

GESUNDHEITSKOMPETENZ ÄLTERER BESCHÄFTIGTER IN DEUTSCHLAND - ERGEBNISSE DER LIDA-STUDIE

„Gesundheitskompetenz stellt die freie Übersetzung des englischen Begriffs ‚Health Literacy‘ dar. Semantisch und fachlich präziser wäre eine Übersetzung wie ‚gesundheitsbezogene Literalität‘. Diese ist jedoch sperrig, und dies dürfte der Grund dafür sein, dass sie sich in der Alltagssprache nicht durchgesetzt hat.“ [1]

Während das Konzept Gesundheitskompetenz anfangs einzig auf die literalen Fähigkeiten fokussierte (biomedizinisches Modell), ist die heutige Interpretation deutlich erweitert: „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können...“ [2].

In diesem Factsheet wird die Gesundheitskompetenz bei älteren Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich soziodemografischer Faktoren näher untersucht.

METHODEN

Es wurden die Daten von 3127 Teilnehmenden an der 3. Erhebungswelle der lidA („leben in der Arbeit“) Kohortenstudie ausgewertet. Die Teilnehmer wurden entweder 1959 oder 1965 geboren. Die Daten wurden mit computer-gestützten Interviews 2018 erhoben und sind repräsentativ für die sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen der beiden Jahrgänge in Deutschland. Die Analyse schließt Erwerbstätige und Erwerbslose ein. Eine mögliche Ergebnisverzerrung durch geringere Teilnahmebereitschaft zwischen der 1. und 3. Befragung wurde mit Gewichtung nach Migrationsstatus und Bildung ausgeglichen.

Die Gesundheitskompetenz wurde mit dem HQL 16 gemessen [2]. Verwendet wurden jedoch nur die sieben Fragen zur Dimension „Krankheitsbewältigung“ (siehe Tab. 1). Die Antwortvorgaben „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ wurden zu „einfach“ und die Antwortvorgaben „ziemlich schwierig“ und sehr schwierig“ wurden zu „schwierig“ zusammengefasst. Für jede mit „einfach“ beantwortete Frage wurde ein Punkt vergeben. Anschließend wurden anhand der Punkte drei Kategorien gebildet: inadäquate (0 bis 3 Punkte), problematische (4 bis 5 Punkte) und ausreichende (6 bis 7 Punkte) Gesundheitskompetenz.

Der Migrationsstatus wurde wie folgt gruppiert: Im Ausland geborene Personen, die später immigrierten, sind als Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation (G1) definiert. In Deutschland geborene Personen

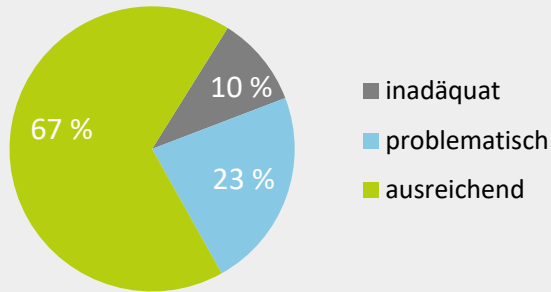
TAB. 1: FRAGEN ZUR
GESUNDHEITSKOMPETENZ (DIMENSION
KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG)

Wie einfach / schwierig ist es, ...	Informationen finden	
	Nr. 1	...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?
	Nr. 2	...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?
	Informationen verstehen	
	Nr. 3	...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?
	Nr. 4	...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?
	Informationen beurteilen	
Nr. 5	...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	
Informationen anwenden		
Nr. 6	...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	
Nr. 7	...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	

mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil gelten als 2. Generation (G2). Die 1. Generation wurde außerdem nach deutscher vs. ausländischer Nationalität differenziert.

Der Bildungsstand wurde als Score aus Bildung und Ausbildung (niedrig 1 - 3 Punkte, mittel 4 - 6 Punkte, hoch 7 - 8 Punkte) gemäß offiziellen Empfehlungen gebildet [4].

ABB. 1: GESUNDHEITSKOMPETENZ ALLER TEILNEHMER, N=3127



ERGEBNISSE

Insgesamt haben 67 % der Studienteilnehmenden eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Die inadäquate Gesundheitskompetenz liegt bei 10 %. 23 % der Befragten haben eine als problematisch zu betrachtende Gesundheitskompetenz.

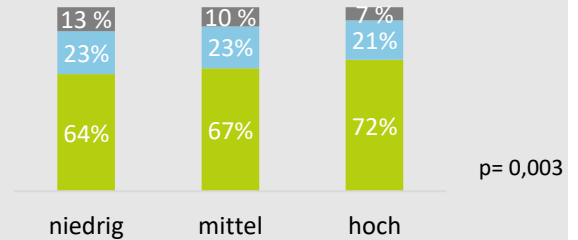
Bei einem Vergleich der Geburtsjahre 1959 und 1965 finden sich keine signifikanten Unterschiede ($p=0,670$, nicht gezeigt). Bezüglich des Geschlechts haben Frauen etwas seltener eine ausreichende Gesundheitskompetenz als Männer (66 % vs. 68 %), es ergaben sich aber keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p=0,276$, nicht gezeigt).

Für Studienteilnehmende mit hohem Bildungsstand findet sich mit 72 % häufiger eine ausreichende Gesundheitskompetenz als für Teilnehmende mit mittlerer (67 %) oder niedriger (64 %) Bildung. Letztere haben den größten Anteil mit einer problematischen Gesundheitskompetenz (13 %). Diese Unterschiede waren hoch signifikant.

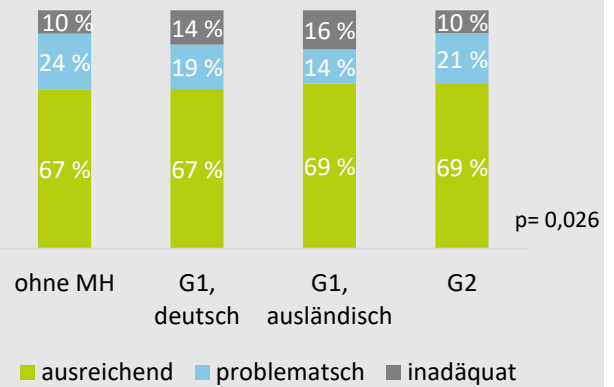
Beim Migrationshintergrund zeigen sich deutliche signifikante Unterschiede in den Gruppen mit inadäquater (10 % bis 16 %) und problematischer (14 % bis 24 %) Gesundheitskompetenz ($p=0,026$) aber nur geringe Differenzen zwischen den Gruppen mit ausreichender (67 % bis 69 %) Gesundheitskompetenz.

ABB. 2: GESUNDHEITSKOMPETENZ AUFGETEILT NACH ... (N=3127)

A) BILDUNGSSTAND



B) MIGRATIONSHINTERGRUND



MH= Migrationshintergrund

FAZIT

Der Anteil der Studienteilnehmenden mit ausreichender Gesundheitskompetenz ist in dieser Studie um etwa 10 Prozentpunkte höher als bei der Teilstichprobe der 46 bis 64-Jährigen in der Studie von Schaeffer et al. (2021), wenn jeweils nur die Dimension der Krankheitsbewältigung betrachtet wird. Dies kann an unterschiedlichen Studienkollektiven liegen: In der lidA-Studie werden nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte befragt.

Die Verwendung des „Kurzfragebogens“ HLQ-16 könnte ebenfalls zu den Unterschieden beigetragen haben. Grundsätzlich ist die alleinige Verwendung der Dimension Krankheitsbewältigung eine Limitation der lidA-Studie.

Trotzdem korrelierte die höhere Bildung erwartungsgemäß mit höherer Gesundheitskompetenz. Für diesen Personenkreis ist es einfacher, gesundheitsrelevante Informationen zu nutzen.

REFERENZEN

- [1] Schaeffer et al. (2021) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
- [2] 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)
- [4] Jöckel K-H, Babitsch B, Bellach B et al. (1997) Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. DGEpiLeitlinien

LEHRSTUHL FÜR ARBEITSWISSENSCHAFT

Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik
Bergische Universität Wuppertal, Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal
Gefördert mit Mitteln der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autoren: J Breckenkamp, CC Schröder, JB du Prel

lidA
leben in der Arbeit



www.lidA-studie.de

www.arbwiss.uni-wuppertal.de