

Unterschiede der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedriger Bildung, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund

Differences in Health Literacy of Adolescents with Lower Educational Attainment, Older People and Migrants

Autoren

G. Quenzel¹, D. Vogt², D. Schaeffer²

Institute

¹Pädagogische Hochschule Vorarlberg und Universität Bielefeld
²Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Schlüsselwörter

- Gesundheitskompetenz
- Health Literacy
- vulnerable Gruppen
- Ältere
- Migrationshintergrund
- Jugendliche

Key words

- health literacy
- vulnerable population
- adolescents
- elderly
- migrants

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-113605>
Online-Publikation: 2016
Gesundheitswesen
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Gudrun Quenzel
PH-Vorarlberg
Liechtensteinerstraße 33-37
A-6800 Feldkirch
gudrun.quenzel@
ph-vorarlberg.ac.at

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
33615 Bielefeld
gdoris.schaeffer@
uni-bielefeld.de

Zusammenfassung

Nicht alle Menschen verfügen über hinreichende Kompetenzen für den Erhalt und das Management der eigenen Gesundheit. Es sind besonders ältere Menschen, Jugendliche mit niedriger Schulbildung und Menschen mit Migrationshintergrund, die der Umgang mit Gesundheitsfragen und auch dem Gesundheitssystem vor Herausforderungen stellt. Daher stehen sie im Fokus einer in Nordrhein-Westfalen (NRW) durchgeführten Studie. Methodisch ist die Studie als Vertiefungsstudie des European Health Literacy Survey (HLS-EU) angelegt, an dem Deutschland mit dem Bundesland NRW teilgenommen hat. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die befragten Bevölkerungsgruppen eine deutlich niedrigere Gesundheitskompetenz als die Allgemeinbevölkerung aufweisen. Zugleich existieren erhebliche Unterschiede zwischen den befragten Gruppen. Ältere Menschen haben eine niedrigere Gesundheitskompetenz als Jugendliche mit niedriger formaler Bildung. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund stellen die Gruppe mit der mit Abstand niedrigsten durchschnittlichen Gesundheitskompetenz dar.

Hintergrund

Die eigene Gesundheit zu managen gehört aus Public-Health-Perspektive zu einer der zentralen zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen. Doch setzt dies auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer einen kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen voraus. Die Frage, über welche Fähigkeiten und Kompetenzen hierfür die Bevölkerung verfügt, wird international bereits seit längerem unter dem Stichwort „Health Literacy“ diskutiert und untersucht [1,2]. Auch hierzulande sind erste Studien zur Gesundheitskompetenz – so die deutsche Übersetzung des Begriffs – angelaufen [3,4]. Eine der bekann-

Abstract

Not everyone seems to have adequate health literacy to take care of their own health. Especially older people, people with migration background, and adolescents with lower educational attainment face challenges when dealing with the healthcare system. Our cross-sectional study focuses on these vulnerable groups. We found that vulnerable populations showed high prevalence of limited health literacy, and there were considerable differences between these groups. Older people were more likely to have limited health literacy compared to younger people. Older people with migration background had the lowest health literacy.

testen dieser Studien stellt der im Jahr 2011 durchgeführte European Health Literacy Survey (HLS-EU) dar, an dem Deutschland mit dem Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) teilgenommen hatte. In dieser Studie wurde erstmals die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in 8 europäischen Ländern erhoben und miteinander verglichen [5]. Über 40% der beteiligten EU-Bürger verfügen demzufolge über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Den Ergebnissen zufolge haben insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit geringer Bildung, ältere Menschen sowie chronisch Kranke eine schwach ausgeprägte Gesundheitskompetenz. Für eine genaue Bestimmung waren die

Fallzahlen jedoch zu gering, zudem wurden Menschen mit Migrationshintergrund nur erfasst, insofern sie Staatsbürger eines EU-Mitgliedstaates waren. Daher wurden diese Bevölkerungsgruppen in den Mittelpunkt der hier vorgestellten Untersuchung¹ gerückt [6].

Methode

In der vorliegenden Querschnittstudie wird Gesundheitskompetenz wie im European Health Literacy Survey als Wissen, Motivation und Kompetenz operationalisiert, relevante Gesundheitsinformationen aus den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgungsnutzung, Prävention und Gesundheitsförderung finden, verstehen, bewerten und nutzen zu können, um im Alltag adäquate gesundheitliche Entscheidungen zu treffen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Die hier verwendete Langversion des Health-Literacy-Erhebungsinstruments umfasst insgesamt 47 Fragen. Dabei wird die subjektiv eingeschätzte Schwierigkeit bei der Bewältigung ausgewählter gesundheitsrelevanter Aufgaben und dem dazu erforderlichen Umgang mit Information erhoben. Aus den Antworten wird ein standardisierter Gesundheitskompetenz-Index mit Punktwerten von 0 (sehr geringe Gesundheitskompetenz) bis 50 (sehr hohe Gesundheitskompetenz) gebildet. Im Rahmen der statistischen Datenanalyse wurden für die einzelnen Subgruppen Mittelwerte (Mean) und Standardabweichung (SD) sowie ein Mittelwertvergleich (t-test für unabhängige Stichproben) berechnet und folgende Signifikanzniveaus ausgewiesen: $p > 0,05$, $p > 0,01$, $p > 0,001$.

Um die Prävalenz limitierter Gesundheitskompetenz zu veranschaulichen, wurden auf Basis des Index 4 Levels von Gesundheitskompetenz gebildet [5]. Unterschieden wird zwischen „inadäquater“, „problematischer“, „ausreichender“ und „exzellenter“ Gesundheitskompetenz (0–25 Punkte → „inadäquat“; >25–33 Punkte → „problematisch“; >33–42 Punkte → „ausreichend“; >42–50 Punkte → „exzellente“). Zudem wurden soziodemografische Daten der Befragten erfasst, darunter das Alter, das Geschlecht und der Schulabschluss.

Die Stichprobe umfasste 1 000 Personen. Die Hälfte bildeten Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren in NRW, die als höchsten Bildungsabschluss maximal über einen Hauptschulabschluss verfügten. Ältere Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren bildeten die andere Hälfte. Von beiden Gruppen hatte jeweils die Hälfte der Befragten einen Migrationshintergrund. Die Ziehung der Quotenstichprobe erfolgte durch das Umfrageinstitut Ipsos auf Basis des Mikrozensus nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund und Region. Die Befragung erfolgte in Form von computergestützten persönlichen Interviews (CAPI) vom Februar bis April 2014.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Befragten in der Stichprobe liegt bei den Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund jeweils bei 20,5 Jahren; in der Gruppe der 65 bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund beträgt es 71,7 Jahre und bei denjenigen mit Migrationshintergrund 71 Jahre. Der Anteil der weiblichen Befragten liegt bei den Jugendlichen mit und ohne Migrations-

hintergrund jeweils bei 39%, bei den Älteren ohne Migrationshintergrund bei 54% und bei denjenigen mit Migrationshintergrund bei 40%. Im Hinblick auf Bildungsabschlüsse setzt sich die Stichprobe wie folgt zusammen: von den 15 bis 25-Jährigen ohne Migrationshintergrund verfügen 74% über einen Hauptschulabschluss, 13% haben die Schule ohne Abschluss verlassen, 12% gehen noch zur Schule; von den 15 bis 25-Jährigen mit Migrationshintergrund haben 59% den Hauptschulabschluss erreicht, 22% sind ohne Hauptschulabschluss abgegangen und 18% gehen noch zur Schule². Von den 65 bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund besitzten 9% die Hochschulreife, 23% die mittlere Reife, 54% einen Hauptschulabschluss und 14% sind ohne Abschluss von der Schule abgegangen. Von den 65 bis 80-Jährigen mit Migrationshintergrund besitzten 9% die Hochschulreife, 9% die mittlere Reife, 47% einen Hauptschulabschluss und 35% sind ohne Abschluss von der Schule abgegangen.

Die Mittelwerte des Gesundheitskompetenz-Index zeigen, dass sie bei den untersuchten Bevölkerungsgruppen deutlich unter den im European Health Literacy Survey ermittelten Werten der in Nordrhein-Westfalen lebenden Bevölkerung liegen. Dieses Ergebnis war zu erwarten, da vulnerable Gruppen im Mittelpunkt der Studie stehen. Interessant sind jedoch die Unterschiede zwischen den befragten Bevölkerungsgruppen. So ist die durchschnittliche Gesundheitskompetenz in den Subgruppen mit Migrationshintergrund wesentlich niedriger als in denen ohne Migrationshintergrund. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind dabei die Gruppe mit der mit Abstand niedrigsten Gesundheitskompetenz. Die Unterschiede zwischen den jüngeren Befragten mit und ohne Migrationshintergrund ($t(483) = -3,40$, $p > 0,01$) und den älteren Befragten mit und ohne Migrationshintergrund ($t(493) = -5,22$, $p > 0,001$) sind statistisch signifikant. Ebenfalls signifikant ist in allen Gruppen der formale Bildungsstatus, während die Geschlechtszugehörigkeit keinen relevanten Unterschied in der Verteilung von Gesundheitskompetenz zeigt **Tab. 1**.

Fragt man nach der Prävalenz limitierter Gesundheitskompetenz in den einzelnen Gruppen zeigt sich ein ähnliches Bild. Bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund hat etwa jeder Zwanzigste (5,3%) eine exzellente und etwas mehr als jeder Sechste (17,6%) eine Gesundheitskompetenz, die als ausreichend bezeichnet werden kann. Mehr als die Hälfte hat eine problematische (52,2%) und ein Viertel (24,9%) eine inadäquate Gesundheitskompetenz. Zusammengenommen sind damit knapp 80% der jüngeren Befragten in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt. Bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund sehen die Ergebnisse etwas anders aus. Zwar ist auch bei ihnen der Anteil derjenigen mit problematischer oder inadäquater Gesundheitskompetenz hoch. Jedoch verfügen 7,4% über eine exzellente und 21,9% über eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Ältere Migranten weisen den höchsten Anteil limitierter Gesundheitskompetenz auf. Von ihnen verfügen 2,0% über eine exzellente und 16,4% über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. 45,4% besitzen eine problematische Gesundheitskompetenz und bei mehr als jedem Dritten (36,2%) ist sie inadäquat. Ältere Menschen ohne Migrationshintergrund haben im Gegensatz dazu eine etwas höhere Gesundheitskompetenz. Doch auch unter ihnen verfügen nur 4,6% über eine exzellente und 31,1% über eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

¹ Gefördert wurde das Projekt vom Landeszentrum Gesundheit NRW, dem wir an dieser Stelle für die Unterstützung danken.

² Fehlende zu Hundert: Rundungsfehler.

Tab. 1 Verteilung der Gesundheitskompetenz von vulnerablen Bevölkerungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (NRW) und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

	Mittelwerte (Skala 0–50)		HL-Levels (in Prozent)			
	Mean (SD)	Mittelwert- vergleich	inadäquate HL	problematische HL	ausreichende HL	exzellente HL
Allgemeinbevölkerung in NRW *	34,5 (7,9)		11	35,3	34,1	19,6
15 bis 25-Jährige mit maximal Hauptschulabschluss						
– ohne MH	31,4 (6,8)	t (484) = – 3,40;	12,8	57,9	21,9	7,4
– mit MH	29,2 (7,4)	p > 0,01	24,9	52,2	17,6	5,3
– männlich	30,0 (7,1)	t (484) = – 1,23;	20	55,3	19,7	5,1
– weiblich	30,8 (7,4)	n. s.	17,2	54,7	19,8	8,3
– Hauptschulabschluss erreicht	30,8 (7,3)	t (484) = 2,36;	17,6	53,6	22	5,5
– ohne Abschluss abgegangen oder noch Schülerin oder Schüler	29,2 (6,9)	p > 0,05	18,7	55,1	19,8	6,8
Gesamt	30,3 (7,2)		18,9	55	19,7	6,4
65 bis 80-Jährige						
– ohne MH	30,6 (7,2)	t (493) = – 5,22;	17,6	46,6	31,1	4,6
– mit MH	27,2 (7,2)	p > 0,001	36,2	45,4	16,4	2
– männlich	29,1 (7,2)	t (493) = 0,69;	35,5	43,5	18,5	2,4
– weiblich	28,6 (7,5)	n. s.	37,3	46,8	14,3	1,6
– Hauptschulabschluss oder höher	29,9 (7,1)	t (492) = 5,74;	21,8	47,3	29,7	4
– ohne Abschluss abgegangen	25,6 (7,3)	p > 0,001	43	42,1	26,9	0,8
Gesamt	28,9 (7,3)		36,4	45,2	16,4	2

* Die Vergleichsdaten zur Allgemeinbevölkerung stammen aus dem European Health Literacy Survey 2011 [5]; MH = Migrationshintergrund

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse bestätigen die Vermutung, dass die Gesundheitskompetenz von älteren Menschen und von Menschen mit eher niedriger formaler Bildung und Menschen mit Migrationshintergrund deutlich unter dem Niveau der Allgemeinbevölkerung liegt. Dass Menschen mit Migrationshintergrund eine besonders vulnerable Gruppe darstellen und ihre Zugangsmöglichkeiten zu Bildung und Gesundheit sowie zu Gesundheitsinformationen erhöht werden müssen, steht in den anglo-amerikanischen Ländern seit einigen Jahren im Zentrum der Aufmerksamkeit [7, 8]. Hierzulande beginnt die Diskussion darüber erst langsam.

Die präsentierten Daten geben erste Einblicke in Art und Ausmaß der Herausforderung. Studien mit größeren Fallzahlen sind jedoch dringend notwendig, um die Ergebnisse zu bestätigen und differenziertere Analysen vornehmen zu können. Sinnvoll ist des Weiteren, vorhandene Messinstrumente weiter zu entwickeln und stärker an die Besonderheiten bestimmter vulnerabler Bevölkerungsgruppen (Jugendliche, Hochaltrige; unterschiedliche Gruppen mit Migrationshintergrund) anzupassen. Neben den auf wissenschaftlicher Ebene bestehenden Herausforderungen ist erforderlich, die Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen zu stärken und dafür entsprechende zielgruppenspezifische Konzepte und Strategien zu entwickeln. Neben individuellen sind zudem strukturelle Interventionen erforderlich. So gilt es, das Gesundheitswesen nutzerfreundlicher und informativer zu gestalten. Konzepte wie das der „Health Literate Organizations“ oder „Health Literate Health Care Systems“ [9, 10] weisen in diese Richtung ebenso der jüngst veröffentlichte German Health Literacy Survey (HLS-GER), der erstmals repräsentative Daten zur Health Literacy der deutschen Bevölkerung liefert [11].

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Kutner M, Greenberg E, Jin Y et al. The Health Literacy of America's Adults. Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy 2006
- 2 Rootman I, Gordon-El-Bihbety DA. Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy: Canadian Public Health Association 2008
- 3 Jordan S, Töppich J. (Eds.). Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2015; 58
- 4 Zok K. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdO-monitor 2014; 11: 1–12
- 5 Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe. Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health 2015; 6: 1053–1058
- 6 Quenzel G, Schaeffer D. Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld; 2016
- 7 Purnell LD. Transcultural health care. A culturally competent approach. Philadelphia: FA Davis; 2012
- 8 Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet 2013; 381: 1235–1245
- 9 Parker RM, Hernandez LM. What makes an organization health literate? Journal of health communication 2012; 17: 624–627
- 10 Brach C, Keller D, Hernandez L et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Discussion Paper. Institute of Medicine 2012
- 11 Schaeffer D, Vogt D, Berens EM et al. Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer D, Pelikant J (Eds.). Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Göttingen: Hogrefe 2016