

WELCHEN EINFLUSS HABEN BILDUNG UND GESUNDHEITS-KOMPETENZ AUF DEN WUNSCH NACH EINER REHA-MAßNAHME?

In diesem Factsheet wird die Gesundheitskompetenz bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Zusammenhang mit dem Bildungsniveau und dem Wunsch, an einer Rehabilitation (Reha) teilzunehmen, untersucht.

Was ist Gesundheitskompetenz (Health Literacy)?

„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.“
[Röthlin et al. 2013]

METHODEN

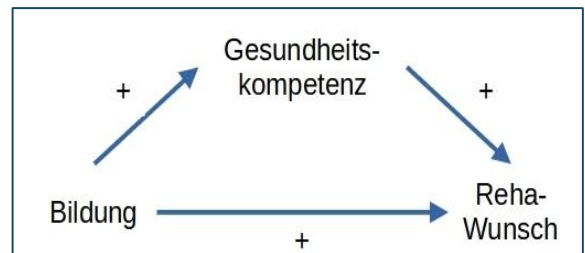
Für die Untersuchung der Gesundheitskompetenz wurden 3127 Teilnehmende der 3. Erhebungswelle der lidA („leben in der Arbeit“-Kohortenstudie ausgewählt. Diese gehören zu den sogenannten Babyboomern, sie wurden 1959 oder 1965 geboren. Die Daten wurden im Jahr 2018 mit computergestützten Interviews erhoben und sind repräsentativ für die sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen der beiden Jahrgänge in Deutschland. Die aktuelle Analyse schließt Erwerbslose wie auch Erwerbstätige 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 den sieben Fragen der Dimension „Krankheitsbewältigung“ des HQL 16 gemessen [1], siehe auch Factsheet 2021/07). Die Antwortvorgaben „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ wurden zu „einfach“ und „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ zu „schwierig“ zusammengefasst. Für jede mit „einfach“ beantwortete Frage wurde ein Punkt vergeben. Anschließend wurden anhand der Punkte drei Kategorien gebildet: inadäquate (0-3 Punkte), problematische (4-5 Punkte) und ausreichende (6-7 Punkte) Gesundheitskompetenz.

In der Literatur wird vereinzelt berichtet, dass ein Teil des Effekts der Bildung auf das untersuchte Outcome durch die Gesundheitskompetenz vermittelt wird [2]. Letztere wirkt demnach als „Mediator“. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass dies auch in Bezug auf das Outcome Reha-Wunsch der Fall ist, wurde eine Mediationsanalyse durchgeführt.

Abb. 1 zeigt die schematische Darstellung dieser Mediation.

ABB. 1: MEDIATOR-EFFEKT



Für die Mediationsanalyse wurden die Variablen Gesundheitskompetenz (gering: 0-4 Punkte, ausreichend: 5-7 Punkte) und schulische/berufliche Bildung, gemessen mit dem Bildungs-Ausbildungs-Score (niedrig: 0-4 Punkte, hoch: 5-8 Punkte) dichotomisiert [3].

Auf Grundlage von drei einfachen logistischen Regressionsanalysen wurden standardisierte Koeffizienten berechnet. Über diese wurde der Anteil des über Gesundheitskompetenz vermittelten Effektes am Gesamteffekt berechnet.

ERGEBNISSE

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse der für die Mediationsanalyse erforderlichen logistischen Regressionsanalysen dargestellt.

Das $Y \leftarrow X$ Modell bestätigt, dass bei niedriger Bildung signifikant häufiger ein Wunsch nach einer Reha-Maßnahme besteht. Für das $M \leftarrow X$ Modell gilt, dass bei niedriger Bildung häufiger eine unzureichende Gesundheitskompetenz vorliegt.

TABELLE 1: PRÜFUNG AUF VORLIEGEN EINER MEDIATION MITTELS LOGISTISCHER REGRESSIONSANALYSEN

	Odds Ratio	95% KI	p-Wert
Y ← X Modell			
Reha-Wunsch (ja) ← Bildung (gering)	1,44	1,25 – 1,66	<0,0001
M ← X Modell			
Gesundheitskompetenz (unzureichend) ← Bildung (gering)	1,31	1,09 – 1,57	0,0036
Y ← M X Modell			
Reha-Wunsch (ja) ← Bildung (gering)	1,41	1,22 – 1,63	<0,0001
Gesundheitskompetenz (unzureichend)	1,96	1,63 – 2,36	<0,0001

ERGEBNISSE: FORTSETZUNG

Das dritte Modell ($Y \leftarrow M X$) zeigt, dass bei gleichzeitigem Vorliegen von geringer Bildung und unzureichender Gesundheitskompetenz häufiger ein Reha-Wunsch vorliegt.

Abb. 2 zeigt schematisch den Verlauf des direkten Effekts von Bildung zum Reha-Wunsch und den indirekten Effekt, der den „Umweg“ über die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) nimmt. Die genauen Zahlen sind in Tab. 2 zu finden.

Die Ergebnisse deuten damit auf eine Unterschätzung der Assoziation von Bildung und Reha-

ABB. 2: ANTEILE DES DIREKTEN UND INDIKREKTEN EFFEKTES



FAZIT

Bei gleichzeitiger Verwendung von Bildung und Gesundheitskompetenz in einem Regressionsmodell wird die Assoziation von Bildung und Reha-Wunsch unterschätzt und die Assoziation von Gesundheitskompetenz und Reha-Wunsch überschätzt. Dies ist bei der Interpretation entsprechender Auswertungen zu berücksichtigen.

Der über die Gesundheitskompetenz mediierte Anteil des Gesamteffektes von 12,7 % darf bei der bildungsniedrigen Gruppe nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei dieser Gruppe meist ein begründet höheres Reha-Bedürfnis vorherrscht.

Wunsch hin, wenn in dem Regressionsmodell gleichzeitig die Gesundheitskompetenz berücksichtigt wird. Diese Unterschätzung ergibt sich dadurch, dass sich ein Teil (12,7%) der gesamten inversen Beziehung von Bildung und Reha-Wunsch durch unzureichende Gesundheitskompetenz erklären lässt (Abb. 2).

TAB. 2: STANDARD. KOEFFIZIENTEN UND ANTEIL DES MEDIIERTEN EFFEKTES AM GESAMTEFFEKT

Prädiktor	Bildung
Indirekter Effekt von Bildung, der durch Gesundheitskompetenz mediiert wird	0,010613
Direkter Effekt von Bildung	0,072946
Gesamter Effekt (direkt und indirekt) von Bildung	0,083560
Gesamter Effekt von Bildung ohne Mediator	0,078428
Anteil des mediierten Effektes am Gesamteffekt	0,127020 = 12,7 %

Aus einer Public Health Perspektive betrachtet wäre es für die Beschäftigten wie auch Reha-Träger sinnvoll, die Gesundheitskompetenz bildungsärmerer Schichten zu fördern, d. h. zu vermitteln, was eine Reha leisten kann und was nicht.

Neben der individuellen Perspektive muss auch die Systemperspektive betrachtet werden. Unklar ist, inwieweit das Gesundheitssystem selbst bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen den Wunsch nach einer Rehabilitation produziert.

Referenzen

- [1] 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)
- [2] Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J (2019) Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Health Promotion International, Volume 34, Issue 5, October 2019, Pages e1–e17, <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>
- [3] 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



www.lidA-studie.de
www.arbwiss.uni-wuppertal.de