



GESUNDHEITSKOMPETENZ

IN HAMBURG 2018

Ergebnisse einer telefonischen Befragung

IMPRESSUM

Gesundheitskompetenz in Hamburg 2018

Herausgeber: Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)
Amt für Gesundheit
Fachabteilung Prävention,
Gesundheitsförderung und Öffentlicher
Gesundheitsdienst
Billstraße 80a, 20539 Hamburg

Stand: April 2019

Auswertung und Texterstellung: Dr. Regina Fertmann (BGV), Nils Möller (BGV)

© 2019, Alle Rechte vorbehalten

Deckblatt: Foto: Colourbox.de

Bezug: im Internet als Download:
www.hamburg.de/gesundheitskompetenz

**Das Amt für Gesundheit
im Internet:** www.hamburg.de/gesundheit

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Gesundheitskompetenz in Hamburg 2018

Übersicht

1. Einleitung

2. Methode

3. Ergebnisse und Bewertung

3.1 Hintergrundinformation

3.2 Gesundheitskompetenz

3.3 Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz

3.4 Gesundheitskompetenz und gesundheitsrelevante Merkmale

3.5 Gesundheitskompetenz und Nutzung der medizinischen Versorgung

3.6 Gesundheitskompetenz und Nutzung von Informationsquellen

3.7 Perspektivenwechsel

4. Fazit

Literatur

1. Einleitung

Muss ich mit diesem Hautausschlag in die ärztliche Praxis oder kann ich das ignorieren? So viele Nächte kaum geschlafen – ich besorge mir ein paar Tabletten in der Apotheke! Der Facharzt/die Fachärztin rät zur Knie-Operation – muss das wirklich sein? Um Entscheidungen zu treffen, die die eigene Gesundheit betreffen, recherchiert die eine im Netz, der andere fragt im Freundeskreis; kompetent zu entscheiden ist gar nicht so einfach und auch entsprechend zu handeln ist kein Selbstgänger.

Wie ist es um die **Gesundheitskompetenz** der Hamburgerinnen und Hamburger auf individueller Ebene bestellt? Ist mit höherem Alter und mehr Lebenserfahrung eine bessere Gesundheitskompetenz verbunden? Oder ist eine höhere Bildung ausschlaggebend für die Gesundheitskompetenz? In diesem Zusammenhang ist auch von Interesse, ob das Vorhandensein einer chronischer Erkrankung und andere gesundheitsrelevante Merkmale eine Rolle spielen und inwieweit Ressourcen und die Nutzung medizinischer Angebote mit der individuell eingeschätzten Gesundheitskompetenz verknüpft sind. Ist mangelnde Gesundheitskompetenz mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert, meiden diese Personen eher das medizinische System?

Auf individueller Ebene umfasst Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die Gesundheit erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Gesundheitssystem sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung beteiligen und die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können (Schaeffer et al 2016). Ihre große Studie (2.000 Befragte in persönlichem Interview mit einem international erprobten Katalog von 47 Fragen) hatte gezeigt, dass viele nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen. Verknüpft mit sozialer Ungleichheit, chronischer Erkrankung und Alter liegen die Anteile höher.

Um die Konzepte von Gesundheitskompetenz bzw. „health literacy“ gibt es eine anhaltende Diskussion. Wichtig in dem aktuellen Kontext der Hamburger Erhebung ist, dass die soziodemografischen Faktoren eine Rolle spielen. Gleichzeitig sind auch die soziale Umgebung und die individuelle Situation relevant. Eine chronische Erkrankung, häufige akute Erkrankungen, Unfallfolgen etc. stellen andere Herausforderungen dar als ein stabiler Gesundheitszustand mit nur selten auftretenden Beschwerden. Gesundheitskompetenz muss von daher immer in Relation zum individuellen Gesundheitszustand und zur jeweiligen Lebenswelt und Komplexität des Gesundheitssystems gesehen werden (Schaeffer et al 2016, S.6). Es wird angenommen, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz sich ebenso auf das Gesundheitsverhalten auswirkt wie auf die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Mit diesem Grundverständnis war Ziel der Erhebung in Hamburg, die Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene zu erfassen und - unter Einbeziehung anderer relevanter Merkmale - zu bewerten. Hierbei muss betont werden, dass für diese Art der Erfassung allein die **Selbsteinschätzung der Befragten maßgeblich** ist. Ein „objektiver“ Test zur Einschätzung von Gesundheitskompetenz in ihren unterschiedlichen Facetten war nicht Teil der Erhebung.

2. Methode

Ende 2017/Anfang 2018 wurde im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Hamburg ein telefonischer Survey zu Gesundheitsfragen durchgeführt. Ausschließlich 20-60Jährige mit Wohnsitz in Hamburg konnten teilnehmen. Diese telefonische Befragung wurde im Kontext umfangreicher Analysen zur Beschreibung von „Risikofaktoren und Prävention von Diabetes in Hamburg“ realisiert. Der Gesundheitsbericht mit gleichlautendem Titel ist unter www.hamburg.de/gesundheitsberichte/ einzusehen.

Zur Einschätzung der Gesundheitskompetenz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung wurde die Kurzform des European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) herangezogen (Jordan und Hoebel 2015, Röthlin et al. 2013). Dabei werden insgesamt **16 Fragen aus den Bereichen gesundheitliche Versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung** beantwortet. Gleichzeitig wird erfragt, ob es Probleme beim Recherchieren, beim Verständnis oder der Verarbeitung von Gesundheitsinformationen gibt. Im Einzelnen werden die Personen gefragt, wie einfach bzw. schwierig es für sie ist

- Informationen über Therapien für Krankheiten, die sie betreffen, zu finden,
- herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten, wenn sie krank sind,
- zu verstehen, was der Arzt/Ärztin ihnen sagt,
- den Anweisungen zur Einnahme von verschriebenen Medikamenten von Arzt/Ärztin oder Apotheker/Apothekerin zu verstehen,
- zu beurteilen, wann sie eine Zweitmeinung von einem anderen Arzt/Ärztin einholen sollten,
- mit Hilfe der Informationen von Arzt/Ärztin Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen,
- den Anweisungen des Arzt/Ärztin oder Apotheker/Apothekerin zu folgen,
- Informationen zu Hilfe bei psychischen Problemen zu finden,
- Warnungen vor schädlichen Verhaltensweisen (z.B. Rauchen, Trinken, Bewegungsmangel) zu verstehen,
- zu verstehen, warum sie Vorsorgeuntersuchungen benötigen,
- zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind,
- aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können,
- Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für das psychische Wohlbefinden sind,

- Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen,
- Informationen in den Medien zu verstehen, wie der Gesundheitszustand verbessert werden kann,
- zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit der Gesundheit zusammenhängen.

Für die Antwortkategorien „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ wird jeweils ein Punkt vergeben. Die Antworten „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ erhalten 0 Punkte. Die erzielten Punkte werden summiert, so dass maximal 16 Punkte erreicht werden können. Bleiben mehr als zwei Fragen unbeantwortet, wird kein Summenscore ermittelt. Es erfolgt eine Kategorisierung in drei verschiedene Gesundheitskompetenz-Level. Dabei erhalten Befragte, die weniger als neun Punkte erreicht haben, die Level-Zuordnung „inadäquat“, neun bis zwölf Punkte erhalten die Zuordnung „problematisch“ und bei mehr als zwölf Punkte wird die Level-Zuordnung „ausreichend“ vergeben.

Für die folgende Darstellung werden soziodemografische Merkmale sowie ausgewählte gesundheitsrelevante Aspekte herangezogen. Die Definition bzw. Herleitung dieser Merkmale ist dem oben erwähnten Diabetes-Gesundheitsbericht zu entnehmen (FHH-BGV 2018).

Drei verschiedene Gewichtungsverfahren im Kontext der Erhebung haben dazu beigetragen, dass repräsentative Befragungsergebnisse vorliegen. Auch werden die Angaben der Stichprobe unter Einbeziehung von Gewichtungsfaktoren ausgewertet, die sich aus der Bevölkerungszusammensetzung in Hamburg ableiten, so dass die Ergebnisse als typisch für die Hamburger Bevölkerung im jüngeren und mittleren Lebensalter gelten können. Bei 389 Personen (gewichtet 351) ergibt sich aus der Kombination schulischer und berufsqualifizierender Abschlüsse ein niedriges Bildungsniveau. Diese Teilgruppe wird für Vergleiche mit der repräsentativen Gesamtauswertung ungewichtet betrachtet, ist jedoch in der Gesamtauswertung mit einem niedrigen Gewichtungsfaktor integriert.¹

¹FHH-BGV 2018, S. 104

3. Ergebnisse und Bewertung

3.1. Hintergrundinformation

An der Befragung Ende 2017/Anfang 2018 haben 1.455 Personen zwischen 20 und 60 Jahren teilgenommen.² Die folgende Abb. 1 charakterisiert die Hamburger Stichprobe.

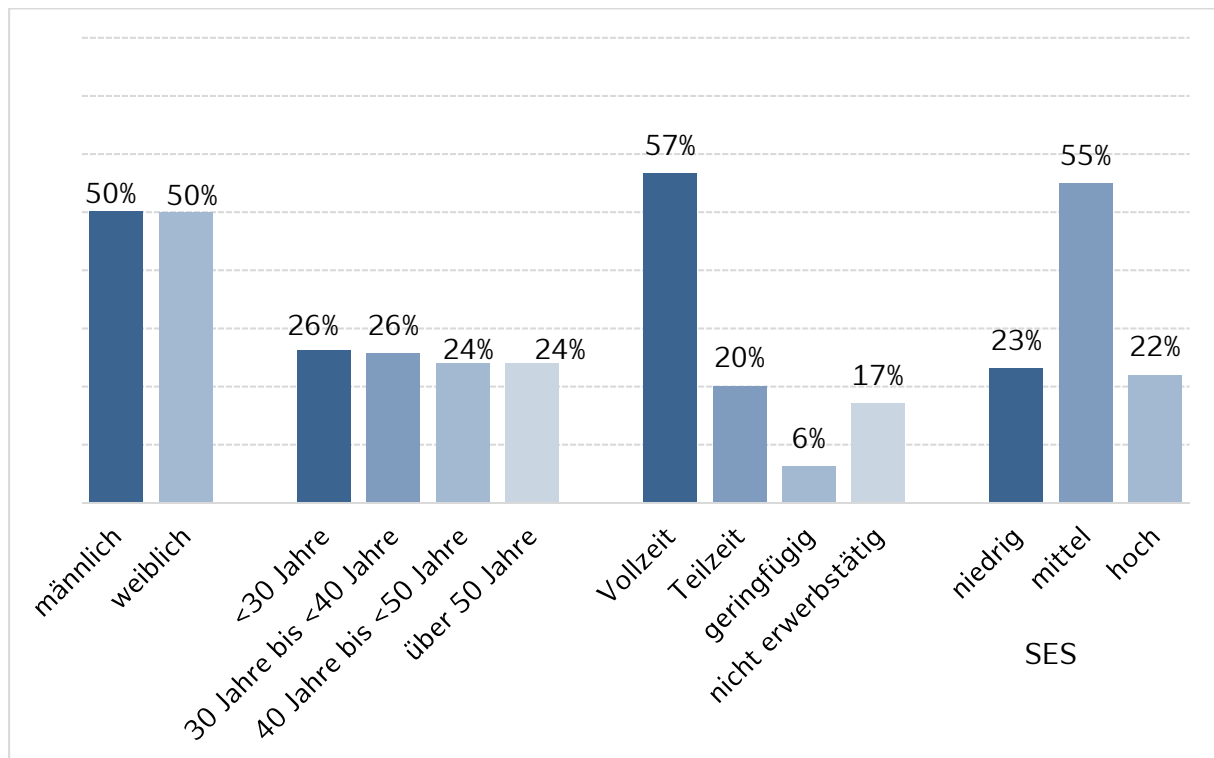


Abbildung 1: Soziodemografische Merkmale der Hamburger Gesamtstichprobe (Geschlecht, Altersgruppe, Erwerbstätigkeit, sozioökonomischer Status (SES)³); (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Männer und Frauen sind zu gleichen Anteilen vertreten, ebenso ist jede Alters-Dekade (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 Jahre) ausreichend repräsentiert. Die Stichprobe des Surveys ist **für Hamburg repräsentativ** hinsichtlich Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status; Migrationshintergrund (nicht dargestellt) ist bei den Befragten deutlich seltener als in der Realität.

Drei Viertel der Hamburger Befragten beschreiben ihren **Gesundheitszustand** als gut bis ausgezeichnet. Zugleich ist fast ein Drittel der Befragten **chronisch erkrankt**. Bei den 50- bis 60-Jährigen ist es fast jede/r Zweite, ebenso bei den Personen mit niedriger Bildung.

3.2 Gesundheitskompetenz

Die Angaben der Befragten lassen erkennen (s. Abb. 2): **Jede/r zweite der 20-60-Jährigen in Hamburg hat – nach eigener Einschätzung - eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Bei jedem und jeder Zweiten ist die Gesundheitskompetenz eingeschränkt:** Bei ca. einem Drittel ist die Gesundheitskompetenz als problematisch einzustufen, bei jedem/jeder Zehnten als inadäquat.

² 26 Personen waren bereits 60 Jahre alt und werden hier als unter 60-Jährige mit einbezogen.

³ FHH-BGV 2018, S. 104 - 105

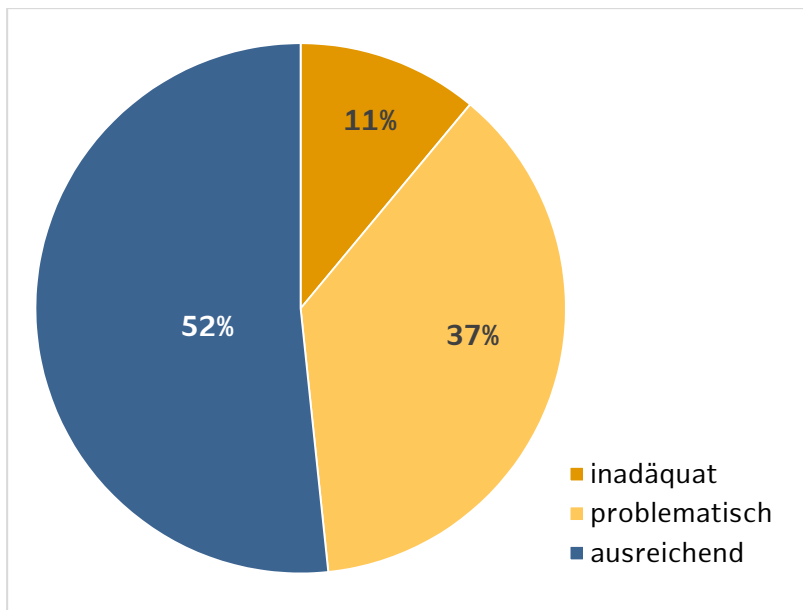


Abbildung 2: Gesundheitskompetenz – nach Selbsteinschätzung - in Hamburg (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

In der Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz stimmen Männer und Frauen völlig überein. In der folgenden Abb. 3 wird die Ausprägung der selbst eingeschätzten Gesundheitskompetenz in den unterschiedlichen Altersstufen betrachtet.

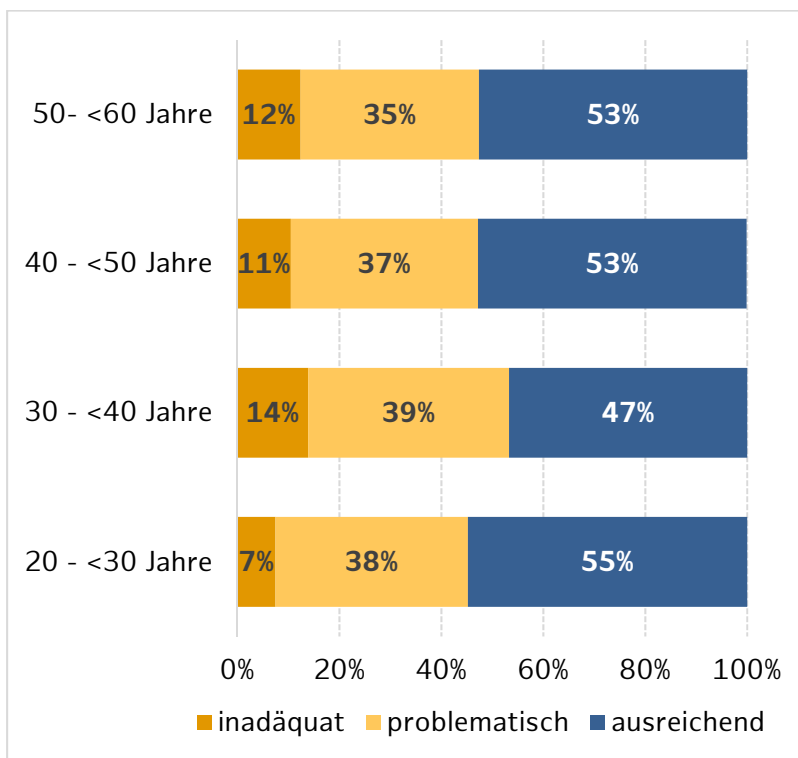


Abbildung 3: Gesundheitskompetenz – nach Selbsteinschätzung – in vier Alterskategorien (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

In den Altersdekaden zwischen 20 und 60 Jahren variiert demnach der Anteil von Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz zwischen 7%-14%, der Anteil von Personen mit problematischer Gesundheitskompetenz zwischen 35%-39% und der Anteil von Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz zwischen 47%-55%. In Abhängigkeit vom

Alter lässt sich in der Spanne zwischen 20 und 60 Jahren hier kein Trend in der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz feststellen. Bemerkenswert ist, dass die jüngsten Erwachsenen relativ selten dem inadäquaten Gesundheitskompetenz-Level zugeordnet werden. Die leichten Differenzen zwischen den Altersgruppen sind eher nicht relevant.

Im Folgenden wird beschrieben, wie sich bei den Hamburger Befragten der sozioökonomische Status und die Bildungsstufe in Differenzen in der Gesundheitskompetenz wieder spiegeln (s. Abb. 4 und Abb. 5)

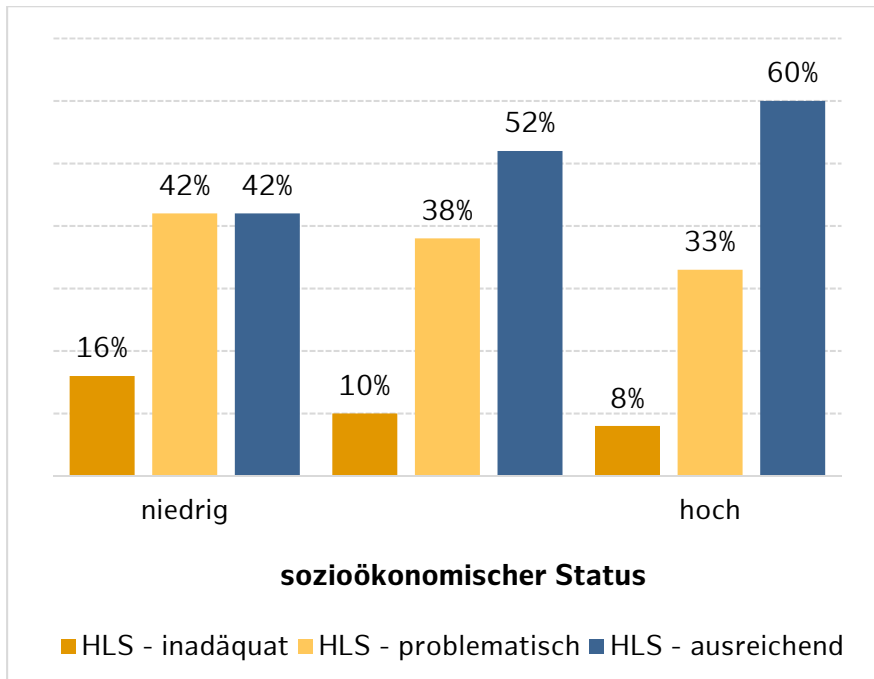


Abbildung 4: Gesundheitskompetenz – nach Selbsteinschätzung - in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

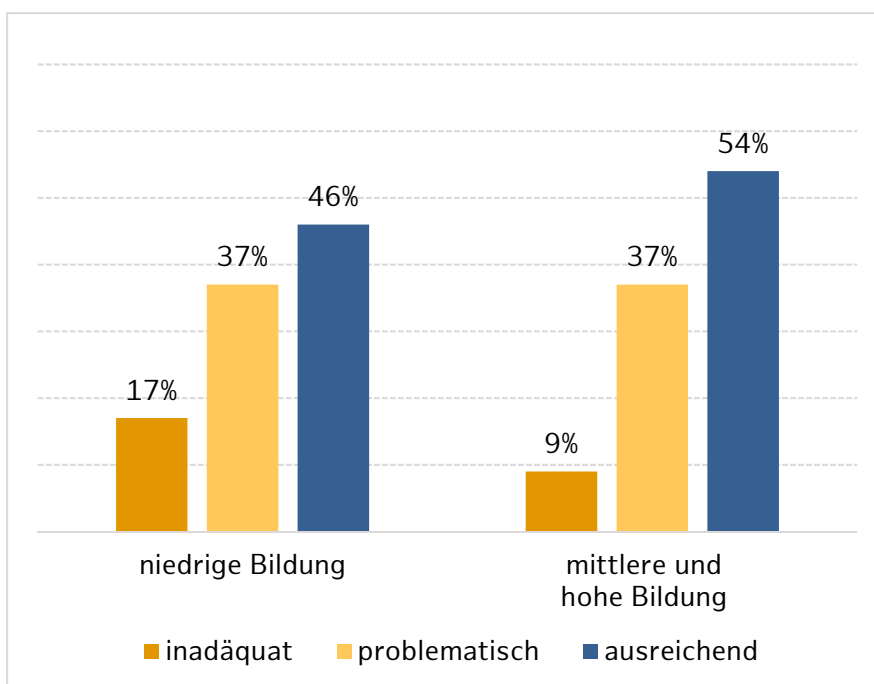


Abbildung 5: : Gesundheitskompetenz – nach Selbsteinschätzung - in Abhängigkeit von Bildung (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Nur 42% der Hamburger Befragten mit niedrigem SES haben nach Selbsteinschätzung eine ausreichende Gesundheitskompetenz, mit mittlerem Sozialstatus sind es 52%, mit hohem SES 60%. Und umgekehrt: **Defizite in der Gesundheitskompetenz sind deutlich häufiger bei niedrigem sozioökonomischen Status**; inadäquate Gesundheitskompetenz kommt vergleichsweise fast doppelt so häufig vor im Vergleich zu einem hohen sozioökonomischen Status. Die Gründe für diese Verknüpfung von Gesundheitskompetenz mit dem sozioökonomischen Status können hier nicht geklärt werden. In der gegebenen Kombination kann sich die Status-Zugehörigkeit als Ressource bzw. durch Ressourcenmangel bemerkbar machen. Auch wenn nur die Angaben zur Bildung heran gezogen werden, zeigt sich: bei niedriger Bildung kommt inadäquate Gesundheitskompetenz annähernd doppelt so häufig vor wie bei mittlerer und hoher Bildung zusammengefasst. Damit wird – wie erwartet – auch in Hamburg sichtbar: **Defizite in der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz sind deutlich häufiger bei niedrigem sozioökonomischen Status bzw. niedriger Bildung.**

Inwieweit eines dieser beiden Merkmale eine größere Bedeutung hat, wurde anhand der vorliegenden Daten nicht analysiert. Die vertiefenden Auswertungen größerer Datensätze kommen in dieser Beziehung (noch) nicht zu einem übereinstimmenden Ergebnis. Den veröffentlichten Studienergebnissen zufolge gibt es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz (GK) und Bildung, indem „Erwachsene mit niedrigem Bildungsstand zumeist eine geringere GK aufweisen als höherer Bildungsgruppen. Dies ist bei Frauen etwas deutlicher zu erkennen als bei Männern. ...“ (Jordan und Hoebel 2015 S. 946). Für Hamburg lässt sich mit den hier beschriebenen Daten die erste Beobachtung – die Assoziation zwischen geringer Bildung und eingeschränkter Gesundheitskompetenz - nachvollziehen. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied ist in den Hamburger Daten nicht nachzuweisen.

Aus Analysen der bundesweiten Referenzdaten (Schaeffer et al 2017) sind Hinweise heranzuziehen, welche soziodemografischen Faktoren unabhängig voneinander relevant sind. Hier war das Ergebnis einer Regressionsanalyse, dass das Alter ab 65 Jahre, Migrationsstatus, Lese/Schreibkompetenz und sozialer Status bedeutsam sind; darüber hinaus trugen weder Geschlecht noch Bildung zu Aufklärung bei. Auch die Altersstufe 30-45 Jahre und 45-65 Jahre wies in Relation zur jüngsten Altersgruppe 18-30 Jahre und Kontrolle anderer möglicher Einflussfaktoren keine anderen Ergebnisse in der Gesundheitskompetenz auf.

Somit ist festzuhalten, dass zwei bedeutsame Einflussfaktoren auf die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz wie das höherer Alter und auch der Migrationsstatus bei dieser Erhebung in Hamburg nicht präsent sind. Aus den bundesweiten Erhebungen ist bekannt, dass fast drei Viertel der Menschen mit Migrationshintergrund nur eine geringe Gesundheitskompetenz haben (Schaeffer et al 2016). **Von daher liegt vermutlich mit dieser Analyse insgesamt gesehen eine Unterschätzung der Häufigkeit von inadäquater/ problematischer Gesundheitskompetenz bezogen auf die Hamburger Gesamtbevölkerung vor.**

Bundesdeutsche Referenzdaten für die Kurzform der Befragung (HLS-EU-Q16) zur Gesundheitskompetenz (GK) stehen seit 2015 zur Verfügung⁴: „Mehr als die Hälfte der Erwachsenen hat nach den Kriterien des HLS-EU-Q16 eine „ausreichende“ GK (55,8%). Für fast jede dritte Person ist eine „problematische“ (31,9%) und für nahezu jede achte Person eine „inadäquate“ GK (12,3%) zu verzeichnen“ (Jordan und Hoebel 2015, S. 946). Die Prävalenzen aus der Hamburger Befragung und die Ergebnisse der bundesweiten Erhebung (einschließlich der über 60-Jährigen) liegen nahe beieinander.

⁴ mit Einschränkung aus methodischer Sicht s. S.7

Ein differenzierter Vergleich zwischen der Hamburger und der bundesweiten Erhebung ist nur für die übereinstimmenden Altersstufen sinnvoll. Die folgende Tabelle (Tab. 1) vergleicht die prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz-Level in Deutschland und Hamburg in den beiden geeigneten Altersstufen.

Alter	Gesundheitskompetenz-Level		
	Ausreichend % (95%-KI)	Problematisch % (95%-KI)	Inadäquat % (95%-KI)
18-39 Jahre (Referenz)	55,5 (52,7-58,2)	32,4 (30,1-34,8)	12,1 (10,3-14,1)
20-39 Jahre (Hamburg)	50,8 (0,47 – 0,54,5)	38,6 (35,0 – 42,2)	10,7 (0,08 – 13,0)
40-59 Jahre (Referenz)	56,9 (53,4-60,4)	30,7 (27,8-33,8)	12,3 (10,1 – 13,8)
40-59 Jahre (Hamburg)	52,7 (0,49 – 0,57)	35,9 (0,32 – 0,40)	11,5 (0,09 – 0,13)

Tabelle 1: Prävalenzen mit Konfidenzintervall (KI) unterschiedlicher Gesundheitskompetenz-Level im Vergleich: Bundesweite Referenzdaten aus Jordan und Hoebel 2015, Hamburger Befragung 2017/2018

Im Vergleich der Altersgruppen 18-39 Jahre (bundesweit) bzw. 20-39 Jahre (Hamburg) ist festzustellen, dass die Prävalenzen für die beiden Randgruppen „ausreichend“ und „inadäquat“ in Hamburg etwas niedriger ausfallen, dementsprechend liegen die Prävalenzen für die „problematische“ Gesundheitskompetenz etwas höher. Dies trifft ebenso für die Altersgruppe 40-59 Jahre zu. Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass sich Konfidenzintervalle der bundesweiten Stichprobe mit der Hamburger Stichprobe überschneiden.

Als mögliche Ursachen für diese Abweichungen ist zum einen der zeitliche Abstand anzuführen: Die Erhebung in Hamburg fand 2017/18 statt, die bundesweite Erhebung 2013. Trends in der öffentlichen Diskussion von Gesundheitsthemen und Versorgungsqualität können ggf. auch die Selbsteinschätzung der individuellen Gesundheitskompetenz beeinflussen. Darüber hinaus sind methodische Unterschiede geltend zu machen: Zum einen gibt es Designunterschiede in der Rekrutierung der Teilnehmerschaft, zum anderen wurden unterschiedliche Erhebungsmethoden eingesetzt. Während in Hamburg Telefoninterviews durchgeführt wurden, erfolgten in der bundesweiten Erhebung Einladungen online an der Befragung teilzunehmen, im zweiten Schritt wurde der Fragebogen in Papierform zugesandt. **Somit ist zu bilanzieren, dass die Hamburger Ergebnisse im Wesentlichen den bundesdeutschen Referenzdaten entsprechen.**

3.3 Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz

Alle Personen mit inadäquater oder problematischer Gesundheitskompetenz werden zur Teilgruppe mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zusammengefasst. Für die folgenden Analysen ist dann eine Zweiteilung der Stichprobe maßgeblich, indem die beiden Teilgruppen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz (n=658) und ausreichender Gesundheitskompetenz (n=703) berücksichtigt werden. Die folgenden beiden Grafiken machen nachvollziehbar, dass zwischen diesen beiden in etwa gleichgroßen Teilgruppen die Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen relativ gering ausfallen.

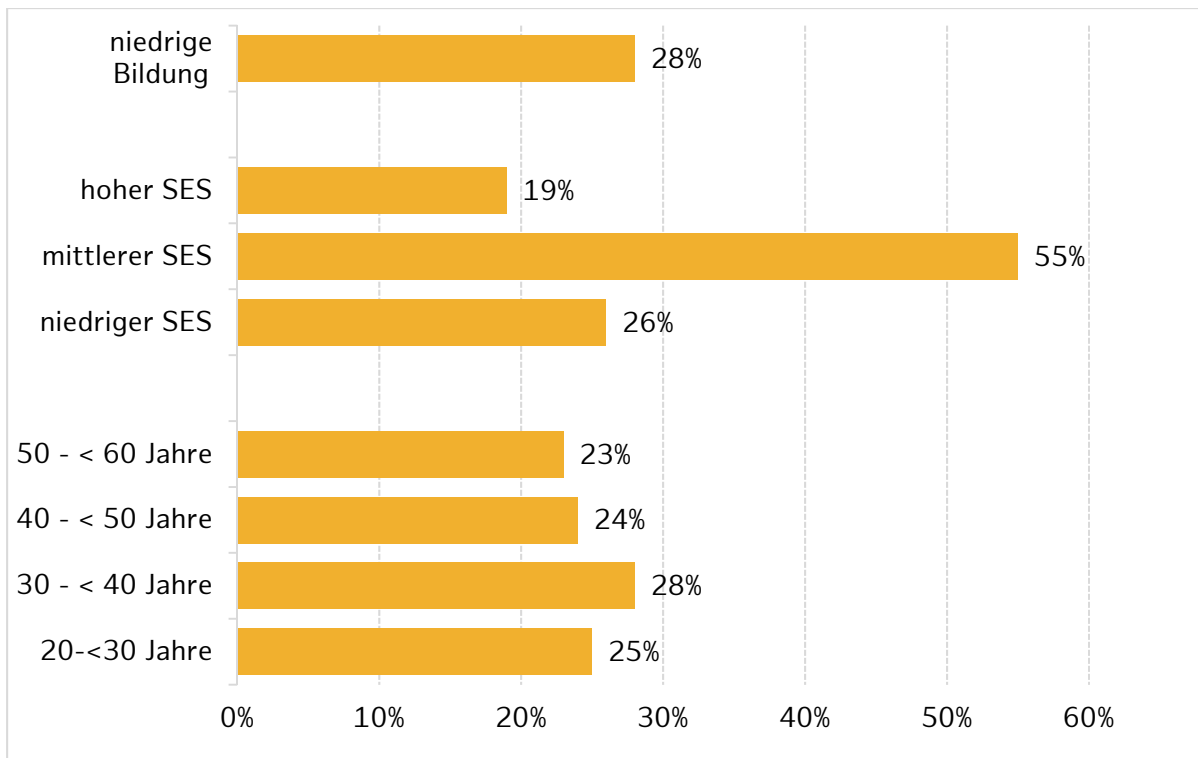


Abbildung 6: Soziodemografische Merkmale in der Teilgruppe mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Innerhalb der Teilgruppe mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz (aufgrund von Selbsteinschätzung) sind Männer und Frauen sowie die vier Altersgruppen gleichermaßen vertreten. Wie erwartet sind in der Teilgruppe mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz tendenziell etwas mehr Personen mit niedriger Bildung bzw. niedrigem SES.

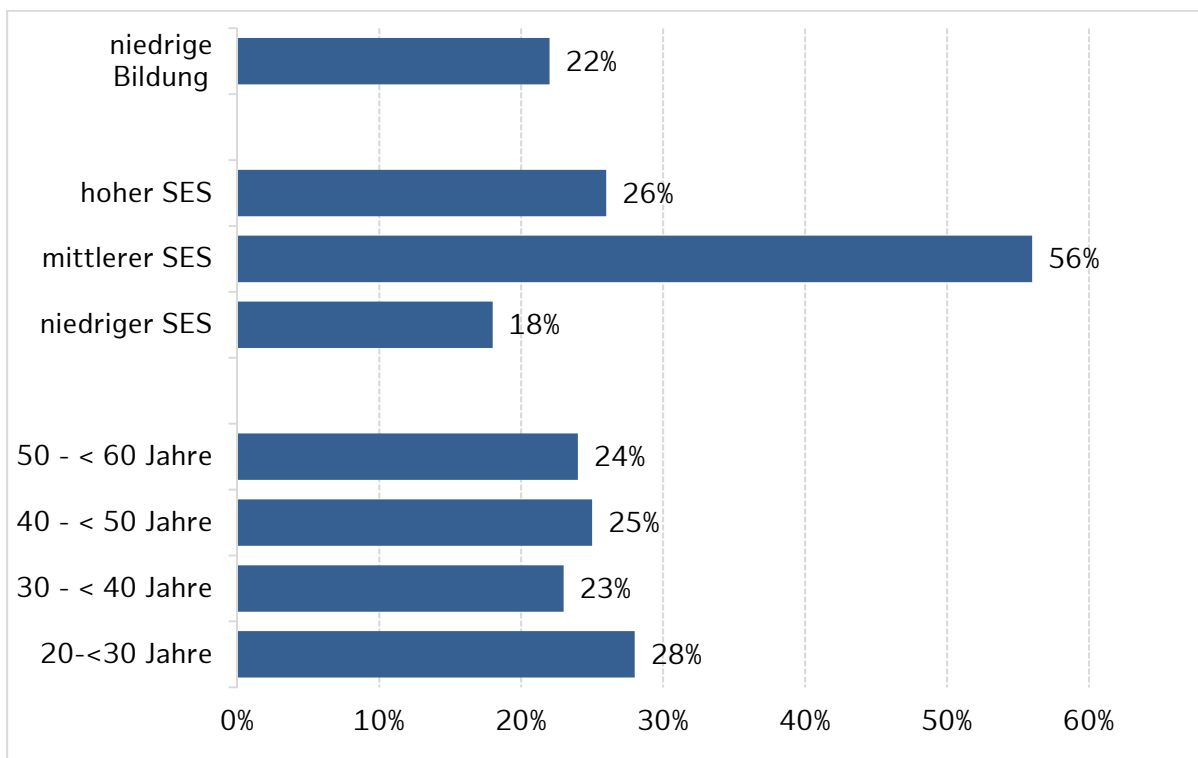


Abbildung 7: Soziodemografische Merkmale in der Teilgruppe mit ausreichender Gesundheitskompetenz (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Auch innerhalb der Teilgruppe mit ausreichender Gesundheitskompetenz (aufgrund von Selbsteinschätzung) sind Männer und Frauen sowie die vier Altersgruppen gleichermaßen vertreten. Wie erwartet sind in der Teilgruppe mit ausreichender Gesundheitskompetenz etwas weniger Personen mit niedriger Bildung und etwas mehr Personen mit höherem SES. Diese tendenziellen Beobachtungen entsprechen in etwa den oben diskutierten Studienergebnissen. Erwähnenswert ist jedoch auch, dass unabhängig von der Ausprägung der Gesundheitskompetenz die beiden Teilgruppen gleichermaßen heterogen in ihren soziodemografischen Merkmalen sind.

3.4 Gesundheitskompetenz und gesundheitsrelevante Merkmale

Die folgende Abb. 8 stellt Gesundheitszustand, Lebensqualität und Ressourcen in den Mittelpunkt der Betrachtung.

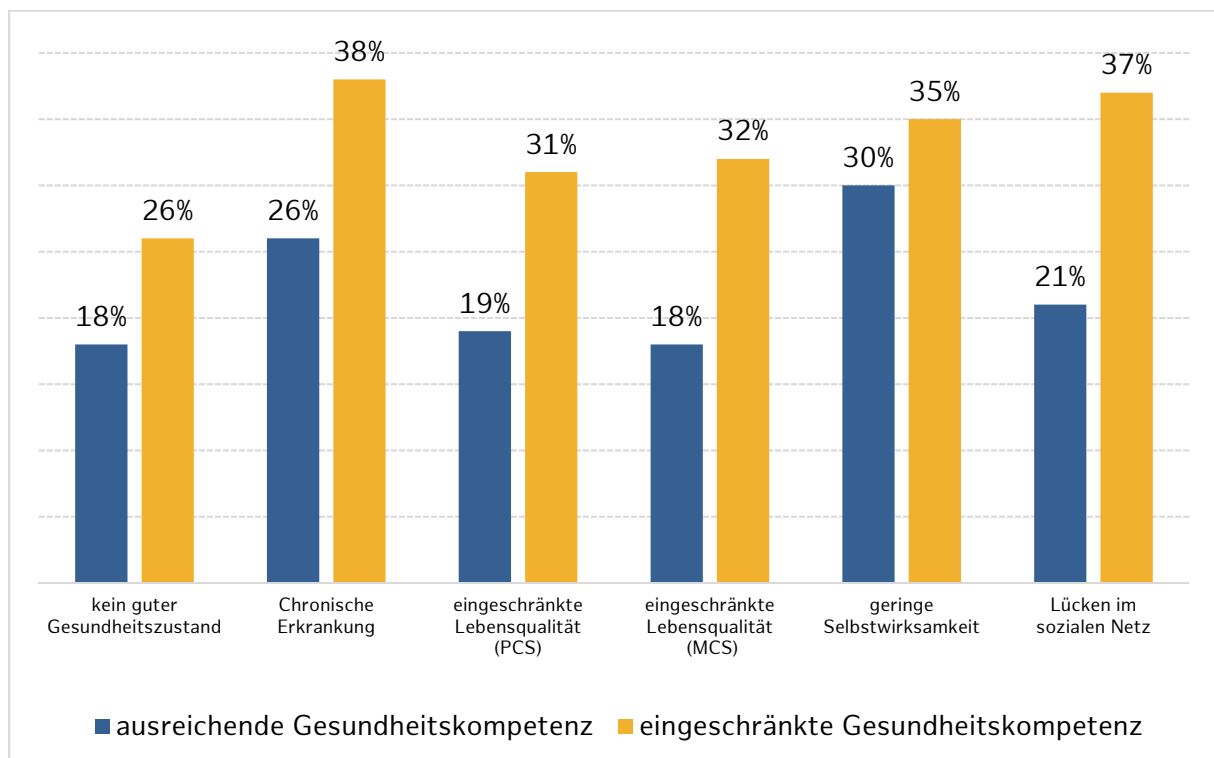


Abbildung 8: Gesundheitsrelevante Merkmale in Assoziation mit der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Die Hamburger Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz geben häufiger an, von einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein und dass ihr Gesundheitszustand nicht als gut oder sehr gut bezeichnet werden kann. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse eines international etablierten Testinstruments zur Erfassung der Lebensqualität⁵, dass die Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu etwa einem Drittel in der körperlichen Dimension (PCS) bzw. in der psychischen Dimension (MCS) der Lebensqualität schlecht abschneiden. Dieser Anteil ist auffällig hoch; bei denjenigen mit ausreichender Gesundheitskompetenz ist in etwa nur jeder fünften Person eine Beeinträchtigung in den körperlichen bzw. psychischen Dimensionen der Lebensqualität zuzuschreiben.

Auch Ressourcen, deren positive Wirkung auf Gesundheitszustand und Gesunderhaltung vielfach nachgewiesen wurden, wurden erfragt. Dazu gehört z.B. das soziale Netz und die Überzeugung, (sehr) viel für die Erhaltung der eigenen Gesundheit tun zu können. Hier zeigt sich, dass Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz deutlich häufiger

⁵ FHH-BGV 2018, S. 67ff, S. 106-107

Lücken im sozialen Netz haben. D.h. z.B., dass sie nur ein oder zwei Personen kennen, auf die sie bei ernststen persönlichen Problemen zurückgreifen können, dass es schwierig für sie ist im Bedarfsfall Hilfe von anderen zu erhalten und/oder dass es keinen gibt, der sich einige Tage kümmern könnte. Dagegen sind die Differenzen zwischen den beiden Gruppen in puncto Selbstwirksamkeit vernachlässigbar.

Insgesamt gesehen ist somit eingeschränkte Gesundheitskompetenz deutlich häufiger mit einer chronischen Erkrankung und eingeschränkter Lebensqualität verknüpft. Darüber hinaus ist eingeschränkte Gesundheitskompetenz assoziiert mit einem Mangel an sozialen Ressourcen. Diese Beobachtungen bestätigen die bundesweiten Ergebnisse, dass ein niedriger Gesundheitskompetenz-Level mit einer schlechteren körperlichen sowie psychischen Gesundheit einhergeht (Jordan/Hoebel 2015, S. 944).

Niedrige Bildung in Assoziation mit ausreichender/eingeschränkter Gesundheitskompetenz

Um der Assoziation mit Bildung bzw. sozioökonomischen Status soweit möglich Rechnung zu tragen, wird im Folgenden ausschließlich die Teilgruppe mit niedriger Bildung (n=351) herangezogen. Auch innerhalb dieser Teilgruppe gibt es in etwa gleich viele Personen mit ausreichender bzw. eingeschränkter Gesundheitskompetenz. Die nachfolgende Abb. 9 stellt erneut Gesundheitszustand, Lebensqualität und Ressourcen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Unter dem Vorbehalt kleiner Zahlen sind die folgenden Ergebnisse zu betrachten.

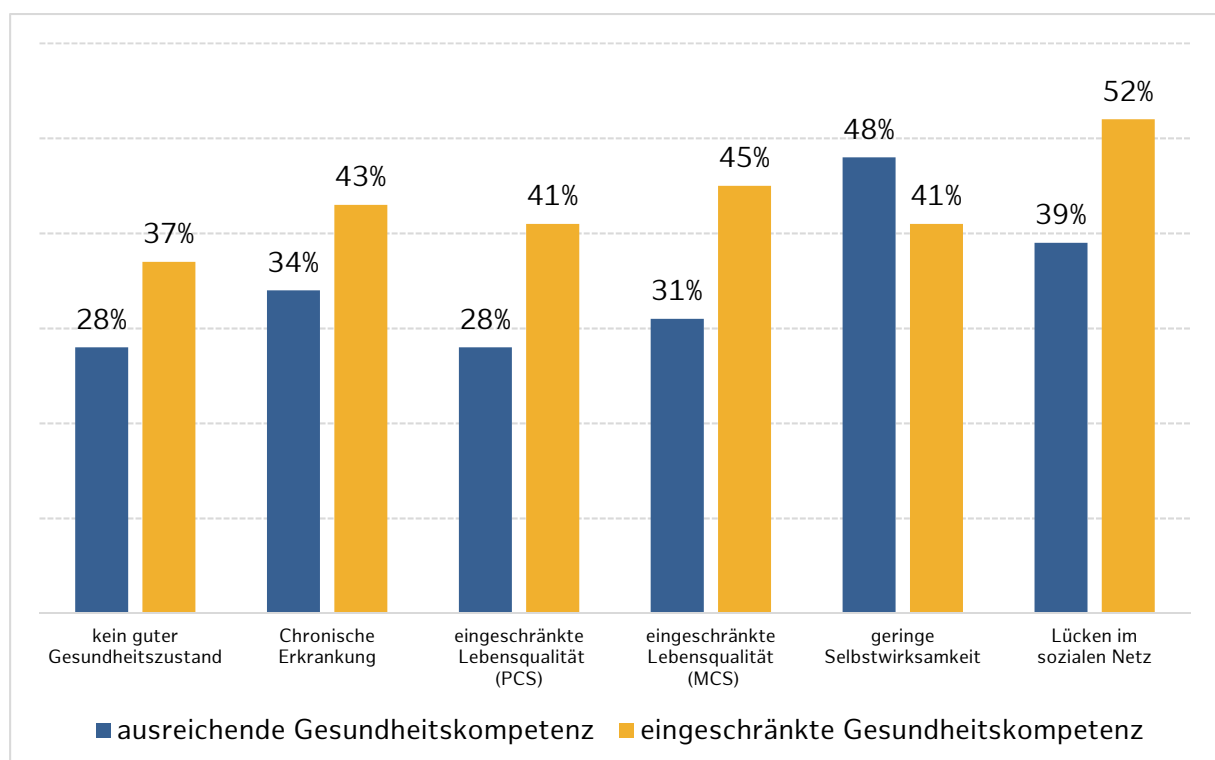


Abbildung 9: Innerhalb der Teilgruppe mit niedriger Bildung: Gesundheitsrelevante Merkmale in Assoziation mit der selbst eingeschätzten Gesundheitskompetenz (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Innerhalb der Teilgruppe mit niedriger Bildung gibt es gleich viele Personen mit ausreichender bzw. eingeschränkter Gesundheitskompetenz. Im Vergleich dieser beiden Untergruppen wird erneut deutlich, dass die eingeschränkte Gesundheitskompetenz häufiger mit ungünstigen gesundheitsrelevanten Aspekten assoziiert ist. Bemerkenswert ist allerdings das höhere „Niveau“ der ungünstigen gesundheitsrelevanten Merkmale:

Etwa jede/r Zweite mit niedriger Bildung und eingeschränkter Gesundheitskompetenz ist von chronischer Erkrankung, eingeschränkter Lebensqualität und/oder Lücken im sozialen Netz betroffen.

3.5 Gesundheitskompetenz und Nutzung der medizinischen Versorgung

Von den Hamburger Befragten erfolgten Angaben, ob sie in hausärztlicher Betreuung sind, Kenntnis vom Angebot der Check-up Untersuchung haben bzw. auch, ob sie diese in Anspruch genommen haben (wenn sie die derzeit gültige Altersgrenze überschritten). Auch wurde erfragt, ob sie in den vergangenen zwei Jahren an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung, Stressabbau, ...) teilgenommen hatten. Diese Aspekte werden als Informationen zur Nutzung medizinischer Versorgungsangebote im weiteren Sinne zusammengefasst.

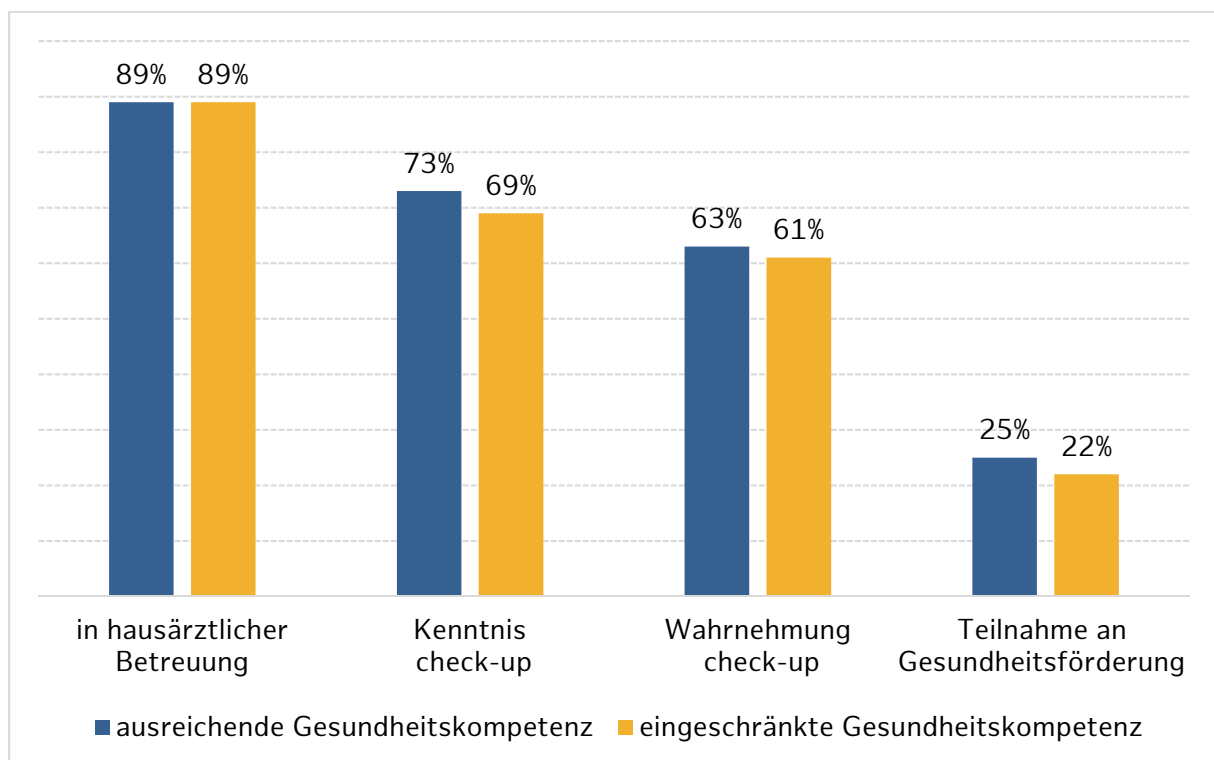


Abbildung 10: Nutzung medizinischer Versorgungsangebote in Assoziation mit der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz in der Gesamtstichprobe (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Hier (Abb. 10) zeigen die Ergebnisse, dass Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz das medizinische System genauso häufig in Anspruch nehmen wie gesundheitskompetente Personen. Die Einbindung in das medizinische System scheint von den Einschränkungen in der Gesundheitskompetenz nicht beeinträchtigt zu sein. Allerdings hatte der vorausgehende Vergleich zu der Beobachtung geführt, dass mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz häufiger gesundheitliche Einschränkungen assoziiert sind. Ob die Nutzung der medizinischen Versorgungsangebote dem ggf. größeren Bedarf entspricht, kann nicht bewertet werden.

Niedrige Bildung in Assoziation mit ausreichender/eingeschränkter Gesundheitskompetenz

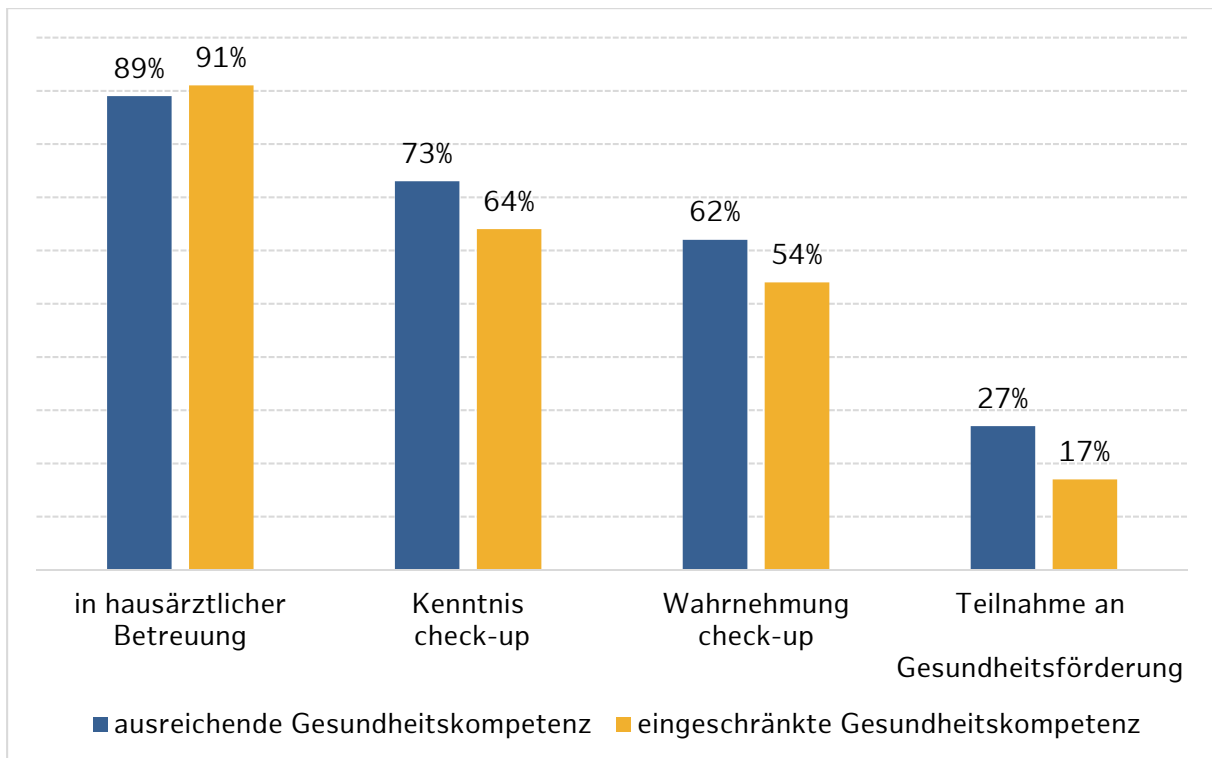


Abbildung 11: Innerhalb der Teilgruppe mit niedriger Bildung: Nutzung der medizinischen Versorgung in Abhängigkeit von der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Auch hier entspricht der Eindruck im Wesentlichen dem Ergebnis aus der Gesamtstichprobe: Innerhalb der Teilgruppe mit niedriger Bildung unterscheiden sich - in Abhängigkeit von der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz - die Angaben zur Nutzung des medizinischen Systems kaum; bemerkenswert ist ggf., dass bildungsferne Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz (signifikant) seltener an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilgenommen haben. Diese Beobachtung entspricht den Erwartungen und erinnert an die große Herausforderung, gerade diesen Kreis von Personen zu motivieren etwas für ihre Gesunderhaltung bzw. zur Gesundheitsförderung zu tun.

3.6 Gesundheitskompetenz und Nutzung von Informationsquellen

Im Kontext der Hamburger Befragung gaben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch Auskunft darüber, was ihre jeweilige Hauptinformationsquelle bezüglich gesundheitlicher Themen ist (s. Tab. 2).

Hauptinformationsquelle bezüglich gesundheitlicher Themen	Gesundheitskompetenz-Level	
	Ausreichend Anteil in %	Eingeschränkt Anteil in %
Persönliche Beratung	34,2	38,0
Fernsehen, Radio, Zeitschriften	9,9	7,6
Gespräche im Freundeskreis	13,0	16,5
Informationsangebote im Internet	38,9	29,6
Foren / soziale Netzwerke im Internet	4,0	8,4

Tabelle 2: Prävalenzen zur Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen in den beiden Teilgruppen mit ausreichender bzw. eingeschränkter Gesundheitskompetenz (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Persönliche Beratung und Informationsangebote im Internet sind – unabhängig von der selbst eingeschätzten Gesundheitskompetenz – die am häufigsten genannten Informationsquellen in Bezug auf gesundheitliche Fragen. Auf die klassischen Medien, Gespräche im Freundeskreis oder Foren und soziale Netzwerke entfallen deutlich weniger Nennungen. Auf den zweiten Blick sind allerdings auch Unterschiede in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenz auszumachen: Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz benennen deutlich häufiger die Informationsangebote im Netz als Hauptinformationsquelle, Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz verweisen hierbei doppelt so häufig auf Foren / soziale Netzwerke. Allerdings sind es auch in dieser Teilgruppe noch weniger als 10%, die hier ihre Hauptinformationsquelle für gesundheitsrelevante Fragen sehen.

3.7 Perspektivenwechsel

Welche Ergebnisse zeigen sich, wenn in der Auswertung als Startpunkt der aktuelle gesundheitliche Status fungiert? Die folgende Abb. 12 gibt einen Einblick aus anderer Perspektive – Gesundheitskompetenz „in Abhängigkeit“ vom gesundheitlichen Status.

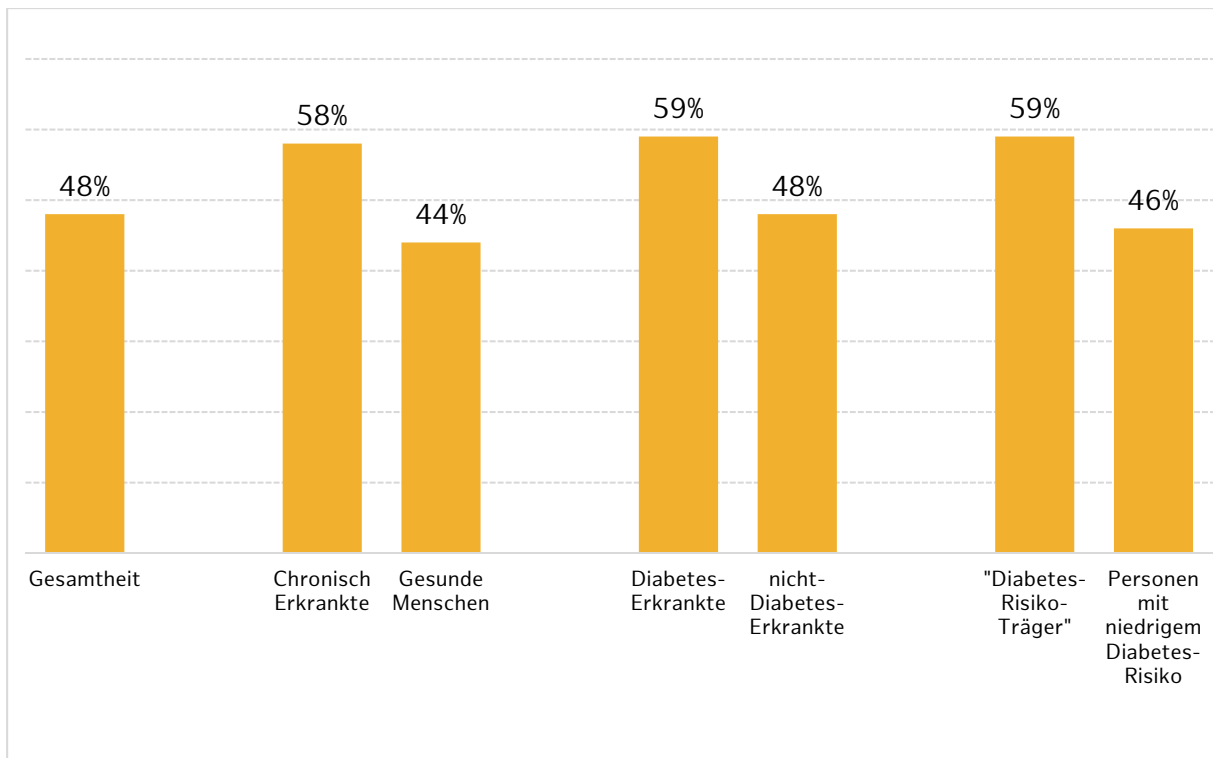


Abbildung 12: Prävalenz für eingeschränkte Gesundheitskompetenz in (vulnerablen) Teilgruppen (Quelle: Hamburger Befragung 2017/2018)

Die Vergleiche zeigen, dass mehr als die Hälfte der chronisch erkrankten Menschen nur eingeschränkt gesundheitskompetent sind. Sie werden ihre Kompetenz-Defizite vermutlich eher wahrnehmen als gesunde Menschen, die weniger von Beschwerden, Diagnosen und Therapieanweisungen betroffen sind. Für die Unterteilung nach Diabetes-Erkrankten⁶ und Nicht-Diabetikerinnen und -Diabetiker lässt sich diese Beobachtung replizieren. Das ist erwartungsgemäß, da die Diabetes-Erkrankten ja eine kleine Teilgruppe der chronisch Kranken darstellen. Bemerkenswert ist allerdings, dass auch diejenigen Befragten, die über ein Screening-Instrument als „Diabetes-Risiko-Träger“⁷ identifiziert wurden, ebenso häufig wie die chronisch Erkrankten nur eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen.

Das heißt, im Unterschied zu gesunden Befragten sind zwei vulnerable Teilgruppen zu erkennen: Chronisch Erkrankte und/oder Risiko-Träger. Diese Personen bringen - sowohl im Versorgungssystem als auch im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung - häufiger eine unzureichende Gesundheitskompetenz mit. Hier zeigt sich Handlungsbedarf. „Dass Interventionen auf die Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz zielen sollten, steht außer Frage - doch ebenso, dass dies allein nicht ausreichend ist. Vielmehr ist erforderlich, auch das Gesundheitssystem viel stärker als bisher auf die Stärkung von Gesundheitskompetenz auszurichten und es informations- und nutzerfreundlicher zu gestalten“ (Schaeffer et al 2016, Zusammenfassung ohne Seitenangabe).

⁶ Vorbehalt: kleine Anzahl s. FHH-BGV S. 83

⁷ FHH-BGV S. 79

4. Fazit

In Hamburg wurde erstmalig repräsentativ bei Personen im Alter zwischen 20 bis 60 Jahre mit der Kurzfassung eines international etablierten Fragebogens die individuellen Fähigkeiten erfasst, gesundheitsrelevante Informationen einzuholen, sie zu verstehen, sie zu beurteilen und entsprechend das eigene Verhalten danach auszurichten (Selbsteinschätzung).

Zusammengefasst ergibt sich daraus ein Überblick, wie in Hamburg die Gesundheitskompetenz ausgeprägt ist. Es zeigt sich demnach: Jede/r zweite in Hamburg hat eine ausreichende Gesundheitskompetenz, problematisch ist sie bei jeder dritten Person einzustufen und bei jedem/r Zehnten ist die Gesundheitskompetenz als inadäquat einzustufen. Werden die beiden zuletzt genannten Kategorien zusammengefasst ist damit – wie bundesweit - bei jedem/r zweiten Hamburger/in zwischen 20 und 60 Jahren von einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz auszugehen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung liegt vermutlich eine Unterschätzung vor, da Ältere nicht befragt wurden und Personen mit Migrationshintergrund nicht ausreichend repräsentiert sind.

Bekannte Assoziationen zwischen eingeschränkter Gesundheitskompetenz und niedrigem Sozialstatus bzw. niedriger Bildung wurden im Wesentlichen bestätigt. Eingeschränkte Gesundheitskompetenz ist häufiger mit ungünstigen Gesundheitsaspekten wie z.B. chronischer Erkrankung und niedriger Lebensqualität assoziiert. Diese Assoziation ist sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Teilgruppe mit niedriger Bildung festzustellen. Unzureichende Gesundheitskompetenz bei niedriger Bildung signalisiert besonderen Unterstützungsbedarf um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen.

5. Literatur

FHH-BGV / Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2018: Risikofaktoren und Prävention von Diabetes in Hamburg.
<https://www.hamburg.de/diabetes/12186052/diabetesbericht/>

Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K. 2016: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld.

Schaeffer D, Berens, EM, Vogt, D 2017: Health Literacy in the German Population. Deutsches Ärzteblatt International; 114:53-60

Jordan S, Hoebel J 2015: Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) Bundesgesundheitsblatt 2015; 58: 942-950.

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). Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR), Wien.

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)
Amt für Gesundheit
Fachabteilung Prävention, Gesundheitsförderung
und Öffentlicher Gesundheitsdienst
Billstraße 80a, 20539 Hamburg
www.hamburg.de/gesundheit



Hamburg

Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz