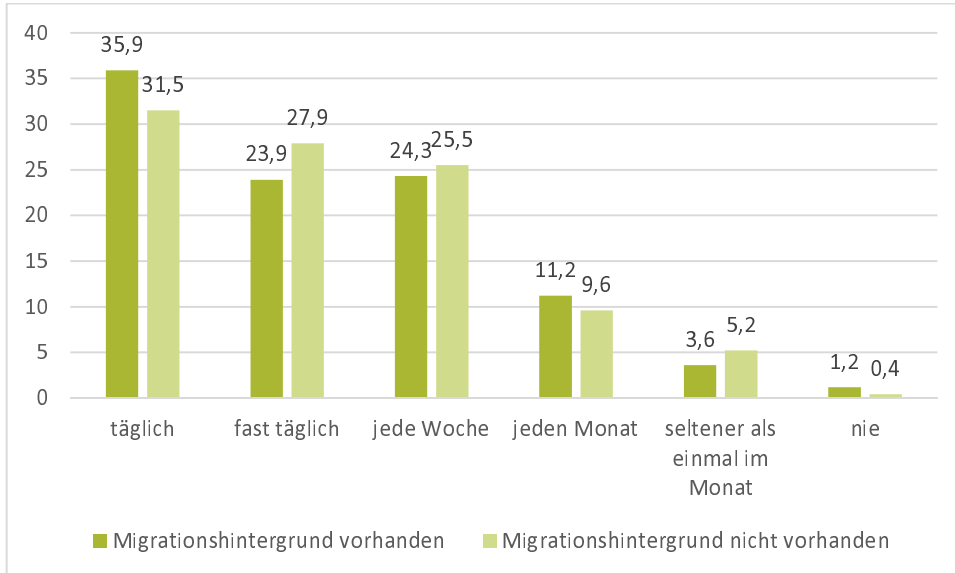
Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=20,68$, $p<.001$

Während Obst oder Gemüse von etwa einem Sechstel der Jugendlichen täglich gegessen werden, trinkt etwa ein Drittel täglich Cola oder andere zuckerhaltige Limonaden, ein weiteres Viertel fast täglich (s. Abbildung 5.9). Weniger als die Hälfte der Jugendlichen trinken nur jede Woche oder seltener zuckerhaltige Getränke.

Bei den Jugendlichen, die täglich zuckerhaltige Getränke konsumieren, liegt die Vermutung nahe, dass für sie Cola und Limonade weniger ein Genussmittel darstellt, sondern als normales Getränk zur Durstlöschung verwendet wird; eine Überprüfung dieser Vermutung ist auf Basis der vorliegenden Daten jedoch nicht möglich.

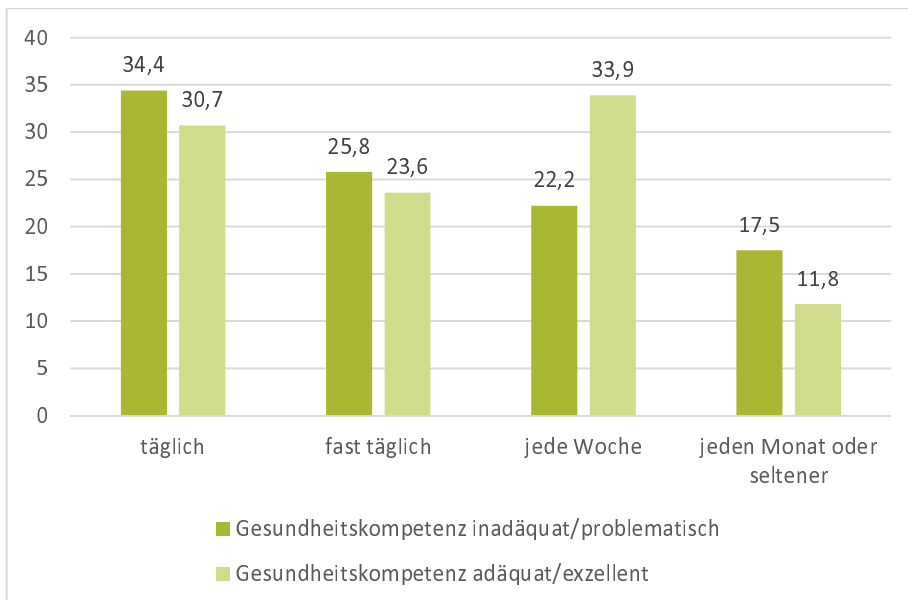
Anders als bei dem Konsum gesunder Nahrungsmittel wie Obst, Früchte, Gemüse und Salat ist beim Konsum zuckerhaltiger Limonade kein Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz zu beobachten (s. Abbildung 5.10). Zwar konsumieren Jugendliche mit niedriger Gesundheitskompetenz etwas häufiger täglich Cola und andere zuckerhaltige Limonaden, die Unterschiede sind jedoch zu gering, um statistisch signifikant zu sein.

Abbildung 5.9 Häufigkeit des Konsums von Cola oder anderer zuckerhaltiger Limonade von 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=3.59$, n. s.

Abbildung 5.10 Zusammenhang von Cola- und Limonadenkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=7.50$, n. s.

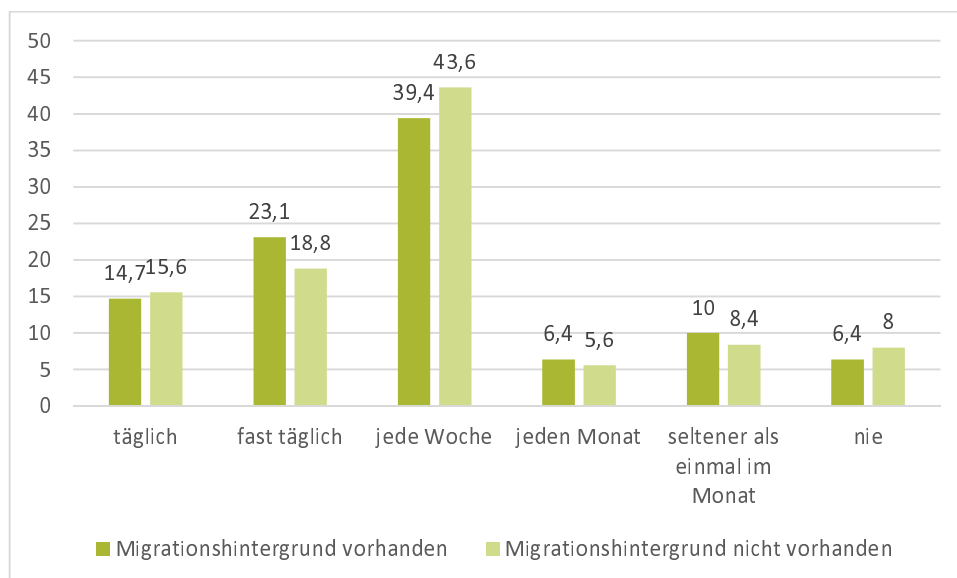
5.1.3 Bewegung

Das Bewegungsverhalten entspricht wie bereits das Ernährungsverhalten nur bei einer Minderheit der Jugendlichen den aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Empfehlungen von mindestens 60 Minuten am Tag (Janssen und Leblanc 2010). Die befragten Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihrem Bewegungsverhalten nur geringfügig; die Unterschiede sind entsprechend statistisch nicht signifikant.

So bewegt sich etwa ein Sechstel der befragten Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund täglich mindestens eine Stunde; 23,1 % der Jugendlichen mit Migrationshintergrund und 18,8 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund immerhin fast täglich (s. Abbildung 5.11). 39,4 % der Jugendlichen mit und 43,6 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund bewegen sich jede Woche für mindestens eine Stunde. Unabhängig von ihrem Migrationshintergrund sind fast ein Viertel der Jugendlichen nur einmal im Monat oder seltener körperlich aktiv.

Zusammengefasst bewegt sich damit etwa jeder sechste Jugendliche täglich etwa eine Stunde und weist damit ein gesundheitszuträgliches Bewegungsverhalten auf. Jeder Fünfte immerhin noch fast täglich. Mehr als zwei von drei Jugendlichen liegen in ihrem Bewegungsverhalten damit deutlich unter dem empfohlenen Bewegungspensum.

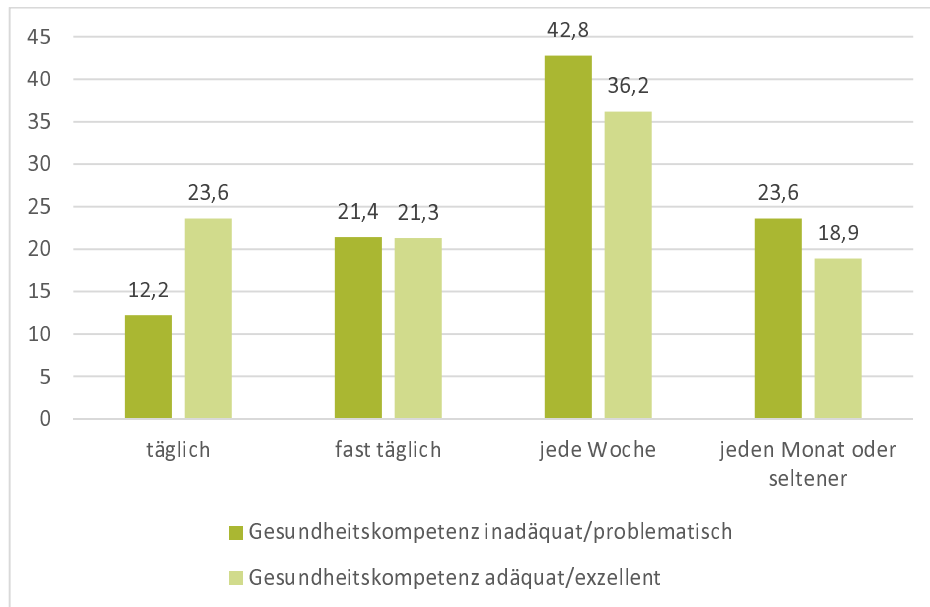
Abbildung 5.11 Häufigkeit körperlicher Bewegung von mindestens einer Stunde der 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=2.61$, n. s.

Bewegung und Gesundheitskompetenz hängen dabei zusammen (s. Abbildung 5.12). Von den Jugendlichen mit hoher Gesundheitskompetenz bewegt sich immerhin jeder Vierte täglich mindestens eine Stunde, von den Jugendlichen mit geringer Gesundheitskompetenz ist es dagegen nur jeder achte Jugendliche.

Abbildung 5.12: Zusammenhang von Bewegung und Gesundheitskompetenz bei den 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss

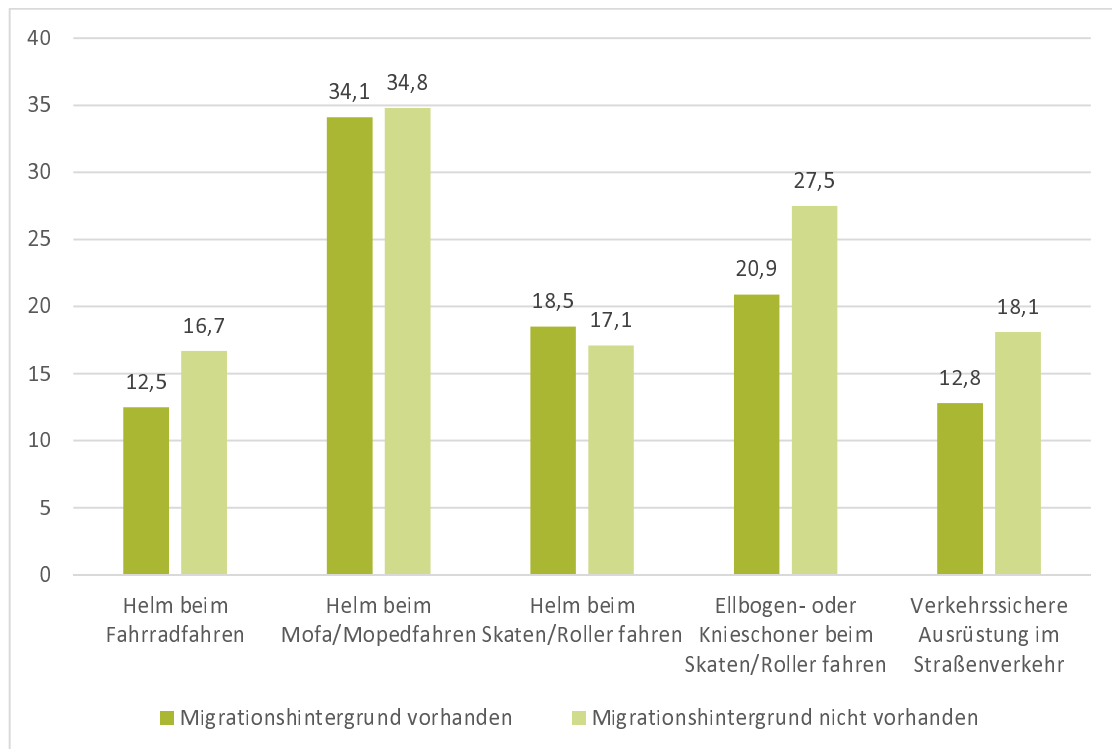


Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=9.95$, $p<.05$

5.1.4 Unfallschutz

Unfälle gehören zu den größten akuten Gesundheitsrisiken im Jugendalter (WHO 2015); entsprechend ist Unfallschutz ein wichtiges Thema in der Prävention. Wir haben einige Fragen zum Tragen von Helmen beim Fahrrad-, Mofa- oder Mopedfahren, zur Nutzung von Ellenbogen- und Knieschonern beim Skaten und Rollerfahren sowie zur Nutzung einer verkehrssicheren Ausrüstung im Straßenverkehr, z. B. durch das Tragen von Bein- und Fahrradreflektoren oder Signalwesten gestellt.

Abbildung 5.13: Anteil der 15- bis 25-Jährigen, die Aktivitäten ausüben und Helme oder andere Protektoren benutzen nach Migrationshintergrund



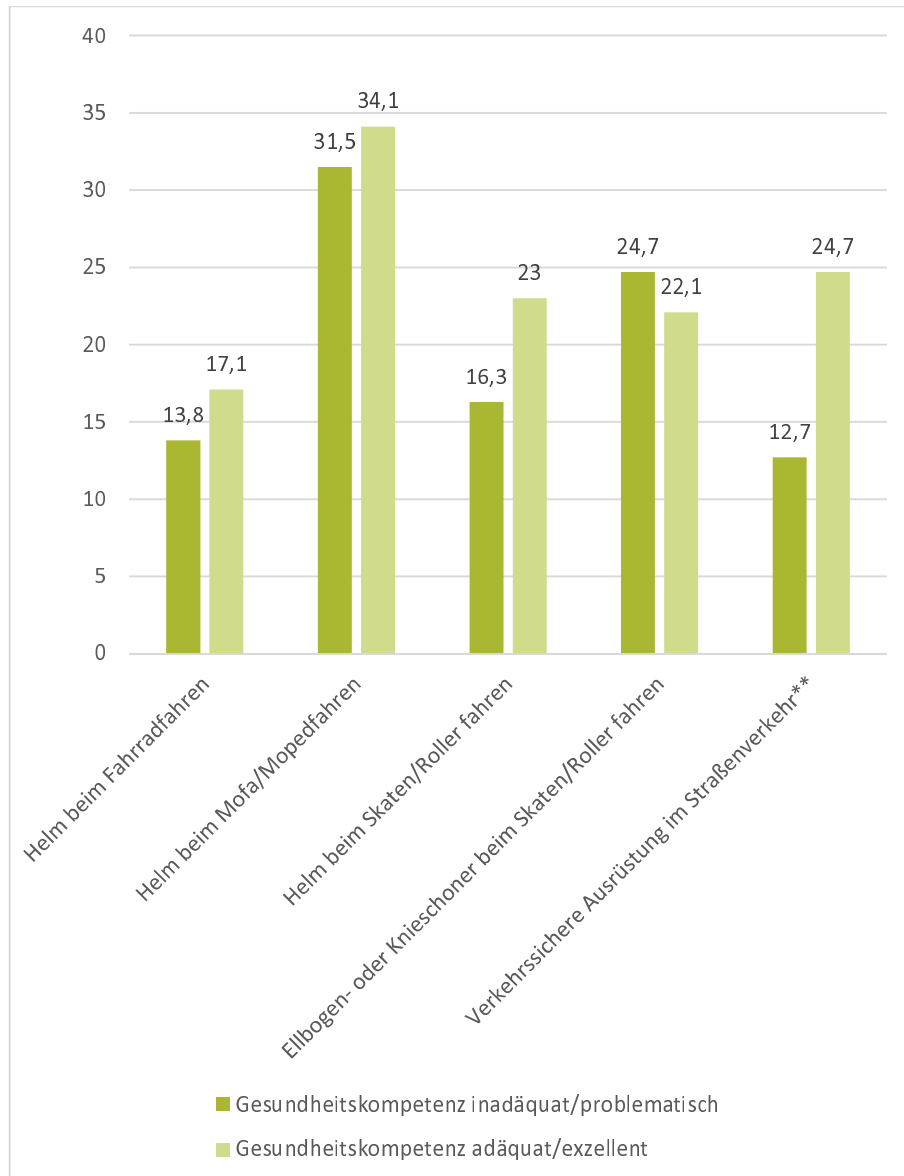
Quelle: eigene Berechnung, 15- bis 25-jährige Jugendliche, die Fahrrad fahren (n=429), Skaten oder Roller fahren (n=230; n=245), Mofa/Moped fahren (n=176) oder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (n=360); alle Unterschiede nach Migrationshintergrund waren nicht signifikant.

Abbildung 5.13 zeigt, dass Unfallschutz durch das Tragen von Helmen oder anderen Protektoren nur von einer Minderheit der befragten Jugendlichen praktiziert wird. Etwa jeder sechste Jugendliche trägt beim Fahrradfahren einen Helm; und auch beim Mofa- oder Moped fahren benutzt nur jeder Dritte einen Helm. Weniger als jeder Fünfte trägt beim Skaten oder Rollerfahren einen Helm, etwa jeder Vierte trägt dabei Ellbogen- oder Knieschoner und etwa jeder Sechste achtet auf eine verkehrssichere Ausrüstung im Straßenverkehr. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Unfallschutz von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund noch etwas weniger praktiziert wird als von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund; die Unterschiede waren jedoch statistisch nicht im signifikanten Bereich.

Zusammengenommen verwenden damit über 80 % der Jugendlichen keine verkehrssichere Ausrüstung, über 70 % verwenden beim Skaten und Roller fahren keine Ellbogen- oder Knieschoner und über 80 % dabei keinen Helm. Dass etwa 85 % beim Fahrradfahren keinen Helm tragen, rundet das Bild ab. Am deut-

lichsten wird das geringe Bewusstsein für Unfallschutz vermutlich jedoch daran, dass etwa zwei Drittel der Jugendlichen auch beim Mofa- oder Mopedfahren keinen Helm tragen, obwohl hier eine gesetzliche Helmpflicht besteht.

Abbildung 5.14 Zusammenhang von Unfallschutz und Gesundheitskompetenz bei den 15-bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss



Quelle: eigene Berechnung, 15- bis 25-Jährige mit maximal Hauptschulabschluss, nur zutreffende Angaben. ***= $p < .001$, **= $p < .01$, *= $p < .05$

Ein Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz kann vermutet werden (s. Abbildung 5.14). Statistisch signifikant ist er jedoch nur bei der Nutzung einer verkehrssicheren Ausrüstung im Straßenverkehr.

5.2 Zusammenhänge bei älteren Befragten

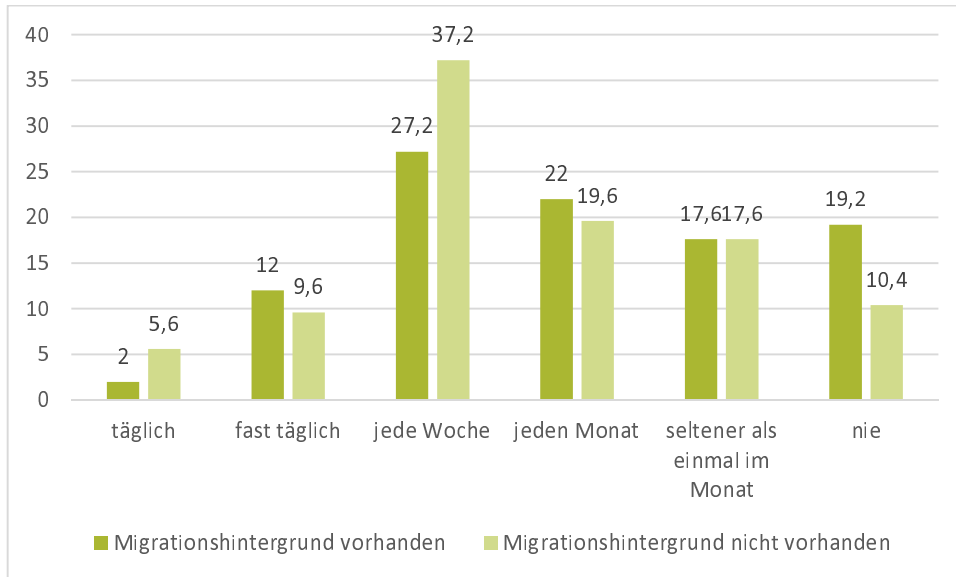
Im folgenden Abschnitt werden für die Gruppe der 65- bis 80-Jährigen einzelne Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten präsentiert und in einen Zusammenhang mit verschiedenen Ausprägungen von Gesundheitskompetenz gebracht.

5.2.1 Alkohol- und Tabakkonsum

In der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen trinken etwa 2 % der Befragten mit Migrationshintergrund täglich und weitere 12 % fast täglich Alkohol; von den Befragten ohne Migrationshintergrund trinken etwa 6 % täglich und 10 % fast täglich alkoholische Getränke (s. Abbildung 5.15). Jede Woche konsumieren etwa ein Viertel der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund und mehr als ein Drittel der Befragten ohne Migrationshintergrund Alkohol. Deutliche Unterschiede sind noch einmal bei denjenigen zu beobachten, die angeben, nie Alkohol zu trinken. Zur Gruppe der Alkoholabsinenten gehören dabei etwa ein Fünftel der 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund und ein Zehntel der Befragten ohne Migrationshintergrund. Bei einem hohen Anteil von Befragten aus der Türkei liegt die Vermutung nahe, dass hier auch religiöse Motive eine Rolle spielen.

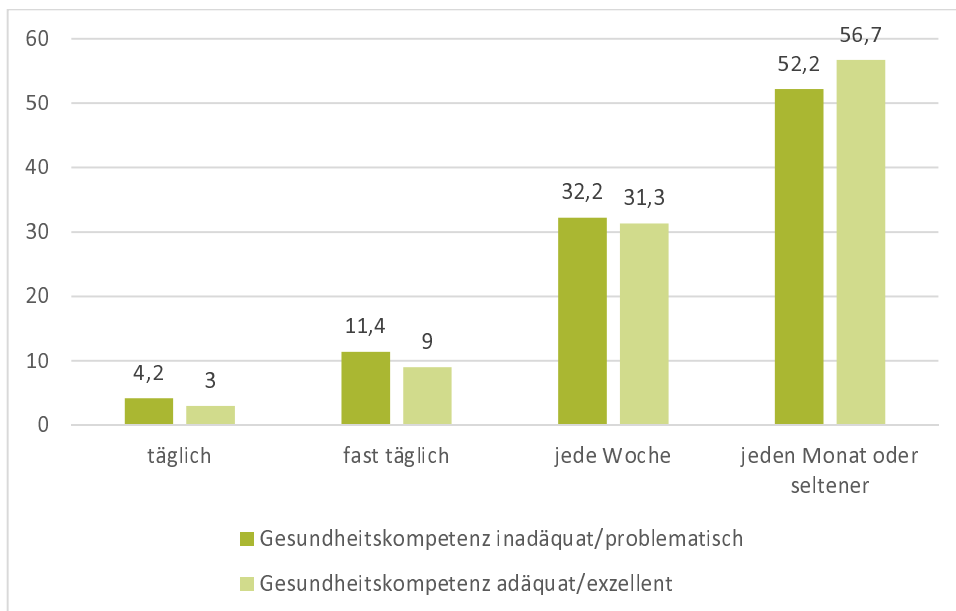
Ein Zusammenhang des Alkoholkonsums mit der Gesundheitskompetenz ist in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen nicht belegbar (s. Abbildung 5.16). Zwar scheinen Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz etwas häufiger zu einem täglichen oder fast täglichen Alkoholkonsum zu neigen als Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht im signifikanten Bereich.

Abbildung 5.15 Häufigkeit des Alkoholkonsums der 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=15,7$, $p<.01$

Abbildung 5.16 Zusammenhang von Alkoholkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 80-Jährigen

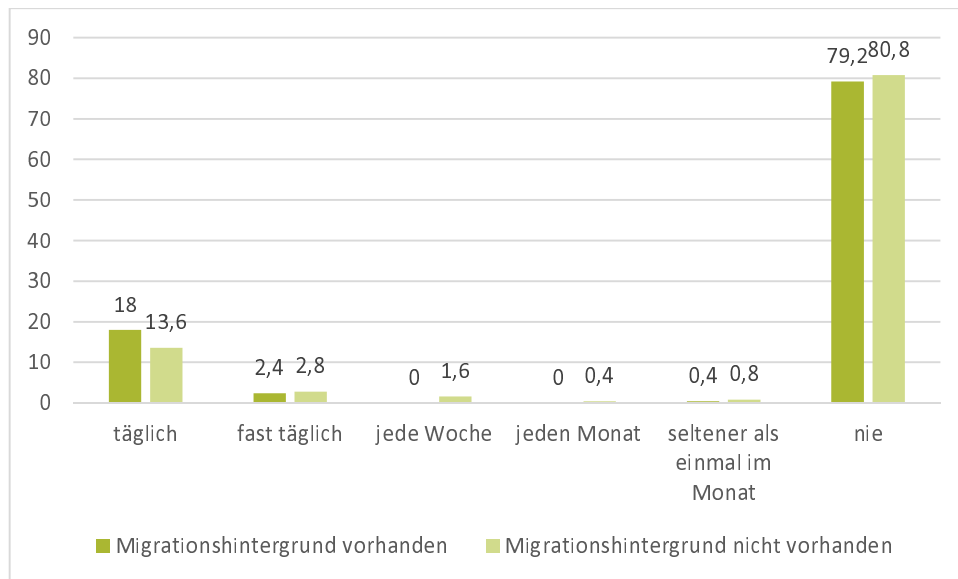


Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=1,29$, n. s.

Rauchen ist auch im Erwachsenenalter ein verbreitetes gesundheitliches Risikoverhalten. Von den befragten 65- bis 80-Jährigen raucht etwa jeder Sechste täglich. Beim Tabakkonsum zeigen sich jedoch nur leichte Unterschiede zwischen Befragten

mit und ohne Migrationshintergrund, die nicht im statistisch signifikanten Bereich liegt (s. Abbildung 5.17). Von den 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund rauchen etwa 18 % täglich, von denen ohne Migrationshintergrund sind es etwa 14 %. Die überwiegende Mehrheit der Befragten mit und ohne Migrationshintergrund raucht nie. Insgesamt ist es damit nur eine Minderheit der älteren Befragten, die angibt, nie zu rauchen.

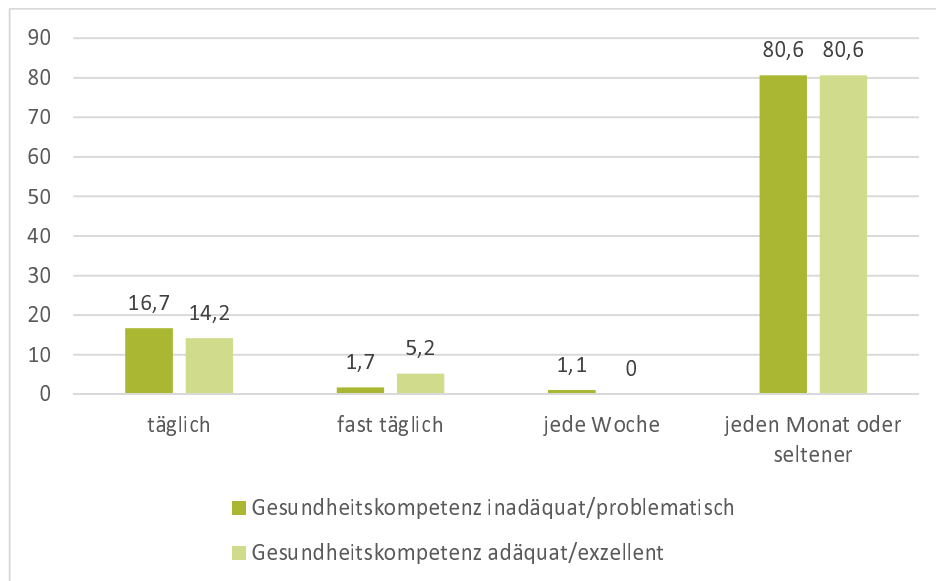
Abbildung 5.17: Häufigkeit des Tabakkonsums der 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=6.98$, n. s.

Ein Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Gesundheitskompetenz ist in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen nicht erkennbar (s. Abbildung 5.18). Der Anteil der täglichen Raucher mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz ist nur minimal höher als der Anteil Raucher mit hoher Gesundheitskompetenz. Wie im Jugendalter scheint damit die Motivation zu rauchen von anderen Faktoren als der Gesundheitskompetenz abzuhängen.

Abbildung 5.18 Zusammenhang von Tabakkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 80-Jährigen



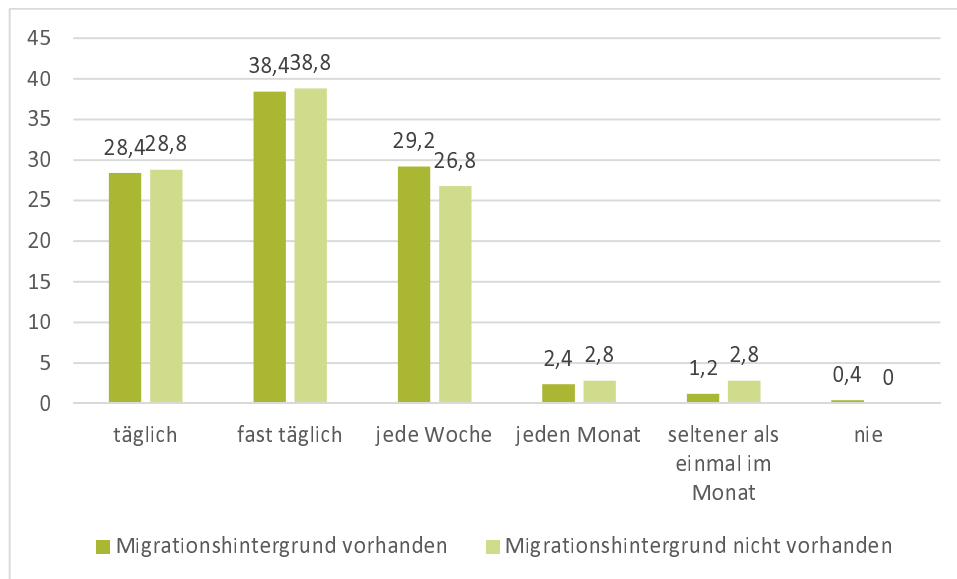
Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=6,56$, n. s.

5.2.2 Ernährungsverhalten

Als wichtiger Bestandteil einer ausgewogenen Ernährung gilt auch bei älteren Menschen ein mehrmals täglicher Konsum von Obst und Gemüse. Der Obst- und Gemüsekonsum der befragten 65- bis 80-Jährigen entspricht dabei deutlich häufiger den Ernährungsempfehlungen als der Konsum der bildungsfernen Jugendlichen. Aber auch hier ist die Mehrheit der Befragten weit von einem mehrmals täglichen Konsum von Obst- und Gemüse entfernt.

Von den 65- bis 80-Jährigen konsumiert etwa ein Viertel täglich Obst und Früchte, ein weiteres gutes Drittel fast täglich (s. Abbildung 5.19). Damit liegt auch bei den 65- bis 80-Jährigen der Konsum von Obst und Früchten bei der überwiegenden Mehrheit unter dem empfohlenen täglichen Verzehr. Bei den 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund liegt der Konsum von Obst und Früchten dabei geringfügig höher als bei den 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede sind jedoch zu gering, um statistisch signifikant zu sein.

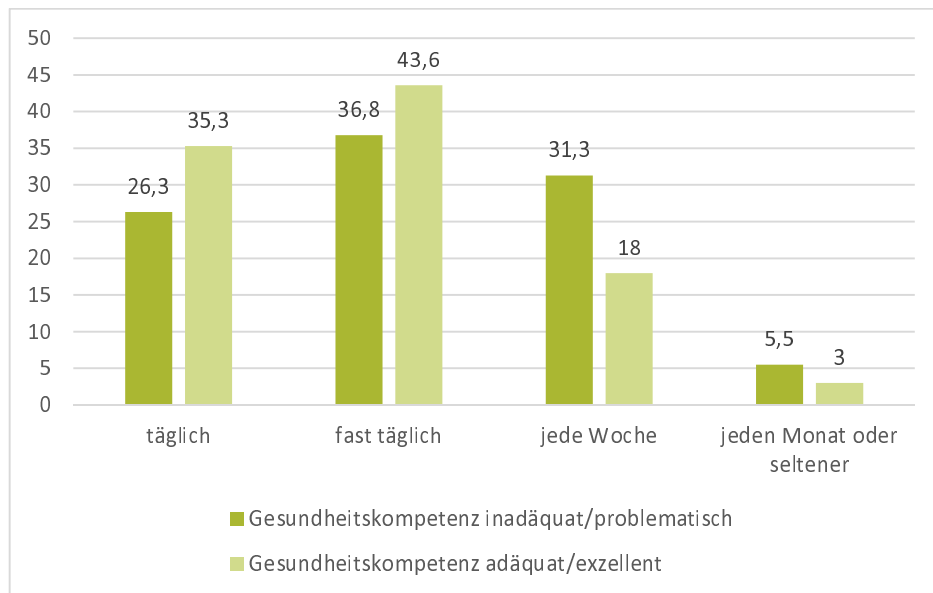
Abbildung 5.19 Häufigkeit des Konsums von Obst und Früchten von 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=2,95$, n. s.

Ebenso wie bei den befragten bildungsfernen Jugendlichen zeigt sich auch in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen beim Konsum von Obst und Früchten ein deutlicher Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz. Während von den Befragten mit einer unzureichenden oder problematischen Gesundheitskompetenz nur etwa jeder Vierte täglich Obst oder Früchte konsumiert, ist es von den Befragten mit einer adäquaten oder exzellenten Gesundheitskompetenz mehr als jeder Dritte (s. Abbildung 5.20). Auch der Anteil derjenigen, die fast täglich Obst oder Früchte konsumieren, unterscheidet sich deutlich nach der Gesundheitskompetenz. Nur noch jede Woche oder seltener Obst und Früchte essen dann etwa doppelt so viele 65- bis 80-Jährige mit niedriger wie mit hoher Gesundheitskompetenz.

Abbildung 5.20: Zusammenhang von Obst- und Fruchtekonsum und Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 80-Jährigen

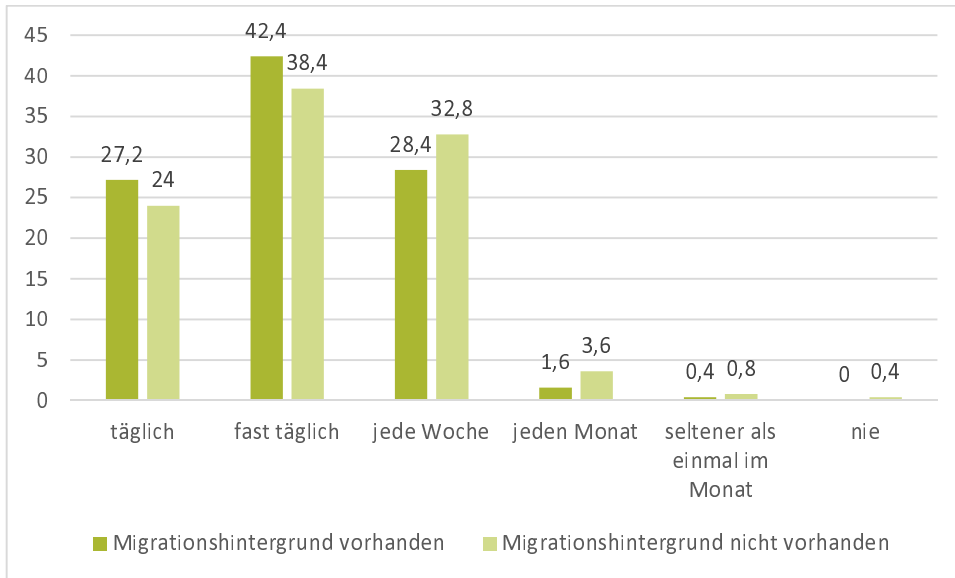


Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=11,35$, $p<.05$

Etwa ein Viertel (27,2 und 24%) der 65- bis 80-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund konsumieren täglich Gemüse oder Salat, mehr als ein weiteres Drittel (36,8 und 43,6%) immerhin noch fast täglich. Etwa ein Drittel der Befragten isst etwa jede Woche oder seltener Gemüse oder Salat. Damit liegt auch der Konsum von Gemüse und Salat bei der Mehrheit der 65- bis 80-Jährigen unter der Empfehlung eines täglichen Konsums. Die Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund sind bei den 65- bis 80-Jährigen gering; allerdings kann auch hier erneut die Tendenz beobachtet werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell häufiger mehr Obst und Gemüse zu sich nehmen als diejenigen ohne Migrationshintergrund. Allerdings sind die Unterschiede zu gering, um statistisch signifikant zu sein.

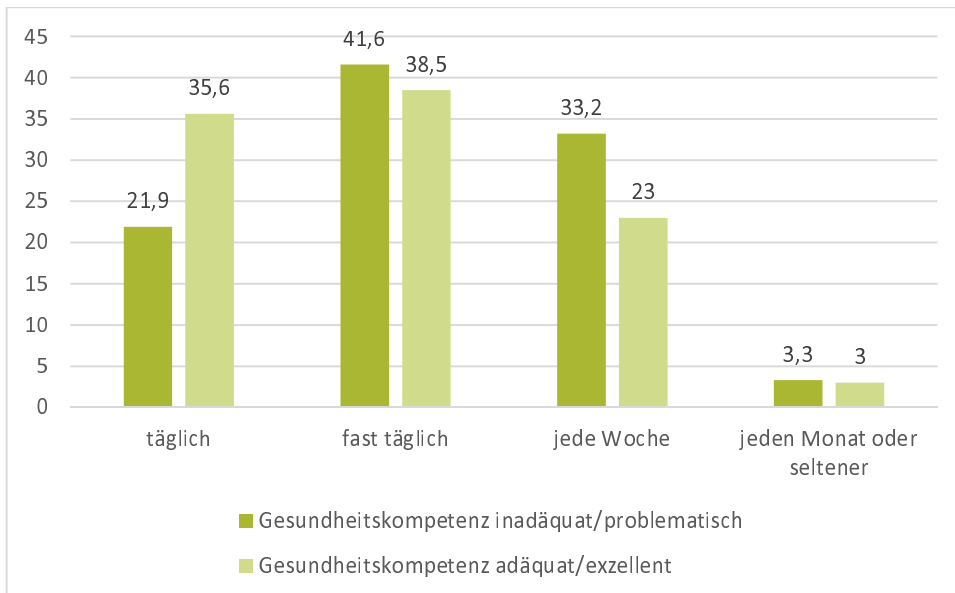
Beim Gemüse- und Salatkonsum zeigt sich erneut ein Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz (s. Abbildung 5.22). Von den 65- bis 80-Jährigen mit niedriger Gesundheitskompetenz isst jeder Fünfte täglich Gemüse oder Salat, von den 65- bis 80-Jährigen mit hoher Gesundheitskompetenz ist es jeder Dritte. Auch der fast tägliche Konsum von Gemüse und Salat ist unter denjenigen mit hoher Gesundheitskompetenz höher.

Abbildung 5.21 Häufigkeit des Konsums von Gemüse oder Salat von 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=5.04$, n. s.

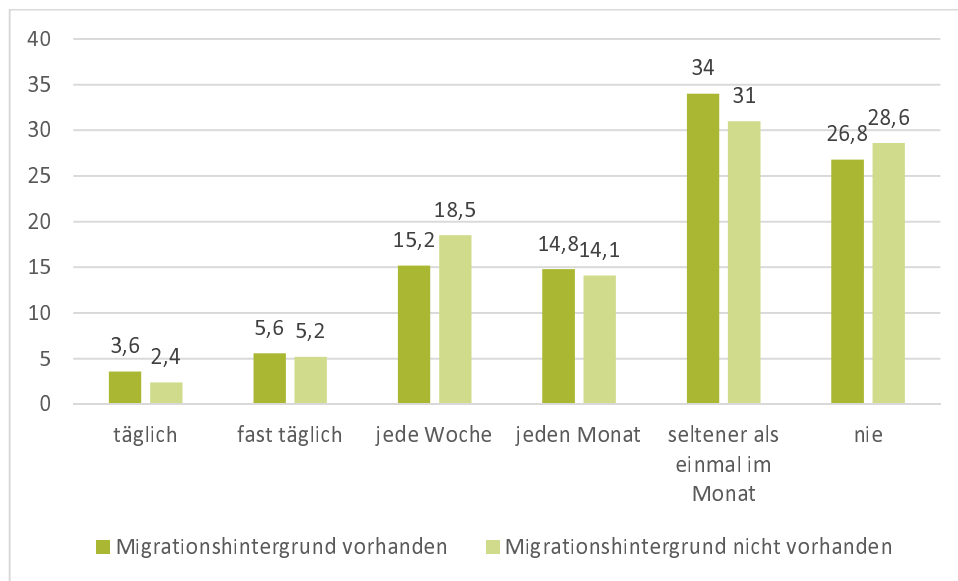
Abbildung 5.22 Zusammenhang Gemüse- und Salatkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 80-Jährigen



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=10,84$, $p<.05$

Die 65- bis 80-Jährigen konsumieren deutlich seltener als die befragten Jugendlichen Cola oder andere zuckerhaltige Limonaden. Insgesamt kann der Konsum als moderat bezeichnet werden und nur eine kleine Minderheit trinkt täglich oder fast täglich Cola oder andere zuckerhaltige Limonade (s. Abbildung 5.23). Die Unterschiede im Hinblick auf den Migrationshintergrund sind gering und statistisch nicht signifikant.

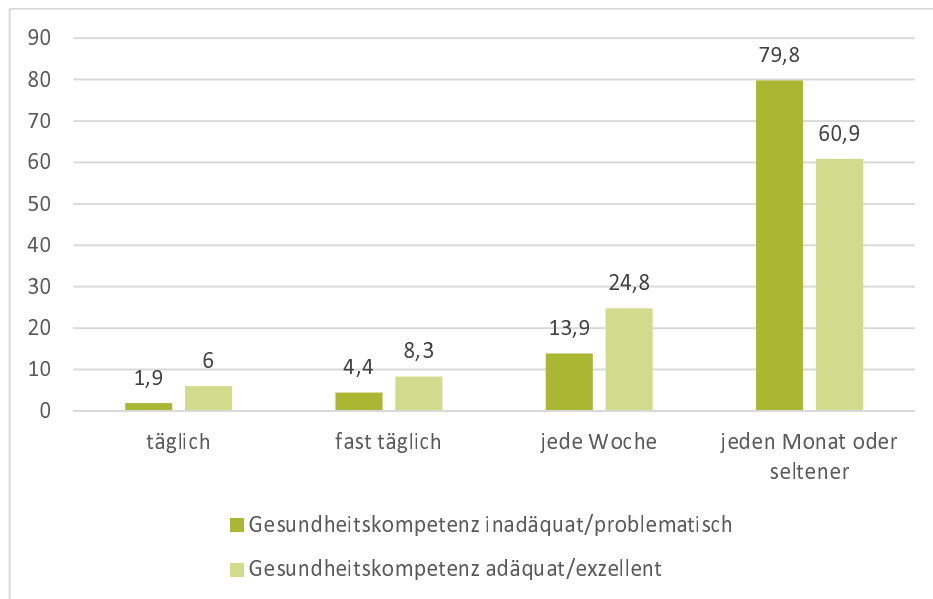
Abbildung 5.23 Häufigkeit des Konsums von Cola oder anderer zuckerhaltiger Limonaden von 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=1.96$, n. s.

Im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz sind jedoch Unterschiede zu erkennen (s. Abbildung 5.24). Haben die befragten 65- bis 80-Jährigen eine niedrige Gesundheitskompetenz, so trinken sie etwa dreimal so häufig täglich und doppelt so häufig fast täglich Cola oder andere zuckerhaltige Limonaden. Auch der wöchentliche Konsum ist bei den Befragten mit niedriger Gesundheitskompetenz nahezu doppelt so hoch; der Anteil derjenigen, die jeden Monat oder seltener zuckerhaltige Limonaden trinken entsprechend niedriger.

Abbildung 5.24: Zusammenhang von Cola- und Limonadenkonsum und Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 80-Jährigen



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=19,53$, $p<.001$

5.2.3 Bewegung

Für ältere Menschen wird körperliche Aktivität von fast täglich einer halben Stunde empfohlen.¹⁴ Tatsächlich bewegt sich jedoch etwa nur ein Sechstel der 65- bis 80-Jährigen eine halbe Stunde täglich, ein weiteres Fünftel fast täglich (s. Abbildung 5.25). Etwa ein Viertel der Befragten ist etwa jede Woche für eine halbe Stunde körperlich aktiv. Bedenklich stimmt, dass ein erheblicher Teil der Befragten 65- bis 80-Jährigen nur jeden Monat oder noch seltener körperlich für eine halbe Stunde aktiv sind.

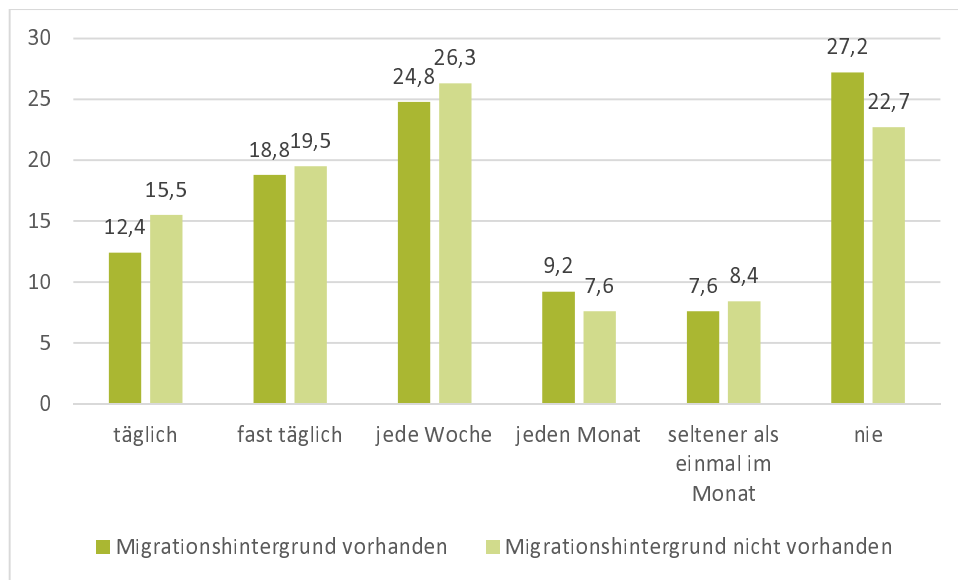
Die befragten 65- bis 80-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihrem Bewegungsverhalten nur geringfügig; die Unterschiede sind entsprechend statistisch nicht signifikant. Es fällt jedoch die Tendenz auf, dass sich die 65- bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund noch etwas seltener körperlich aktiv betätigen als die 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund.

Zusammengenommen folgt damit etwa jeder dritte 65- bis 80-Jährige der Empfehlung, täglich oder fast täglich körperlich für mindestens eine halbe Stunde aktiv zu

¹⁴ <http://www.eufic.org/article/de/artid/Richtlinien-koerperliche-Aktivitaet/>

sein. Das bedeutet, dass etwa zwei Drittel der Befragten den Empfehlungen nicht nachkommen.

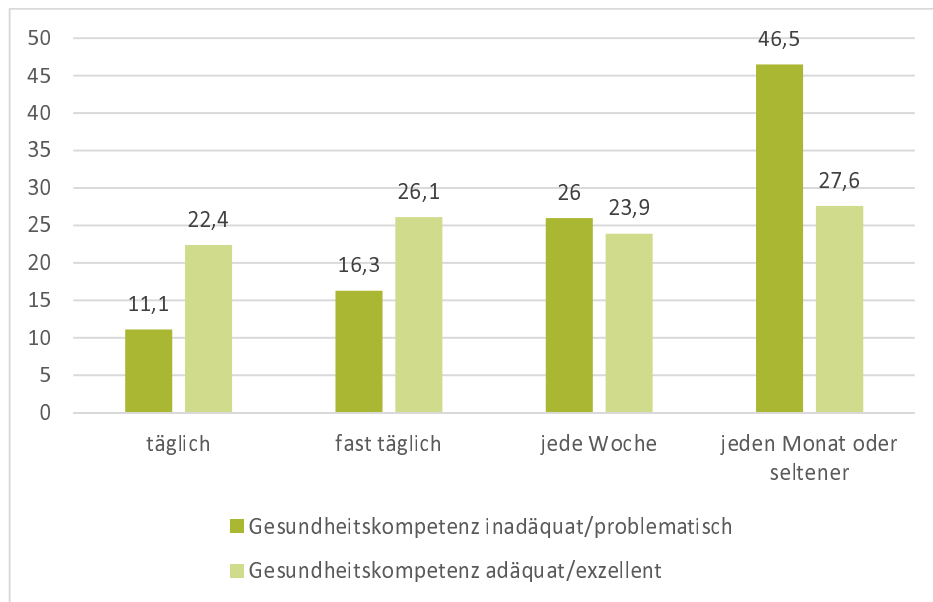
Abbildung 5.25 Häufigkeit körperlicher Bewegung von mindestens einer halben Stunde der 65- bis 80-Jährigen nach Migrationshintergrund



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(5)=2.53$, n. s.

Während die Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen den Befragten mit und ohne Migrationshintergrund gering sind, treten sie im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz deutlich zu Tage (s. Abbildung 5.26). Die befragten 65- bis 80-Jährigen mit hoher Gesundheitskompetenz bewegen sich im Durchschnitt doppelt so häufig täglich oder fast täglich wie die Befragten mit niedriger Gesundheitskompetenz. Fast die Hälfte (46,5 %) der Befragten mit niedriger Gesundheitskompetenz ist nur jeden Monat oder noch seltener für mindestens eine halbe Stunde körperlich aktiv.

Abbildung 5.26: Zusammenhang von Bewegung und Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 80-Jährigen



Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3)=22,39$, $p<.001$

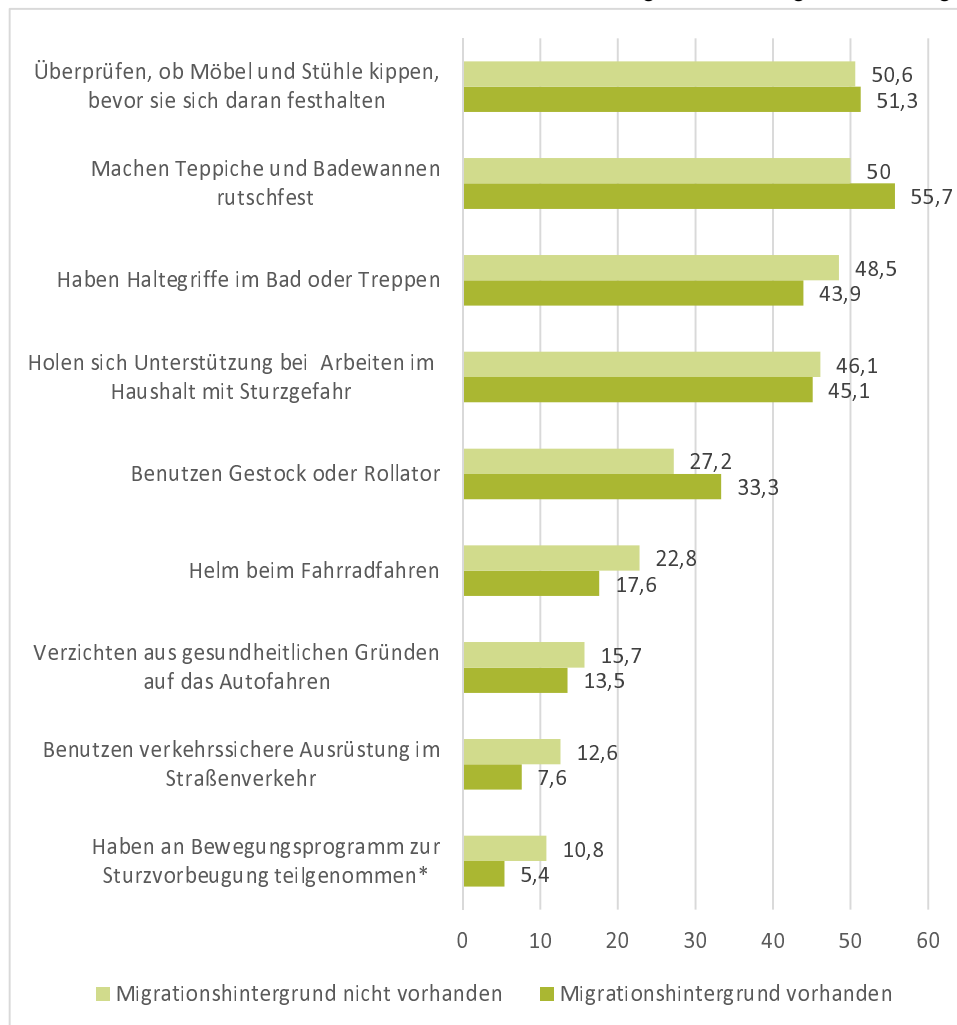
5.2.4 Unfallschutz

Unfälle gehören zu den akuten Gesundheitsrisiken im höheren Alter; entsprechend ist Unfallschutz ein wichtiges Thema in der Prävention Alter (Granacher et al. 2014). Wir haben deswegen auch einige Fragen zur Sturzprävention im Haushalt und zur Unfallprävention im Straßenverkehr gestellt. **Insgesamt ist festzustellen, dass die Bereitschaft zur Unfallprävention zwar in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen höher ausgeprägt ist als bei den bildungsfernen Jugendlichen, jedoch auch hier ist sie eher die Ausnahme als die Regel.**

So überprüfen etwa die Hälfte der befragten 65- bis 80-Jährigen, ob Möbel und Stühle kippen, bevor sie sich daran festhalten, machen Teppiche und Badewannen rutschfest, oder holen sich Unterstützung bei Arbeiten im Haushalt mit Sturzgefahr (s. Abbildung 5.27). Nur eine Minderheit schützt sich durch einen Helm beim Fahrradfahren, verzichtet aus gesundheitlichen Gründen auf das Autofahren oder benutzt eine verkehrssichere Ausrüstung im Straßenverkehr. Alle Unterschiede zwischen den 65- bis 80-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund sind statistisch nicht signifikant. Einzig in der Teilnahme an einem Bewegungsprogramm zur Sturzvorbeugung unterscheiden sich die älteren Befragten mit und ohne Migrationshintergrund

signifikant voneinander. Hier haben mit 10,8 % etwa doppelt so viele 65- bis 80-Jährige ohne Migrationshintergrund an einem solchen Programm teilgenommen als 65- bis 80-Jährige mit Migrationshintergrund.

Abbildung 5.27: Anteil der 65- bis 80-Jährigen, auf die die Fragen zutreffen und die bei verschiedenen Aktivitäten Protektoren benutzt oder andere Maßnahmen ergreift, nach Migrationshintergrund

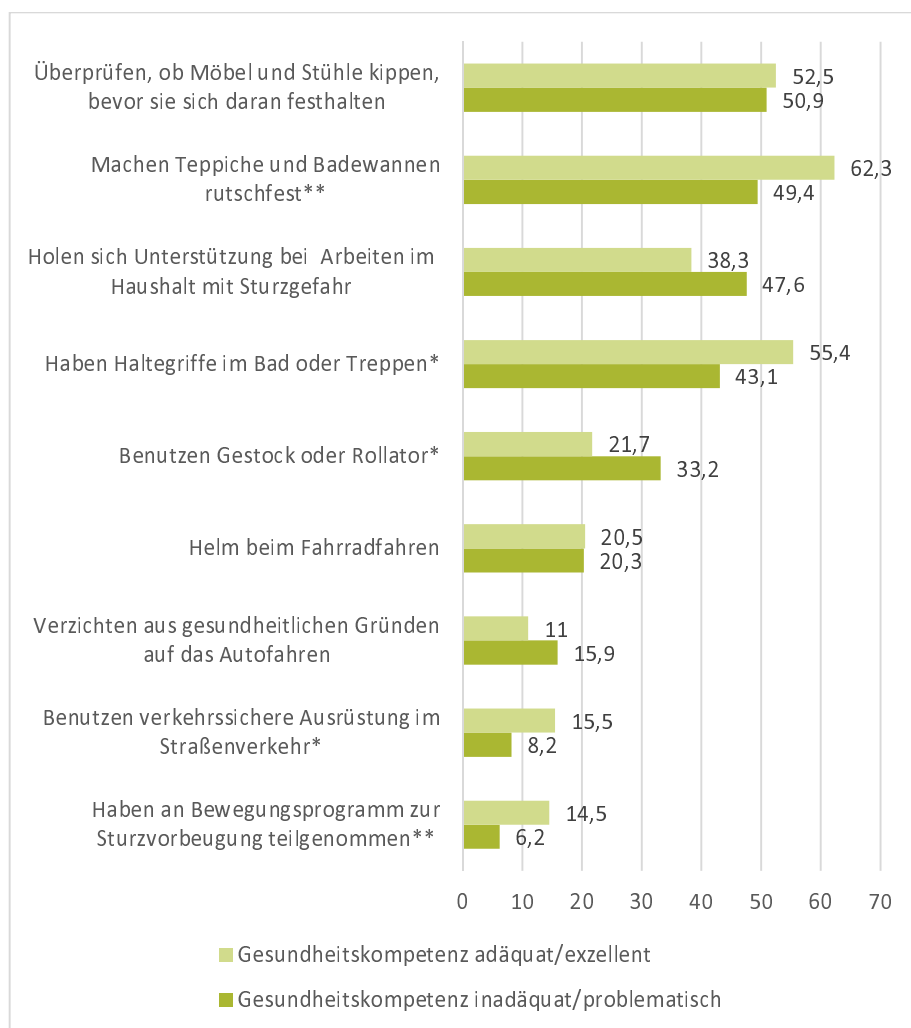


Quelle: eigene Berechnung, 65-80-Jährige, nur zutreffende Angaben. ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05

Mit der Gesundheitskompetenz hängt die Ergreifung einzelner Maßnahmen zum Unfallschutz zusammen (s. Abbildung 5.28). So ist der Anteil der 65- bis 80-Jährigen mit hoher Gesundheitskompetenz, die ihre Teppiche und Badewannen rutschfest gemacht haben, deutlich höher als bei den Befragten mit niedriger Gesundheitskompetenz. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Anbringen von Haltegriffen im Bad oder an Treppen. Ebenso benutzen ältere Menschen mit einer hohen Gesundheitskompe-

tenz häufiger eine verkehrssichere Ausrüstung im Straßenverkehr und nehmen deutlich häufiger an Bewegungsprogrammen zur Sturzvorbeugung teil. Eine Reihe von Maßnahmen scheint jedoch unabhängig von der Gesundheitskompetenz praktiziert zu werden, etwa die Überprüfung, ob Möbel und Stühle kippen, bevor man sich daran hochzieht oder das Tragen eines Helmes beim Fahrradfahren. Einen Gehstock oder Rollator benutzen demgegenüber häufiger Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz.

Abbildung 5.28 Zusammenhang von Unfallschutz und Gesundheitskompetenz bei den 65- bis 80-Jährigen



Quelle: eigene Berechnung, 65-80-Jährige, nur zutreffende Angaben. ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05

Zusammenfassend betrachtet weisen die Befunde in allen befragten Bevölkerungsgruppen auf einen häufigen, aber nicht umfassenden Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten (vgl. auch Quenzel et al. 2015). Deutlich mit der Gesundheitskompetenz korreliert vor allem das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, beim Substanzkonsum sind demgegenüber kaum Zusammenhänge zu erkennen. Beim Ernährungsverhalten ist interessant, dass die Ernährung bei den Befragten mit Migrationshintergrund zum einen etwas ausgewogener ist und zum anderen weniger Zusammenhänge mit der Health Literacy zu beobachten sind. Bei den Befragten ohne Migrationshintergrund hängt das Ernährungsverhalten demgegenüber deutlich mit der Gesundheitskompetenz zusammen. Sowohl die jüngeren als auch die älteren Befragten mit niedriger Gesundheitskompetenz tendieren häufiger zu geringem Obst- und Gemüsekonsum und zu häufigem Konsum von Süßigkeiten. Auch das Bewegungsverhalten hängt in allen Befragtengruppen mit der Gesundheitskompetenz zusammen: Hier geht eine niedrige Gesundheitskompetenz durchgehend mit seltener körperlicher Aktivität einher.

6 Orientierung im Gesundheitswesen

Den Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten haben wir im vorangegangenen Kapitel dargestellt. Nun interessiert die Frage, ob und wie sich die Höhe der Gesundheitskompetenz auf den Umgang mit den Angeboten des Gesundheitssystems auswirkt. Im folgenden Kapitel stehen dabei die Fragen im Mittelpunkt, ob und bei wem schon einmal der richtige Ansprechpartner bei Problemen oder Sorgen gefehlt hat und an wen sich die Befragten wenden, wenn sie Informationen zu Beschwerden und Krankheiten suchen.

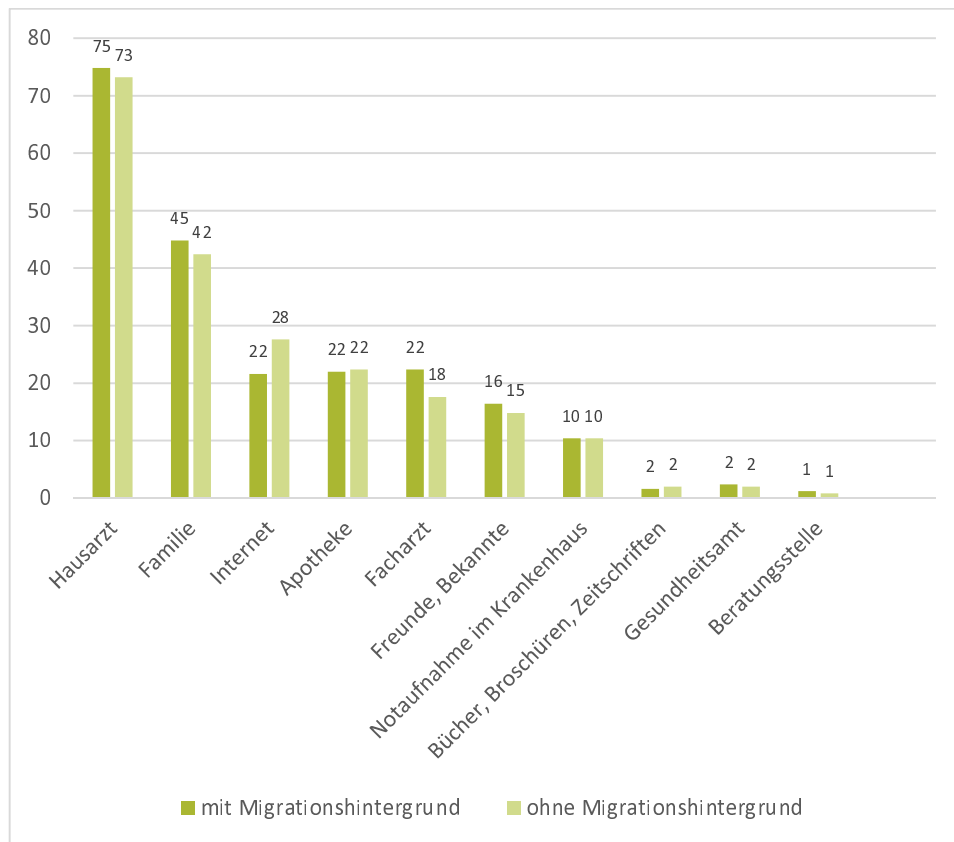
6.1 Erste Ansprechpartner bei Sorgen und Problemen

Als relevant schien uns die Frage, an wen sich die Befragten im Falle gesundheitlicher Sorgen oder Probleme vor allem wenden. Die privaten und gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland weisen in der Organisation der medizinischen Versorgung den Hausärzten eine zentrale Rolle zu. Diese sollen als erste Ansprechpartner bei gesundheitsrelevanten Problemen aller Art fungieren und bei Bedarf an den richtigen fachlichen Ansprechpartner weiterverweisen. Nutzer haben jedoch auch das Recht, direkt einen Facharzt zu konsultieren. Zudem gibt es zahlreiche Beratungsangebote und Informationen durch Print- und elektronische Medien sowie soziale Netzwerke.

6.1.1 Hausärzte und Familie wichtige Ansprechpartner für Jugendliche

Die erste Adresse bei Gesundheitsfragen ist bei den befragten Jugendlichen klar der Hausarzt. An ihn wenden sich drei Viertel der befragten Jugendlichen bei gesundheitlichen Problemen oder Sorgen. An zweiter Stelle steht die Familie, danach folgen das Internet, die Apotheke, der Facharzt und Freunde und Bekannte (s. Abbildung 6.1). Nennenswerte Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund gibt es eigentlich nur bei der Informationssuche im Internet. Dieses wird von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund etwas häufiger zur Rate gezogen als von Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Die Unterschiede befinden sich jedoch nicht im statistisch signifikanten Bereich.

Abbildung 6.1: Ansprechpartner bei körperlichen Beschwerden und Problemen bei 15 bis 25-Jährigen nach Migrationshintergrund (3 Nennungen möglich)

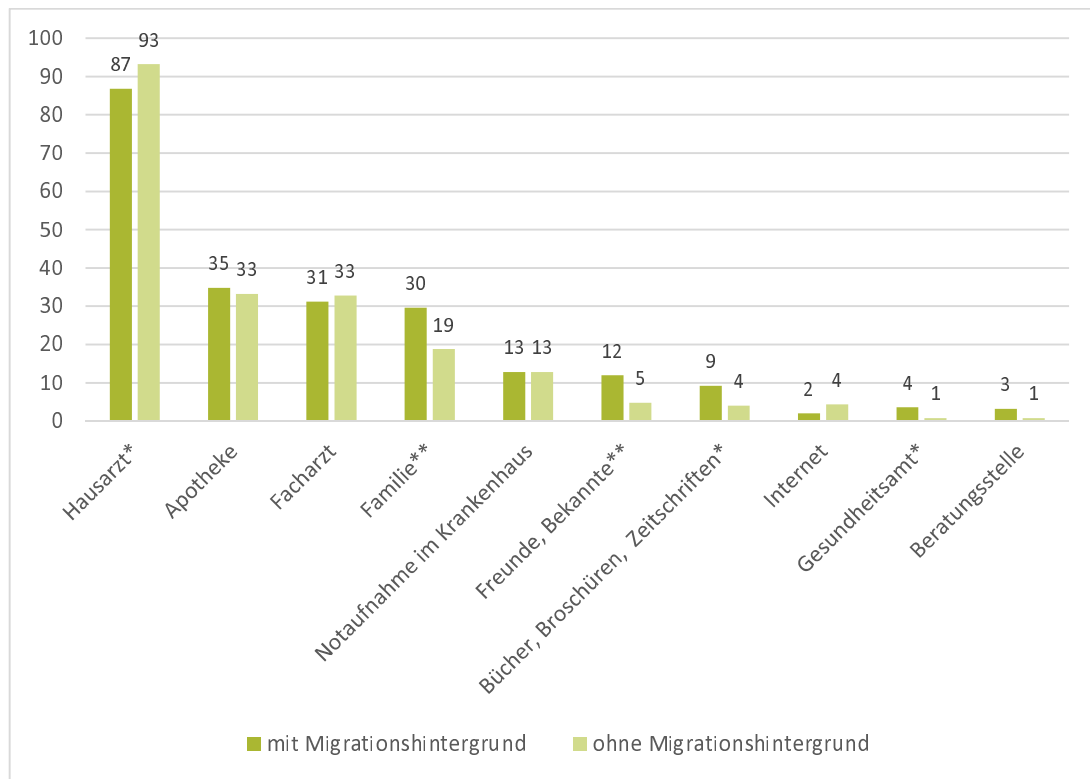


Quelle: eigene Berechnung.

6.1.2 Hausärzte wichtigster Ansprechpartner für ältere Menschen

Wie Abbildung 6.2 zeigt, sind auch in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen die Hausärzte die erste Anlaufadresse bei körperlichen Beschwerden und Krankheiten. Mit 93 % nennen nahezu alle 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund den Hausarzt als einen der ersten Ansprechpartner. Bei denjenigen mit Migrationshintergrund sind es mit 87 % etwas weniger, aber auch hier ist der Hausarzt für die überwältigende Mehrheit erster Ansprechpartner. Dass die Unterschiede zwischen den 65- bis 80-Jährigen je nach Migrationshintergrund statistisch im signifikanten Bereich sind, weist darauf hin, dass das Verhältnis der Menschen ohne Migrationshintergrund zu ihrem Hausarzt noch etwas besser ist, während Menschen mit Migrationshintergrund sich etwas stärker anderen Ansprechpartnern zuwenden.

Abbildung 6.2: Ansprechpartner bei körperlichen Beschwerden und Problemen bei 65-80-Jährigen nach Migrationshintergrund (3 Nennungen möglich)



Quelle: eigene Berechnung. **= $p < .01$, *= $p < .05$

Etwa ein Drittel der Befragten wendet sich bei der Suche nach Informationen an die Apotheken. Die Apotheken stehen damit an zweiter Stelle der Ansprechpartner und liegen damit – wenn auch knapp – noch vor den Fachärzten. Apotheken und Fachärzte scheinen dabei unabhängig vom Migrationshintergrund für ältere Menschen gleich relevant zu sein. Statistisch signifikante Unterschiede finden sich jedoch bei der Familie sowie bei Freunden und Bekannten. Diese dienen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger als (kompetente) Ansprechpartner bei Beschwerden und Problemen als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Auch Bücher und Broschüren, das Gesundheitsamt und Beratungsstellen werden von älteren Menschen mit Migrationshintergrund häufiger konsultiert. Allerdings liegen hier die Unterschiede nicht im statistisch signifikanten Bereich.

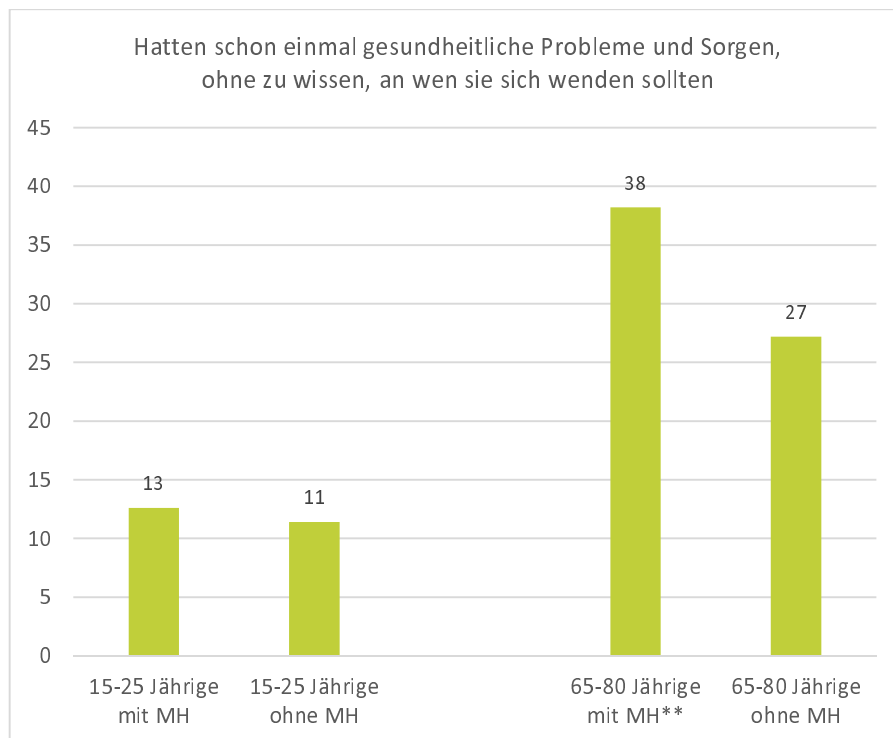
Zusammengenommen deuten die Befunde auf die hohe Bedeutung von Hausärzten für die Gesundheitsinformation und -kommunikation. Sie sind zentrale Anlaufstelle in allen Gesundheitsfragen – auch wenn es um Informationsbelange geht. Dass allerdings mehr als ein Drittel der älteren Migranten Schwierigkeiten hat zu verstehen, was der Arzt ihnen sagt, deutet an, dass hier erhebliche Kommunikationsprobleme bestehen.

6.2 Viele wussten schon einmal nicht, wohin sie sich wenden sollten

Für eine erste Einschätzung, ob und wenn ja, wer ganz allgemein Probleme hat, im Gesundheitssystem einen passenden Ansprechpartner zu finden, wurde direkt danach gefragt, ob es bei dem Befragten schon einmal vorgekommen ist, dass er gesundheitliche Probleme und Sorgen hatte, ohne zu wissen, an wen er sich wenden sollte (s. Abbildung 6.3). Von den jüngeren Befragten hat etwas mehr als jeder Zehnte (13 % und 11%) schon einmal erlebt, dass er bei gesundheitlichen Problemen nicht wusste, wohin er sich wenden sollte. Von den älteren Befragten mit Migrationshintergrund bejahte mehr als jeder Dritte (38 %) die Frage, von denjenigen ohne Migrationshintergrund immerhin noch jeder Vierte.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben es signifikant häufiger schon einmal erlebt, dass sie bei gesundheitlichen Problemen nicht wussten, wohin sie sich wenden sollten.

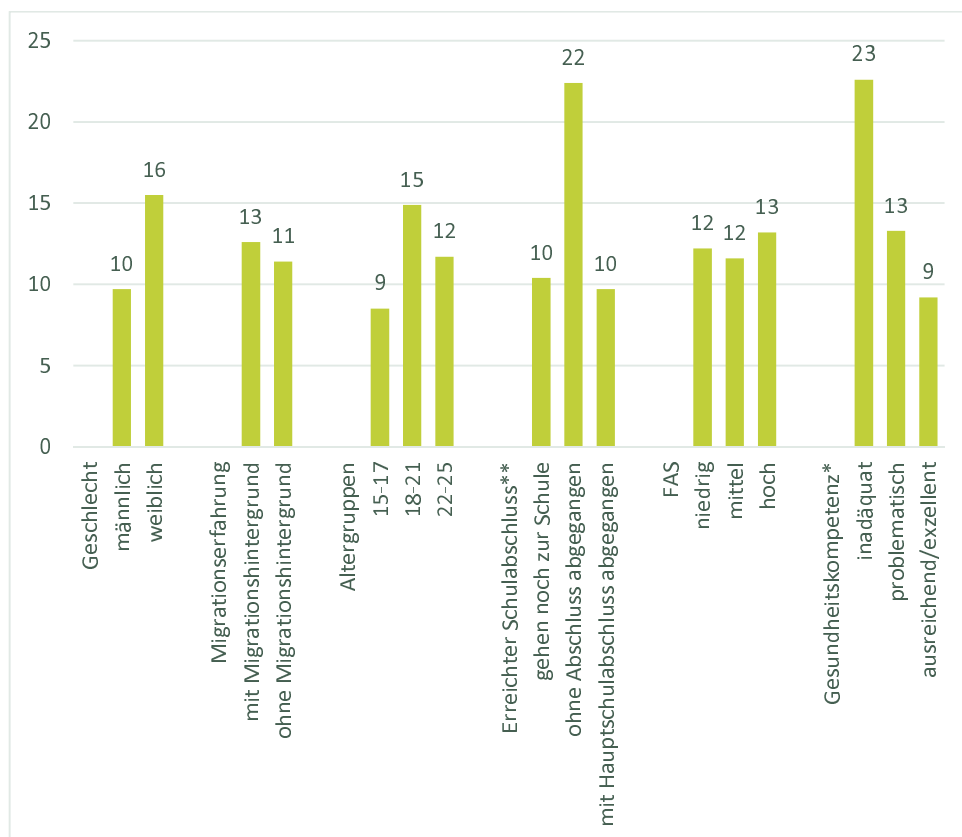
Abbildung 6.3: Anteil in den befragten Bevölkerungsgruppen, der schon einmal Probleme hatten, den passenden Ansprechpartner zu finden



Quelle: eigene Berechnung. MH=Migrationshintergrund, **= $p < .01$

Bei den bildungsfernen Jugendlichen zeigt die Zusammenhangsanalyse Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen und in den Altersgruppen (s. Abbildung 6.4). Beide Unterschiede liegen jedoch nicht im signifikanten Bereich. Erhebliche Unterschiede zeichnen sich jedoch zwischen denjenigen, die ohne Abschluss von der Schule gegangen sind, und denjenigen, die den Hauptschulabschluss erreicht haben ab (22 zu 10 %). **Abgänger ohne Abschluss haben demzufolge mehr als ein doppelt so hohes Risiko, nicht zu wissen, an wen sie sich bei gesundheitlichen Problemen und Sorgen wenden sollen.**

Abbildung 6.4: Zusammenhangsanalyse: 15 bis 25-Jährige, die schon einmal nicht wussten, wohin sie sich wenden sollten

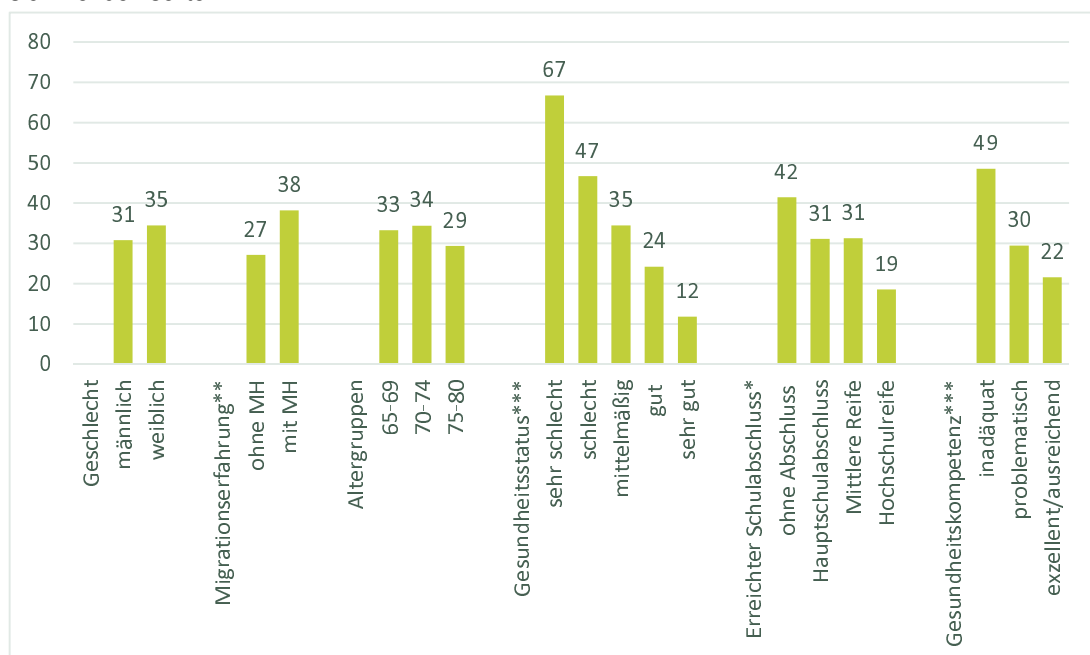


Quelle: eigene Berechnung. ***= $p < .001$, **= $p < .01$, *= $p < .05$

Probleme, den richtigen Ansprechpartner zu finden, hängen darüber hinaus mit der Gesundheitskompetenz zusammen. Von den bildungsfernen Jugendlichen mit inadäquater Gesundheitskompetenz wusste mehr als jeder Fünfte (23 %) schon einmal nicht, an wen er sich wenden sollte. Unter den Befragten mit adäquater oder exzellenter Gesundheitskompetenz war es demgegenüber mit 9 % weniger als jeder Zehnte.

Innerhalb der Gruppe der älteren Befragten sind ebenfalls interessante Unterschiede auszumachen (s. Abbildung 6.5). Hier zeigt die Zusammenhangsanalyse, dass es bei den 65- bis 80-Jährigen nicht nur deutliche Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund gibt, sondern dass Frauen etwas häufiger als Männer angeben, dass sie einmal nicht wussten, an wen sie sich wenden sollen. Diese Unterschiede sind jedoch nicht im statistisch signifikanten Bereich. Kaum Unterschiede sind auch im Hinblick auf das Alter zu erkennen.

Abbildung 6.5: Zusammenhangsanalyse: 65-80-Jährige, die schon einmal nicht wussten, wohin sie sich wenden sollten



Quelle: eigene Berechnung. MH=Migrationshintergrund ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05

Demgegenüber sind erhebliche Unterschiede zwischen gesünderen und kränkeren Menschen festzustellen. Von denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht einstufen, wussten zwei Drittel schon einmal nicht, an wen sie sich wenden sollten. Von denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einstufen, berichtet dies immerhin noch fast die Hälfte. Eine Erklärung mag sein, dass Menschen, denen es gesundheitlich nicht gut geht, entsprechend häufiger mit autonom nicht lösbaren Problemen konfrontiert werden.

Ins bekannte Bild passen die Befunde, dass Menschen ohne Schulabschluss mehr als doppelt so häufig wie Befragte mit Hochschulreife nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen (42 zu 19 %). Deutlicher noch als von der Schulbildung hängen Prob-

leme, den richtigen Ansprechpartner zu finden, jedoch von der Höhe der Gesundheitskompetenz ab. Von den Älteren mit inadäquater Gesundheitskompetenz wusste jeder Zweite bei gesundheitlichen Problemen schon einmal nicht, an wen er sich wenden sollte. Unter den Befragten mit adäquater oder exzellenter Gesundheitskompetenz war es dagegen „nur“ etwas mehr als jeder Fünfte. Besonders groß ist die Ratlosigkeit – wie hier noch einmal der Wichtigkeit halber erwähnt sei – bei psychischen Problemen. Gerade dann fällt es den Befragten schwer geeignete Information über Unterstützungsmöglichkeiten und Anlaufstellen zu finden.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass jeder achte 15- bis 25-Jährige und jeder dritte 65- bis 80-Jährige schon einmal gesundheitliche Probleme hatte, ohne zu wissen, an wen er sich wenden konnte. Bei den jüngeren Befragten gilt dies besonders für Jugendliche ohne Schulabschluss und mit inadäquater Gesundheitskompetenz. Ältere Menschen wussten besonders häufig schon einmal nicht, wohin im Gesundheitssystem, wenn sie einen Migrationshintergrund, einen schlechten Gesundheitsstatus, keinen Schulabschluss oder niedrige Gesundheitskompetenz hatten.

7 Fazit und Handlungsempfehlungen

Angesichts eines komplexer werdenden Gesundheitssystems und der Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit kommt der Stärkung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen politisch zunehmend Bedeutung zu. Eine hohe Gesundheitskompetenz bedeutet dabei, über basales Gesundheitswissen zu verfügen, ebenso über die nötigen (literalen) Fähigkeiten, um Gesundheitsinformationen suchen, rezipieren, verstehen und so im Alltag anwenden zu können, dass sie zur Erhaltung der Gesundheit sowie zu angemessenem gesundheitsförderlichem, gesundheitsbewahrendem und krankheitsverhinderndem Verhalten beitragen. Im Krankheitsfall bedeutet sie die Fähigkeit, mit Krankheit und Gesundheitseinbußen umgehen und sich im Gesundheitswesen bewegen, an gesundheitsrelevanten Entscheidungen partizipieren und als Ko-Produzent bei der Wiedererlangung der Gesundheit mitwirken zu können.

Jedoch verfügen nicht alle hier lebenden Menschen über die für den Gesundheitserhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Kompetenzen. Insbesondere in sozial benachteiligten und gesundheitlich vulnerablen Bevölkerungsgruppen scheint die Gesundheitskompetenz vergleichsweise niedrig ausgeprägt zu sein. Bisher fehlten hier jedoch aussagekräftige Daten. Im Fokus des vorliegenden Projekts stand aus diesem Grund die Ermittlung von repräsentativen Daten zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedrigem Bildungsgrad, älteren Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen. Methodisch wurde das Projekt an den European Health Literacy Survey aus dem Jahr 2011 angelehnt.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen nun die Vermutung, dass die Gesundheitskompetenz in den von uns befragten Bevölkerungsgruppen deutlich unter der der Allgemeinbevölkerung liegt. Überraschend ist jedoch das Ausmaß dieses Unterschieds. Während in der Allgemeinbevölkerung in NRW weniger als die Hälfte (45,3 %) eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz hat, sind es von den bildungsfernen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund mehr als zwei Drittel (70 %), von denjenigen mit Migrationshintergrund sogar mehr als drei Viertel (77 %). Von den 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund haben mit 64 % knapp zwei Drittel und von denjenigen mit Migrationshintergrund mit 81 % mehr als vier Fünftel eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Erhebung der subjektiv eingeschätzten Gesundheitskompetenz, der funktionalen Gesundheitskompetenz und des Gesundheitswissens, dass die von uns befragten, vulnerablen Bevölkerungsgruppen sowohl über ein geringes Wissen über gesundheitsförderliches, gesundheitsbewahrendes

und krankheitsverhinderndes Verhalten verfügen, als auch erhebliche Probleme haben, sich im Gesundheitswesen zurecht zu finden. Sie können nur eingeschränkt informierte gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und im Krankheitsfall als Ko-Produzent bei der Wiedererlangung der Gesundheit mitwirken. Besondere Schwierigkeiten bereitet es bildungsfernen Jugendlichen, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmethoden abzuwägen und hier Entscheidungen zu treffen. Ebenso besteht bei der überwiegenden Mehrheit große Unsicherheit, wann sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten. Auch fällt es ihnen schwer, unter der Fülle der Gesundheitsinformationen die vertrauenswürdigen herauszufiltern. Bei bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund verstärken sich diese Probleme noch einmal. Die Ergebnisse deuten auf tief greifende Unsicherheiten und gravierende Kommunikationsprobleme hin.

Wichtige Ansätze für Interventionen können vor allem auf drei Ebenen ausgemacht werden. Zum einen gilt es, systematische Maßnahmen zu ergreifen, um die Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen sollten besondere Beachtung erfahren und gezielt evidenzbasierte und nutzerfreundlich aufbereitete Informationen, Beratungsangebote und Angebote zur Kompetenzförderung zur Verfügung gestellt bekommen. Dabei sind zielgruppenspezifische Anspracheformen und Konzepte erforderlich, die an den jeweiligen Lebenswelten anknüpfen und in diese eingebettet sind. Zum anderen gilt es, das Gesundheitssystem nutzerfreundlicher und informativer zu gestalten, so dass auch Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz gut in ihm zurechtkommen. Dabei ist Menschen mit eingeschränkten literalen Fähigkeiten besondere Aufmerksamkeit zu widmen, d. h. es wird auch über neue Formen der Information und eine Überwindung der ausschließlich schriftlichen Information nachzudenken sein. Beide Veränderungen werden nicht einfach umzusetzen sein und erfordern die Anstrengungen aller beteiligten Akteure. Außerdem stellen sich Handlungserfordernisse auf politischer Ebene.

7.1 Erhöhung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen

Die Ergebnisse bestätigen die Vermutung, dass Gesundheitskompetenz eng mit Bildung verknüpft ist und dass Menschen mit geringer Bildung nur unzureichend Informationen finden, verstehen, beurteilen und auf ihrer Basis Urteile und Entscheidungen über Therapien und Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung treffen können. Vielfach fehlt neben gesundheitlicher Informationskompetenz auch basales Gesundheitswissen. Insbesondere bei Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss, aber auch bei vielen älteren Menschen mit Migrationshintergrund konnte ein besorg-

niserregendes Ausmaß an Un- und Fehlkenntnis bei gesundheitlichen Fragen festgestellt werden. Bei ihnen ist etwa das Wissen darüber, was gesundheitsfördernd, was gesundheitsschädlich ist, welche Rechte man als Patient im Gesundheitswesen hat und wer dort der richtige Ansprechpartner für die verschiedenen Probleme ist, gering. Auch die Gründe dafür, dass Menschen mit Migrationshintergrund so viel häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz haben, sind vor allem in ihrer sozialen Lage und dem damit einhergehenden eingeschränkten Zugang zu Bildung und Einkommen zu suchen. Bei den Jugendlichen ist die Gesundheitskompetenz neben ihrer eigenen Bildung vor allem von der Bildung der Eltern und dem familiären Wohlstand abhängig. Langfristig verweisen damit die Ergebnisse auf die Bedeutung des Abbaus von Bildungsungleichheit. Kurzfristig verweisen sie auf die Dringlichkeit der Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Haupt- und Förderschulen. Hier ist es wichtig, den hohen Anteil von Jugendlichen mit geringer Literalität zu berücksichtigen, und die schulischen Lerneinheiten mit frei zugänglichen Film- und Audioformaten sowie mit Online-Lernspielen zu unterstützen.

Dass es von beiden Altersgruppen tendenziell als schwieriger empfunden wird, etwas zu beurteilen oder Entscheidungen zu treffen, als Anweisungen zu befolgen oder Informationen zu suchen und zu finden, ist zudem ein wichtiger Hinweis darauf, dass neben allgemeinen Gesundheitsinformationen verständlich formulierte Entscheidungshilfen und Beratungsangebote in leichter Sprache erforderlich sind. Die Beratungsangebote sollten gezielt an Stellen im Quartier angesiedelt werden, an denen sich die untersuchten Gruppen aufhalten und an die sie sich im Alltag bei Fragen wenden. Für Jugendliche sind zudem ergänzende Online-Angebote zu empfehlen. Diese Angebote sollten so wenig Text wie möglich enthalten und visuellen sowie verbalen Erklärungen den Vorzug geben.

Dass die Beurteilung von Informationen über Gesundheitsrisiken aus den Medien als besonders schwierig wahrgenommen wird, deutet zudem auf einen Bedarf gut aufbereiteter Gesundheitsinformationen in den häufig genutzten Medien hin. Bei älteren Menschen sind dies das Fernsehen, das Radio und Zeitschriften. Bei Jugendlichen sind es das Internet und das Fernsehen. Grundsätzlich sollte bei jeder Art von Gesundheitskommunikation ein besonderes Augenmerk auf die Verständlichkeit der kommunizierten Inhalte gelegt werden.

Besonders dringend ist der Handlungsbedarf bei der Gestaltung von Beipackzetteln bei Medikamenten – denn diese werden nahezu durchgehend nicht verstanden. Dringender Handlungsbedarf ist zudem bei der Kennzeichnung der Inhaltsstoffe von Lebensmitteln auszumachen – auch in diesem für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention so entscheidenden Bereich werden die jetzigen Angaben insbesondere von bildungsfernen Jugendlichen unzureichend verstanden. Lebensmittelverpackungen und Beipackzettel von Medikamenten sollten daher so gestaltet

sein, dass die wichtigsten Botschaften im Text direkt erkennbar sind und zudem noch graphisch ansprechend visualisiert werden.

Die Ergebnisse deuten weiter auf einen Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten. Deutlich mit der Gesundheitskompetenz korreliert vor allem das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, beim Substanzkonsum sind demgegenüber nur wenige Zusammenhänge zu erkennen. So tendieren sowohl die jüngeren als auch die älteren Befragten mit niedriger Gesundheitskompetenz häufiger zu geringem Obst- und Gemüsekonsum und zu häufigem Konsum von Süßigkeiten. Auch das Bewegungsverhalten hängt in allen Befragtengruppen mit der Gesundheitskompetenz zusammen: Hier geht eine niedrige Gesundheitskompetenz durchgehend mit seltener körperlichen Aktivität einher. Es liegt somit die Vermutung nahe, dass beim Ernährungs- und Bewegungsverhalten durch eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz durchaus Verhaltensänderungen erzielt werden könnten. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz sollten hier ansetzen.

7.2 Erhöhung der Nutzerfreundlichkeit des Gesundheitssystems

Nicht weniger wichtig ist, die Navigationsanforderungen im Umgang mit dem Gesundheitssystem zu vereinfachen. Die Befunde legen den Schluss nahe, dass es nicht ausreicht, das Bildungsniveau von Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Neben einer Investition in die Erhöhung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen sind zugleich strukturelle Interventionen auf der Systemebene erforderlich.

Verständliche Kommunikation stellt eine weitere zentrale Herausforderung eines modernen Gesundheitswesens dar, das versucht, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen statt sie zu verstärken. Hierfür ist es entscheidend, Kommunikationswege und -formen zu finden, damit Informationen Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz erreichen und auch von diesen verstanden werden. Hierfür ist in einem ersten Schritt erforderlich, die Kommunikationskompetenz in allen Gesundheitsprofessionen nachhaltig zu erhöhen. Die vorliegenden Befunde unterstreichen die Wichtigkeit der Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation, denn Ärzte sind sowohl bei den jüngeren als auch – noch stärker – bei den älteren Befragten die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Sorgen und Problemen. Wie aber die Information und die Kommunikation mit dem Arzt oder mit anderen Gesundheitsprofessionen verläuft, hängt entscheidend von der Gesundheitskompetenz der Gesundheitsprofessionen ab. Dass ein erheblicher Anteil der Befragten beispielsweise angibt, den Arzt nicht zu verstehen, deutet darauf, dass es Ärzten und anderen Gesundheitsprofessionen

nicht bewusst ist, welches sprachliche Komplexitätsniveau und welchen Wissensstand sie in der Allgemeinbevölkerung voraussetzen können.

Langfristig gilt es deswegen, das Thema Gesundheitskompetenz in der Ausbildung aller Gesundheitsprofessionen zu verankern. Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten sollten gezielt für die Kommunikation, Informationsvermittlung und Kompetenzförderung von Patientinnen und Patienten qualifiziert werden. Kurzfristig sollte das Ziel sein, Problembewusstsein zu schaffen und die Sensibilität für die auf dem Gebiet der Gesundheitsinformation speziell vulnerabler Gruppen liegenden Herausforderungen zu erhöhen und entsprechende Qualifikationsmaßnahmen anzubieten, auch beispielsweise zur Kommunikation in leichter Sprache. Dass ältere Migranten nahezu durchgehend Probleme haben zu verstehen, was ihr Arzt sagt, deutet darüber hinaus auf einen großen Bedarf an Dolmetschern sowie an gezielter Förderung von Mehrsprachigkeit bei den Gesundheitsprofessionen.

Die Befunde deuten zudem auf erhebliche Probleme bei der Orientierung im Gesundheitswesen. Ein erheblicher Anteil der Befragten weiß bei gesundheitlichen Problemen nicht, wohin er sich wenden soll, und scheint angesichts der Instanzenvielfalt des Gesundheitssystems ratlos, wo die richtige Anlaufadresse ist. Es gilt deswegen die Navigationsanforderungen im Umgang mit dem Gesundheitssystem so zu vereinfachen, dass die Nutzung problemlos, ansprechend und effizient wird.

7.3 Health Literacy – Herausforderungen auf politischer Ebene

Um adäquate Ziele zur Gesundheitskompetenz für Nordrhein-Westfalen formulieren und geeignete Formen der Operationalisierung diskutieren zu können, wird außerdem die Implementierung eines „Aktionsplans Gesundheitskompetenz für Nordrhein-Westfalen“ vorgeschlagen. Ein solcher Aktionsplan wird aktuell vom einem ausgewiesenen Expertengremium auf Bundesebene erarbeitet. Auch auf Länderebene sind solche Aktionspläne sinnvoll.

NRW könnte über einen Aktionsplan „Gesundheitskompetenz“ aktiver Partner einer bundesweiten Diskussions- und Entwicklungsplattform sein. Um eine NRW-spezifische Ausrichtung des Plans zu gewährleisten, wird die Einrichtung eines Arbeitsgremiums vorgeschlagen, das sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Wissenschaft, Politik und selbstverwaltetem Gesundheitswesen in NRW zusammensetzt. Der Aktionsplan sollte sich zum einen auf die Festlegung grundsätzlicher inhaltlicher Prioritäten und Handlungsfelder konzentrieren, zum anderen aber auch Umsetzungsmöglichkeiten diskutieren. Sie sollten pragmatisch und vor dem Hintergrund besonderer NRW-spezifischer Strukturen (z.B. Landesgesundheitskonferenz, Kommunale Ge-

sundheitskonferenzen), von Arbeitsprofilen und Zielgruppenzugängen einzubinden der Institutionen und Professionen und setting-spezifischer Rahmenbedingungen erörtert werden. Dazu sind geeignete Formen des Austauschs zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis erforderlich, in die Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Settings (insbesondere Schule und Kindergarten), des kommunalen Handlungsraums, des Gesundheitswesens, aber auch anderer betroffener Politik- und Verwaltungsbereiche einbezogen werden. Denn Ziel eines solchen Aktionsplans ist die Mobilisierung breiter gesellschaftlicher Potenziale; sie ist Voraussetzung um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung umfassend und nachhaltig zu verbessern. Gerade auch vor dem Hintergrund der anstehenden landesspezifischen Umsetzung des Präventionsgesetzes wäre ein solcher Aktionsplan ein wichtiges ergänzendes Element zur Weiterentwicklung eines Gesundheitssystems, das die Situation und Bedarfslagen vulnerabler Gruppen berücksichtigt.

In Vorbereitung und begleitend zum Aktionsplan ist die breite Streuung und Bekanntmachung der Berichtsergebnisse anzuregen.

Gleichzeitig sollte der Abschlussbericht online verfügbar gemacht werden (z.B. auf den Internet-Seiten des MGEPA.NRW, des LZG.NRW und der Universität Bielefeld). Um die weitere Verbreitung der Berichtsergebnisse zu fördern, wird angeregt, prägnante Einzelbefunde der Studie in Form kleinerer Teilberichte oder Faktenblätter aufzubereiten, ebenfalls online zu veröffentlichen und in Workshops an spezifische Zielgruppen zu vermitteln.

8 Literatur

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 2010: Kurzbericht*. Köln: BZgA.

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), S. 1429–1436.

Darren, G., & Mallery, P. (2002). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 11.0 Update*. 4. Aufl. Boston: Allyn & Bacon.

Davis, T. C., Wolf, M. S., Bass, P. F., Thompson, J. A., Tilson, H. H., Neuberger, M., & Parker, R. M. (2005). Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. *Annals of Internal Medicine*, 145, S. 887–894.

DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2010). *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*. Bonn: DGE. Verfügbar unter: <http://www.dge.de> (Stand: 29.08.2011)

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). *Drogen- und Suchtbericht*. Verfügbar unter: www.drogenbeauftragte.de.

Geißler, R. (2011). *Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung*. 6. Aufl. Wiesbaden: VS.

Gigerenzer, G., & Gray, J. A. M. (2011). *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*. Cambridge, MA: MIT Press.

Gigerenzer, G., Mata, J., & Frank, R. (2009). Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(17), S. 1216–1220.

Granacher, U., Muehlbauer, T., Gschwind, Y. J., Pfenninger, B., & Kressig, R. W. (2014). Diagnostik und Training von Kraft und Gleichgewicht zur Sturzprävention im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(6), S. 513–526.

Helmert, U. (2000). Armutsbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: Status Quo, Konzepte und empirische Befunde. In U. Laaser, K. Gebhardt & P. Kemper (Hg.). *Gesundheit und soziale Benachteiligung. Informationssysteme – Bedarfsanalysen – Interventionen*, S. 83–94. Lage: Hans Jacobs.

Helmert, U. (2001). Sozialschichtspezifische Unterschiede bei somatischen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten. In A. Mielck & K. Bloomfield (Hg.). *Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, S. 175–183. Weinheim: Juventa.

Helmert, U., Merzenich, H., & Bammann, K. (2001). Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. *Sozial- und Präventivmedizin* (46), S. 320–328.

HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012*. Maastricht. Verfügbar unter: <http://www.health-literacy.eu>

Holleder, A., & Brand, H. (Hg.) (2006). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.

- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40), S. 1–16.
- Kickbusch, I., & Hartung, S. (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Kickbusch, I., & Marstedt, G. (2008). Gesundheitskompetenz: Eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In J. Böcken, B. Braun & R. Amhof (Hg.), *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, S. 12–28. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Klemperer, D. (2009). Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In N. Klusen, A. Fließgarten, & T. Nebling (Hg.), *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*, S. 139–155. Baden-Baden: Nomos.
- Lampert, T., & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S.600–608.
- Laramee, A. S., Morris, N., & Littenberg, B. (2007). Relationship of literacy and heart failure in adults with diabetes. *BMC Health Services Research*, 7(98), S. 1–6.
- Mancuso, J. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences* 11(1), S. 77–89.
- Mensing, M. (2012). HLS-EU. Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen. Vortrag vom 01.02.2012. Verfügbar unter: http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/veranstaltungen/120201_EU_Survey_Gesundheitskompetenz/EU_Health_Literacy_Ergebnisse_NRW.pdf
- Mielck, A., & Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Laaser, & O. Razum (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, S. 603–623. Weinheim: Juventa.
- Nielsen-Bohman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Hg.) (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, D.C.: National Academic Press.
- NRW-Tabellenband (ohne Jahr). *The European Health Literacy Project*. Landeszentrum für Gesundheit, NRW.
- OECD (2014). Education at a Glance 2014: OECD Indicators, OECD Publishing. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>.
- Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M., & Vogt, D. (2015). Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(9), S. 951–957.
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit*. 2. akt. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rootman, I., & Wharf-Higgins, J. (2007). Literacy and Health: Implications for Active Living. *Centre for active living* 18(4). Verfügbar unter: <http://www.centre4activeliving.ca/publications/wellspring/2007/october.pdf>.
- Schaeffer, D. (2004). *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Huber.

Schaeffer, D. (Hg.) (2009). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Huber.

Schaeffer, D., & Büscher, A. (2009). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(6), S. 441–451.

Schaeffer, D., & Dewe, B. (2012). Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In D. Schaeffer & S. Schmidt-Kaehler (Hg.), *Lehrbuch Patientenberatung. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl.*, S. 59–86. Bern: Huber.

Schaeffer, D., & Haslbeck, J. (2013). Komplexe Medikamentenregime bei chronischer Krankheit – diskutiert am Beispiel kardiologischer Erkrankungen. In D. Nittel & A. Seltrecht (Hg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*, S. 211–222. Heidelberg: Springer.

Schaeffer, D., & Kuhlmeier, A. (2008). Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(2), S. 81–85.

Schaeffer, D., & Moers, M. (2014). Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hg.), *Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe)*, S. 329–363. Weinheim: Juventa.

Schaeffer, D., & Schmidt-Kaehler, S. (2012). *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern: Huber.

Schaeffer, D., Ewers, M., & Schmidt-Kaehler, S. (2014). Institutionalisierte Patienten- und Nutzerberatung. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation*, S. 468–481. Bern: Huber.

Schenk, L., & Ellert, U. (2008). Migration und gesundheitliche Ungleichheit. *Public Health Forum*, 16, 59, S. 18-19

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).

Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S.V, Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health Advance Access*

Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012). The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication*, 17(Suppl3), S. 30–54.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn: SVR: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

U.S. Department of Health and Human Services (ohne Jahr). *Quick Guide to Health Literacy*. Verfügbar unter:
<http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/factsliteracy.html>.

Vogt, D., Messer, M., Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy: ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? Prävention und Gesundheitsförderung. Online first: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11553-015-0519-9/fulltext.html> (19.10.2015)

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), S. 514–522. doi: 10.1370/afm.405

WHO – World Health Organization (2015). *Global Health Observatory Data Repository*. Verfügbar unter: <http://apps.who.int/ghodata/>.

WHO, FAO – World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Verfügbar unter: <http://whqlibdoc.who.int> (Stand: 29.08.2011).