

# HEALTH LITERACY IN DEUTSCHLAND

Doris Schaeffer, Dominique Vogt,  
Eva-Maria Berens, Melanie Messer,  
Gudrun Quenzel, Klaus Hurrelmann

**Es handelt sich um einen Vorabdruck.**

Der Beitrag erscheint 2016 in: Schaeffer, D. Pelikan, J. (Hrsg.):  
Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven.  
Göttingen: Hogrefe

Projektförderung: BMJV Bundesministerium der Justiz und  
für Verbraucherschutz

# 1. Zur Diskussion über Health Literacy in Deutschland

Die Bedeutung von Health Literacy – wörtlich als gesundheitliche Literalität verstanden<sup>1</sup> – scheint mittlerweile unbestritten. Davon zeugt nicht zuletzt die jahrelang geführte Debatte über Eigenverantwortung, die nicht minder lange Diskussion über Patientenorientierung und -information, ebenso über die Stärkung der Nutzerkompetenz und -position (SVR, 2003, 2012). Auch in der Debatte über Empowerment und Befähigung von Bürgern, Patienten und Nutzern dazu, sich für ihre Gesundheit zu engagieren und bei Gesundheitsbeeinträchtigungen oder Krankheit aktiv an der Wiedererlangung gesundheitlichen Wohlbefindens mitzuwirken – sei es als Ko-Produzent oder bei der Entscheidungsfindung über Behandlungs- und Versorgungsfragen – spielt Health Literacy eine entscheidende Rolle. Die dazu in so unterschiedlichen Bereichen wie Gesundheitsförderung und Prävention, Krankheitsbewältigung, Gesundheitskommunikation, Patienteninformation/-beratung etc. geführten Auseinandersetzungen sind zahlreich, und auch die Liste der unterschiedlichen Schlagworte, unter denen sie geführt wurden, ist stattlich.

Erstaunlicherweise tauchte das Thema „Health Literacy“ dabei bis vor kurzem in Deutschland nicht auf oder wurde bestenfalls sehr verhalten aufgegriffen (Schaeffer & Dierks, 2012). Zwar fand es international, besonders im anglo-amerikanischen Raum seit geraumer Zeit, große Aufmerksamkeit in Wissenschaft und Forschung (siehe Rudd, auch Schulz & Hartung, in diesem Buch) vermochte sich hierzulande – trotz großen Engagements einiger Pioniere (Kickbusch & Marstedt, 2008) – aber nicht recht durchzusetzen.

Etwas anders sah die Situation in der Praxis aus. Dort wurden in Deutschland seit der Jahrtausendwende zahlreiche Innovationen angestoßen, um die Gesundheitsinformation der Bevölkerung zu verbessern. So wurde beispielsweise mit der Gesundheitsreform 2000 der Ausbau der unabhängigen Patienteninformation und -beratung initiiert. 2002 folgten die Etablierung trägerübergreifender Information und Beratung im Rehabilitationssektor und 2008 die Einrichtung von Pflegestützpunkten, in denen Information und Beratung rund um das Thema Pflege angeboten werden. Auch Kostenträger und Leistungserbringer stellen Information und Beratung zur Verfügung (Übersicht Schaeffer & Dierks, 2012; Schaeffer, Ewers, & Schmidt-Kaehler, 2014; SVR, 2012) und in den Medien – besonders im Internet – hat die Bereitstellung von Gesundheitsinformation expansiv an Bedeutung gewonnen.

Allerdings erfolgten viele dieser unbestritten wichtigen Schritte, ohne den Informationsbedarf und die Ausgangsvoraussetzungen – oder anders ausgedrückt – ohne die Lernvoraussetzungen der Bevölkerung genau zu kennen. Wollen Informationsangebote nicht fehl gehen, ist dies jedoch unerlässlich, denn nur durch genaue Kenntnis der Lernvoraussetzungen der Adressaten können sie pass- und zielgenau zugeschnitten werden, so dass sie anschlussfähig an das vorhandene Informations- und Wissensrepertoire sind und damit überhaupt rezipiert und in vorhandenes Wissen integriert werden können. Ansonsten stehen sie in Gefahr, an den Adressaten vorbei zu gehen oder aber sogar auf Abwehr- und Abstoßreaktionen zu stoßen.

Hier ist einer der Anknüpfungspunkte der Health-Literacy-Studien, wie sie international seit längerem vorliegen. Denn samt und sonders verfolgen sie die Intention, den Stand des Gesundheitswissens und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung empirisch zu beleuchten (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006; Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohman, & Rudd, 2005) und geben damit auch Einblick in die Ausgangs- und Lernvoraussetzungen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Daher ist es umso erstaunlicher, dass die internationale Health-Literacy-Debatte in Deutschland so lange Zeit kaum auf Resonanz stieß. Eine Veränderung der Situation erfolgte mit dem europäischen „European Health Literacy Survey“ (HLS-EU), dessen Ergebnisse erstmals 2012 präsentiert wurden (Pelikan & Ganahl,

---

<sup>1</sup> In Deutschland existieren eine Reihe an unterschiedlichen Bezeichnungen für „Health Literacy“ – zum Teil mit unterschiedlichen Bedeutungen. Im vorliegenden Beitrag halten wir an der Bezeichnung „Health Literacy“ fest und werden synonym dazu die Begriffe „gesundheitliche Literalität“ und Gesundheitskompetenz verwenden. Dabei wird „Health Literacy“ als Fähigkeit definiert, Gesundheitsinformation suchen, als geeignet identifizieren, verstehen, einschätzen und sie für die Entscheidungsfindung bei Alltagsfragen zur Gesundheitserhaltung, Bewältigung von Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie der Versorgungsnutzung nutzen zu können.

in diesem Buch). An dieser in acht europäischen Ländern durchgeführten Studie hatte sich Deutschland nur mit einem Bundesland beteiligt, was nochmals die zurückhaltende Diskussion in Deutschland belegt. Zudem ließen die Ergebnisse aufhorchen, denn das Health-Literacy-Niveau der Bevölkerung in Deutschland, richtiger im beteiligten Bundesland Nordrhein Westfalen, rangierte hinter den Niederlanden und Irland, bewegte sich dabei auf einem Niveau mit Polen und unterschied sich nur geringfügig von Griechenland (HLS-EU Consortium, 2012). Ausgelöst durch diese Befunde begann das Thema „Health Literacy“ schlagartig Aufmerksamkeit in Deutschland zu gewinnen, zumal unübersehbar war, dass gesamtdeutsche Daten fehlten. Seither haben sich einige Forschergruppen auf den Weg gemacht und mit Studien begonnen<sup>2</sup>.

Eine dieser Studien steht hier im Mittelpunkt. In ihr erfolgte erstmals eine bundesweite, repräsentative Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, basierend auf einer Befragung von 2000 Bürgern. Mit dieser Untersuchung wird die europäische Studie nun zeitlich verzögert um repräsentative Daten über die gesundheitliche Literalität der deutschen Bevölkerung und über mit ihr assoziierte Faktoren ergänzt. Damit erfolgt ein wichtiger Schritt, mit dem eine Lücke geschlossen werden kann.

Wie groß diese in Deutschland bestehende Forschungslücke bis dato war, zeigt ein kurzer Rückblick auf die angloamerikanische Forschung. Health Literacy hat hier seit längerem einen festen Platz auf der Agenda an Forschungsthemen. Bereits Anfang der 1990er Jahre wiesen die Ergebnisse eines in Amerika landesweit durchgeführten Surveys auf den hohen Anteil an Erwachsenen in der amerikanischen Bevölkerung hin, dem es schwer fällt, mit schriftlichen Informationen umzugehen. Zwischen 21 und 23 % – dies entspricht etwa 40 bis 41 Millionen Erwachsenen in Amerika – erreichten lediglich das niedrigste Literalitäts-Niveau (Level 1; siehe Kirsch, Jungeblut, Jenkins, & Kolstad, 1993, p. 17). Auch die in weiteren Folgerhebungen (National Assessment of Adult Literacy) erhobenen Daten bestätigten dies und zeigten zudem, dass der Umgang mit schriftlichen Informationen besonders dann Schwierigkeiten aufwirft, wenn sie einen gesundheitlichen Bezug aufweisen (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006). Aus einem ausgehändigten Terminzettel das Datum eines Termins zu identifizieren oder aus einer kurzen Anleitung zu einer medizinischen Untersuchung die relevanten Informationen herauszufiltern, stellt viele der befragten Amerikaner vor eine Herausforderung (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Untersuchungen aus England, Kanada und Australien. Auch in diesen Ländern sehen sich viele Bürger vor Schwierigkeiten gestellt, wenn sie sich im Gesundheits- und Versorgungssystem zurechtfinden und mit gesundheitsbezogenen Informationen umgehen müssen (ex. Williams, Clemens, Oleinikova, & Tarvin, 2003).

In Deutschland steht die Forschung zu Health Literacy also noch am Anfang. Zwar liegen inzwischen empirische Befunde über die literalen Fähigkeiten der Bevölkerung vor (Grotlüschen, Riekman & Buddeberg, 2012, p. 19; OECD, 2000), doch fehlen Daten über ihre gesundheitliche Literalität. Diese zu erheben, war das Ziel der hier im Mittelpunkt stehenden Studie über Health Literacy in Deutschland (HLS-GER)<sup>3</sup>. Ihre Ergebnisse geben Auskunft über Verteilung und Art von Health Literacy in der deutschen Bevölkerung und belegen, dass hier ein großes Public-Health-Problem besteht.

## 2. Konzeptionelles und methodisches Vorgehen bei der Erhebung

Konzeptionell lehnt sich die Studie an den European Health Literacy Survey an und basiert auf der ihr zugrundeliegenden Definition und auch dem konzeptionellen Modell<sup>4</sup> (Sørensen et al., 2012).

---

<sup>2</sup> Insgesamt sind inzwischen zwei bundesweite Health-Literacy-Studien entstanden (siehe Kolpatzik & Zok, in diesem Buch), ebenso eine Untersuchung über die Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen (Quenzel & Schaeffer, 2016). Darüber hinaus wurde Health Literacy Teil der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Untersuchung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (Jordan, Domanska, & Firnges, in diesem Buch). Auch ein Forschungsverbund widmet sich der Thematik und konzentriert sich dabei auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (Okan, Pinheiro, Zamora, & Bauer, 2015; Zamora et al., 2015).

<sup>3</sup> Die Studie wird vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) gefördert und an der Universität Bielefeld durchgeführt.

<sup>4</sup> Dieses Modell wurde in der deutschen Studie in Anlehnung an Squiers, Peinado, Berkman, Boudevyns, & McCormack (2012) um wichtige Faktoren, die mit Health Literacy assoziiert sind, ergänzt.

<sup>5</sup> Die Stichprobe ist für die Merkmale Alter, Geschlecht und Bundesland repräsentativ.

Die Erhebung der gesundheitlichen Literalität erfolgte mittels einer repräsentativen<sup>5</sup> Querschnittsuntersuchung der deutschen Bevölkerung ab 15 Jahren. Ihr lag die deutschsprachige Langversion des Fragebogens HLS-EU-Q47 zugrunde, der speziell für den europäischen Survey entwickelt wurde und eines der wenigen bislang vorliegenden deutschsprachigen Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Health Literacy darstellt. In diesem Fragebogen wird Health Literacy in insgesamt 47 Items operationalisiert. Die Items<sup>6</sup> zielen auf die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung, sowie die vier Stadien der Informationsverarbeitung<sup>7</sup>. Die Antwortskalen der Items waren vierstufig von „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, bis hin zu „ziemlich schwierig“, und „sehr schwierig“ (Röthlin, Pelikan, & Ganahl, 2013).

Die Stichprobenziehung basierte auf dem dreistufigen ADM<sup>8</sup>-Auswahlverfahren. Bei diesem Verfahren wird Deutschland als Fläche betrachtet und aufgegliedert. Aus dieser Flächenaufteilung der Bundesrepublik wurden insgesamt 258 Sample-Points und die dazugehörigen Startadressendatei als geographische Startpunkte der Datenerhebung ausgewählt. Von ihnen aus erfolgte die Auswahl der Befragungshaushalte. Mit Hilfe des Geburtstagschlüssels wurden dann die zu befragenden Personen ermittelt. So wurden 2000 Personen im Alter ab 15 Jahren, wohnhaft in Privathaushalten, in Deutschland im Rahmen von Computer Assisted Personal Interviews (CAPI) befragt. Die durchschnittliche Länge der Befragung<sup>9</sup> betrug etwa 60 Minuten.

Die erhobenen Daten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet<sup>10</sup>. Aus den Ergebnissen des HLS-EU-Q47 wurde ein Index berechnet, der sich aus allen 47 enthaltenen Items zusammensetzt und Auskunft über alle Bereiche gibt. Darüber hinaus wurden drei bereichsspezifische Indices (Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung) berechnet. Sie lassen Aussagen über den Anteil an Personen mit eingeschränkter Health Literacy in der deutschen Bevölkerung zu und weisen damit indirekt auf die Ausgangslage und Lernvoraussetzungen hin.

## 3. Health Literacy in Deutschland – empirische Befunde

### 3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe (siehe Tabelle 1) besteht jeweils ungefähr zur Hälfte aus männlichen und aus weiblichen Befragten. Differenziert nach Altersgruppen ist mit knapp 20 % in der Altersgruppe zwischen 15 bis 29 Jahren der kleinste Anteil zu finden. Weitere ca. 25 % der Befragten sind 30 bis 45 Jahre alt. Der größte Anteil der Befragten – insgesamt 31,6 % – gehört der Altersgruppe der 46- bis 64-Jährigen an. Knapp 24 % sind 65 Jahre oder älter. Die älteste befragte Person in der Stichprobe des deutschen Health Literacy Surveys ist nach eigenen Angaben 99 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 48,2 Jahren (SD=18,1) und ist damit etwas höher als im European Health Literacy Survey (M= 46,0; SD= 18,6).

Um das Bildungsniveau zu erfassen, wurde die International Standard Classification of Education (ISCED) zugrunde gelegt: Danach verfügen 33,6 % der Befragten über ein niedriges Bildungsniveau, weitere 48,9 % über ein mittleres und 17,5 % über ein hohes Bildungsniveau.

Einen Migrationshintergrund weist mit 7,9 % nur ein kleiner Teil der Befragten auf. Migrationshintergrund wird in der vorliegenden Untersuchung als eigene Migrationserfahrung und elterliche Migrationserfahrung definiert. Bemerkenswert ist, dass über ein Viertel der Befragten unter mindestens einer chronischen Erkrankung leidet.

<sup>6</sup>Zu den Items zählen beispielsweise „Wie schwierig / einfach ist es Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?“, „Wie schwierig / einfach ist es Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?“ oder „Wie schwierig / einfach ist es zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?“.

<sup>7</sup>Die vier Stadien der Informationsverarbeitung gliedern sich in das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen (Röthlin, Pelikan, & Ganahl, 2013, p. 16).

<sup>8</sup>Der ADM („Arbeitsgemeinschaft Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V.“) vertritt als Verband die Interessen der wirtschaftlichen Forschungsinstitute in Deutschland.

<sup>9</sup>Die Befragung wurde im Sommer 2014 durch das Umfrageinstitut Ipsos GmbH durchgeführt.

<sup>10</sup>Die Auswertung der Daten wurde durch das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) unterstützt.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung des deutschen Health Literacy Surveys (n=2000)

	Anteil in %	n
<b>Altersgruppe</b>		
15 - 29 Jahre	19,7	394
30 - 45 Jahren	24,9	499
46 - 64 Jahre	31,6	631
ab 65 Jahre	23,8	476
Durchschnittsalter	48,24 Jahre	SD 18,19
<b>Geschlecht</b>		
Frauen	51,1	1.022
Männlich	48,9	977
<b>Bildungsstand nach ISCED</b>		
niedrig	33,6	669
mittel	48,9	972
hoch	17,5	349
<b>Migrationshintergrund</b>		
Ja	7,9	158
nein	92,1	1.836
<b>Chronische Erkrankung</b>		
ja	25,0	499
nein	75,0	1.495

### 3.2 Health Literacy in der Allgemeinbevölkerung

Fragen wir zunächst, wie sich das Health-Literacy-Niveau der deutschen Bevölkerung darstellt und richten den Blick dazu auf die berechneten Health-Literacy-Indices. Im Durchschnitt wurde in der vorliegenden Untersuchung ein Health-Literacy-Punktwert von 32,78 erreicht (mögliche Werte von 0 bis 50; SD=6,18). Er ist etwas niedriger als in der europäischen Studie: Dort betrug der Punktwert 33,8 (SD=8).

Nach Einteilung in die verschiedenen Health Literacy-Niveaus zeigt sich folgendes Bild (siehe Abbildung 1).

Über ein exzellentes Health-Literacy-Niveau verfügen 7,3 % der deutschen Bevölkerung. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung sind dies knapp acht Millionen Bürger. Sie besitzen eine gute Informationsbasis und ihnen fällt es leicht, mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Auch Gesundheitsinformation zu verstehen und einzuschätzen, sehen sie als einfach an. Für ähnlich problemlos halten sie es, sich bei Bedarf Informationen zu verschaffen und das daraus gewonnene Wissen für den Umgang mit Herausforderungen bei der Gesundheits- und Krankheitsbewältigung oder bei der Nutzung des Gesundheitssystems zu nutzen – zum Beispiel im Notfall einen Krankenwagen zu rufen oder Anweisungen von Ärzten und Apothekern zu folgen. Sie bilden jedoch – wie bereits beim ersten Blick zu erkennen ist – einen verhältnismäßig kleinen Anteil der Bevölkerung in Deutschland.

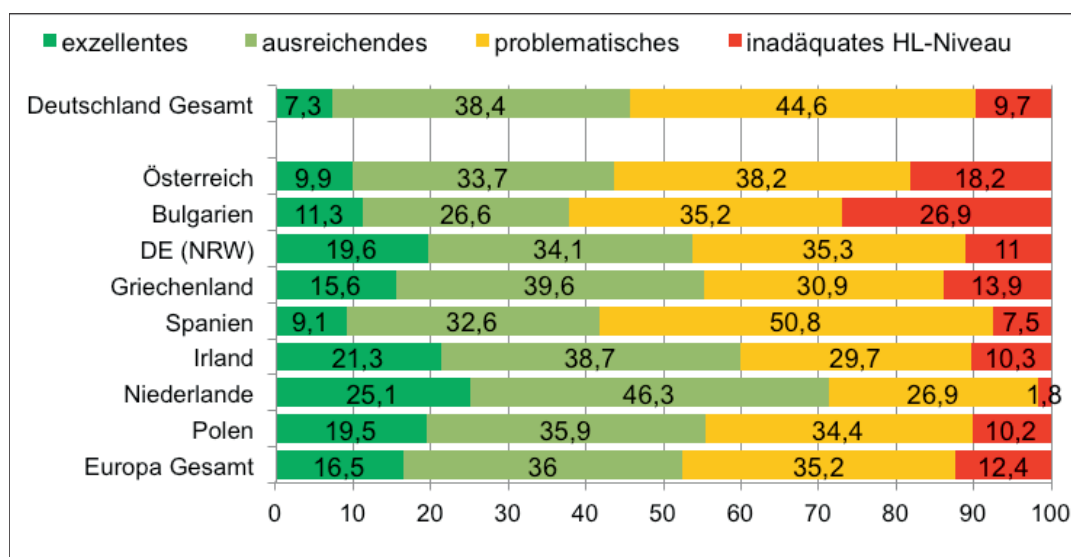
Deutlich größer ist der Anteil an Personen mit ausreichender Health Literacy: 38,4 % der Befragten verfügen über ein als ausreichend zu bezeichnendes Health-Literacy-Niveau. Auch sie besitzen eine solide Informationsbasis und sind in der Lage, sich Gesundheitsinformation zugänglich zu machen, zu verstehen und zu nutzen. Gleichzeitig werden von ihnen im Vergleich zur Gruppe mit exzellenter Health Literacy aber weniger gesundheitliche Anforderungen als einfach eingeschätzt. So halten sie es beispielsweise für

schwierig, Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen oder zu beurteilen, wann eine Zweitmeinung von einem Arzt einzuholen ist. Insgesamt aber überwiegt die Einschätzung, dass es relativ leicht ist, mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn es darum geht, sich Zugang zu Informationen über Krankheitssymptome zu verschaffen oder herauszufinden, wo im Krankheitsfall professionelle Hilfe zu erhalten ist. Auch den Anweisungen ihres Apothekers oder Arztes zu folgen, stellt sie vor keine besondere Herausforderung, sondern wird überwiegend als einfach oder gar sehr einfach angesehen.

Der größte Anteil der Befragten – insgesamt 44,6 % – verfügt über ein problematisches Health-Literacy-Niveau<sup>11</sup>. Diese Befragten haben deutlich häufiger Schwierigkeiten bei der Suche, dem Verstehen, der Beurteilung und Nutzung von Gesundheitsinformationen. Die Befragten mit problematischer Health Literacy schätzen in allen drei erfragten Bereichen – Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung – eine ganze Reihe an Anforderungen als „ziemlich schwierig“ oder sogar „sehr schwierig“ ein, so beispielsweise das Beurteilen von Vor- und Nachteilen von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Über 55 % der Befragten mit problematischer Health Literacy halten dies für „ziemlich“ oder „sehr schwierig“. Ähnliches gilt für die Beurteilung von Informationen über Krankheiten oder psychische Gesundheitsprobleme. Auch dies ist ihrer Einschätzung nach keine leichte Aufgabe: So halten es beispielsweise 42,7% der Befragten mit problematischer Health Literacy für „ziemlich schwierig“, Informationen darüber zu verstehen, wie sie psychisch gesund bleiben. 7,4 % finden dies sogar „sehr schwierig“.

Bei knapp zehn Prozent (9,7 %) der Befragten kann insgesamt von einer „inadäquaten“ Health Literacy gesprochen werden. Sie halten es in allen der drei erfragten Bereiche für schwer, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen. Im Bereich Krankheitsbewältigung wird es beispielsweise von 30 % der Personen mit inadäquatem Health-Literacy-Niveau als „sehr schwierig“ angesehen, die Packungsbeilagen ihrer Medikamente zu verstehen. Auch zu beurteilen, wann eine zweite Meinung von einem Arzt einzuholen ist, stellt aus Sicht der Befragten keine leichte Aufgabe dar: Knapp 70 % schätzen dies als „ziemlich schwierig“ und weitere 17,7 % sogar als „sehr schwierig“ ein. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung: Sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in der Schule oder Kommune/Gemeinde zu informieren oder mediale Informationen zur Gesundheitserhaltung und -förderung zu verstehen, stellt für sie eine Hürde dar. Zusammenfassend verfügen damit insgesamt 54,3 % der deutschen Bevölkerung über eine limitierte

Abbildung 1: Prozentverteilungen des Gen-Health-Literacy-Niveaus der am European Health Literacy Survey beteiligten Länder (HLS-EU Consortium, 2012) und des deutschen Health Literacy Surveys



<sup>11</sup>Die Bezeichnung „problematisch“ wurde aus dem European Health Literacy Survey und den österreichischen Health Literacy Studien übernommen. Dieses bezeichnet eines der zwei Health Literacy-Niveaus bei denen von einer „limitierten“ Health Literacy ausgegangen wird. Kennzeichnend ist, dass befragte Personen mit problematischem Health Literacy-Niveau in den 47 Items häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben (HLS-EU Consortium, 2012, p. 3).

Health Literacy. Anders ausgedrückt: Über die Hälfte der deutschen Bevölkerung hat diesen Ergebnissen zufolge Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Schauen wir, wie sich die Deutschland-Daten zu den Ergebnissen der europäischen Studie verhalten.

Beide Studien kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Dennoch lassen sich einige interessante Unterschiede erkennen, die kurz in den Blick genommen werden sollen (siehe Abbildung 1).

Auffällig ist, dass der Anteil an Personen mit limitiertem Health-Literacy-Niveau in der Deutschland Studie größer ist als in der europäischen Studie (HLS-GER: 54,3 % vs. HLS-EU: 47,6 %). Dies zeigt sich besonders bei der Kategorie „problematisches Health-Literacy-Niveau“: Hier liegt der Anteil in der deutschen Studie knapp 10 % höher als in der europäischen Studie (HLS-GER: 44,6 % vs. HLS-EU: 35,2 %). Eine vergleichbar große Differenz ist auch bei der Kategorie „exzellentes Health-Literacy-Niveau“ zu finden. Über eine exzellente gesundheitliche Literalität verfügen in der europäischen Studie 16,5 %; in Deutschland sind es im Vergleich dazu nur 7,3 %.

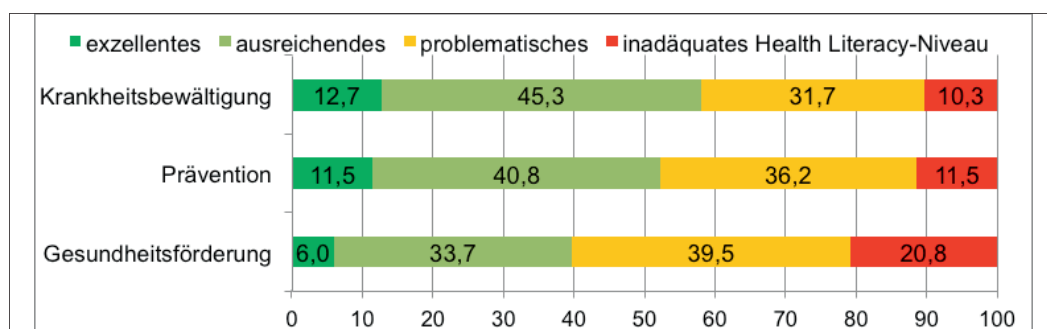
Der Umgang und die Nutzung von Gesundheitsinformation werden damit von der hiesigen Bevölkerung seltener als einfach oder sehr einfach eingeschätzt. Im Vergleich mit den an der europäischen Studie beteiligten Ländern fällt auf, dass den Ergebnissen der vorherigen Studie zufolge in Deutschland der geringste Anteil an Befragten mit exzellentem Health-Literacy-Niveau zu finden ist. Zudem ist der Anteil an Befragten mit problematischer Health Literacy hier am zweithöchsten. Lediglich in Spanien haben mit knapp 51 % mehr Befragte ein problematisches Health-Literacy-Niveau.

Zwar unterscheiden sich die Gesundheits- und Versorgungssysteme der Länder zum Teil erheblich, was eine mögliche Erklärung<sup>12</sup> für diese Befunde sein kann. Dennoch bleiben der hohe Anteil limitierter Health Literacy und der geringe Anteil exzellenter Health Literacy in Deutschland aus Public-Health-Sicht auffällig.

## 4. Unterschiede im Health-Literacy-Niveau in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung

Betrachten wir nachfolgend die erfragten Bereiche Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung genauer. Relativ leicht fällt den Befragten offenbar, den Anforderungen im Bereich Krankheitsbewältigung nachzukommen, in dem es schwerpunktmäßig um den Umgang mit Krankheiten sowie deren Behandlung und Versorgung geht. Hier ist der höchste Anteil an Befragten mit einem exzellenten und ausreichenden Health-Literacy-Niveau zu finden. Analog dazu ist der Anteil an inadäquater (10,3 %) und problematischer (31,7 %) Health Literacy im Bereich Krankheitsbewältigung der niedrigste im Vergleich aller vier gebildeten Niveaus (siehe Abbildung 2).

Etwas geringer sind die Prozentwerte im Bereich Prävention: 11,5 % der Befragten schätzen den Umgang mit Gesundheitsinformationen, wie beispielsweise Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesunden



**Abbildung 2:** Prozentverteilung der Health-Literacy-Niveaus in den Bereichen Krankheitsbewältigung (n=1971), Prävention (n=1951) und Gesundheitsförderung (n=1914) für die Gesamtstichprobe des deutschen Health Literacy Surveys

<sup>12</sup>Zudem unterscheiden sich beide Studien ebenfalls hinsichtlich der Stichprobenziehung. Auch diese Unterschiede sind bei Betrachtung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Verhaltensweisen ausfindig zu machen oder die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit von Impfungen zu verstehen, als relativ einfach ein. Insgesamt haben 47,7 % der Befragten vermehrt Probleme mit der Einschätzung solcher Informationen und wurden daher einem limitierten Health-Literacy-Niveau zugeordnet.

Besonders im Bereich der Gesundheitsförderung gibt es einige Aufgaben, die aus Sicht der Befragten mit Schwierigkeiten verbunden sind. Über 20 % der Befragten haben in diesem Bereich ein inadäquates Health-Literacy-Niveau. Eine limitierte Health Literacy – also problematische und inadäquate Health Literacy zusammengenommen – weisen hier sogar gut 60 % der Befragten auf; ein exzellentes Niveau lediglich 6 %. Fragen und Situationen, in denen es darum geht, sich für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens einzusetzen, bereiten den Befragten also größere Schwierigkeiten.

Festzuhalten bleibt somit, dass der Umgang mit Informationen zur Gesundheitsförderung für deutlich schwieriger gehalten wird als zu den anderen erfragten Bereichen. Bei der Entwicklung und Konzipierung von Interventionen ist dies besonders zu beachten.

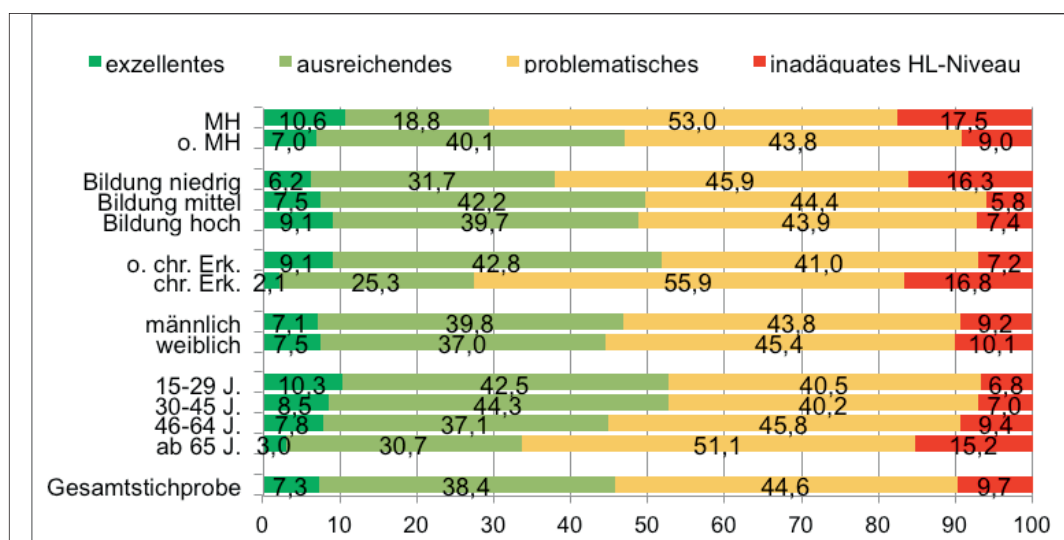
Auch im European Health Literacy Survey wurden die Anforderungen im Bereich der Gesundheitsförderung von den Befragten am häufigsten als „schwierig“ eingestuft. Knapp über die Hälfte aller dort befragten EU-Bürger wies in diesem Bereich eine limitierte Health Literacy auf (HLS-EU Consortium, 2012).

Wie schon bei der Betrachtung des umfassenden Health-Literacy-Niveaus zeigen sich zwischen dem deutschen und dem europäischen Health Literacy Survey auch differenziert nach den einzelnen Bereichen bei dem exzellenten Health-Literacy-Niveau die größten Unterschiede. Sowohl in den Bereichen Krankheitsbewältigung und Prävention als auch im Bereich Gesundheitsförderung ist der Anteil exzellenter Health Literacy in der europäischen Studie deutlich höher als in der deutschen.

## 5. Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Health-Literacy-Niveau

Nachfolgend sollen die Ergebnisse unter Populationsgesichtspunkten betrachtet und gefragt werden, welche Bevölkerungsgruppen als vulnerabel einzuschätzen sind und daher besonders beachtet werden sollten. Dazu gehören – wie die Abbildung 3 zeigt – Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedriger Bildung, Menschen im höheren Lebensalter ab 65 Jahren und Menschen mit chronischer Krankheit<sup>13</sup>.

**Abbildung 3:** Prozentverteilungen Gen-Health-Literacy-Niveau für die Gesamtstichprobe des deutschen Health Literacy Surveys (n=1946) und die Untergruppen (MH, n=158), (o.MH, n=1788), (Bildung niedrig, n=648), (Bildung mittel, n=950), (Bildung hoch, n=339), (o. chr. Erk., n=1450), (chr. Erk., n=489), (Männlich, n=949), (Weiblich, n=997), (15–29 J., n=376), (30–45 J., n=490), (46–64 J., n=619), (ab 65 J., n=462)



<sup>13</sup>Ähnlich sind die Ergebnisse des European Health Literacy Surveys: auch hier konnten Menschen mit niedriger Bildung, ältere Menschen ab 76 Jahren und Menschen mit mindestens einer lang andauernden, chronischen Erkrankung als vulnerable Gruppe identifiziert werden (HLS-EU Consortium, 2012, p. 55).



Besonders ins Auge fallen Menschen mit Migrationshintergrund. Bei ihnen weisen 17,5 % ein inadäquates Health-Literacy-Niveau auf. Auch der Anteil mit einem problematischen Health-Literacy-Niveau ist bei Menschen mit Migrationshintergrund sehr viel größer als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (53 % vs. 43,8 %). Vor allem Anforderungen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung halten sie für schwerer zu bewältigen. So fällt es nahezu 57 % der Befragten mit Migrationshintergrund beispielsweise schwer zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind. Über die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund hält es zudem für „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden. Deutlich seltener haben sie hingegen Probleme im Bereich der Krankheitsbewältigung: im Notfall einen Krankenwagen zu rufen, ist für sie „ziemlich einfach“ (38,7 %) oder „sehr einfach“ (51,2 %).

Der höhere Anteil limitierter Health Literacy bei Menschen mit Migrationshintergrund dürfte u. a. auf Sprachbarrieren und Unwissen über das deutsche Gesundheitssystem oder aber ein niedrigeres Bildungsniveau zurückzuführen sein (Borde, 2009, Spallek & Razum, 2008). Dies zeigt auch die von uns durchgeführte Studie zur gesundheitlichen Literalität vulnerabler Gruppen (Messer, Vogt, Quenzel, & Schaeffer, und Quenzel, Schaeffer, Messer, & Vogt, in diesem Buch; auch Quenzel & Schaeffer, 2016).

Auch die Befragten mit niedrigem Bildungsgrad verfügen häufiger über eine limitierte Health Literacy als Menschen mit einem mittleren oder hohem Bildungsgrad. Denn nur 7,4 % der Befragten mit hohem Bildungsniveau und 5,8 % mit mittlerem Bildungsniveau weisen ein inadäquates Health-Literacy-Niveau auf. Dagegen liegt dieser Anteil bei den Befragten mit niedrigem Bildungsniveau bei 16,3 %. Ähnlich sieht es bei dem problematischen Health-Literacy-Niveau aus – auch hier haben Menschen mit niedrigem Bildungsniveau mit fast 46 %, den höchsten Anteil. Analog dazu weisen nur 6,2 % der Befragten mit einem niedrigen Bildungsstand ein exzellentes Health-Literacy-Niveau auf und schätzen den Umgang und die Nutzung mit Gesundheitsinformationen als einfach ein. Bei den Befragten mit hohem Bildungsniveau beläuft sich der Anteil auf gut 9 % und bei denjenigen mit mittlerem Bildungsgrad auf 7,5 %.

Menschen mit niedriger Bildung schätzen – ähnlich wie Menschen mit Migrationshintergrund – besonders die Anforderungen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung häufiger als schwierig ein. Dazu zählt beispielsweise zu beurteilen, welche Impfungen benötigt werden oder ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind.

Auch ältere Menschen ab 65 Jahren gehören zu den sogenannten vulnerablen Gruppen. Bei ihnen beträgt der Anteil derjenigen mit einem inadäquaten Health-Literacy-Niveau 15,2 %. Weitere gut 51 % verfügen über eine problematische Health Literacy. Zusammengefasst weisen damit insgesamt 66,3 % der älteren deutschen Bevölkerung eine eingeschränkte gesundheitliche Literalität auf. Vor dem Hintergrund des voranschreitenden demografischen Wandels ist dies ein brisantes Ergebnis. Denn der Anteil älterer Menschen und damit auch derjenigen, die in eine Lebensphase eintreten, in der die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitseinbußen und Krankheit zunimmt und Health Literacy notwendiger denn je ist, wird in den kommenden Jahren deutlich zunehmen.

Insgesamt lassen die Daten ein „Altersgefälle“ erkennen: Nahezu durchgehend schneiden die jüngeren Bevölkerungsgruppen besser ab. Bei den 15- bis 29-Jährigen beträgt der Anteil mit exzellentem umfassenden Health-Literacy-Niveau 10,3 %; in der Gruppe der 30- bis 45-Jährigen sind es immerhin noch 8,5 %, während in der Altersgruppe der 46- bis 64-Jährigen nur noch 7,8 % eine exzellente Health Literacy aufweisen. Lediglich drei Prozent der Befragten ab 65 Jahren verfügen über ein exzellentes Health-Literacy-Niveau.

Ein Unterschied zwischen den Altersgruppen zeigt sich auch, wenn anders herum das Ausmaß inadäquater Health Literacy betrachtet wird. Hier nehmen ältere Menschen ab 65 Jahren den höchsten Anteil ein,

während bei den 15- bis 29-Jährigen lediglich 6,8 % ein inadäquates Health-Literacy-Niveau aufweisen.

Auch in den einzelnen Bereichen zeigen sich deutliche Unterschiede, so vor allem in den Bereichen Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung. Bei den Fragen zur Prävention sind die Unterschiede gering – besonders, wenn der Anteil an Befragten mit inadäquater Health Literacy betrachtet wird. Die Werte variieren bei den Altersgruppen zwischen 10,7 % und 12,4 %. Anders sieht es im Bereich Gesundheitsförderung aus. Hier besteht ein deutliches Altersgefälle: So haben bei den ab 65-Jährigen mehr als 70 % eine limitierte Health Literacy. Im Vergleich dazu sind es bei den 30- bis 45-Jährigen „nur“ 51,5 %.

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen dürften sich u. a. dadurch erklären, dass ältere Menschen infolge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen intensiveren Kontakt mit dem Gesundheitswesen haben und in höherem Ausmaß darauf angewiesen sind, mit Gesundheitsinformation umzugehen. Folglich werden sie direkter und intensiver mit sich dabei stellenden Hürden und Herausforderungen konfrontiert. Zu vermuten ist daher, dass ältere Menschen durch ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem die Items zur Erfassung von Health Literacy (deutlich) anders einschätzen als Personen, die kaum oder seltener Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben. Dennoch bleibt der hohe Anteil an limitierter Health Literacy bei älteren Menschen beachtenswert, denn speziell im Alter erfordern Gesundheitseinbußen und Krankheiten – wie erwähnt – ein gutes Selbstmanagement und das wiederum setzt Gesundheitsinformation und -kompetenz voraus.

Aber nicht nur in der Gruppe der älteren Menschen ist der Anteil an Personen mit problematischer oder gar inadäquater Health Literacy höher als in der Allgemeinbevölkerung. Ähnlich stellt sich die Situation chronisch Erkrankter dar: Auch sie gehören zu den sogenannten vulnerablen Gruppen, die über eine eingeschränkte Health Literacy verfügen: 16,8 % von ihnen haben eine inadäquate und 55,9 % eine problematische Health Literacy – deutlich mehr als Befragte, die nicht unter einer chronischen Krankheit leiden. Denn von den Menschen ohne chronische Erkrankung haben lediglich 7,2 % ein inadäquates Health-Literacy-Niveau. Aber auch in dieser Gruppe ist der Anteil an Befragten mit problematischer Health Literacy mit 41 % relativ groß. Damit in Einklang ist bei den Befragten mit chronischer Krankheit der Anteil derjenigen, die über ein exzellentes Health-Literacy-Niveau verfügen (ca. 2 %) sehr gering.

Verblüffend ist, dass sich chronisch Erkrankte vor allem im Bereich Krankheitsbewältigung vor Schwierigkeiten gestellt sehen. So haben 21 % in diesem Bereich eine inadäquate und gut 42,1 % eine problematische Health Literacy<sup>14</sup>. Lediglich 2,8 % der Menschen mit chronischer Krankheit erreichten in diesem Bereich ein exzellentes Health-Literacy-Niveau. Für viele von ihnen ist es „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“, Informationen über Therapien (46,9 %) oder über Krankheitssymptome (37,6 %) zu finden. Dieses Ergebnis überrascht – besonders wenn man bedenkt, dass chronisch Erkrankte über viele Jahre mit ihrer Krankheit leben und im Alltag mit ihr und dem meist umfangreichen Therapie- und Behandlungsregime umgehen müssen, was Wissen und Information voraussetzt. Umso mehr erstaunt daher der hohe Anteil derjenigen, die Schwierigkeiten bei der Informationssuche zur Therapie bzw. Behandlung haben.

Aber auch das Beurteilen und Einschätzen ist für die Menschen mit chronischer Krankheit schwierig. Beispielsweise wird es von 60,6 % als ziemlich oder sehr schwierig eingeschätzt, Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen. Ein Grund dafür könnte darin bestehen, dass dies eine relativ komplexe Aufgabe darstellt, die relativ hohes Gesundheits- bzw. medizinisches Wissen erfordert, das aber keineswegs – wie die Daten zeigen – durchgängig vorausgesetzt werden kann. Auch zu beurteilen, ob eine Zweitmeinung von einem anderen Arzt eingeholt werden sollte, stellt die Befragten mit chronischer Krankheit vor Schwierigkeiten (54 %).

Ebenso ist es mit der Nutzung der vom Arzt erhaltenen Information für die Entscheidungsfindung. Dies fällt vielen von ihnen – insgesamt 35,9 % – schwer. Hier wiederum könnte zum Tragen kommen, dass dies Aufgaben sind, die das traditionelle Verständnis der Patientenrolle überschreiten und mögli-

---

<sup>14</sup>Auch dieses Ergebnis korrespondiert mit den Ergebnissen des European Health Literacy Surveys: Dort ist der Anteil an limitierter Health Literacy bei Menschen mit chronischer Krankheit besonders hoch. 61 % der Befragten (mit mehr als einer chronischen Erkrankung) hat dort ein limitiertes Health Literacy-Niveau (HLS-EU Consortium, 2012).

cherweise von denjenigen Befragten, die sich mit dem Wandel der Patientenrolle schwer tun oder ihn noch nicht nachvollzogen haben, nicht bewältigt werden können – nicht zuletzt, weil ihnen die dazu nötigen Kompetenzen fehlen (siehe auch Schmidt-Kaehler in diesem Buch). Doch auch herkömmliche Herausforderungen, wie das Verstehen von Beipackzetteln ihrer Medikamente, werfen für diese Gruppe Probleme auf: Mit fast 55 % schätzt über die Hälfte dies als schwierig ein, und auch hier ist zu bedenken, dass die medikamentöse Therapie die zentrale Behandlung bei chronischer Krankheit ist, die oft über Jahre hinweg besteht.

Diese Schwierigkeiten erstaunen, denn viele Jahre lang wurde von der Annahme ausgegangen, dass chronisch Erkrankte im Verlauf der Krankheit zu Experten in eigener Sache und in Krankheitsbelangen werden. Die vorgestellten Daten lassen Zweifel an dieser Annahme aufkommen und legen die Vermutung nahe, dass eher Hilf- und Ratlosigkeit zunehmen. Zugleich ist zu bedenken, dass chronisch Erkrankte sich aufgrund der Dauerhaftigkeit und Langjährigkeit ihrer Krankheit und ihrer häufig fragilen Gesundheitssituation intensiver mit den Anforderungen der Krankheitsbewältigung und mit dem Gesundheitssystem auseinandersetzen müssen und daher auch mehr mit deren Schwierigkeit und Komplexität konfrontiert sind. Daher liegt auch bei ihnen die Vermutung nahe, dass sie das Gesundheitssystem und die Anforderungen der Krankheitsbewältigung aufgrund ihrer Erfahrungen anders einschätzen als Personen, die nicht so häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben.

Dennoch: Gerade für Menschen mit chronischer Krankheit und dauerhaft eingeschränkter Gesundheit ist es besonders wichtig, über Gesundheitsinformationen zu verfügen und sie nutzen zu können, um die eigene Situation managen, verbliebene Gesundheitsressourcen erhalten und fördern und auch, um Verschlimmerungen und Pflegebedürftigkeit prävenieren zu können – samt und sonders Herausforderungen, die durch den demografischen und epidemiologischen Wandel immer wichtiger werden (siehe Schaeffer in diesem Buch).

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass insbesondere Bevölkerungsgruppen, die aus Public-Health-Perspektive ohnehin als vulnerabel und als von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bedroht gelten, auch aus Health-Literacy-Sicht in Deutschland als „gefährdet“ identifiziert werden können. Denn sie haben eine niedrigere Gesundheitskompetenz und sehen sich vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt, mit Gesundheitsinformationen umzugehen, sich notwendiges Wissen anzueignen und es konstruktiv für die Erhaltung der eigenen Gesundheit oder die Nutzung des Gesundheitssystems einzusetzen.

## 6. Diskussion und Fazit

Die vorgestellte Studie zielt darauf, empirische Erkenntnisse über die Verteilung und Art von Health Literacy in der deutschen Bevölkerung zu liefern und damit die in der europäischen Studie bestehende Datenlücke zu schließen. Diese war daraus erwachsen, dass sich Deutschland seinerzeit nur mit einem Bundesland an dieser Studie beteiligt hatte. Mit den erhobenen Daten soll zudem ermöglicht werden, die Ausgangs- oder Lernvoraussetzungen der deutschen Bevölkerungen genauer zu beschreiben und damit eine Datenbasis zu schaffen, um bedarfsgerechte und passgenaue Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitsinformation und -kompetenz entwickeln zu können. Denn obschon in den vergangenen Jahren einiges angestoßen wurde, um die Gesundheitsinformation der Bevölkerung in Deutschland zu verbessern, erfolgten die unternommenen Schritte – und dies war die Krux – meist ohne genaue Kenntnis des Informationsstands und der Ausgangs- bzw. Lernvoraussetzungen der deutschen Bevölkerung und stehen damit immer in Gefahr, ihr Ziel nicht zu erreichen.

Dass diese Gefahr nicht unrealistisch ist, belegen die vorgestellten Ergebnisse<sup>15</sup>. Sie zeigen, dass in

---

<sup>15</sup>Die Ergebnisse wurden in etwas abweichender Form von den weiteren deutschen Health Literacy Studien bestätigt (siehe Jordan, Domanska, & Firnges und Kolpatzik & Zok, in diesem Buch).

Deutschland mehr Menschen als bislang angenommen eine limitierte Health Literacy haben. Einen Großteil der deutschen Bevölkerung – konkret 54,3 % – stellt der Umgang mit Gesundheitsinformationen vor Schwierigkeiten. In allen drei erfragten Bereichen – Krankheitsbewältigung/Umgang mit dem Gesundheitssystem, Prävention und Gesundheitsförderung – geht er mit Herausforderungen einher, die aus subjektiver Sicht oft nicht adäquat bewältigt werden können.

Ebenso wurden soziale Ungleichheiten deutlich, denn bestimmte Bevölkerungsgruppen – hier als vulnerable Gruppen bezeichnet – sind besonders häufig vor Probleme im Umgang mit Gesundheitsinformation gestellt und haben eine niedrigere Health Literacy. Dies sind Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsgrad, ältere Menschen sowie chronisch Erkrankte, die ohnehin höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, über eine schlechtere Ressourcenausstattung verfügen und durch soziale und gesundheitliche Ungleichheit bedroht sind. Deshalb sind gerade sie auf eine ausreichende Health Literacy angewiesen.

Überraschend ist der hohe Anteil an chronisch Erkrankten mit niedriger Health Literacy, weil bislang immer unterstellt wurde, dass Erfahrungsakkumulation, wie sie durch die Krankheitssituation automatisch gegeben ist, zu Kompetenzgewinn und Expertise führt. Stattdessen scheinen eher Irritation, Verunsicherung und empfundene Schwierigkeiten die Folge zu sein, eine Annahme, die weiter zu prüfen sein wird.

Die Ergebnisse belegen damit, was in der anglo-amerikanischen Diskussion bereits seit längerem als offensichtlich gilt: Health Literacy ist ein Public-Health-Problem (Nutbeam, 2000), das in engem Zusammenhang zu Fragen gesundheitlicher Ungleichheit steht. Daher dürfte es auch hierzulande sinnvoll sein, dem Beispiel anderer Länder zu folgen und zu einem alle Gesellschaftsbereiche einbeziehenden Aktionsplan zur Förderung von Health Literacy zu kommen, denn die Verbesserung der Gesundheitsinformation und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung tangiert nicht nur das Gesundheitswesen, sondern beispielsweise auch den Bildungs- und Ausbildungssektor und vor allem den Lebensalltag und bedarf in all diesen Bereichen eines systematischen, abgestimmten Maßnahmenkonzepts.

Zugleich kann und darf das Thema Interventionsentwicklung nicht in die Zukunft verschoben werden. Schon jetzt zeigt die sicher noch verbesserbare Datenlage, dass Interventionen gefordert sind. Dazu gehören zunächst einmal Maßnahmen, um das Gesundheitswissen und die Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen durch basale evidenzbasierte Gesundheitsinformation zu verbessern. Ferner sind zielgruppenspezifische und auf Empowerment ausgerichtete Interventionskonzepte für vulnerable Gruppen erforderlich, die den lebensweltlichen Bedingungen dieser Gruppen entsprechen und darauf zielen, bestehende Wissens- und Kompetenzdefizite auszugleichen und zur Milderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen. Nicht weniger wichtig ist die Entwicklung neuer und anderer zielgruppenspezifischer Vermittlungsstrategien, die speziell an der lebensweltlichen Situation vulnerabler Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind und sich einfacher Sprache, vermehrter Nutzung von Film- und Bildmaterial, Piktogrammen etc. bedienen.

Die alleinige Bereitstellung von Information reicht jedoch nicht aus. Bei etlichen Gruppen ist außerdem Unterstützung bei der Wissensverarbeitung und bei der Beurteilung und Nutzung von Information erforderlich, wie die Daten gezeigt haben. Denn auch das Vorhandensein von Information und Wissen allein ist nicht ausreichend, sie müssen auch subjektiv nutzbar gemacht und in Handeln transferiert werden können. Dazu ist notwendig, das neue Wissen in das vorhandene Wissensrepertoire zu integrieren, es auf die eigene Problemsituation zu übertragen und in konkretes Handlungswissen zu „überführen“ – ein sich keineswegs automatisch vollziehender Schritt, der vielfach der Unterstützung bedarf.

Wie in vielen Beiträgen dieses Buchs betont wird, ist parallel zu individuenbezogenen Interventionen erforderlich, die Strukturen im Gesundheitswesen zu verändern. So sind Anstrengungen notwendig, um die Förderung von Health Literacy zu einem „Imperativ“ für die Gesundheitsprofessionen zu erheben

(Speros, 2011), d. h. zu einer elementaren Aufgabe besonders der Ärzte, aber auch der Pflege und der psycho-sozialen Helferberufe. Das ist einfacher gesagt als getan und bedeutet, diese Aufgabe auch im Selbst- und Aufgabenverständnis der Gesundheitsprofessionen und der jeweiligen Professionskultur zu verankern und dafür Sorge zu tragen, dass die Gesundheitsprofessionen die für die Wahrnehmung dieser Aufgabe nötigen kommunikativen und edukativen Kompetenzen und strukturellen Bedingungen erhalten. Dazu müssen die Strukturen des Gesundheitssystems entsprechend angepasst und verändert werden, sodass geeignete Rahmenbedingungen für diese Aufgabe existieren. Ebenso ist erforderlich, dass auch in anderen Bereichen, etwa dem Erziehungs- und Bildungssektor, entsprechende Veränderungen stimuliert werden.

Last but not least: Wichtig ist, die Forschung auf diesem Gebiet zu intensivieren und die dazu nötigen strukturellen und vor allem finanziellen Voraussetzungen zu schaffen, denn bislang wurde das Thema Health Literacy in Deutschland nur sehr verhalten aufgegriffen, so dass noch zahlreiche Fragen über Health Literacy unbeantwortet sind.

## 7. Literatur

**Borde, T. (2009).** Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Zielgruppen erschließen. In BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Eds.), *Migration und Gesundheitsförderung* (pp. 18-31). Köln: BZgA.

**Grotlüschen, A, Riekmann, W., & Buddeberg, K. (2012).** Hauptergebnisse der leo. – Level One Studie. In A. Grotlüschen, & W. Riekmann (Eds.), *Alphabetisierung und Grundbildung. Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der leo.-Level One Studie* (pp. 13-54). Münster: Waxmann.

**HLS-EU Consortium. (2012).** Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht.

**Kickbusch, I., & Marstedt, G. (2008).** Gesundheitskompetenz eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In J. Böcken, B. Braun & R. Amhof (Eds.), *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung* (pp. 12-28). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

**Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (1993).** *Adult Literacy in America: A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey*. Washington, DC: National Center for Education Statistics, US Department of Education.

**Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006).** *The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. Washington, DC: National Center for Education Statistics. Retrieved from <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED493284.pdf>

**Nutbeam, D. (2000).** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

**OECD – Organisation for economic cooperation and development. (2000).** *Literacy in the Information Age. Final Report of the international adult literacy survey*. Paris: OECD Publication Service. Retrieved from <http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/41529765.pdf>

**Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P., & Bauer, U. (2015).** Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(9), 930-94.

**Paasche-Orlow, M., Parker, R., Gazmararian, J., Nielsen-Bohlman, L., & Rudd, R. (2005).** The Prevalence

- of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20, 175-184.
- Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016).** Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. *Projektbericht*. Bielefeld
- Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M., & Vogt, D. (2015).** Gesundheitskompetenz bildungs-ferner Jugendlicher. Einflussfaktoren und Folgen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(9): 951-957.
- Röthlin, F., Pelikan, J., & Ganahl, K. (2013).** *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich*. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)
- Rudd, J., & Anderson, J. (2006).** The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Partners for Action: Making your Healthcare Facility Literacy-Friendly. In Health and Adult Literacy and Learning Initiative. Harvard School of Public Health (Ed.). Harvard.
- Schaeffer, D., & Dierks, M. L. (2012).** Patientenberatung. In K. Hurrelmann & O. Razum (Eds.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., völlig überarbeitete Auflage* (pp. 757-790). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schaeffer, D., Ewers, M., & Schmidt-Kaehler, S. (2014).** Institutionalisierte Patienten- und Nutzerberatung. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Eds.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (pp. 468-481). Bern: Huber.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European Consortium Health Literacy Project (2012).** Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *MC Public Health*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Spallek, J., & Razum, O. (2008).** Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer, & M. Richter (Eds.), *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (pp. 271-290). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Speros, C. I. (2011).** Promoting health literacy: a nursing imperative. *The Nursing Clinics of North America*, 46(3), 321-333, vi-vii. doi: 10.1016/j.cnur.2011.05.007
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012).** The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication*, 17 Suppl 3, 30-54. doi: 10.1080/10810730.2012.713442
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2003).** *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Bonn: SVR
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012).** *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Bonn: SVR
- Williams, J., Clemens, S., Oleinikova, K., & Tarvin, K. (2003).** *The Skills for Life survey. A national needs and impact survey of literacy, numeracy and ICT skills*. Department for Education and Skills. Retrieved from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/RB490.pdf>
- Zamora, P., Pinheiro, P., Okan, O., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Bittlingmayer, U., Kessl, F., Lenz, A., Wasem, J., Jochimsen, M., & Bauer, U. (2015).** „Health Literacy“ – im Kindes- und Jugendalter. Struktur und Gegenstand eines neuen interdisziplinären Forschungsverbunds (HCLA-Forschungsverbund)



