

# GESUNDHEITSKOMPETENZFORSCHUNG IN DEUTSCHLAND: DIE HEALTH LITERACY SURVEYS

*Monika Mensing und Dr. Eva-Maria Berens sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am Interdisziplinären Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung der Fakultäten für Gesundheitswissenschaften und Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld, das von Prof. Dr. Doris Schaeffer (Sen. Prof.) und Prof. Dr. Ullrich Bauer geleitet wird. Dort werden verschiedene Projekte und Studien zur Gesundheitskompetenz konzipiert und durchgeführt. Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) hat Monika Mensing zudem an der Konzeption der ersten europäischen Vergleichsstudie zur Gesundheitskompetenz HLS-EU mitgewirkt. Prof. em. Dr. Dr. h. c. Klaus Hurrelmann war maßgeblich an der Erstellung des Nationalen Aktionsplans zur Stärkung der Gesundheitskompetenz beteiligt.*

## EINLEITUNG

Der Begriff „Health Literacy“, ins Deutsche übersetzt als Gesundheitskompetenz, wurde erstmalig in den 1970er-Jahren im US-amerikanischen Bildungssektor im Rahmen von Studien zum Alphabetisierungsgrad der Bevölkerung verwendet (SØRENSEN 2013). Bis dahin lag der Schwerpunkt gesundheitspolitischer Maßnahmen auf Sozial- und Umweltfaktoren im Zusammenhang mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen seit Beginn der industriellen Revolution. Erst im späten 20. Jahrhundert verlagerte

sich der Fokus der Forschung auf das individuelle Gesundheits- bzw. Risikoverhalten.

Innerhalb weniger Jahre hat das Konzept der Gesundheitskompetenz nicht nur in der wissenschaftlichen Forschungsgemeinschaft, sondern auch in Gesellschaft und Politik weltweit an Bedeutung gewonnen. Die rasant wachsende Zahl relevanter Veröffentlichungen und Studien, besonders seit der Jahrtausendwende, legt ein eindrückliches Zeugnis für diese Entwicklung ab.

In Europa ist „Health Literacy“ ein noch relativ junges Forschungsfeld. In den 1990er-Jahren erschien der Begriff im Glossar zur Gesundheitsförderung der WHO Europa, doch erst Jahre später zog das Konzept größere öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf sich. Heute existieren auf europäischer wie nationaler Ebene erfolgreiche Forschungsnetzwerke und Gremien aus Fachleuten. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist politisch in Dokumenten der Europäischen Kommission (EUROPEAN COMMISSION 2007) und der WHO Europa (WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE 2012) verankert, ebenso wie in vielen nationalen Gesundheitszielen.

Dadurch hat sich das ursprüngliche Verständnis von Gesundheitskompetenz (gemeint sind damit ausreichende alphanumerische funktionale Fähigkeiten, um den Anforderungen an die Patientenrolle zu genügen und sich im Gesundheitswesen bewegen zu können) deutlich erweitert: Sie ist wichtiger Bestandteil des Empowerments und umfasst kognitive und soziale Fähigkeiten, die Individuen benötigen, um Informationen zu erschließen, zu verstehen und effektiv zur

Gesundheitserhaltung zu nutzen (WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE 2013).

Gesundheitsrelevante Informationen müssen also von allen Personen aus vertrauenswürdigen Quellen abgerufen, richtig verstanden, auf die eigene Anwendbarkeit hin überprüft und auch umgesetzt werden können. Es liegt auf der Hand, dass selbst die besten Gesundheitssysteme die gewünschte Effektivität und Effizienz lediglich in genau dem Maße besitzen können, in dem Erkrankte in der Lage sind, ihre Erkrankung und ihre Behandlungsoptionen zu verstehen, die wesentlichen Inhalte eines Gesprächs mit medizinischem Fachpersonal zu begreifen und zu verarbeiten, sich an die Hinweise in Packungsbeilagen zu halten oder ärztlichen Ratschlägen zu folgen.

Doch auch gesunde Personen benötigen die richtigen Informationen und die Fähigkeit, diese für sich zu nutzen, um ihre Gesundheit möglichst lange aufrechterhalten zu können. Entsprechend erfreuen sich Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz in der Regel einer besseren Gesundheit und eines höheren Wohlbefindens im Vergleich zu denjenigen, bei denen sie schwächer ausgeprägt

ist. Letztere neigen zu einem risiko-reicheren Lebensstil und schlechterer Gesundheit (KICKBUSCH 2001), da die mangelnden Fähigkeiten den Zugang zu Informationen, Therapie und Versorgung, Medikation und Krankheitsverhütung deutlich einschränken (NUTBEAM 2008). In der Folge ist unzureichende Gesundheitskompetenz auch mit einem erhöhten Risiko für vorzeitige Sterblichkeit, mit vermehrten Krankenhauseinweisungen und mangelnder Therapieadhärenz assoziiert (MESSEYER et al. 2015).

## **DIE ERHEBUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ IN DEUTSCHLAND**

### **HLS-EU „European Health Literacy Survey“ 2011**

Dem steigenden Interesse an Health Literacy folgte die erste europäische Studie HLS-EU. Diese von der Europäischen Kommission geförderte Studie legte beträchtliche Unterschiede im Gesundheitskompetenzniveau der acht beteiligten Länder offen: Deutschland, in der Studie durch das bevölkerungsstärkste Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) repräsentiert, rangierte dabei nur im unteren Mittelfeld – 46,3 Prozent der

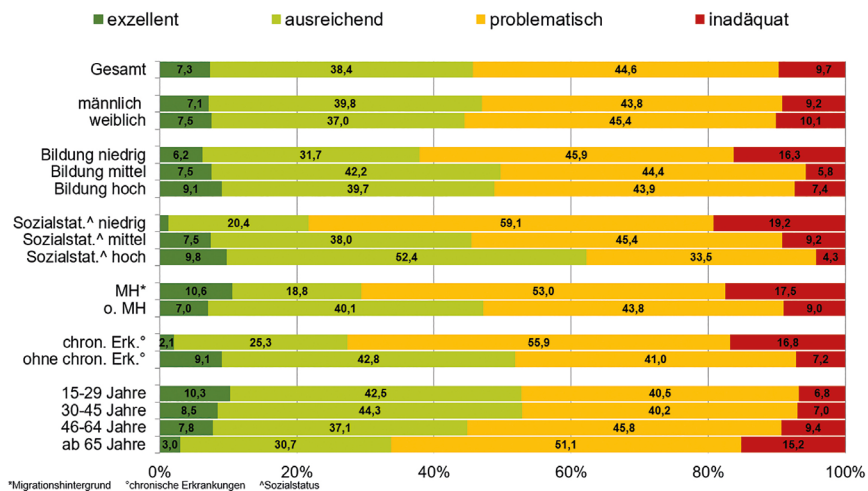
Befragten wiesen ein eingeschränktes Niveau der Gesundheitskompetenz auf – und bewegte sich damit auf einer Ebene mit Polen und Griechenland (SØRENSEN et al. 2015, WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE 2013).

In der Folge wurde die Gesundheitskompetenz in Deutschland im Rahmen verschiedener Studien vertieft erforscht: in den Bevölkerungsbefragungen des Robert Koch-Instituts (JORDAN/HOEBEL 2015), unter gesetzlich Versicherten (KOLPATZIK/ZOK 2017) oder speziell bei vulnerablen Gruppen in NRW (QUENZEL/SCHAEFFER 2016). Diese Studien geben erste wichtige Hinweise zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Sie konzentrieren sich allerdings entweder nur auf Subpopulationen oder erfassen die Gesundheitskompetenz nur schriftlich oder telefonisch und mit einem Kurzinstrument.

### **HLS-GER „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland“ 2014**

Die erste repräsentative deutschlandweite Studie zur Gesundheitskompetenz ist HLS-GER. Sie orientierte sich methodisch eng an der

**Abbildung 1: Gesundheitskompetenz der Erwachsenen in Deutschland 2014**



europäischen Studie und war eingebettet in ein vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz von 2014 bis 2016 gefördertes Projekt. Die Querschnittbefragung erhob die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ab 15 Jahren in persönlichen Interviews (was den Einsatz auch visueller Testmaterialien zur Messung der funktionalen, auf alphanumerischen Fähigkeiten basierenden Gesundheitskompetenz ermöglichte) und unter Verwendung der Langfassung des Messinstruments HLS-EU-Q47. Damit schloss diese Studie eine bis dahin bestehende Datenlücke, da sie neben repräsentativen Daten zur Gesundheitskompetenz

auch assoziierte Gesundheitsfolgen aufzeigte. Demnach weisen insgesamt 54,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland eine niedrige Gesundheitskompetenz auf und haben Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen (SCHAEFFER et al. 2016). Niedrige Gesundheitskompetenz – so das Fazit der Studie – ist somit kein Problem einer Minderheit, sondern der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland (siehe Abb.1).

Identifiziert werden konnten unterschiedlich vulnerable Bevölkerungsgruppen, die über eine

unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz verfügen: Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, geringen sozio-ökonomischen Ressourcen, Migrationshintergrund, chronischer Krankheit oder im höheren Lebensalter (SCHAEFFER et al. 2016, VOGT et al. 2018). Gemeinsam ist ihnen, dass sie nicht nur bei der Gesundheitserhaltung und der Krankheitsbewältigung, sondern auch bei der Navigation durch das Gesundheitssystem und der Versorgungsnutzung schneller verunsichert sind: Arztpraxen und Notfallaufnahmen werden häufiger aufgesucht, auch Krankenhausaufenthalte sind wahrscheinlicher, während Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote seltener in Anspruch genommen werden (BERENS et al. 2018).

Die bislang erhobenen Daten liefern, neben ersten Ergebnissen zur Heterogenität der Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und zu wichtigen Einflussfaktoren und Folgen, auch wertvolle Hinweise, in welchen Bereichen noch Forschungslücken bestehen. Daher werden weitere HLS-Erhebungen bundesweit durchgeführt.

## **HLS-GER2 Wiederholungsbefragung 2019/2020**

Mit der ersten Welle der Studie HLS-GER konnte eine wichtige Datengrundlage zur Förderung der Gesundheitskompetenz geschaffen werden. Deren wiederholte Messung ist jedoch notwendig, um zeitliche Vergleiche zu ermöglichen, Problemfelder und Interventionserfordernisse zu identifizieren und Effekte von durchgeführten Maßnahmen zu evaluieren (SCHAEFFER/PELIKAN 2017).

Eine solche Wiederholungsbefragung wird derzeit im Rahmen des Projekts HLS-GER2 vorbereitet. Damit wird die bestehende Datenbasis vertieft und um neue, bislang nicht berücksichtigte Aspekte erweitert: So wird erstmalig gezielt untersucht, wie gut sich die Bevölkerung in Deutschland im Gesundheitssystem zurechtfindet und auf welche Schwierigkeiten sie stößt („Navigation Health Literacy“), wie gut sie den Anforderungen unserer digitalen Welt in Bezug auf gesundheitsrelevante Informationen begegnen kann („Digital Health Literacy“) und welches Informationsverhalten hier lebende Personen in Bezug auf Gesundheit und Versorgung an den Tag legen.

Die Studie HLS-GER2 ist zugleich Teil der Wiederholungsbefragung in Europa (HLS19), die vom WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) konzipiert und durchgeführt wird. Das M-POHL-Netzwerk wurde im Februar 2018 gegründet und versteht sich als Rahmen für eine regelmäßige Messung der populations- und organisationspezifischen Gesundheitskompetenz.

### **HLS-MIG „Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ 2020**

Im Rahmen der Studie HLS-GER konnten verschiedene Bevölkerungsgruppen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz identifiziert werden, für die im Krankheitsfall ein erhöhtes Risiko besteht, inadäquate Behandlungs- und Pflegeleistungen zu erhalten. Eine geringe Gesundheitskompetenz verstärkt somit die bestehende gesundheitliche Ungleichheit in der Gesellschaft (COOPER 2011). Auch Personen mit Migrationshintergrund zählen zu den Menschen in Deutschland, die häufiger auf Schwierigkeiten bei der Beschaffung und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen stoßen (SCHAEFFER et al. 2016, SCHAEFFER/

PELIKAN 2017, ZOK 2014, JORDAN/HOEBEL 2015). Da deren Anteil im deutschsprachigen HLS-GER aber für tieferegehende Analysen zu gering war, werden im von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt HLS-MIG (Laufzeit 2018 bis 2021) im Jahr 2020 dazu 1.000 Personen mit Zuwanderungsgeschichte aus der Türkei und dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion persönlich interviewt, wahlweise auch in ihrer Muttersprache. Neben Ursachen und Konsequenzen geringer Gesundheitskompetenz werden auch erlebte Barrieren beim Umgang mit Gesundheitsinformationen durch diese Bevölkerungsgruppe erfasst.

### **Der Nationale Aktionsplan zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (NAP)**

Um die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken, hat ein 15-köpfiges Team aus Fachleuten in einem Zeitraum von zwei Jahren Strategien und Aktionspläne erarbeitet, die im Nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (NAP; siehe auch [www.nap-gesundheitskompetenz.de](http://www.nap-gesundheitskompetenz.de)) zusammenfließen. Der NAP als Kooperationsprojekt der Universität Bielefeld und der Hertie School

of Governance wird von der Robert Bosch Stiftung sowie dem AOK-Bundesverband gefördert.

Auf Basis einer Literaturanalyse und der Messergebnisse zur Gesundheitskompetenz in Deutschland wurden ein evidenzbasiertes Konzept erstellt, die Ziele und Schwerpunkte des Aktionsplans festgelegt und konkrete Empfehlungen erarbeitet. Diese Empfehlungen zielen auf die Handlungsbereiche, „die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern“, „das Gesundheitssystem nutzerfreundlich gestalten“, „gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben“ sowie „die Forschung ausbauen“ (SCHAEFFER et al. 2018). Mit dem NAP soll ein Programm vorgelegt werden, das die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, insbesondere der vulnerablen Gruppen, in den kommenden zehn Jahren deutlich verbessert und somit einen wichtigen Beitrag zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit leistet. Dabei wird es auf die Zusammenarbeit und das Engagement aller Teile der Gesellschaft sowie der gesundheitsrelevanten Agierenden und Professionen ankommen.

Explizit wird bei der Zielsetzung, die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu verbessern, die Politik adressiert, aber auch das Gesundheitssystem und seine Organisationen.

## FAZIT

Ziel der Forschung im Bereich Gesundheitskompetenz ist es, die Kommunikation im und die Navigation durch das Gesundheitssystem für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu erleichtern. Auf dem Weg dorthin müssen vorhandene Informationen zielgruppenspezifisch ausgerichtet und an Sprachgewohnheiten und -kenntnisse, präferierte Informationsquellen, Lebenswelten und Rezeptionsvoraussetzungen angepasst werden. Dazu gehört auch die Sensibilisierung, Qualifizierung und Unterstützung aller im Gesundheitssystem Tätigen, um den Informationsfluss vor dem Hintergrund einer wachsenden kulturellen, sprachlichen und sozialen Vielfalt unserer Gesellschaft transparent und verständlich zu halten.

## LITERATUR UND QUELLEN

BERENS, EVA-MARIA/VOGT, DOMINIQUE/GANAHL, KRISTIN/ WEISHAAR, HEIDE/PELIKAN, JÜRGEN/SCHAEFFER, DORIS/ (2018): Health Literacy and Health Service Use in Germany. In: Health Literacy Research and Practice 2 (2), e115-e122.

COOPER LISA A. (2011): Health Literacy and Health Disparities: Opportunities for transdisciplinary collaboration. In: IOM (Institute of Medicine): Innovations in Health Literacy Research: Workshop Summary. Washington, DC.

EUROPEAN COMMISSION (2007): Together for Health: A strategic approach for the EU 2008-2013. Brüssel.

JORDAN, SUSANNE/HOEBEL JENS (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58 (9), S. 942-950.

KICKBUSCH, ILONA (2001): Health literacy: addressing the health and education divide. In: Health Promot International 16 (3), S. 289-297.

KOLPATZIK, KAI/ZOK, KLAUS (2017): Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten – Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativumfrage unter GKV-Versicherten. In SCHAEFFER, DORIS/PELIKAN, JÜRGEN M. (Hrsg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern, S. 145-155.

MESSER MELANIE/VOGT, DOMINIQUE/QUENZEL, GUDRUN/HURRELMANN, KLAUS/SCHAEFFER, DORIS (2015): Wie bewerten Bürger in Deutschland ihre eigene Health Literacy? In: Das Gesundheitswesen 77, S. 284-285.

NUTBEAM, DON (2008): The evolving concept of health literacy. In: Social Science & Medicine 67, S. 2072-2078.

QUENZEL, GUDRUN/SCHAEFFER, DORIS (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.



SCHAEFFER, DORIS/HURRELMANN, KLAUS/BAUER, ULLRICH/ KOLPATZIK, KAI (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin.

SCHAEFFER, DORIS/PELIKAN, JÜRGEN M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern.

SCHAEFFER, DORIS/VOGT, DOMINIQUE/BERENS, EVA/HURRELMANN, KLAUS (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.

SØRENSEN KRISTINE (2013): Health literacy: a neglected European public health disparity. Dissertation. Maastricht University, Maastricht.

SØRENSEN KRISTINE/PELIKAN JÜRGEN M./RÖTHLIN FLORIAN/GANAHL, KRISTIN/ZLONSKA, ZOFIA/DOYLE, GERARDINE/FULLAM, JAMES/KONDILIS, BARBARA/AGRAFIOTIS, DEMOSTHENES/UITERS, ELLEN/FALCON, MARIA/MENSING, MONIKA/TCHAMOV, KANCHO/VAN DEN BROUCKE, STEPHAN/BRAND, HELMUT (2015): Comparative results of the European

health literacy survey (HLS-EU). In: European Journal of Public Health 25, S. 1053-1058.

VOGT, DOMINIQUE/BERENS, EVA-MARIA/MESSER, MELANIE/SCHAEFFER, DORIS/HURRELMANN, KLAUS (2018): Health literacy in old age: results of a cross-sectional study. In: Health Promotion International 33 (5), S. 739-747.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE (Hrsg.) (2012): Health 2020: a European Policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Kopenhagen.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE (Hrsg.) (2013): Health Literacy. The solid facts. Kopenhagen.