



Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher

Einflussfaktoren und Folgen

Hintergrund

Studien zu Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy versuchen die kognitiven Fähigkeiten und Kompetenzen, die für den Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit entscheidend sind, zu identifizieren und ihren Einfluss zu untersuchen [1–4]. Folgt man der weit hin akzeptierten Definition von Sørensen und Kollegen [5], dann ist Gesundheitskompetenz eng verknüpft mit Bildung. Sie umfasst Kompetenzen, Wissen und Motivation der Bevölkerung, auf Informationen zuzugreifen, sie zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um sich ein Urteil zu bilden und Entscheidungen über Therapie und Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung im Alltag zu treffen und die Lebensqualität während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu verbessern.

Die vorliegenden Studien zeigen, dass Gesundheitskompetenz und Gesundheit eng miteinander zusammenhängen und dass Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt ist [6–8]. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [9] fordert deshalb, der Gesundheitskompetenz sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen besondere Beachtung zu schenken, um einer weiteren Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken.

Bislang fehlten jedoch differenzierte Studien über Ausmaß, Ursachen und Folgen niedriger Gesundheitskompetenz bei sozial benachteiligten Menschen. Um diese Datenlücke ein Stück weit zu schließen, wurde eine *quantitative Erhebung* der Gesundheitskompetenz von bildungsfer-

nen Jugendlichen, älteren Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher präsentiert, und es wird nach sozioökonomischen Faktoren, die die Gesundheitskompetenz beeinflussen, sowie nach dem Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsverhalten gefragt.

Methoden

Die vorliegende Studie wurde als vertiefende Untersuchung des European Health-Literacy-Survey aus dem Jahr 2011 konzipiert, in dem die Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung in acht europäischen Ländern erhoben wurde. An diesem Survey hat Deutschland nur mit einem Bundesland, Nordrhein-Westfalen (NRW), teilgenommen [6]. Unsere Studie unterscheidet sich vom European Health-Literacy-Survey zum einen darin, dass gezielt sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in den Blick genommen wurden, insbesondere ältere Menschen, (jüngere) Menschen mit niedriger Bildung und Menschen mit Migrationshintergrund. Zum anderen wurden vertiefend Daten zum Gesundheitszustand, zu Einschränkungen durch chronische Erkrankungen, zur Inanspruchnahme des Versorgungssystems, zum Wissen über alltägliche gesundheitsbezogene Belange, zur Lese- und Rechenkompetenz, zum Gesundheitsverhalten und zum sozioökonomischen Status erhoben.

Die Stichprobe umfasst 1000 Befragte, von denen die Hälfte Jugendliche im Alter zwischen 15 und 25 Jahren sind, 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 besitzt jeweils die Hälfte der Befragten einen Migrationshintergrund. Die Ziehung der Stichprobe erfolgte anhand eines repräsentativen Quotenplans. Die Befragung erfolgte als Computer-unterstützte persönliche Befragung (CAPI), umfasste etwa 45 min und wurde im Februar und März 2014 durch das Umfrageinstitut Ipsos durchgeführt.

Der Fragebogen und die Befragungssituation wurden so gestaltet, dass bildungsferne Jugendliche, ältere Menschen und Menschen mit geringen Schriftsprachenkenntnissen und mit geringen Deutschkenntnissen die Fragen verstehen und beantworten konnten. Hierfür wurden Antwortoptionen visualisiert, alle Fragen und alle möglichen Antwortoptionen langsam und deutlich vorgelesen und Einleitungen und Übergangssätze zur Erleichterung der Orientierung innerhalb der Interviewsituation eingefügt. Für Befragte mit geringen Deutschkenntnissen gab es zudem die Möglichkeit, Interviews in Türkisch oder Russisch zu führen.

Die Höhe der Gesundheitskompetenz wurde in der vorliegenden Studie mit dem Vollinstrument des European-Health-Literacy-Surveys erhoben (HLS-EU-Q47), operationalisiert als die Fähigkeit, relevante Informationen aus den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung finden, verstehen, bewerten und anwenden zu können [5].

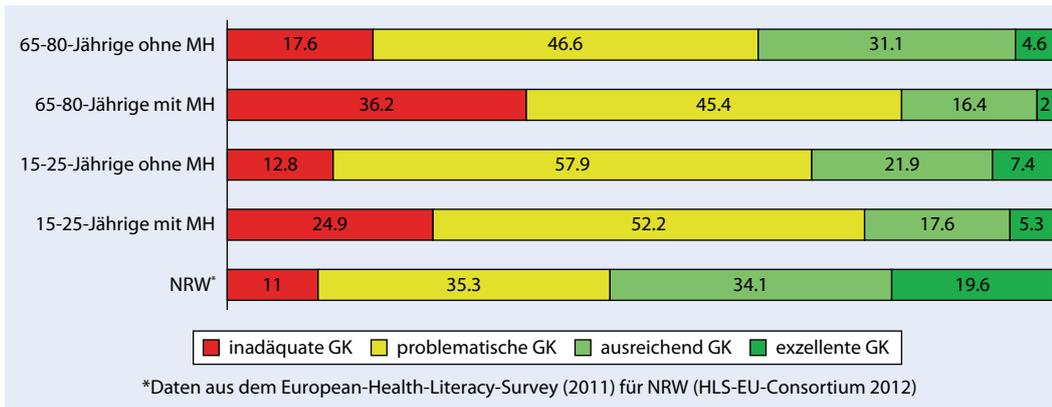


Abb. 1 ▲ Gesundheitskompetenz (GK) in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund (MH) in NRW und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, wie sie im European-Health-Literacy-Survey 2011 für Nordrhein-Westfalen (NRW) erhoben wurden. (Quelle: Berechnung durch das Ludwig-Boltzmann-Institut Health-Promotion-Research, Wien; MH: Migrationshintergrund, NRW: Nordrhein-Westfalen)

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 der Befragte eine Frage nicht beantworten, 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?“.

Das eingesetzte Instrument erlaubt die Berechnung eines Gesundheitskompetenz-Index. Um die Ergebnisse leichter kommunizieren zu können, wurden zudem (wie im European-Health-Litera-

cy-Survey) die Punktwerte zu Kategorien zusammengefasst [6, 10]. Der Index hat eine maximale Punktzahl von 50 Punkten. Diese werden erreicht, wenn die Befragten alle 47 erfragten Situationen und Herausforderungen aus den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung als für sie „sehr einfach“ bewerten. Wurden weniger als 25 Punkte bei den Indizes erreicht, wurde die Gesundheitskompetenz als „inadäquat“ bezeichnet, weil dann mindestens die Hälfte der erfragten Situationen und Anforderungen als „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ bewertet werden. Der nächste Grenzwert, der die beiden Kategorien „problematische Gesundheitskompetenz“ und „ausreichende Gesundheitskompetenz“ trennt, liegt bei 33 Punkten, das heißt bei etwa 2/3 des erreichbaren Punktemaximums. Erreicht ein Befragter mehr als 42 Punkte, fällt seine Gesundheitskompetenz in den Bereich „ausgezeichnet“.

Die Darstellung der Verteilung der Gesundheitskompetenz erfolgt auf Basis der beschriebenen Kategorien. Für die Analyse soziodemografischer Einflussfaktoren wurde eine multivariate lineare Regression gerechnet, in die die Variablen blockweise eingeschlossen wurden. Die Analyse des Zusammenhangs von Gesundheitskompetenz und Aspekten des Gesundheitsverhaltens erfolgte auf Basis von Kreuztabellen.

Ergebnisse

Die Gesundheitskompetenz der befragten, sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen liegt im Durchschnitt deutlich unter der der Allgemeinbevölkerung. Das Ausmaß des Unterschiedes zwischen der Allgemeinbevölkerung und den untersuchten sozial benachteiligten Gruppen ist erheblich, wie **Abb. 1** zeigt.

In der befragten Bevölkerungsgruppe zeichnen sich noch einmal prägnante Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund ab. So haben bildungsferne Jugendliche mit Migrationshintergrund etwa doppelt so häufig eine inadäquate Gesundheitskompetenz wie Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (24,9 zu 12,8%). Entsprechendes gilt für ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Älteren ohne Migrationshintergrund (36,2 zu 17,6%). Etwa ein Viertel der bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund und ein Drittel der älteren Befragten mit Migrationshintergrund stufen somit die Hälfte der 47 erfragten alltagsbezogenen Situationen und Herausforderungen als für sie schwer zu bewältigen ein.

Fasst man die Kategorien inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz zusammen, kommt man zu dem Ergebnis, dass 64% der 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund und 81% der älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz haben. Von

G. Quenzel · D. Schaeffer · M. Messer · D. Vogt

Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. Einflussfaktoren und Folgen

Zusammenfassung

Ziel. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, die ungleiche Verteilung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu verdeutlichen und Ursachen und Folgen niedriger Gesundheitskompetenz bei bildungsfernen Jugendlichen zu analysieren.

Material und Methoden. Datengrundlage ist eine an den European-Health-Literacy-Survey anschließende vertiefende Erhebung in Nordrhein-Westfalen, in der die Gesundheitskompetenz von bildungsfernen Jugendlichen, älteren Menschen und von Menschen mit Migrationshintergrund im Mittelpunkt stand ($n = 1000$).

Ergebnisse. Die Ergebnisse zeigen, dass bildungsferne Jugendliche im Durchschnitt eine deutlich niedrigere Gesundheitskompetenz haben als die Allgemeinbevölkerung. Liegt

ein Migrationshintergrund vor, steigt das Risiko für eine niedrige Gesundheitskompetenz noch einmal deutlich. Eine Analyse sozio-ökonomischer Einflussfaktoren deutet darauf hin, dass die Gesundheitskompetenz der befragten bildungsfernen Jugendlichen weniger vom Migrationshintergrund als von der Bildung der Eltern und dem Wohlstand der Herkunftsfamilie abhängt. Gefragt wird weiter nach Zusammenhängen zwischen der Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Für die Annahme, dass die Gesundheitskompetenz das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie den Unfallschutz beeinflusst, finden sich Belege; der Alkohol- und Tabakkonsum scheint dagegen kaum mit der Gesundheitskompetenz zusammenzuhängen.

Diskussion und Schlussfolgerung. Insgesamt spiegelt sich in der Höhe der Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher die Ungleichverteilung von Bildung und ökonomischen Ressourcen wider. Die Autorinnen des Beitrags leiten daraus die Schlussfolgerung ab, dass Unterschiede in der Gesundheitskompetenz ein wichtiger Erklärungsfaktor dafür sein könnten, wie aus sozialer Ungleichheit gesundheitliche Ungleichheit entsteht.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz · Gesundheitsverhalten · Jugend · Migranten · Bildung

Health literacy among less well-educated young people. Influencing factors and consequences

Abstract

Objectives. Health literacy is known to influence health. Findings on the unequal distribution of health literacy among less well-educated young people are presented. The influence of socio-demographic factors and the consequences of a low level of health literacy with regard to health-related behaviour are discussed.

Materials and methods. Data from a survey on the health literacy of young people with a lower level of education, older people and migrants ($n = 1,000$) were used. Health liter-

acy was measured using the instruments of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47).

Results. The results demonstrate a lower level of health literacy among young people with less education and especially among young migrants. Explanations for a lower level of health literacy among young people with less well-educated young people were parents' educational background and parents' wealth. Migration-related factors had no influence on young people. Further correla-

tions between health literacy and health behaviour were explored.

Conclusion. It is concluded that health literacy is linked to health behaviour and that unequal distributions of health literacy among young people may increase health inequalities.

Keywords

Health literacy · Health behaviour · Youth · Migrants · Education

den bildungsfernen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund haben 70 % und von denjenigen mit Migrationshintergrund 77 % eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz. Im European-Health-Literacy-Survey, in dem die Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung in Nordrhein-Westfalen erhoben wurde, hatten 46 % eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz. Die Ausgangsvermutung, dass es bei den untersuchten, aus sozioökonomischer Perspektive als benachteiligt einzustufenden Bevölkerungsgruppen auch um Gruppen handelt, bei denen die Gesundheitskompetenz tendenziell geringer ausgeprägt ist als in der Allge-

meinbevölkerung, konnte damit bestätigt werden.

Einfluss soziodemografischer Faktoren auf die Gesundheitskompetenz

Ein Teil der Befragten verfügt jedoch durchaus über eine adäquate oder exzellente Gesundheitskompetenz. Daher stellt sich die Frage, welche Faktoren die Höhe der Gesundheitskompetenz beeinflussen. Um diese Frage für die Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen zu beantworten, haben wir mittels einer multivariaten Regressionsanalyse den Einfluss soziodemografischer Faktoren auf die Gesundheitskompetenz überprüft. Da die befrag-

ten bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund überwiegend sogenannte Migranten der zweiten Generation sind, die in Deutschland geboren wurden und das deutsche Bildungssystem durchlaufen haben, sind die Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zwischen den befragten Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund erklärungsbedürftig.

Eine mögliche Ursache für die deutlich geringere Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit Migrationshintergrund könnte sein, dass das in der Familie vorhandene Wissen über den Umgang mit dem Gesundheitssystem und mit Gesundheitsinformationen in ihrem Herkunftsland erworben wurde und nur bedingt auf die Situation hierzulande übertragbar

Tab. 1 Lineare Regression individueller und familiärer soziodemografischer Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheitskompetenz der 15- bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss

Dimension	Variable	Standardisierte Regressionskoeffizienten β		
		Modell 1	Modell 2	Modell 3
Migrationshintergrund	Vorhanden	-0,15**	-0,13**	-0,08
Individuelle Faktoren	Geschlecht: weiblich	-	0,06	0,06
	Bildung: Hauptschulabschluss erreicht	-	0,08	0,09
Familiäre Faktoren	Bildungshintergrund: beide Eltern einfache Bildung	-	-	-0,13**
	Familiärer Wohlstand (FAS)	-	-	0,14**
	R ²	0,02	0,03	0,07

Eigene Berechnung; 15- bis 25-Jährige mit max. Hauptschulabschluss.

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

ist [11, 12]. Möglich ist jedoch auch, dass sich in den beobachteten Unterschieden zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund weniger kulturelle, sondern bildungs- und sozioökonomische Unterschiede widerspiegeln [13].

Im Folgenden gehen wir deshalb der Frage nach, welche soziodemografischen Merkmale mit der Gesundheitskompetenz der 15- bis 25-Jährigen, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, zusammenhängen. Hierfür überprüfen wir zunächst den Einfluss des Migrationshintergrunds auf die Gesundheitskompetenz, dann erweitern wir das Modell um individuelle Faktoren wie Geschlecht, Alter und Bildungsabschlüsse, und im Anschluss daran prüfen wir den Einfluss familiärer Faktoren wie Bildung und Wohlstand der Eltern.

In einer multivariaten Regressionsanalyse werden drei Modelle gegenübergestellt. Im ersten Modell wird geprüft, ob beziehungsweise wie weit 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 werden neben dem Migrationshintergrund zusätzlich individuelle Faktoren wie das Geschlecht und der erreichte Schulabschluss einbezogen. In die Rechnung wurde zunächst auch die Variable Alter einbezogen, diese jedoch wieder ausgeschlossen, da sie zu stark mit dem erreichten Schulabschluss korreliert. Im zweiten Modell bleibt der Einfluss des Migrationshintergrunds statistisch signi-

fikant, und weder das Geschlecht noch der erreichte Schulabschluss weisen einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz auf (Tab. 1).

In einem dritten Modell wird geprüft, ob der Bildungshintergrund der Eltern und der familiäre Wohlstand die Höhe der Gesundheitskompetenz beeinflussen. Für die Ermittlung des familiären Wohlstands wurde die Family Affluence Scale (FAS-Scale) aus der Health-Behaviour-in-School-aged-Children-Studie (HBSC-Studie) der World Health Organisation Europe verwendet [14]. Interessant ist an Modell 3 vor allem, dass der Migrationshintergrund durch Einbezug der elterlichen Bildung und des familiären Wohlstands so stark an Bedeutung verliert, dass er im Modell statistisch nicht mehr im signifikanten Bereich liegt. Insgesamt sind die Effektstärken der Analysen jedoch eher gering.

Um den Einfluss migrationspezifischer Faktoren zu überprüfen, wurde für die Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund noch einmal eine separate Regression gerechnet, in die auch die Faktoren Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit, eigene oder elterliche Migrationserfahrung und zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache einbezogen wurden. Im Ergebnis zeigt sich, dass weder die Art der Einwanderungserfahrung, noch der Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit, noch ob zu Hause am häufigsten deutsch gesprochen wird, statistisch einen signifikanten Einfluss auf die Höhe der Gesundheitskompetenz haben. Die Ergeb-

nisse der separaten Analyse der Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind damit ein weiterer Hinweis darauf, dass die Ursache für die Unterschiede in der Höhe der Gesundheitskompetenz zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund primär in den zur Verfügung stehenden Bildungs- und ökonomischen Ressourcen zu suchen sind.

Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten bei bildungsfernen Jugendlichen

Was bedeutet es nun aber, eine hohe oder niedrige Gesundheitskompetenz zu haben? Hängen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten zusammen?

Von Interesse sind etwa die Fragen, ob die Höhe der Gesundheitskompetenz in einem Zusammenhang mit dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten steht, ob sie einen Einfluss auf gesundheitliche Risikoverhaltensweisen wie Tabak- oder Alkoholkonsum hat oder ob sie sich auf das Ergreifen von Maßnahmen zur Unfallprävention auswirkt. Zur Beantwortung dieser Fragen wurde auf Basis von Kreuztabellen nach signifikanten Zusammenhängen zwischen der Höhe der Gesundheitskompetenz und verschiedenen Aspekten des Gesundheitsverhaltens gesucht; eine multivariate logistische Regression war aufgrund der Fallzahlen nicht möglich.

Insgesamt ist festzustellen, dass ein erheblicher Teil der befragten bildungsfernen Jugendlichen gesundheitliche Risikoverhaltensweisen praktiziert, etwa indem sie täglich oder fast täglich Alkohol trinken, rauchen oder ohne Helm Mofa oder Moped fahren. Auch das Ernährungsverhalten ist bedenklich, denn weniger als die Hälfte der befragten bildungsfernen Jugendlichen konsumiert täglich oder fast täglich Obst oder Gemüse. Der Konsum zuckerhaltiger Getränke ist dagegen weit verbreitet. Hinzu kommt, dass die Mehrheit dieser Jugendlichen eher selten körperlich aktiv ist. Den allgemeinen Empfehlungen eines mehrmals täglichen Obst- und Gemüsekonsums und eines geringen Zuckerkonsums [15, 16] sowie täglicher körperlicher Aktivität von mindestens einer Stunde [17] folgt damit nur eine Minderheit. Bemerkenswert ist, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund in

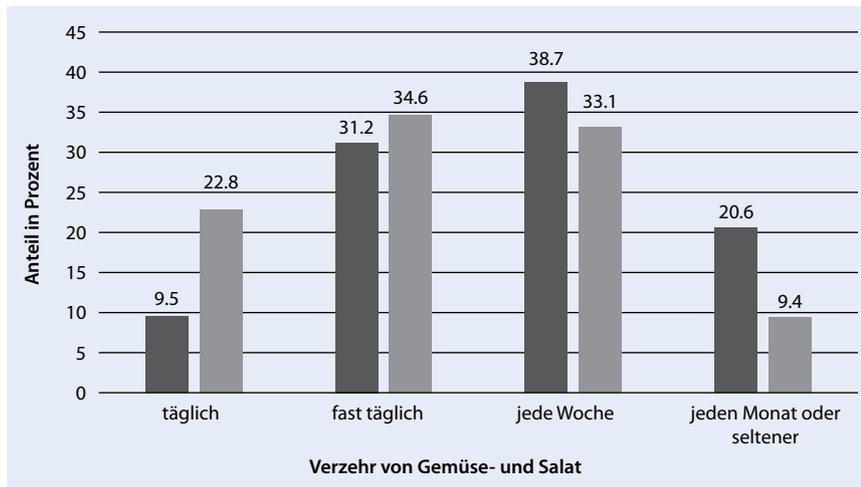


Abb. 2 ▲ Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und Gemüse- und Salatkonsum bei 15- bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss. Dunkelgrauer Balken: inadäquate/problematische Gesundheitskompetenz; hellgrauer Balken: ausreichende/exzellente Gesundheitskompetenz, Quelle: eigene Berechnung, $\chi^2(3) = 20,68, p < 0,001$

unserer Stichprobe ein in vieler Hinsicht positiveres Gesundheitsverhalten aufweisen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund: Ihr Alkoholkonsum ist moderater, und sie konsumieren häufiger Obst und Gemüse. Den Unfallschutz vernachlässigen sie jedoch stärker als Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Generell ist häufig, aber nicht durchgehend ein Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten festzustellen. Deutlich mit der Gesundheitskompetenz korreliert vor allem das Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Während etwa von den Jugendlichen mit einer unzureichenden oder problematischen Gesundheitskompetenz nur etwa jeder Zehnte täglich Gemüse oder Salat konsumiert, ist es von den Befragten mit einer adäquaten oder exzellenten Gesundheitskompetenz immerhin etwa jeder Vierte (■ **Abb. 2**). Ein vergleichbares Bild zeigt sich für den Konsum von Obst und Früchten.

Von einer Minderheit wird Obst oder Gemüse täglich konsumiert. Dagegen trinkt etwa ein Drittel der Befragten täglich Cola oder andere zuckerhaltige Limonade, ein weiteres Viertel fast täglich. Anders als beim Konsum gesunder Nahrungsmittel (wie Obst, Früchte, Gemüse und Salat) liegt der Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz allerdings nicht im statistisch signifikanten Bereich.

Zwischen der Höhe der Gesundheitskompetenz und täglicher körperlicher

Aktivität besteht ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang. 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.

Unfallschutz durch Tragen von Helmen oder anderen Protektoren wird nur von einer Minderheit der befragten bildungsfernen Jugendlichen praktiziert. Von den Befragten benutzen über 80 % keine verkehrssichere Ausrüstung im Straßenverkehr, über 70 % verwenden beim Skaten und Rollerfahren keine Ellbogen- oder Knieschoner und über 80 % dabei keinen Helm. Dass etwa 85 % beim Fahrradfahren keinen Helm tragen, rundet das Bild ab. Am deutlichsten wird das geringe Bewusstsein für Unfallschutz jedoch daran, dass etwa zwei Drittel der Jugendlichen auch beim Mofa- oder Mopedfahren keinen Helm tragen, obwohl hier eine gesetzliche Helmpflicht besteht. Die Benutzung von Helmen und anderen Protektoren beim Fahrrad-, Mofa- oder Mopedfahren steigt dabei tendenziell mit einer höheren Gesundheitskompetenz. Diese Tendenz, dass eine höhere Gesundheitskompetenz auch mit erhöhten Maßnahmen des Unfallschutzes einhergeht, war jedoch nur bei der Nutzung einer verkehrssicheren Ausrüstung im Straßenverkehr statistisch im signifikanten Bereich (■ **Abb. 3**).

Auch beim Alkoholkonsum kann beobachtet werden, dass er bei Jugendlichen mit höherer Gesundheitskompetenz moderater ausfällt – hier liegt der Zusammenhang jedoch ebenfalls nicht im statistisch signifikanten Bereich. Beim Tabakkonsum kann kein Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz festgestellt werden. Die Ergebnisse deuten an, dass sich Gesundheitskompetenz insbesondere auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten auswirkt, während gesundheitliche Risikoverhaltensweisen im Jugendalter wahrscheinlich stärker von anderen Faktoren beeinflusst werden

Diskussion

In der präsentierten Studie wurde Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit operationalisiert, relevante Informationen aus den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung finden, verstehen, bewerten und anwenden zu können. Sie wurde mit dem Vollinstrument des European-Health-Literacy-Surveys (HLS-EU-Q47) untersucht. Die Ergebnisse bestätigen die Ausgangsvermutung, dass bei den aus sozioökonomischer Perspektive als benachteiligt einzustufenden Bevölkerungsgruppen die Gesundheitskompetenz deutlich geringer ausgeprägt ist als in der Allgemeinbevölkerung. Auch wenn dieses Ergebnis zu erwarten war und sich die Tendenz bereits im European-Health-Literacy-Survey abzeichnete, dass Menschen mit Migrationshintergrund, geringer Bildung und ältere Menschen über eine niedrige Gesundheitskompetenz verfügen, [6], überrascht doch das Ausmaß des Unterschieds zwischen der Allgemeinbevölkerung und den untersuchten sozial benachteiligten Gruppen.

Der Befund, dass die Höhe der Gesundheitskompetenz von sozioökonomischen Faktoren abhängt, bestätigt die Ergebnisse vorliegender Studien [18–20]. Bisher nicht bekannt war, dass in der Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen zu den prägenden sozioökonomischen Faktoren weniger die eigene Schulbildung zählt als die Bildung der Eltern und der Wohlstand der Familie. Dass der Unterschied in der Gesundheitskompetenz zwischen Jugendlichen mit und oh-

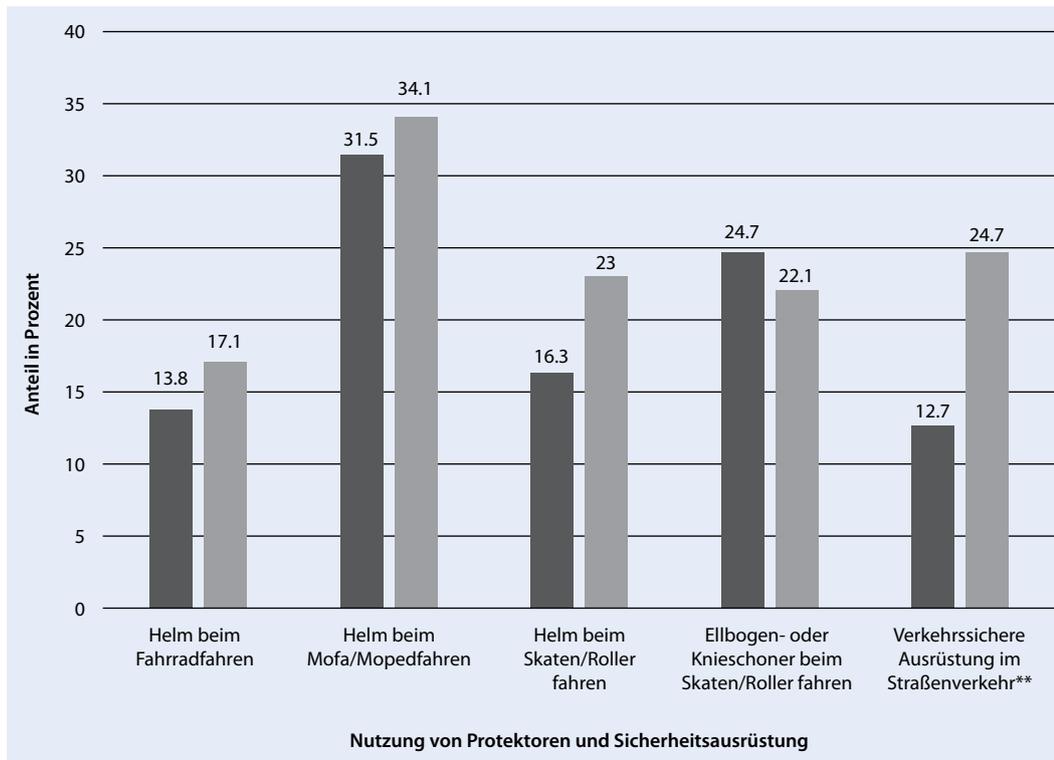


Abb. 3 ◀ Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und der Umsetzung von Maßnahmen zur Unfallprävention (Unfallschutz) bei 15- bis 25-Jährigen mit maximal Hauptschulabschluss. Dunkelgrauer Balken: inadäquate/problematische Gesundheitskompetenz; hellgrauer Balken: ausreichende/exzellente Gesundheitskompetenz. (Quelle: eigene Berechnung, 15- bis 25-Jährige mit maximal Hauptschulabschluss, nur zutreffende Angaben. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$)

ne Migrationshintergrund auf sozioökonomische Unterschiede zurück geführt werden kann, ordnet sich gut in aktuelle Ergebnisse der Jugend- und Migrationsforschung ein: Sie zeigen, dass sich Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund häufig auf Ungleichheiten in den Lebensbedingungen und Verwirklichungschancen zurückführen lassen [13, 21]. Die insgesamt niedrige statistische Erklärungskraft der Regression deutet dabei auf die Notwendigkeit weiterer Forschung zur Frage hin, wovon Gesundheitskompetenz abhängt. Bisher nicht untersucht wurden auch die Fragen, wie Gesundheitskompetenz in der Familie weitergegeben wird, welchen Einfluss in der Schule vermittelte Inhalte und Kompetenzen haben und wie sich das soziale Umfeld auswirkt.

Die hier präsentierten Ergebnisse geben damit wichtige Hinweise darauf, wie eine ungleich verteilte Gesundheitskompetenz, die von uns über die Bewertung des Schwierigkeitsgrads verschiedener gesundheitsrelevanter Situationen und Anforderungen ermittelt wurde (HLS-EU-Q47), zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen kann. Am Beispiel des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens konnte gezeigt werden,

dass Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen miteinander zusammenhängen. Die Bedeutung von Ernährung und Bewegung für die Gesundheits-Krankheits-Dynamik im Lebenslauf wurde an anderer Stelle gut belegt [16, 17]. Der Befund ist auch ein Hinweis darauf, dass der bisherige Fokus auf den Alkohol- und Tabakkonsum, bei dem für Jugendliche kaum Zusammenhänge mit der Gesundheitskompetenz festzustellen waren [22, 23], zu kurz greift.

Schlussfolgerungen

Unsere Ergebnisse deuten darauf, dass Gesundheitskompetenz ein wichtiger Schlüssel sein könnte, um die Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit im Lebenslauf zu verstehen. Zudem zeigen sie, dass bei jüngeren Befragten der Fokus auf den Migrationshintergrund zu kurz greift und dem sozioökonomischen Status der Familie eine höhere Bedeutung zukommt als dem Migrationshintergrund. Hier ist weitere Forschung erforderlich. Interessant wäre hier vor allem eine Längsschnittstudie zu den Auswirkungen von Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitsverhalten, die Jugendliche aus allen Schichten einbezieht und

mit der Erkenntnisse über Ursachen und Wirkungszusammenhänge gewonnen werden können. Weiter ist eine Erhebung zu Jugendlichen mit Migrationshintergrund dringend angezeigt, die es ermöglicht, Migrantengruppen im Hinblick auf ihre Herkunftsländer und ihren sozialen Status differenziert zu betrachten, um der Gefahr einer Vereinheitlichung von sozioökonomischen und soziokulturellen Besonderheiten vorzubeugen. Nicht zuletzt sollte – auch wenn die Forschung zur Gesundheitskompetenz noch in den Anfängen steckt – die begonnene Interventionsentwicklung in den Bereichen Gesundheitsberatung, Gesundheitsinformation und Kommunikation mit Gesundheitsprofessionellen fortgesetzt werden, um eine weitere Verfestigung von Benachteiligung zu vermeiden. Diese Interventionen müssen dabei offenbar weniger als bislang angenommen dem Migrationshintergrund und den soziokulturellen Faktoren Rechnung tragen als vielmehr sozio-ökonomischen Aspekten. Kurz, es sollten vertikale Ungleichheiten wieder stärker in den Blick genommen werden, ohne dabei jedoch die Bedeutung horizontaler Ungleichheiten zu vernachlässigen.

Korrespondenzadresse

Vertr.-Prof. Dr. habil. G. Quenzel
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
TU Dortmund, Emil-Figge-Straße 50
44227 Dortmund
gudrun.quenzel@tu-dortmund.de

Danksagung. Das Projekt wird vom Landeszentrum Gesundheit, NRW über eine Laufzeit von Oktober 2013 bis September 2015 gefördert. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich für die Unterstützung bedanken.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Quenzel, D. Schaeffer, M. Messer und D. Vogt geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Kickbusch I, Marstedt G (2008) Gesundheitskompetenz. Eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. *Gesundheitsmonitor* 12–28
- Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal. A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 15(3):259–267
- Rudd RE (2010) Improving Americans' health literacy. *N Engl J Med* 363(24):2283–2285
- Sommerhalder K, Abel T (2007) Gesundheitskompetenz: Eine konzeptionelle Einordnung. Universität Bern, Bern
- 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
- HLS-EU-Consortium (2012) Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European-Health Literacy-Survey HLS-EU. <http://www.health-literacy.eu>. Zugegriffen: 10. Apr. 2015
- Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW (2005) Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med* 165(17):1946–1952
- Wolf MS, Davis TC, Arozullah A, Penn R, Arnold C, Sugar M, Bennett CL (2005) Relation between literacy and HIV treatment knowledge among patients on HAART regimens. *AIDS Care* 17(7):863–873
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Huber Verlag, Bern
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castria KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA (2005) Quick assessment of literacy in primary care. The newest vital sign. *Ann Fam Med* 3(6):514–522
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfisch U (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. *Dtsch Arztebl* 101(43):A2882–A2887
- Zeeb H, Baune, BT, Vollmer W, Cremer D, Krämer A (2004) Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten. Ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen* 66:02
- Kalter F (2008) Stand, Herausforderungen und Perspektiven der empirischen Migrationsforschung. *Migration und Integration. Kölner Zeitschr Soziol Soz Psychol Sonderheft* 48:11–36
- 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. *Soc Sci Med* 66(6):1429–1436
- DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2010) Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. DGE, Bonn. <http://www.dge.de>. Zugegriffen: 1. März 2015
- 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. <http://whqlibdoc.who.int>. Zugegriffen: 1. März 2015
- Janssen I, LeBlanc AG (2010) Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 7(40):1–16
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS (1998) Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med* 13(12):791–798
- Parker RM, Ratnan SC, Lurie N (2003) Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs* 22(4):147–153
- DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP (2004) Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med* 19(12):1228–1239
- Deutsche Shell (Hrsg) (2010) 16. Shell Jugendstudie. Fischer, Frankfurt a. M.
- Dermota P, Wang J, Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M (2013) Health literacy and substance use in young Swiss men. *Int J Public Health* 58(6):939–948
- Röthlin F, Pelikan JM, Ganahl K (2013) Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). <http://lbihpr.lbg.ac.at/de/oesterreichischen-gesundheitskompetenz-jugendstudie>. Zugegriffen: 1. März 2015