

**Gesundheitskompetenz
von Menschen mit Migrationshintergrund
in Deutschland**

Ergebnisse des HLS-MIG

**Eva-Maria Berens, Julia Klinger, Monika Mensing,
Sarah Carol, Doris Schaeffer**

Universität Bielefeld
Interdisziplinäres Zentrum für
Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)
Bielefeld
2022

Wir danken Uliana Kostareva, Maria Lopatina, Altyn Aringazina, Yüce Yilmaz-Aslan und Abdulsalam Aslan für die Unterstützung im Übersetzungsprozess des Fragebogens ins Türkische und Russische. Unser Dank gilt außerdem Yvonne Adam, Klaus Hurrelmann, Svea Gille, Lennert Griese und Dominique Vogt für ihre wertvollen Anregungen.

Das Institut für Demoskopie Allensbach hat unter der Leitung von Dr. Steffen de Sombre die Datenerhebung durchgeführt und war an den statistischen Analysen und der Erstellung des Ergebnisberichts beteiligt.

Zitation: Berens, E.-M., Klinger, J., Mensing, M., Carol, S., Schaeffer, D. (2022). Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Ergebnisse des HLS-MIG. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
<https://doi.org/10.4119/unibi/2960131>

Soweit nicht anders angegeben, wird diese Publikation unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY NC ND) veröffentlicht. Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> und <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>



Die Untersuchung wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert, Laufzeit 09/2018 – 09/2022.
Projektleitung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. Eva-Maria Berens.
Kooperationspartner:innen: Dr. Sarah Carol, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Dr. Dominique Vogt

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie HLS-MIG liefert erstmals für Deutschland detaillierte Daten zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund. Sie konzentriert sich auf die beiden großen Einwanderungsgruppen: Menschen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund. Die Studie schließt inhaltlich und methodisch an die zweite Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland an (HLS-GER 2; Schaeffer et al. 2021) und ist um relevante migrationspezifische Aspekte ergänzt worden. Neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz wurden auch die digitale und die navigationale Gesundheitskompetenz untersucht.

Die wichtigsten Studienergebnisse:

1. Gut die *Hälfte* der Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund verfügt über eine geringe allgemeine Gesundheitskompetenz. Ihre Gesundheitskompetenz unterscheidet sich demnach nicht wesentlich von der Allgemeinbevölkerung in Deutschland, sondern fällt sogar tendenziell besser aus.
 2. Gesundheitskompetenz ist – ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung – auch bei Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund *sozial ungleich verteilt* . Besonders Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder Sozialstatus, im höheren Lebensalter oder mit chronischer Erkrankung weisen eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz auf, ebenso Menschen mit eigener Migrationserfahrung und/oder mit geringen Deutschkenntnissen.
 3. Von den *vier Schritten der Informationsverarbeitung* (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden) fällt die Beurteilung von Informationen am schwersten, was den Ergebnissen zur Allgemeinbevölkerung entspricht. Etwa zwei Drittel weisen hier eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Aber auch die Anwendung von Informationen stellt viele vor Schwierigkeiten: Etwa die Hälfte der Befragten verfügt hier über eine geringe Gesundheitskompetenz. Schwierigkeiten bereiten u.a. die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen oder der möglichen kommerziellen Interessen der Informationsanbieter.
 4. Von den *drei untersuchten Bereichen* wird der Umgang mit Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung als besonders schwierig eingeschätzt. So wirft z. B. der Umgang mit Informationen zum Impfen oder zu Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen subjektiv große Schwierigkeiten auf. Aber auch bei Informationen zur Krankheitsbewältigung und Versorgung sehen sich Personen beider Migrationsgruppen vor Probleme gestellt, beispielsweise wenn es darum geht, die Vor- und Nachteile von Behandlungsalternativen einzuschätzen, Beipackzettel zu verstehen oder zu beurteilen, wann eine ärztliche Zweitmeinung sinnvoll ist.
 5. Der HLS-MIG zeigt einmal mehr, dass *geringe Gesundheitskompetenz folgenreich* ist. Ebenso wie die Allgemeinbevölkerung verhalten sich Menschen beider Migrationsgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz ungesünder (sie sind seltener körperlich aktiv und konsumieren seltener täglich Obst und Gemüse) und schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. Zudem nutzen sie das Gesundheitssystem intensiver: Sie haben mehr Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte und suchen Notfalldienste häufiger auf.
 6. Beide Migrationsgruppen haben ein großes Interesse an *Gesundheitsinformationen* . Zu den wichtigsten Anlaufstellen und Quellen für Gesundheitsinformationen gehören Hausärzt:innen und das Internet, außerdem Fachärzt:innen, die Familie und Freund:innen. Doch nicht immer werden die dort erhaltenen Informationen auch gut verstanden: Verständnisprobleme werfen die Informationen der Gesundheitsprofessionen – besonders der Ärzt:innen – doch vor allem auch der Krankenkassen auf.
- Beide Gruppen nutzen intensiv fremdsprachliche Informationen und beziehen sie zu einem erheblichen Anteil aus russischsprachigen Ländern bzw. der Türkei. Großer Bedarf besteht an Übersetzungsdiensten – auch bei Befragten mit guten Deutschkenntnissen. Allerdings sind diese aus Sicht der Befragten nicht leicht zu bekommen.

7. Die *digitale Gesundheitskompetenz* ist bei Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund schlechter ausgeprägt als die allgemeine Gesundheitskompetenz: Jeweils über zwei Drittel verfügen über eine geringe digitale Gesundheitskompetenz; in einzelnen Teilgruppen sind es deutlich mehr. Große Schwierigkeiten bestehen u.a. bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit sowie der Neutralität digitaler Gesundheitsinformationen. Auch die digitale Gesundheitskompetenz fällt verglichen mit der Allgemeinbevölkerung etwas besser aus.

Die Nutzendenkreise digitaler Informationsangebote sind ebenfalls größer als in der Allgemeinbevölkerung. Abgesehen von Internetseiten werden digitale Informationsangebote jedoch nur von einer Minderheit genutzt; z. B. interagiert nur etwa ein Fünftel digital mit Gesundheitsprofessionen.

8. Die *navigationale Gesundheitskompetenz* ist am schlechtesten ausgeprägt: Drei Viertel der Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund weisen eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz auf. Dabei schätzen Befragte der türkeistämmigen Gruppe die navigationsbezogenen Informationsaufgaben im Durchschnitt sogar leichter ein als die Allgemeinbevölkerung. Einzelne Aufgaben werden von beiden Migrationsgruppen ähnlich schwierig eingeschätzt: so z. B. die Beurteilung von Gesundheitsreformen und Gesetzesänderungen, Patientenrechten oder Kostenübernahmen der Krankenkassen. Auch die navigationale Gesundheitskompetenz unterliegt einem sozialen Gradienten.

9. Die Anforderungen bei der *Kommunikation mit Ärzt:innen* zu bewältigen, fällt beiden Migrationsgruppen eher leicht: Hier sehen sich weniger als die Hälfte vor Schwierigkeiten gestellt. Auch hier zeigen sich kaum Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung. Die größten Schwierigkeiten bereiten, wie in der Allgemeinbevölkerung, ausreichend Gesprächszeit mit Ärzt:innen zu bekommen oder die verwendeten Begriffe zu verstehen. Im Gespräch nicht unterbrochen zu werden, wird von den beiden Gruppen als schwieriger bewertet als von der Allgemeinbevölkerung. Personen mit geringeren Deutschkenntnissen sehen sich bei der Kommunikation – wenig erstaunlich – vor besonders große Probleme gestellt.

10. Im *Vergleich der beiden Migrationsgruppen* zeigen sich zahlreiche Gemeinsamkeiten. Die allgemeine und die digitale Gesundheitskompetenz sind bei Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund ähnlich ausgeprägt. In beiden Gruppen wirft die Beurteilung von Informationen am häufigsten Schwierigkeiten auf und es sind die gleichen Teilgruppen, die besonders von geringer Gesundheitskompetenz betroffen sind. Unterschiede zeigen sich dagegen im Umgang mit Informationen zur Prävention: die türkeistämmige Gruppe sieht sich hier vor größere Schwierigkeiten gestellt als die ex-sowjetische Gruppe. Auch im Bereich Krankheitsbewältigung und der navigationalen Gesundheitskompetenz ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz in der türkischen Gruppe deutlich niedriger. Ferner bestehen Unterschiede bei dem Informationssuchverhalten.

11. Die Ergebnisse des HLS-MIG unterstreichen den *gesellschaftlichen und politischen Handlungsbedarf*, denn die Gesundheitskompetenz ist in weiten Teilen der Bevölkerung, so auch bei Menschen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund, gering. Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz ist es wichtig, insbesondere vulnerable Teilgruppen zu adressieren, für sie zielgruppenspezifische Interventionen zu entwickeln und dabei die Diversität zu beachten. Neben Interventionen zur Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz sind außerdem Maßnahmen erforderlich, die zur Erleichterung des Erwerbs von Gesundheitskompetenz und des Umgangs mit Gesundheitsinformationen beitragen; dazu zählen die Verbesserung der Qualität von gesundheitsrelevanten Informationen und die Ermöglichung eines gesundheitskompetenten, nutzungsfreundlichen, diversitätssensiblen Gesundheitssystems und ebensolcher Organisationen und Professionen.

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Werden zwei Prozentangaben genannt, bezieht sich die erste Angabe auf die Stichprobe mit ex-sowjetischem und die zweite Angabe auf die Stichprobe mit türkischem Migrationshintergrund.

Allgemeine Gesundheitskompetenz

- Sowohl in der Gruppe mit ex-sowjetischem als auch mit türkischem Migrationshintergrund weisen ungefähr die Hälfte der Personen (52,1 % bzw. 51,1 %) eine geringe allgemeine Gesundheitskompetenz auf.

Vulnerable Gruppen

- Zu den vulnerablen Personengruppen mit hohen Anteilen geringer Gesundheitskompetenz gehören Personen
 - mit niedrigem Bildungsniveau (68,7 % bzw. 64,9 %),
 - mit niedrigem Sozialstatus (69,6 % bzw. 75,0 %),
 - ab 65 Jahren (60,5 % bzw. 79,5 %),
 - mit chronischer Erkrankung (58,5 % bzw. 53,9 %),
 - mit Schwierigkeiten bei der deutschen Sprache (57,6 % bzw. 63,8 %)
 - oder mit eigener Migrationserfahrung (54,5 % bzw. 60,6 %).

Schritte der Informationsverarbeitung

- Die Beurteilung von Informationen fällt beiden Migrationsgruppen am schwersten: 65,5 % bzw. 68,6 % verfügen hier über eine geringe Gesundheitskompetenz. Bei der Anwendung von Gesundheitsinformation sind es 55,7 % bzw. 49,2 %.
- Das Finden und Verstehen von Gesundheitsinformationen fallen leichter: beim Finden weisen 45,2 % bzw. 44,8 % und beim Verstehen 35,4 % bzw. 42,8 % eine geringe Gesundheitskompetenz auf.

Bereiche der Gesundheitskompetenz

- In der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund liegt der höchste Anteil geringer Gesundheitskompetenz mit 55 % im Bereich Gesundheitsförderung; es folgen die Bereiche Prävention mit 52,1 % und Krankheitsbewältigung/Versorgung mit 46,2 %.
- In der türkeistämmigen Gruppe liegt der höchste Anteil geringer Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention mit 60,7 %, gefolgt von Gesundheitsförderung mit 52,7 % und Krankheitsbewältigung/Versorgung mit 36,5 %.

Folgen geringer Gesundheitskompetenz

- Von den Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz geben 74,2 % bzw. 83,5 % einen (sehr) guten subjektiven Gesundheitszustand an; bei inadäquater Gesundheitskompetenz sind dies nur 44,9 % bzw. 43,1 %.
- Eine hohe Gesundheitskompetenz ist mit gesünderem Verhalten verknüpft: 58,0 % bzw. 44,0 % der Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz essen täglich Obst, Gemüse oder Salat; bei den Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind es 43,3 % bzw. 38,5 %. Mindestens 4 Mal in der Woche körperlich aktiv sind 58,4 % bzw. 54,2 % mit exzellenter Gesundheitskompetenz und 44,1 % bzw. 27,7 % mit inadäquater Gesundheitskompetenz.
- Personen mit geringer Gesundheitskompetenz nutzen das Gesundheitssystem häufiger. Beispielsweise haben 18,3 % bzw. 26,5 % der Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz innerhalb eines Jahres mind. 6 Kontakte mit Hausärzt:innen, während dies nur auf 4,6 % bzw. 8,4 % der Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz zutrifft.

Informationsverhalten

- In beiden Migrationsgruppen besteht sehr großes Interesse an Gesundheitsinformationen: 87,2 % bzw. 82,9 % haben schon einmal gezielt nach Gesundheitsinformationen gesucht.
- An erster Stelle der präferierten Informationsquellen stehen Hausärzt:innen (von rund 75 % bevorzugt als Informationsquelle), gefolgt vom Internet (55,9 % bzw. 60,0 %), Fachärzt:innen und der Familie (beides rund 45 % bzw. 35 %).
- Rund zwei Drittel der Personen nutzen Gesundheitsinformationen auch in russischer, türkischer oder einer anderen Sprache. 57,6 % bzw. 33,9 % nutzen Informationsangebote aus russischsprachigen Ländern bzw. der Türkei.
- Bei türkeistämmigen Personen besteht ein großer Bedarf an Übersetzungsdiensten für Arztbesuche oder im Krankenhaus.

Digitale Gesundheitskompetenz

- Der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz liegt bei 66,3 % in der Gruppe mit ex-sowjetischem und 64,7 % in der Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund.
- Besonders hohe Anteile geringer digitaler Gesundheitskompetenz weisen ältere Menschen ab 65 Jahren (90,1 % bzw. 93,2 %), aber auch Personen mit niedrigem Sozialstaus (79,2 % bzw. 83 %) oder Bildungsniveau (73,3 % bzw. 78,5 %), chronischer Erkrankung (76,6 % bzw. 68 %), eigener Migrationserfahrung (68,9 % bzw. 72,6 %) oder geringen Deutschkenntnissen (71,4 % bzw. 76,5 %) auf.
- Über 70 % beider Gruppen nutzen Internetseiten zum Thema Gesundheit, weit über die Hälfte nutzt jedoch keine Gesundheits-Apps, digitalen Geräte oder digitale Interaktion zur gesundheitlichen Versorgung. Auch hier gibt es Unterschiede in den soziodemographischen Teilgruppen.

Navigationale Gesundheitskompetenz

- Die navigationale Gesundheitskompetenz ist in beiden Migrationsgruppen am schwächsten ausgeprägt: geringe navigationale Gesundheitskompetenz weisen 81,1 % in der Gruppe mit ex-sowjetischem und 73,2 % in der Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund auf.
- Besonders hohe Anteile geringer navigationaler Gesundheitskompetenz weisen ältere Menschen ab 65 Jahren (90,2 % bzw. 86,4 %), aber auch jüngere Personen bis 29 Jahren (74,7 % bzw. 68,1 %) und Personen mit niedrigem Sozialstaus (88,4 % bzw. 88,6 %) oder Bildungsniveau (81,8 % bzw. 80,9 %), sowie mit chronischer Erkrankung (86,3 % bzw. 76,4 %), eigener Migrationserfahrung (81,9 % bzw. 79,4 %) oder geringen Deutschkenntnissen (87 % bzw. 81 %) auf.
- Schwierigkeiten bereitet es vor allem, Informationen zu Gesundheitsreformen zu verstehen, Unterstützungsmöglichkeiten zu finden, sich über Patientenrechte zu informieren oder herauszufinden, welche Kosten Krankenkassen übernehmen.

Kommunikation mit Ärzt:innen

- Die sich im Bereich der Kommunikation mit Ärzt:innen stellenden Anforderungen werden für einfacher gehalten.
- Schwierigkeiten werden besonders wahrgenommen, wenn es gilt, ausreichend Gesprächszeit mit Ärzt:innen zu erhalten, nicht unterbrochen zu werden und Fachbegriffe zu verstehen oder bei Entscheidungen einbezogen zu werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Gesundheitskompetenz: Begriff und Konzept	3
3	Methodik und Daten des HLS-MIG	5
3.1	Studienpopulation	5
3.2	Fragebogenentwicklung, Übersetzung und Pretest	6
3.3	Rekrutierung, Durchführung und Datenbereinigung	9
3.4	Stichprobe und Repräsentativität	11
3.5	Auswertung	15
3.6	Methodische Reflexion	15
4	Allgemeine Gesundheitskompetenz	17
4.1	Allgemeine Gesundheitskompetenz in Teilgruppen	17
4.2	Schritte der Informationsverarbeitung	21
4.3	Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung	24
4.4	Konsequenzen geringer Gesundheitskompetenz	33
5	Gesundheitsinformationsverhalten	40
6	Digitale Gesundheitskompetenz	50
7	Navigationale Gesundheitskompetenz	58
8	Aufgaben und Anforderungen bei der Kommunikation mit Ärzt:innen	65
9	Diskussion und Einordnung der Ergebnisse	67
10	Fazit	80
	Literaturverzeichnis	83
	Tabellenverzeichnis	92
	Abbildungsverzeichnis	92
	Anhang	94

1 Einleitung

Gesundheitsinformationen spielen heute in allen Lebensbereichen eine wichtige Rolle, denn überall müssen täglich Gesundheitsentscheidungen getroffen werden, und dazu werden Informationen benötigt, aber auch Gesundheitskompetenz – verstanden als Fähigkeit, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Gesundheitskompetenz gilt inzwischen als Schlüsselkompetenz – sowohl für die Gesundheitserhaltung wie auch die Krankheitsbewältigung und eine tragfähige Entscheidungsfindung bei allen dabei anstehenden Herausforderungen. Deshalb ist es wichtig, sich mit dem Thema Gesundheitskompetenz zu befassen. In vielen Ländern geschieht dies seit längerem, und auch in Deutschland ist Gesundheitskompetenz mittlerweile ein bedeutsames Thema geworden (Schaeffer/Vogt/Berens 2020). Denn auch hier haben inzwischen Studien gezeigt, dass Gesundheitskompetenz kein Problem von Minderheiten ist, sondern große Teile der Bevölkerung betrifft. Geringe Gesundheitskompetenz stellt somit eine ‚Silent Epidemic‘ (Jafari et al. 2021) dar, die mit zahlreichen gesundheitlichen Konsequenzen einhergeht und von großer Public Health Relevanz ist.

Samt und sonders weisen die vorliegenden Studien zudem darauf, dass Gesundheitskompetenz ungleich verteilt ist und bestimmte Gruppen der Bevölkerung häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Das gilt auch für Deutschland. Gefordert wurde daher in der Empfehlung 15 des Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz wie auch dem daran anschließenden Strategiepapier, die Förderung von Gesundheitskompetenz, aber auch die Forschung zur Gesundheitskompetenz auszubauen und

- eine regelmäßige Messung der Gesundheitskompetenz zu ermöglichen, um Entwicklungstrends beobachten und Interventionserfordernisse identifizieren zu können, sowie
- auf einzelne Bevölkerungsgruppen mit einer hohen Prävalenz geringer Gesundheitskompetenz ausgerichtete Untersuchungen der Gesundheitskompetenz durchzuführen (Schaeffer/Bauer/Hurrelmann 2019; Schaeffer et al. 2018).

An diesem Punkt setzt die vorliegende Studie an. Mit ihr erfolgt eine Analyse der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und damit einer zunehmend wachsenden und bedeutsamen Bevölkerungsgruppe. In Kontrast dazu steht, dass das Thema Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland noch sehr wenig beleuchtet wurde. Von einer Ausnahme abgesehen (Quenzel/Schaeffer 2016) ist es bislang nur im Rahmen der wenigen allgemeinen populationsorientierten Studien quantitativ untersucht worden (Schaeffer et al. 2016). Sie zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen – ein Eindruck den internationale Studien weitgehend bestätigen¹.

Allein dies unterstreicht die Notwendigkeit einer detaillierteren Betrachtung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund, wie sie hier vorgelegt wird. Die Studie „Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ (HLS-MIG) hat zugleich den Anspruch, Diversitätsgesichtspunkten folgend zu einer differenzierteren Betrachtung zu gelangen und konzentriert sich auf Personen mit ex-sowjetischem und mit türkischem Migrationshintergrund und damit auf die zwei größten in Deutschland lebenden Migrationsgruppen (Destatis 2020: 68-72). Konzeptionell und methodisch schließt sie an den HLS-GER 2 an, mit dem sechs Jahre nach einer ersten Messung eine erneute Erhebung der

¹ ex. Jacobson et al. 2016; Ng/Omariba 2014; Schaeffer et al. 2016; Sentell/Braun 2012; Wängdahl et al. 2014; Ward et al. 2019. Eine detaillierte Aufarbeitung des Forschungsstandes ist dem Konzeptpapier für diese Studie (Klinger et al. 2020) zu entnehmen.

Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung in Deutschland erfolgte (Schaeffer et al. 2021).

Ziel des HLS-MIG ist es,

- die Gesundheitskompetenz dieser beiden größten Migrationsgruppen in Deutschland zu analysieren,
- ergänzend, analog zum HLS-GER 2, auch die navigationale, digitale und kommunikative Gesundheitskompetenz zu untersuchen und
- daraus Empfehlungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund abzuleiten.

2 Gesundheitskompetenz: Begriff und Konzept

Gesundheitskompetenz stellt ein seit längerem existierendes Konzept dar, das der US-amerikanischen Alphabetisierungsdebatte entstammt und zunächst vornehmlich auf die zum Verständnis medizinischer Informationen notwendigen literalen Fähigkeiten und die Sicherung von *Compliance* zielte. Inzwischen wird unter Gesundheitskompetenz generell ein kompetenter Umgang mit Gesundheitsinformation verstanden und dies in einer Weise, die nicht mehr einzig auf das Verstehen und Befolgen medizinischer Hinweise begrenzt ist, sondern zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beiträgt (vgl. Rudd 2017; Vogt et al. 2016). Prägend für die europäische und deutschsprachige Diskussion und Forschung ist die im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) entwickelte Definition. Danach basiert Gesundheitskompetenz

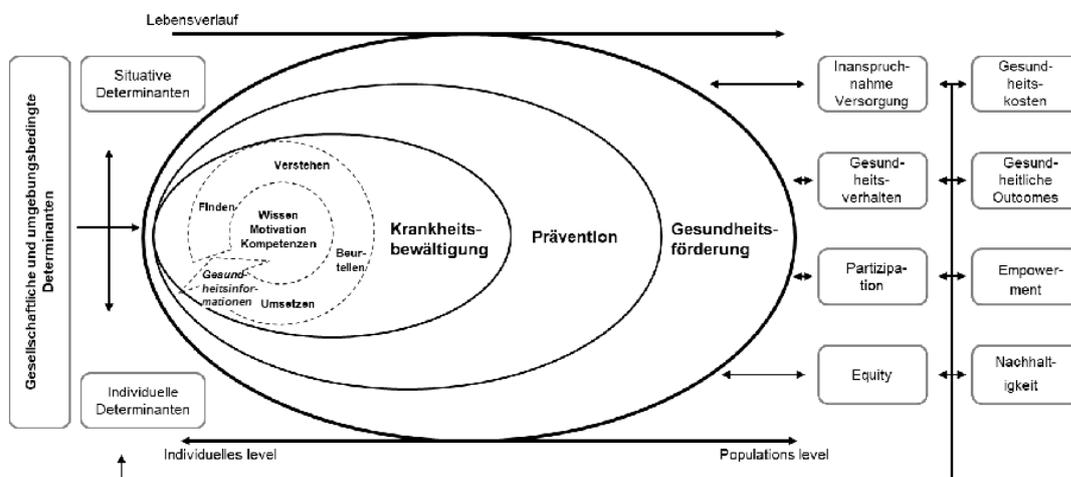
„[...] auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können [...]“ (Sørensen et al. 2012: 3, deutsche Fassung Pelikan/Ganahl 2017: 94).

Nach dieser Definition wird unter Gesundheitskompetenz die Fähigkeit zum Umgang und zur Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Informationen verstanden, konkret: Zugang zu Informationen zu finden und geeignete Informationen zu identifizieren, sie zu verstehen, zu beurteilen und so zu verarbeiten, dass sie gewinnbringend für die Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen und dazu erforderlicher Entscheidungen genutzt werden können (Schaeffer/Vogt/Berens 2020).

Wie der Definition und dem Integrierten Modell der allgemeinen Gesundheitskompetenz (Abbildung 1) zu entnehmen ist, stehen folgende Aspekte im Mittelpunkt des Konzepts und auch der vorliegenden Untersuchung:

- (1) Gesundheitsinformationen finden,
- (2) Gesundheitsinformationen verstehen,
- (3) Gesundheitsinformationen beurteilen und
- (4) Gesundheitsinformationen für die eigene Gesundheitserhaltung anwenden.

Abbildung 1: Integriertes Modell der allgemeinen Gesundheitskompetenz



Quelle: Sørensen et al. 2012: 9, deutsche Übersetzung

Zudem wird deutlich, dass Gesundheitskompetenz mit einer Reihe von Determinanten und Konsequenzen verknüpft ist. Wichtig zu betonen ist, dass neben individuellen Determinanten (z. B. demographische und sozioökonomische Merkmale) auch situative Faktoren von Bedeutung sind, die wiederum eng mit gesellschaftlichen und umweltbedingten Faktoren zusammenhängen. Gesundheitskompetenz muss somit als „relational“ betrachtet werden (Parker 2009; Parker/Ratzan 2010; Rudd et al. 1999). Daraus folgt, dass sowohl die Forschung zur Gesundheitskompetenz als auch Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, neben individuellen Fähigkeiten, auch stets die Weiterentwicklung des umgebenden Systems und der Organisationen hin zu mehr Nutzungsfreundlichkeit und Erleichterung des Umgangs mit Informationen im Blick haben müssen (Schaeffer/Pelikan 2017; Schaeffer et al. 2018). Die Gesundheitskompetenz selbst hat wiederum verschiedene Auswirkungen wie z. B. auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Nutzung des Gesundheitssystems (Sørensen et al. 2012).

3 Methodik und Daten des HLS-MIG

Die vorliegende Studie basiert auf den gleichen konzeptionellen und methodischen Herangehensweisen wie der HLS-GER 2 (Schaeffer et al. 2021), der Teil des internationalen Health Literacy Population Survey 2019 (HLS₁₉) des „WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)“ der WHO Europa ist (Dietscher/Pelikan 2019, HLS₁₉ Consortium 2021). Die in diesem Rahmen weiterentwickelten Instrumente und neu hinzugenommenen Themenschwerpunkte wurden auch im HLS-MIG verwendet, da sie für Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls relevant sind (Klinger et al. 2020). Für den HLS-MIG wurden sie zudem um weitere migrationspezifische Aspekte ergänzt und angepasst.

3.1 Studienpopulation

Im Zentrum der Studie stehen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ein ‚Migrationshintergrund‘ ist jedoch kein feststehendes Merkmal; es existieren verschiedene Definitionen (ex. Kluge/Rau 2021). Dieser Studie liegt die Definition des Statistischen Bundesamtes zugrunde, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung gebräuchlich und für die Stichprobenziehung maßgebend war:

„Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören im Einzelnen alle Ausländer/innen, (Spät-)Aussiedler/innen und Eingebürgerten sowie Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption durch einen deutschen Elternteil erhalten haben. Ebenso dazu gehören Personen, die zwar mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind, bei denen aber mindestens ein Elternteil Ausländer/in, (Spät-)Aussiedler/in, eingebürgert oder Deutsch durch Adoption ist.“ (Destatis 2020: 19).

Nach dieser Definition und der Erhebung des Mikrozensus hatten im Jahr 2019 rund 21,2 Millionen Menschen und somit 26 % der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund sowie 16,8% eine eigene Migrationserfahrung, definiert durch eine Geburt im Ausland, gefolgt durch eine Einwanderung nach Deutschland. Von den selbst eingewanderten Personen und ihren Kindern hatten rund 52 % die deutsche und 48 % eine ausländische Staatsbürgerschaft (ebd.: 36f.). Weitere Unterteilungen, z. B. nach Herkunftsland, Herkunftssprache, Aufenthaltsdauer bzw. Migrationsgeneration, sozioökonomischem Hintergrund etc. machen deutlich, dass die in Deutschland lebende Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund äußerst heterogen ist.

Um dieser Vielfalt zu entsprechen, konzentriert sich die vorliegende Studie auf die zwei größten Migrationsgruppen in Deutschland. Die größte Gruppe mit rund 3,5 Millionen Personen, das entspricht etwa 16,6 % aller Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland, sind Menschen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund. Diese Gruppe kam größtenteils als Aussiedler:innen bzw. Spätaussiedler:innen aus der ehemaligen Sowjetunion/ihren Nachfolgestaaten nach Deutschland oder sind ihre Nachkommen. Die zweitgrößte Gruppe besteht aus Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Sie machen ungefähr 2,8 Millionen bzw. 13,3 % aller Personen mit Migrationshintergrund aus und sind entweder aus der Türkei nach Deutschland eingewandert oder deren Nachkommen² (Destatis 2020: 68-72).

² Diese Gruppe wird im vorliegenden Bericht auch als ‚Türkeistämmige‘ bezeichnet und umfasst alle ethnischen Gruppen des Staatsgebiets der Türkei, wie z. B. die kurdische Minderheit.

Um auch weniger gut integrierte Personen, vor allem mit geringen Deutschkenntnissen, in den HLS-MIG einbinden zu können, war eine herkunftslandsprachliche Befragung geboten (Santos-Hövenner et al. 2019). Deshalb wurden die Interviews in der vorliegenden Studie entweder auf Deutsch oder auf Russisch bzw. Türkisch durchgeführt.

3.2 Fragebogenentwicklung, Übersetzung und Pretest

Auf der Basis einer umfassenden Literaturanalyse zur Messung, Ausprägung, zu Determinanten und Konsequenzen von Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund wurde zunächst eine Festlegung der konzeptionellen Herangehensweise sowie die Auswahl relevanter Determinanten und Konsequenzen geringer Gesundheitskompetenz vorgenommen (Klinger et al. 2020). Anschließend erfolgte die Fragebogenentwicklung bzw. -anpassung. Dabei wurden insbesondere Fragen ergänzt, die auf die in dieser Studie im Mittelpunkt stehende Zielgruppe ausgerichtet sind und vorliegenden internationalen wie nationalen Studienergebnissen Rechnung tragen.

Gesundheitskompetenz

Die Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz basierte auf einer im HLS-GER 2 und in der internationalen HLS₁₉ Studie weiterentwickelten Fassung des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q): dem HLS₁₉-Q47-Germany (detaillierte Ausführungen zu den Anpassungen des Instruments siehe HLS₁₉ Consortium 2021; Schaeffer et al. 2021). Dieser misst die subjektiv eingeschätzten Schwierigkeiten einer Person bei der Bewältigung von 47 konkreten Aufgaben und Anforderungen beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanter Information in den Bereichen der Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. *Tabelle 1*). So entsteht eine 12-Felder-Matrix, wobei jedes der 12 Felder der Matrix mit je 3-5 Items operationalisiert wird.

Tabelle 1: Matrix des Messinstruments der allgemeinen Gesundheitskompetenz

	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
Krankheitsbewältigung/ Versorgung (KB)	1) Informationen über KB finden	2) Informationen über KB verstehen	3) Informationen über KB beurteilen	4) Informationen über KB anwenden
Prävention (PV)	5) Informationen über Prävention finden	6) Informationen über Prävention verstehen	7) Informationen über Prävention beurteilen	8) Informationen über Prävention anwenden
Gesundheitsförderung (GF)	9) Informationen über GF finden	10) Informationen über GF verstehen	11) Informationen über GF beurteilen	12) Informationen über GF anwenden

Das Instrument liefert also Daten zu 47 konkreten Einzelaufgaben, deren subjektiver Schwierigkeitsgrad mithilfe einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Antwortkategorien „sehr einfach“, „einfach“, „schwierig“ und „sehr schwierig“ bewertet wird; diese werden analog mit den Punktwerten 1-4 belegt. Zusätzlich zur Betrachtung der Einzelitems werden Indizes erstellt. Die Indizes bilden summarisch ab, wie einfach oder schwierig die gestellten Informationsherausforderungen bzw. -aufgaben im Durchschnitt eingeschätzt werden. Sie werden für die Vergleich-

barkeit zwischen den einzelnen Indizes standardisiert und in eine gemeinsame Metrik mit Werten von 0 (geringste Gesundheitskompetenz) bis 100 (höchste Gesundheitskompetenz) überführt. Neben einem allgemeinen Index, der alle Items enthält, fassen 7 Subindizes jeweils die Items der 3 Bereiche und 4 Informationsschritte zusammen. Die Indizes werden für die deskriptive Darstellung, gemäß dem Vorgehen im HLS-GER 2, in vier Niveaus aufgeteilt. Die Niveaugrenzen sind *Tabelle 2* zu entnehmen. Weitere Ausführungen siehe Schaeffer et al. (2021).

Tabelle 2: Übersicht Grenzwerte Gesundheitskompetenz-Niveaus

Index	Niveaugrenzen	Bezeichnung	Niveaugrenzen dichotomisiert	Bezeichnung dichotomisiert
0 – 100	0 – 50	inadäquat	0 – 66,67	gering
	>50 – 66,67	problematisch		
	>66,67 – 83,33	ausreichend	>66,67 – 100	hoch
	>83,33 – 100	exzellent		

Konsequenzen von Gesundheitskompetenz

Analog zum HLS-GER 2 sowie zur internationalen HLS₁₉ Studie wurden potenzielle Folgen („Outcomes“) von Gesundheitskompetenz untersucht.

Zur Erhebung des *gesundheitsrelevanten Verhaltens* wurde danach gefragt, wie häufig in einer typischen Woche (a) Obst, Gemüse oder Salate, (b) Tabakprodukte und (c) alkoholische Getränke konsumiert werden und (d) die Befragten insgesamt 30 Minuten oder länger körperlich aktiv sind. Die möglichen Antworten reichen von ‚nie‘ bis ‚jeden Tag‘ auf einer 9-stufigen Skala.

Der *Gesundheitszustand* der Befragten wurde mit Hilfe der für Gesundheitssurveys gängigen Frage nach dem Allgemeinen Gesundheitszustand (von 1 ‚sehr schlecht‘ bis 5 ‚sehr gut‘) erhoben. Außerdem wurde nach dem Vorliegen sowie der Art und Dauer langanhaltender gesundheitlicher Probleme und Krankheiten gefragt.

Die *Nutzung des Gesundheitssystems* wurde anhand der Anzahl der Konsultationen von Haus- und Fachärzt:innen und der stationären Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 12 Monate, sowie der Nutzung medizinischer Notfalldienste in den letzten 24 Monaten erfragt.

Gesundheitsinformationsverhalten

Zur Einschätzung des Gesundheitsinformationsverhaltens wurden, wie auch im HLS-GER 2 (Schaeffer et al. 2021), Fragen zum Informationsinteresse, zu persönlichen Erfahrungen mit Informationsinstanzen, Informationsquellen und Informationsbedürfnissen/-wünschen gestellt und um weitere für die Zielgruppen relevante Antwortoptionen ergänzt. Darüber hinaus wurden migrationsspezifische und sprachbezogene Aspekte des Informationsverhaltens erfragt.

Nutzung digitaler Informationsangebote und digitale Gesundheitskompetenz

Die Nutzung digitaler Informationsangebote und die digitale Gesundheitskompetenz wurden mit einem im Rahmen der HLS₁₉ Studie entwickelten und auch im HLS-GER 2 eingesetzten Instruments erfasst (siehe Schaeffer et al. 2021). Die Items erfassen mögliche Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, der Beurteilung und Anwendung digitaler Gesundheitsinformation, z. B. bei Internetrecherchen, der Verwendung von Gesundheits-Apps oder bei der digitalen Interaktion mit Gesundheitsdienstleistenden. Der daraus gebildete Index zur Messung digitaler

Gesundheitskompetenz wird ebenfalls zur vereinfachten Vergleichbarkeit mit anderen Indizes in das Wertspektrum 0 – 100 überführt und in die genannten Niveaus (*Tabelle 2*) eingeteilt.

Navigationale Gesundheitskompetenz

Die navigationale Gesundheitskompetenz wurde mit einem im Rahmen des HLS₁₉ und HLS-GER 2 neu entwickelten Instrument erhoben. Es beinhaltet 12 Items, die mögliche Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen zur Navigation im Gesundheitssystem auf System-, Organisations- und Interaktionsebene erfassen (Griese et al. 2020). Analog zur allgemeinen Gesundheitskompetenz werden auch hier die Antworten mittels einer 4-stufigen Likert-Skala erfasst und anschließend ein Anteilswert gebildet, der in das Wertspektrum 0 – 100 überführt wird. Auch hier werden Niveaus, wie in *Tabelle 2* dargestellt, gebildet.

Kommunikative Gesundheitskompetenz

Zur Erfassung der kommunikativen Gesundheitskompetenz wurde ebenfalls ein im Rahmen des HLS₁₉ neu entwickeltes Instrument eingesetzt. Das vollständige Instrument enthält insgesamt elf Items, die mögliche Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Ärzt:innen ermitteln (Schaeffer et al. 2021). Für die HLS-MIG Studie wurden daraus sechs für die Zielgruppe als besonders relevant erachtete Items ausgewählt.

Determinanten der Gesundheitskompetenz

Soziodemografische und -ökonomische Variablen wurden analog zum HLS-GER 2 erhoben³. Als demografische Variablen wurden das *Geschlecht* und das *Alter* in vollendeten Lebensjahren (für Darstellungszwecke hier gruppiert in 18 – 29 Jahre, 30 – 45 Jahre, 46 – 64 Jahre, ab 65 Jahre) erfasst.

Bildung wurde mithilfe von Fragen zu schulischen und beruflichen Abschlüssen gemäß der „International Standard Classification of Education 2011“ (ISCED11) erhoben. Mit der ISCED-Skala wird der höchste erworbene Bildungsabschluss in neun Kategorien beschrieben. Für die weiteren Auswertungen wurde hier in ‚niedriges Bildungsniveau‘ (ISCED 0 bis 2: u. a. ohne Schulbesuch; ohne allgemeinen Schulabschluss; ohne beruflichen Abschluss; Haupt- und Realschulabschluss ohne beruflichen Abschluss oder Anlernausbildung), ‚mittleres Bildungsniveau‘ (ISCED 3 und 4: u. a. Personen mit Fach-/Hochschulreife ohne beruflichen Abschluss oder mit einer abgeschlossenen Lehre) und ‚hohes Bildungsniveau‘ (ISCED 5 bis 8: u. a. Abschluss einer Berufsfachschule oder Meister- und Techniker Ausbildung; Personen mit Hochschulbildung; Promotion) gruppiert. Um die Abschlüsse der verschiedenen Herkunftsländer vergleichen zu können, wurden die Frage- bzw. Antwortformulierungen angepasst und erweitert (vgl. Schneider et al. 2018). Konkret wurden Filterfragen genutzt, welche die jeweils in Deutschland, in der Türkei und in ex-sowjetischen Ländern erworbenen Schul- und Berufsabschlüsse beinhalteten. Bei Fragen, die auf im Herkunftsland erworbene Bildungsabschlüsse abzielen, wurden auch in der deutschsprachigen Fragebogenversion die Originalbegriffe der Abschlüsse verwendet, um zu gewährleisten, dass die Befragten sich richtig einordnen können. Basis waren Fragen der jeweiligen Länder (Türkei, Russland, Ukraine) aus dem Euro-

³ Studien weisen darauf, dass die Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund, ebenso wie die der Allgemeinbevölkerung, durch soziale, demografische und ökonomische Faktoren beeinflusst wird (ex. Berens et al. 2021; Probst et al. 2021; Houston et al. 2019; Bieri et al. 2016; Ganahl et al. 2016; Gele et al. 2016; Quenzel/Schaeffer 2016).

pean Social Survey (ESS), ein speziell entwickeltes Tool für die Kodierung von Bildung in Umfrageprogrammen (CAMCES, s. Schneider et al. 2018) und die offiziellen ISCED11-Schemata der Länder (UNESCO o.J.). Anschließend wurden die Einzelfragen zur schulischen und beruflichen Ausbildung zu den entsprechenden ISCED11-Gruppen zusammengeführt.

Für die Ermittlung des selbsteingeschätzten *Sozialstatus* wurden die Befragten gebeten, ihre gesellschaftliche Stellung auf einer Leiter mit 10 Sprossen selbst einzuschätzen (ex. Hoebel et al. 2015). Für Darstellungszwecke wird dieser gruppiert (1 bis 4 „geringer Sozialstatus“, 5 bis 7 „mittlerer Sozialstatus“, 8 bis 10 „hoher Sozialstatus“).

Darüber hinaus wurden verschiedene *migrationsbezogene Faktoren* erfasst⁴. Die *Migrationserfahrung* (eigene und elterliche) wird durch das Geburtsland der Befragten und ihrer Eltern und Großeltern operationalisiert. Die *Deutschkenntnisse* wurden hier annäherungsweise über die gewählte Interviewsprache ermittelt. Angenommen wurde, dass die Herkunfts- oder Erstsprache meist deshalb als Interviewsprache gewählt wird, weil die Durchführung des Interviews auf Deutsch aufgrund von Sprachschwierigkeiten schwerer gefallen wäre oder die Befragten sich in ihrer Herkunfts- oder Erstsprache sicherer fühlen.

Weitere soziodemografische, -ökonomische und -kulturelle sowie migrationsspezifische Differenzierungsmerkmale werden aus Gründen des Umfangs nicht im Rahmen dieses Berichts dargestellt, sondern in weiteren Publikationen untersucht.

Übersetzung und Pretest

Die Ausgangssprache für die Übersetzungen war durchgängig Deutsch – dies auch bei Fragen, die aus dem internationalen HLS₁₉ stammen und teilweise in der deutschen Version für die HLS-GER 2 Studie modifiziert wurden (Schaeffer et al. 2021: 14).

Zunächst wurden zwei Versionen pro Sprache von professionellen Übersetzer:innen erstellt. Diese wurden von muttersprachlichen Wissenschaftler:innen überwiegend aus dem Bereich der Gesundheits(kompetenz)forschung bewertet und im Team-Ansatz teilweise modifiziert (Schenk 2021). Als Herausforderung erwies sich die Übersetzung von Begriffen zum deutschen Gesundheits- und Bildungssystem, z. B. „Hausärzt:in“, „gesetzliche Krankenversicherung“ oder auch die Schulabschlüsse, da diese meist keine direkte Entsprechung in anderen Sprachen haben. Teilweise wurde deshalb zusätzlich der deutschsprachige Begriff verwendet.

In einem Pretest wurden Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Fragen, die Sinnhaftigkeit und Vollständigkeit von Antwortvorgaben, der Ablauf und Umfang des Interviews sowie die türkischen und russischen Übersetzungen beider Fragebogenversionen geprüft. Dafür wurden mündlich-persönliche Einzelinterviews unter realen Feldbedingungen mit je zehn Personen pro Migrationsgruppe (die Hälfte der Personen in der jeweiligen Fremdsprache) von bilingualen Interviewer:innen des Instituts für Demoskopie Allensbach durchgeführt.

3.3 Rekrutierung, Durchführung und Datenbereinigung

Für die bundesweite Stichprobenziehung wurden zunächst Zellen auf Ebene der Bundesländer gekreuzt mit der Gemeindegröße (in 3 Kategorien) gebildet und entsprechend der realen Verteilung der beiden Grundgesamtheiten im Raum (Sonderanfrage Statistisches Bundesamt

⁴ Der Studienlage zufolge wurden u.a. die Sprachkompetenz in der Sprache des Aufnahmelandes, das Herkunftsland und die Migrationsgeneration (ex. Berens et al. 2021; Bieri et al. 2016; Blom et al. 2018; Ganahl et al. 2016; Wängdahl et al. 2014) als relevante migrationsbezogene Faktoren für die Gesundheitskompetenz identifiziert.

(Destatis) mit Mikrozensus 2019) die Anzahl der Sampling Points festgelegt (siehe *Tabelle A 1*). Aus den möglichen Gemeinden einer Zelle wurden zufällig Gemeinden ausgewählt.

In den ausgewählten Gemeinden erfolgte die Rekrutierung der Befragten nach dem Quotenverfahren durch bilinguales Interviewpersonal des Instituts für Demoskopie Allensbach. Das Hauptkriterium war, dass die Befragten selbst oder mindestens ein Elternteil die türkische Staatsbürgerschaft bzw. die Staatsbürgerschaft eines Landes der ehemaligen Sowjetunion hat oder hatte^{5,6}. Zudem wurden Quoten für Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund berücksichtigt. Schließlich führten 56 bzw. 57 bilinguale Interviewer:innen durchschnittlich zehn Interviews durch.

Der hier gewählte community-basierte Ansatz zur Stichprobenziehung, der um eine Quotierung soziodemographischer Kernmerkmale erweitert wurde, erwies sich gegenüber zufallsbasierten Stichprobenverfahren nicht nur finanziell und zeitlich als günstiger; vielmehr konnten vermutlich auch schwer erreichbare Personengruppen, z. B. mit größerer Skepsis gegenüber Befragungen, durch den persönlichen Bezug zur interviewenden Person für die Studie gewonnen werden (ex. Brand et al. 2019).

Die Befragung erfolgte mittels papier-assistierter mündlicher Interviews („Paper and Pencil Interviews“) zwischen dem 14. August und dem 30. September 2020. Die von den Interviewer:innen ausgefüllten Fragebögen wurden an das Institut für Demoskopie Allensbach gesendet und dort von Fachkräften digitalisiert. Die Qualität der Dateneingabe wurde anhand von gut 10 % doppelt eingegebener Fragebögen (n=108) überprüft und stellte sich mit einer Fehlerquote von nur 0,18 % als zufriedenstellend heraus.

Tabelle 3: Übersicht Parameter Interviewdurchführung des HLS-MIG

Erhebungszeitraum	Ex-sowjetischer Migrationshintergrund	Türkischer Migrationshintergrund*
Feldbeginn		14.8.2020
Feldende		30.9.2020
Stichprobengröße		
Anzahl in Auswertung einbezogener Interviews [^]	525	512
Beteiligtes Interviewpersonal		
Anzahl Interviewer:innen	56	57
Durchschnittliche Interviewanzahl/ Interviewer:in	10,3	10,2
Minimale Interviewanzahl pro Interviewer:in	2	2
Maximale Interviewanzahl pro Interviewer:in	14	14
Interviewdauer		
Durchschnittliche Interviewlänge (in Minuten)	77,2	65,9
Minimale Interviewlänge (in Minuten)	20	17
Maximale Interviewlänge (in Minuten)	180	134

* nur Personen aus den alten Bundesländern und Berlin

[^] realisierte Interviews mit mindestens 80 % vollständig beantworteten Kernfragen und bestandener Qualitäts- bzw. Plausibilitätsprüfung

⁵ Es durfte nur eine Person pro Haushalt befragt werden. Nahe Familienangehörige der Interviewer:innen durften nicht interviewt werden.

⁶ Die Interviewer:innen sollten die Art der Bekanntschaft zur Befragungsperson angeben. Fast drei Viertel kannten die Interviewperson näher, 17 % nur vom Sehen und 9 % kannten sie vor dem Interview nicht. Näher oder vom Sehen bekannte Befragungspersonen waren bei fast der Hälfte aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis, rund 15 % aus der Familie, rund 12 % aus der Nachbarschaft oder dem Wohnort, rund 9 % von der Arbeit, rund 8 % aus Verein/Hobby/Kirche/etc. und rund 7 % waren von woanders her bekannt.

Die Interviews wurden anschließend auf die Anzahl fehlender Angaben, auffällig monotones Antwortverhalten sowie auffällige Ähnlichkeiten von Fragebögen innerhalb eines Spots hin untersucht. Dabei wurden 21 Fragebögen als auffällig identifiziert und aus dem Datensatz entfernt. Insgesamt wurden somit 1.037 Interviews, davon 525 mit Personen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund und 512 mit türkischem Migrationshintergrund, für die Auswertungen verwendet. Unter ersteren wurden 256 Interviews auf Deutsch und 269 Interviews auf Russisch durchgeführt. In der zweiten Gruppe waren es 327 Interviews auf Deutsch und weitere 185 Interviews auf Türkisch. Weitere Kennzahlen der Interviewdurchführung sind *Tabelle 3* zu entnehmen.

3.4 Stichprobe und Repräsentativität

Um die Stichproben auf ihre Repräsentativität hin zu untersuchen, wurden die Daten einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2019 genutzt. In *Tabelle 4* werden diese mit den Daten der Befragten mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund verglichen. Zudem werden auch die Anteile der Teilgruppen in der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung im HLS-GER 2 gegenübergestellt.

Personen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund

Insgesamt wurden Interviews von 525 Menschen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund einbezogen. Von den Befragten dieser Migrationsgruppe sind 57,7 % weiblich, die Geschlechtsverteilung dieser Teilstichprobe ist also annähernd repräsentativ. 14,6 % der Befragten sind 18-29 Jahre alt, 17,9 % sind 65 Jahre und älter und damit überrepräsentiert. Personen zwischen 30 und 44 Jahren sind mit 35,9 % hingegen unterrepräsentiert. Befragte im Alter von 45 bis 64 Jahren sind mit 31,6 % repräsentativ vertreten.

5,1 % haben keinen allgemeinen Schulabschluss, 4,6 % weisen einen Hauptschulabschluss o. ä., 18,2 % einen Realschulabschluss o. ä., 33,7 % eine (Fach-)Hochschulreife o. ä. und 38,4 % einen Studienabschluss auf. Damit sind hohe Bildungsabschlüsse in der Stichprobe deutlich häufiger vertreten als in der Grundgesamtheit der Personen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund. Gleiches zeigt sich, wenn mittels der ISCED-Klassifikation auch nicht-akademische Berufsabschlüsse berücksichtigt werden: Die Hälfte der Stichprobe ist damit einem hohen Bildungsniveau zuzuordnen.

60,5 % haben mindestens eine chronische Erkrankung; entsprechend haben 39,5 % angeführt, nicht chronisch erkrankt zu sein. Aufgrund von fehlenden Referenzwerten lässt sich diesbezüglich keine Aussage zur Repräsentativität treffen.

Rund ein Fünftel (21,5 %) der Befragten gibt eine niedrige Stellung in der Gesellschaft an. Der größte Anteil der befragten Personen (65 %) ordnet sich einem mittleren Sozialstatus zu. Auffällig ist ein hoher Anteil an Personen (8 %), der keine Angabe zum Sozialstatus macht. Auch zum selbsteingeschätzten Sozialstatus liegen keine Referenzwerte vor.

62,9 % haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Dieser Anteil ist im Vergleich zur Grundgesamtheit unterrepräsentiert. 8,2 % der Befragten haben eine elterliche Migrationserfahrung und 91,8 % verfügen über eine eigene Migrationserfahrung⁷. Diese Verteilung ist im Vergleich zur Grundgesamtheit repräsentativ. Mehr als die Hälfte (58,2 %) der selbst eingewanderten

⁷ Darunter sind 150 Menschen, die in Russland geboren sind, 144 in Kasachstan, 77 in der Ukraine, 21 in Weißrussland, 19 in Moldawien, 15 in Aserbaidschan, 10 in Kirgistan, jeweils 7 in Litauen und Armenien, 5 in Georgien, 3 in Estland, 2 in Lettland, eine Person in Serbien (bezogen auf die heutigen Staatsbezeichnungen). Serbien war kein Mitglied der Sowjetunion, die Person wurde dennoch in der Stichprobe belassen.

Befragten hält sich seit weniger als 20 Jahren in Deutschland auf. In der Grundgesamtheit beträgt dieser Anteil 35,1 % und ist somit in der Stichprobe überrepräsentiert. Eine Aufenthaltsdauer von bis zu 30 Jahren ist dagegen mit 38,3 % unterrepräsentiert, ebenso die Aufenthaltsdauer von über 30 Jahren (3,4 %). 40,1 % geben Deutsch als vorwiegende Haushaltssprache an; in der Grundgesamtheit beträgt dieser Anteil 60,7 %. Alle weiteren Befragten der Stichprobe (59,9 %) geben eine andere Haushaltssprache an, demzufolge ist dieser Anteil im Vergleich zur Grundgesamtheit der ex-sowjetischen Bevölkerung überrepräsentativ.

Personen mit türkischem Migrationshintergrund

Insgesamt wurden Interviews von 512 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in die Auswertungen einbezogen. 51,4 % von ihnen waren weiblich, sodass die Stichprobe annähernd repräsentativ für das Geschlecht verteilt ist.

33,7 % der Stichprobe sind 18 bis 29 Jahre alt, diese Altersgruppe ist im Vergleich zur Gesamtpopulation überrepräsentiert. Die Gruppe der Befragten zwischen 30 und 44 Jahren (25,2 %) ist unterrepräsentiert. 32,1 % der befragten Personen sind zwischen 45 und 64 Jahre alt, 9,1 % sind 65 Jahre und älter. Beide Altersgruppen sind annähernd repräsentativ enthalten.

11,3 % haben keinen Schulabschluss, 18,3 % haben einen Hauptschulabschluss o. ä., 25,2 % einen Realschulabschluss o. ä., 26,2 % eine (Fach-)Hochschulreife o. ä. und 19 % einen Studienabschluss. In der Grundgesamtheit ist das Bildungsniveau deutlich niedriger: beispielsweise haben 21,8 % keinen Schulabschluss und lediglich 7,6 % einen Studienabschluss. Auffällig ist der hohe Anteil (8,4 %) an Befragten, die keine Angabe zur eigenen Bildung machten. Verglichen mit den Zahlen aus dem Mikrozensus ergibt sich also auch hier eine überrepräsentativ gut gebildete Stichprobe, was die schulische Bildung betrifft. Gleiches zeigt sich, wenn mittels der ISCED-Klassifikation auch nicht-akademische Berufsabschlüsse berücksichtigt werden. Fast ein Viertel der Befragten ist damit einem hohen Bildungsniveau zuzuordnen.

50,6 % der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund führen an, chronisch erkrankt zu sein. Wie bereits in der Stichprobe der ex-sowjetischen Befragten erwähnt wurde, kann aufgrund von fehlenden Referenzwerten keine Aussage zur Repräsentativität getroffen werden.

Die meisten Befragten (65,2 %) ordnen sich einem mittleren Sozialstatus zu. 18,2 % weisen einen niedrigen und 16,6 % einen hohen Sozialstatus auf. Aufgrund von fehlenden Referenzwerten kann auch hier keine Aussage zur Repräsentativität getroffen werden.

Knapp die Hälfte der Befragten (49 %) hat eine deutsche Staatsangehörigkeit. Im Vergleich zur Grundgesamtheit ist dies leicht überrepräsentiert. Das Verhältnis zwischen der elterlichen sowie der eigenen Migrationserfahrung ist annähernd repräsentativ. So geben 42,5 % eine elterliche Migrationserfahrung, 57,5 % eine eigene Migrationserfahrung an. 27,2 % leben seit weniger als 20 Jahren in Deutschland, ein überrepräsentierter Anteil. Befragte Personen, die sich seit 20 bis 30 Jahren in Deutschland aufhalten, sind repräsentativ vertreten. Die Teilstichprobe mit einer Aufenthaltsdauer von über 30 Jahren (51,1 %) in Deutschland ist leicht unterrepräsentiert. Etwas weniger als die Hälfte der Befragten (46,1 %) hat Deutsch als vorrangige Haushaltssprache angeführt; 53,9 % sprechen eine andere Sprache im eigenen Haushalt. Diese Verteilung ist annähernd repräsentativ.

Gewichtung

Die beobachtete Verzerrung der HLS-MIG-Stichproben dürfte zu einer positiven Niveauverschiebung der Gesundheitskompetenz führen, da das Bildungsniveau in der Regel positiv mit der Gesundheitskompetenz korreliert. Gleichzeitig sind Eingewanderte mit kürzerer Aufenthaltsdauer und, bei der Stichprobe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund, ältere Personen überrepräsentiert, was nach der bisherigen Forschung mit geringerer Gesundheitskompetenz in Verbindung steht (ex. Berens et al. 2021).

Von einer Gewichtung der Daten mit dem Ziel, die beobachteten Verzerrungen zumindest teilweise zu kompensieren, wurde nach intensiver Abwägung der Vor- und Nachteile abgesehen. Die dabei notwendige Verwendung teilweise großer Gewichtungsfaktoren würde mit weiteren statistischen Unsicherheiten einhergehen, insbesondere in vertiefenden Analysen, z. B. zum Einfluss verschiedener Parameter auf die Gesundheitskompetenz. Auch würde bei einer deutlichen Gewichtung des Datensatzes die effektive Größe der Stichproben erheblich reduziert. Stattdessen wird in den folgenden Kapiteln jeweils detailliert auf die Ergebnisse in soziodemografischen Teilgruppen eingegangen, so dass die Unterschiede in den einzelnen Gruppen Berücksichtigung finden.

Vergleich der Stichproben

In der Stichprobe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund liegt der Frauenanteil etwas höher als in der Stichprobe mit türkischem Migrationshintergrund. Hier ist wiederum der Anteil jüngerer Befragter etwa doppelt so hoch. Personen mit niedrigen Bildungsniveaus⁸ sind in beiden Stichproben unterrepräsentiert⁹. Der Anteil von Studienabschlüssen oder einem hohen Bildungsniveau nach ISCED ist bei der ex-sowjetischen Gruppe zudem in etwa doppelt so hoch wie in der anderen Gruppe. Personen mit chronischen Erkrankungen sind etwas häufiger in der ex-sowjetischen Gruppe vertreten. Der Sozialstatus ist in beiden Gruppen annähernd gleichverteilt. Entsprechend des höheren Anteils in der Grundgesamtheit geben auch mehr Befragte der ex-sowjetischen Stichprobe eine deutsche Staatsangehörigkeit und eine eigene Migrationserfahrung an als bei den Türkeistämmigen. Der größte Anteil der ex-sowjetischen Befragten gibt eine Aufenthaltsdauer von bis zu 20 Jahren an, bei den türkeistämmigen Befragten sind es jene, die seit mehr als 30 Jahren in Deutschland leben. Der Anteil an Personen, die zuhause vorrangig Deutsch sprechen, ist bei Letzteren etwas höher.

Beim Vergleich mit der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung aus der HLS-GER 2 Studie, deren Werte in der letzten Spalte von *Tabelle 4* zu sehen sind, muss berücksichtigt werden, dass beide Migrationsstichproben entsprechend der Verteilung in der Population niedrigere Anteile älterer Befragter aufweisen. Zudem besteht die türkeistämmige Stichprobe zu einem deutlich höheren Anteil aus Befragten mit niedrigem Bildungsniveau und die ex-sowjetische ebenfalls zu einem deutlich höheren Anteil aus Befragten mit hohem Bildungsniveau. Letztere hat auch einen etwas höheren Anteil an Personen mit chronischer Erkrankung als die Stichprobe der Allgemeinbevölkerung. Die Verteilung des Sozialstatus ist in allen Stichproben in etwa gleich.

⁸ In *Tabelle 4* sind Schulabschluss und Bildungsniveau separat aufgeführt, auch wenn der Schulabschluss neben dem Berufsabschluss in das Bildungsniveau einfließt. So können die Niveaus der Schulabschlüsse der untersuchten Migrationsgruppen mit den Mikrozensus-Daten verglichen werden; die Bildungsniveaus wiederum mit denen der HLS-GER 2 Studie.

⁹ In diesem Kontext ist auf die bewusst unterschiedliche Erhebung der Bildungsabschlüsse im Mikrozensus und HLS-MIG hinzuweisen, die einen Vergleich erschwert. Im Mikrozensus werden nur deutsche Abschlüsse zur Auswahl angeboten, d. h., dass ggf. ausländische Abschlüsse von den Befragten selbst zugeordnet werden müssen, was fehleranfällig sein kann.

Die migrationsbezogenen Merkmale werden an dieser Stelle nicht verglichen, da der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund im HLS-GER 2 nur bei 13,8 % liegt.

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung

	Ex-sowjetischer Migrationshintergrund				Türkischer Migrationshintergrund				Stichprobe HLS-GER 2 *
	Anzahl	%	Gült. %	MZ %	Anzahl	%	Gült. %	MZ %	%
Gesamtzahl	525	---	---	2,83 Mio.	512	---	---	2,19 Mio.	2.151
Frauen	222	57,7	---	54,7	248	51,2	51,4	49,2	49,1
Männer	303	42,3	---	45,3	262	48,4	48,6	50,8	50,6
Ohne Angabe	---	---	---	---	2	0,4	---	---	---
18 – 29 Jahre	75	14,3	14,6	16,3	163	31,8	33,7	25,3	16,8
30 – 44° Jahre	184	35,0	35,9	43,3	122	23,8	25,2	30,6	22,7
45 – 64° Jahre	162	30,9	31,6	31,0	155	30,3	32,1	34,1	32,0
Ab 65 Jahre	92	17,5	17,9	9,4	44	8,6	9,1	10,1	27,6
Ohne Angabe	12	2,3	---	---	28	5,5	---	---	---
Ohne allg. Schulabschluss	26	5,0	5,1	5,1	53	10,4	11,3	21,8	---
Hauptschulabschluss o. Ä.	23	4,4	4,6	26,9	86	16,8	18,3	36,3	---
Realschulabschluss o. Ä.	92	17,5	18,2	34,6	118	23,0	25,2	20,1	---
(Fach-)Hochschulreife o. Ä.	170	32,4	33,7	13,0	123	24,0	26,2	14,0	---
Studienabschluss	194	37,0	38,4	20,3	89	17,4	19,0	7,6	---
Ohne Angabe	20	3,8	---	0,2	43	8,4	---	0,3	---
Niedriges Bildungsniveau	66	12,6	12,8	---	168	32,8	33,7	---	11,1
Mittleres Bildungsniveau	187	35,6	36,2	---	212	41,4	42,6	---	58,7
Hohes Bildungsniveau	263	50,1	51,0	---	118	23,0	23,7	---	28,2
Ohne Angabe	9	1,7	---	---	14	2,7	---	---	2,1
Chronische Erkrankung	308	58,7	60,5	---	256	50,0	50,6	---	50,5
Keine chron. Erkrankung	201	38,3	39,5	---	250	48,8	49,4	---	47,7
Ohne Angabe	16	3,0	---	---	6	1,2	---	---	1,8
Niedriger Sozialstatus	104	19,8	21,5	---	88	17,2	18,2	---	18,7
Mittlerer Sozialstatus	314	59,8	65,0	---	315	61,5	65,2	---	63,4
Hoher Sozialstatus	65	12,4	13,5	---	80	15,6	16,6	---	15,1
Ohne Angabe	42	8,0	---	---	29	5,7	---	---	2,8
Deutsche Staatsangehörigkeit	330	62,9	---	77,6	251	49,0	---	40,7	---
Elterliche Migrationserfahrung	43	8,2	8,2	6,6	214	41,8	42,5	40,7	---
Eigene Migrationserfahrung	481	91,6	91,8	93,4	289	56,4	57,5	59,3	---
Ohne Angabe	1	0,2	---	---	9	1,8	---	---	---
Aufenthalt in DE bis 20 Jahre	275	57,0	58,2	35,1	76	26,3	27,2	18,0	---
Aufenthalt in DE bis 30 Jahre	181	37,6	38,3	55,7	61	21,1	21,8	22,0	---
Aufenthalt in DE ab 30 Jahre	16	3,3	3,4	8,0	143	49,5	51,1	58,0	---
Ohne Angabe	10	2,1	---	1,2	9	3,1	---	2,0	---
Haussprache Deutsch	207	39,4	40,1	60,7	236	46,1	46,1	44,4	---
Russisch/Türkisch/Andere	309	58,9	59,9	39,2	276	53,9	53,9	55,6	---
Ohne Angabe	9	1,7	---	---	---	---	---	---	---

MZ: Sonderanfrage an Destatis, Daten des Mikrozensus 2019 (Destatis 2020); Gült. %: Gültige Prozentwerte, d. h. ohne die Anteile der fehlenden Angaben; * Gewichtete Stichprobe; – Angabe fehlt; ° Angepasst an Kategorien aus Sonderanfrage, daher abweichend vom Ergebnisteil

3.5 Auswertung

Für den vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz und der neuen Themenpakete, jeweils getrennt für beide Migrationsgruppen, sowohl aggregiert als auch für einzelne Teilgruppen auf Basis der Niveaus analysiert und dargestellt. Ausprägungen einzelner Items der Instrumente werden ebenfalls nach relevant erscheinenden Teilgruppen dargestellt.

An ausgewählten Stellen werden in den nachfolgenden Ergebniskapiteln die deskriptiven Ergebnisse zudem durch Regressionsanalysen ergänzt. Dies ist sinnvoll, da die betrachteten soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale untereinander stark korrelieren. In einem multivariaten Modell werden die Einflüsse der jeweils anderen Komponenten des Modells konstant gehalten, dadurch werden also die Effekte der unterschiedlichen Sozialstrukturen in den Teilgruppen herausgerechnet. So kann bestimmt werden, ob ein Merkmal unabhängig von den anderen Merkmalen einen eigenständigen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat. Es wurden jeweils lineare Regressionen berechnet und dafür der kontinuierliche Gesundheitskompetenz-Score verwendet, der von 0 bis 100 variieren kann. Die Werte in den aufgeführten Regressions-Tabellen spiegeln somit wider, wie viele Score-Punkte der Mittelwert der jeweiligen Gruppe im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe abweicht, wenn alle anderen Faktoren konstant gehalten werden.

3.6 Methodische Reflexion

Da mit dem HLS-MIG stellenweise Neuland betreten und erstmals in Deutschland eine groß angelegte quantitative Befragung zur Gesundheitskompetenz speziell bei Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt wurde, soll die methodische Vorgehensweise reflektiert werden.

Die Beschränkung auf die zwei größten Migrationsgruppen ermöglichte es das Interview auch in der Herkunftssprache zu führen, so dass auch Personen mit schlechteren Deutschkenntnissen an der Befragung teilnehmen konnten. Hierzu wurde der Fragebogen unter Einbeziehung muttersprachlicher Wissenschaftler:innen aus dem Themenfeld übersetzt. 36 % der Befragten mit türkischem und 51 % der Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund nutzten das Angebot eines herkunftslandsprachlichen Interviews. Durch die persönliche Durchführung der Interviews konnten auch Personen, die ggf. Schwierigkeiten im Umgang mit schriftlichen Dokumenten oder Fragebögen haben, in die Studie einbezogen werden. Auch wenn die Realisierung bilingualer, persönlicher Befragungen ressourcenintensiv ist, so sind sie in der Migrations- und Gesundheitskompetenzforschung durchaus sinnvoll, um auch vulnerable Teilgruppen zu erreichen (Krist et al. 2021).

Zur Rekrutierung war ein Netzwerk- oder Community-Ansatz gewählt worden, bei dem die Interviewer:innen nach Quotenvorgaben Personen aus ihrem Umfeld und ggf. per Schneeballverfahren ausgewählt und befragt haben. Solche Rekrutierungsverfahren steigern die Bereitschaft zur Teilnahme, die Erreichbarkeit von Personen mit geringeren Deutschkenntnissen und geringeren Integrationsmaßen (Brand et al. 2019; Reiss et al. 2014; Weinmann et al. 2019) und wirken sich positiv auf die Vertrauensbildung und die Beantwortung der Fragen aus. Auf der anderen Seite kann dieses Verfahren aber auch zu sozial erwünschtem Antwortverhalten und positiveren Antworten führen. Dies wird unter anderem mit der Befürchtung mangelnder Anonymität begründet, wenn Interviewer:innen derselben Gruppe angehören (ex. van Heelsum 2013). Neben der Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten sei hier auch der „immigrant optimism“ erwähnt (siehe auch *Kapitel 9*), die beide zu einer optimistischeren Ein-

schätzung der subjektiv wahrgenommenen Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Informationsaufgaben führen können. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen und sollte in Studien durch die Kombination mit objektiven Messverfahren und Kontrollfragen berücksichtigt werden.

Mit den Quotenvorgaben sollte zudem sichergestellt werden, dass spezielle Merkmale bzw. bestimmte Teilgruppen mit türkischem und ex-sowjetischem Migrationshintergrund gemäß ihrem Anteil in Deutschland in der Stichprobe vertreten sind, da diese über zufallsbasierte Verfahren nur schwer zu rekrutieren sind. Trotz der geschilderten Bemühungen ist der Anteil von Personen mit höherem Bildungsniveau in der Studie überrepräsentiert (siehe *Tabelle 4*). Dies ist ein häufig auftretendes Problem in der Umfrageforschung (Reinikainen et al. 2018; Spitzer 2020), das bei Migrationsstichproben tendenziell stärker zutage tritt (Borgmann et al. 2019; Schenk 2021). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass bei einer zufallsbasierten Herangehensweise ohne Community-Ansatz noch weniger Menschen mit geringer Bildung erreicht worden wären. Da für die Gesundheitskompetenz zumeist ein positiver Zusammenhang mit dem Bildungsniveau vorliegt (ex. Schaeffer et al. 2021; HLS₁₉ Consortium 2021), ist davon auszugehen, dass die Gesundheitskompetenz bei der Betrachtung der Gesamtgruppe überschätzt bzw. die Schwierigkeiten einzelner Aufgaben im Umgang mit Gesundheitsinformationen unterschätzt werden. Zukünftig sollten daher noch intensivere Anstrengungen zur Rekrutierung und Teilnahmemotivation von Personen mit niedrigem Bildungsniveau erfolgen. Zudem sind stratifizierte Analysen empfehlenswert.

Quotenvorgaben erfolgten auch für das Alter und die Migrationserfahrung. Dadurch ist die Gruppe der türkeistämmigen Personen über 65 Jahren sowie derjenigen, deren Eltern aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland eingewandert sind, zwar repräsentativ vertreten. Aber beide Gruppen sind relativ gering besetzt, und daher gehen die ermittelten Befunde mit statistischen Unsicherheiten einher. Für die weitere Gesundheitskompetenzforschung ist daher ein Oversampling besonders interessierender oder vulnerabler Teilgruppen zu empfehlen.

Des Weiteren müssen mögliche Periodeneffekte auf die Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden, da die Befragung während der Corona-Pandemie durchgeführt wurde. In der Allgemeinbevölkerung Deutschlands konnten in dieser Periode, im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie, höhere Werte der Gesundheitskompetenz festgestellt werden, insbesondere bei der digitalen Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2021).

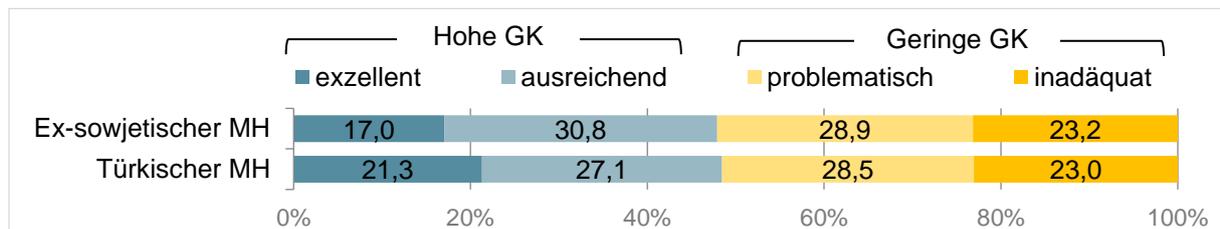
Im HLS-MIG erfolgte aus Kosten- und Kapazitätsgründen eine Beschränkung auf die zwei größten Migrationsgruppen in Deutschland. Ob sich die hier aufgezeigten Trends auch in anderen Gruppen wiederfinden, kann auf der bisherigen Datenbasis nicht beantwortet werden; dazu ist weitere Forschung notwendig. Zu vermuten ist aber, dass sich bestimmte Trends wie der soziale Gradient bei geringer Gesundheitskompetenz sowie die Relevanz geringer Deutschkenntnisse und eigener Migrationserfahrung auch in anderen Gruppen identifizieren lassen.

4 Allgemeine Gesundheitskompetenz

In beiden untersuchten Migrationsgruppen verfügt ungefähr die Hälfte der Befragten (52,1 bzw. 51,5 %) über eine geringe Gesundheitskompetenz¹⁰; dabei fallen die Anteile bei der problematischen und inadäquaten Gesundheitskompetenz nahezu gleich aus.

Auch bei der hohen Gesundheitskompetenz gibt es nur geringe Niveauabweichungen, türkeistämmige Befragte weisen etwas häufiger eine exzellente Gesundheitskompetenz auf (*Abbildung 2*), und haben also so gut wie keine Schwierigkeiten damit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und für die eigene Gesunderhaltung zu nutzen.

Abbildung 2: Allgemeine Gesundheitskompetenz

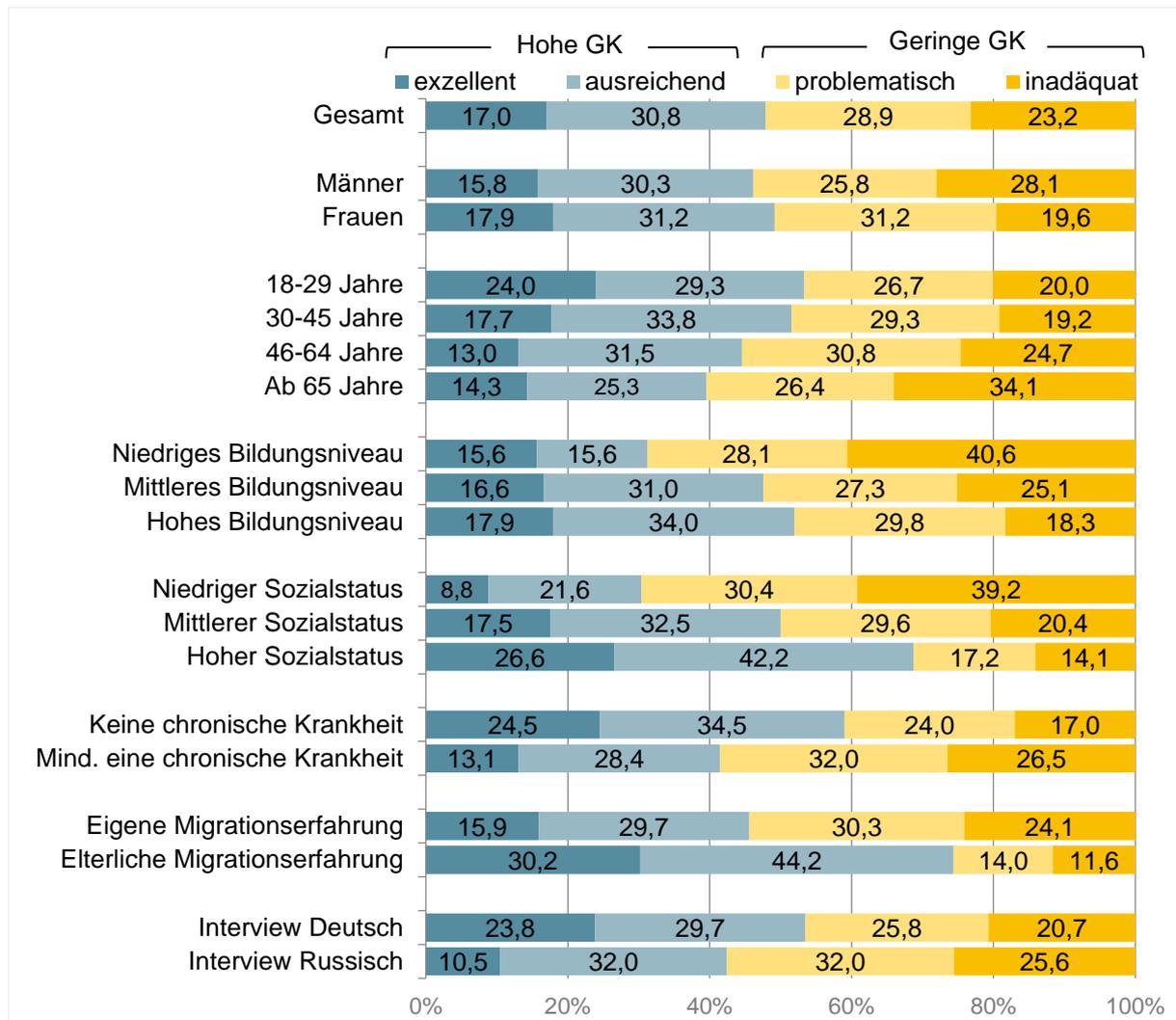


4.1 Allgemeine Gesundheitskompetenz in Teilgruppen

Betrachtet man die Verteilung der Gesundheitskompetenz in den verschiedenen soziodemografischen Teilgruppen (*Abbildung 3*, *Abbildung 4*), zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede. Diese folgen in beiden Migrationsgruppen einem ähnlichen Muster, wenn auch in unterschiedlicher Rangfolge der vulnerabelsten Gruppen: Befragte mit niedrigem Bildungsniveau, mit niedrigem selbsteingeschätzten Sozialstatus, ältere Befragte, Menschen mit eigener Migrationserfahrung, mit chronischen Erkrankungen sowie Personen, die das Interview in ihrer Muttersprache durchführten, verfügen überdurchschnittlich häufig über eine geringe Gesundheitskompetenz.

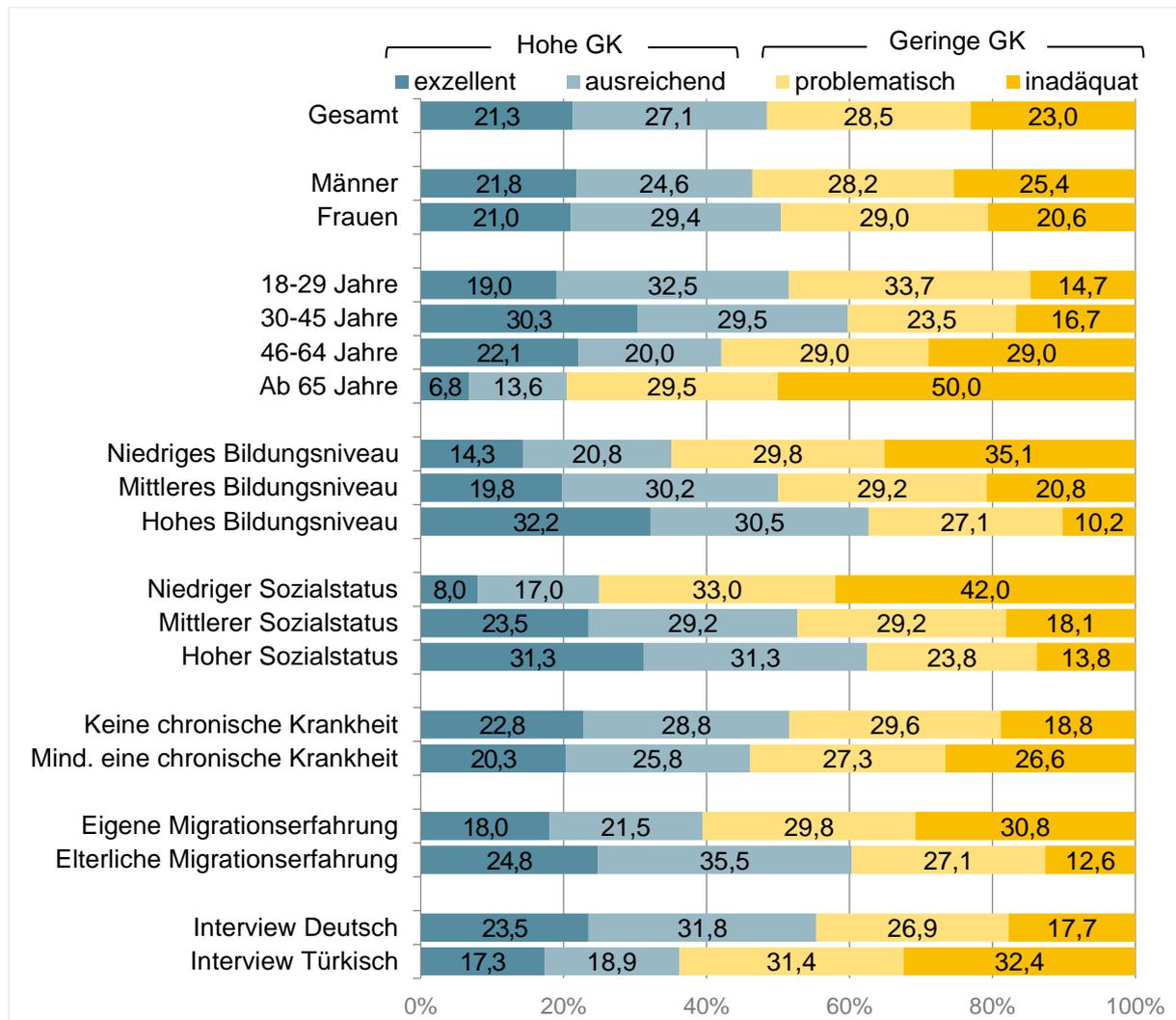
¹⁰ Geringe Gesundheitskompetenz meint zusammengefasst problematische und inadäquate Gesundheitskompetenz. Von hoher Gesundheitskompetenz wird hingegen zusammenfassend gesprochen, wenn ausreichende oder exzellente Gesundheitskompetenz summiert werden.

Abbildung 3: Allgemeine Gesundheitskompetenz von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund



Die hohen Anteile geringer Gesundheitskompetenz bei niedrigem Bildungsniveau (68,7 %) und Sozialstatus (69,6 %) fallen im Balkendiagramm für die Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund direkt ins Auge. Ihnen folgen mit etwas Abstand mit 60,5 % ältere Befragte ab 65 Jahren und mit 58,5 % Personen mit chronischer Erkrankung. Bei den befragten Männern ist ein höherer Anteil inadäquater Gesundheitskompetenz zu erkennen als bei den Frauen. Von Befragten, die eigene Migrationserfahrung mitbringen, selbst also nicht in Deutschland geboren wurden, verfügen 54,4 % über eine geringe Gesundheitskompetenz. In der Gruppe mit elterlicher Migrationserfahrung sind dies dagegen nur 25,6 %. Beim Vergleich der Gruppen, die das Interview auf Deutsch oder Russisch durchgeführt haben, zeigt sich ein höherer Anteil geringer Gesundheitskompetenz bei Befragten mit russischem Interview (46,5 % vs. 57,6 %).

Abbildung 4: Allgemeine Gesundheitskompetenz von Befragten mit türkischem Migrationshintergrund



Bei den Türkeistämmigen bilden – anders als bei Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund – die ab 65-Jährigen die größte Gruppe mit geringer Gesundheitskompetenz (rund 80 %). Besonders auffällig ist in dieser Gruppe, dass die Hälfte von ihnen sogar eine inadäquate Gesundheitskompetenz zeigt. Ihnen folgen Befragte mit geringem Sozialstatus mit einem ebenfalls sehr hohen Anteil von 75 %, bzw. mit niedrigem Bildungsniveau (64,9 %). Bei chronisch Erkrankten mit türkischem Migrationshintergrund haben knapp 54 % eine geringe Gesundheitskompetenz, etwas weniger also als in der Gruppe der ex-sowjetischen Befragten.

Deutliche Unterschiede zeigen sich in Abhängigkeit von der eigenen Migrationserfahrung: Befragte der ersten Generation, die also selbst nach Deutschland eingewandert sind, weisen in deutlich höherem Anteil (60,6 %) eine geringe Gesundheitskompetenz auf als die zweite Generation (39,7 %) und noch deutlicher als Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund. Auch die Unterschiede je nach gewählter Interviewsprache fallen hier größer aus: In der Gruppe, die das Interview auf Türkisch durchführte, haben fast zwei Drittel eine geringe Gesundheitskompetenz, in der Gruppe, die auf Deutsch befragt wurde, trifft dies auf weniger als die Hälfte zu (44,6 %). Auch hier lassen sich nur leichte Geschlechterunterschiede feststellen.

Tabelle 5 gibt die Ergebnisse der multivariaten linearen Regressionsanalyse wider (siehe *Kapitel 3.5*). Hierfür wird, anstelle der bisher betrachteten Niveaus, der kontinuierliche Gesundheitskompetenz-Score verwendet, der von 0 bis 100 variieren kann. Die Werte in der *Tabelle*

5 spiegeln somit wider, wie viele Score-Punkte der Mittelwert der jeweiligen Gruppe im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe abweicht.

Tabelle 5: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner Gesundheitskompetenz und soziodemografischen und migrationsbezogenen Faktoren

	Ex-Sowjetischer MH	Türkischer MH
Konstante	92,11 [8,20]	84,15 [5,27]
Frauen	3,21* [1,79]	0,30 [1,86]
18-29 Jahre	- 5,24* [3,08]	- 4,91* [2,51]
30-45 Jahre (Ref.)	---	---
46-64 Jahre	- 1,29 [2,23]	- 4,79* [2,61]
Ab 65 Jahre	- 4,84* [2,69]	- 18,54*** [4,12]
Niedriges Bildungsniveau	- 10,05*** [2,71]	- 7,39*** [2,67]
Mittleres Bildungsniveau	- 4,50** [1,99]	- 4,32* [2,43]
Hohes Bildungsniveau (Ref.)	---	---
Niedriger Sozialstatus	- 14,26*** [3,10]	- 11,67*** [3,40]
Mittlerer Sozialstatus	- 7,10*** [2,65]	- 2,16 [2,74]
Hoher Sozialstatus (Ref.)	---	---
Chronische Erkrankung	- 4,91** [2,11]	0,74 [1,98]
Eigene Migrationserfahrung	- 7,57* [3,85]	- 3,67 [2,58]
Interview Russisch/Türkisch	- 5,12*** [1,90]	- 2,96 [2,42]
Korrigiertes R ²	0,138	0,169
N	447	432

Unstandardisierte Koeffizienten; [Standardfehler]

* statistisch signifikant bei $p < 0,1$; ** bei $p < 0,05$; *** bei $p < 0,01$;

Ref. = Referenzgruppe

Personen mit niedrigem Bildungsniveau und Sozialstatus haben eine erwartungsgemäß signifikant geringere Gesundheitskompetenz in beiden Migrationsgruppen. Auch die älteste und jüngste Gruppe weisen eine signifikant niedrigere Gesundheitskompetenz auf.

In der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund verfügen zudem Frauen über eine signifikant höhere Gesundheitskompetenz als Männer, wenn die übrigen Einflussfaktoren konstant gehalten werden. Bei den türkeistämmigen Befragten lässt sich hingegen kein Geschlechtereffekt beobachten. Migrationserfahrung, eine chronische Erkrankung und Sprache haben nur bei der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund einen signifikanten Zusammenhang nach Kontrolle für die anderen Variablen im Modell.

Insgesamt können mit den betrachteten Merkmalen rund 14 % der Varianz des Gesundheitskompetenz-Scores bei Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund und rund 17 % bei türkeistämmigen Befragten erklärt werden.

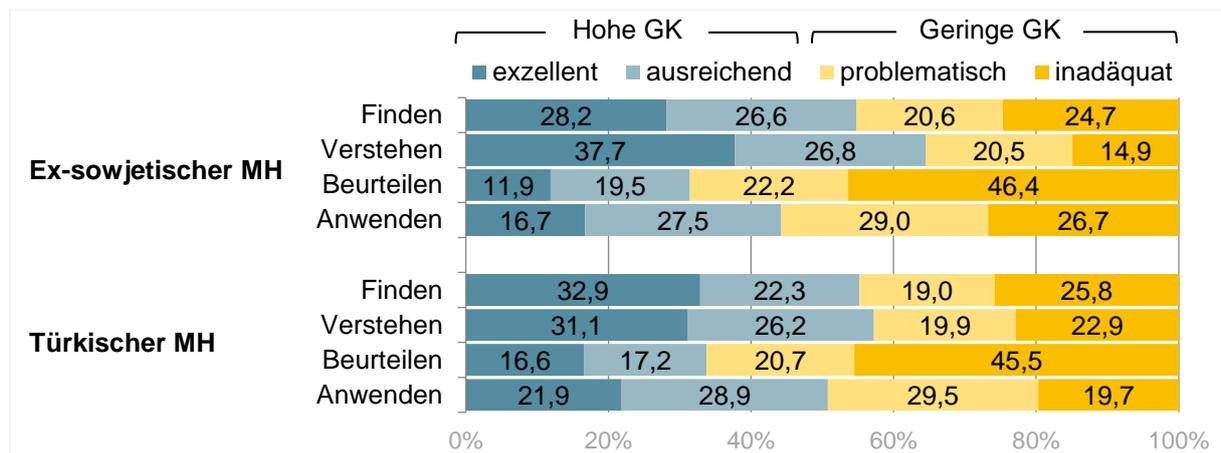
Festgehalten werden kann, dass sich ein großer Teil der Menschen mit Migrationshintergrund vor erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen gestellt sieht. Dabei gibt es auf den ersten Blick zwischen beiden Migrationsgruppen kaum Unterschiede, denn zu jeweils gut 50 % verfügen die Befragten über eine geringe allgemeine Gesundheitskompetenz. Es zeigt sich aber ein unerwarteter Unterschied zur Allgemeinbevölkerung (HLS-GER 2), denn hier lag der Anteil geringer Gesundheitskompetenz mit 58,8 % sogar höher. Dieser erste Vergleich deutet bereits an, dass die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund nicht generell niedriger ist als die der Allgemeinbevölkerung, wie zunächst auf der Basis der Befunde im HLS-GER 1 vermutet wurde.

Es zeigt sich zudem, dass Gesundheitskompetenz einem sozialen Gradienten unterliegt und sehr ungleich über bestimmte Gruppen verteilt ist. Zu den Gruppen mit hohen Anteilen geringer Gesundheitskompetenz gehören in beiden Migrationsgruppen Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder Sozialstatus, höherem Lebensalter sowie mit eigener Migrationserfahrung. Wie zu erwarten war, weisen auch die Befragten, die das Interview in Russisch oder Türkisch durchführten und vermutlich über geringere Deutschkenntnisse verfügen, eine geringere Gesundheitskompetenz auf. In der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund ist zudem auch bei Befragten mit chronischer Erkrankung eine deutlich niedrigere Gesundheitskompetenz zu beobachten.

4.2 Schritte der Informationsverarbeitung

Betrachtet man die einzelnen Schritte der Informationsverarbeitung, zeigt sich, dass bei den Befragten beider Migrationsgruppen die Beurteilung von gesundheitsbezogenen Informationen mit Abstand als am schwierigsten angesehen wird und dieser Informationsschritt deutlich größere Schwierigkeiten bereitet als das Finden, Verstehen und auch das Anwenden von Gesundheitsinformationen (*Abbildung 5*).

Abbildung 5: Gesundheitskompetenz bei Schritten der Informationsverarbeitung



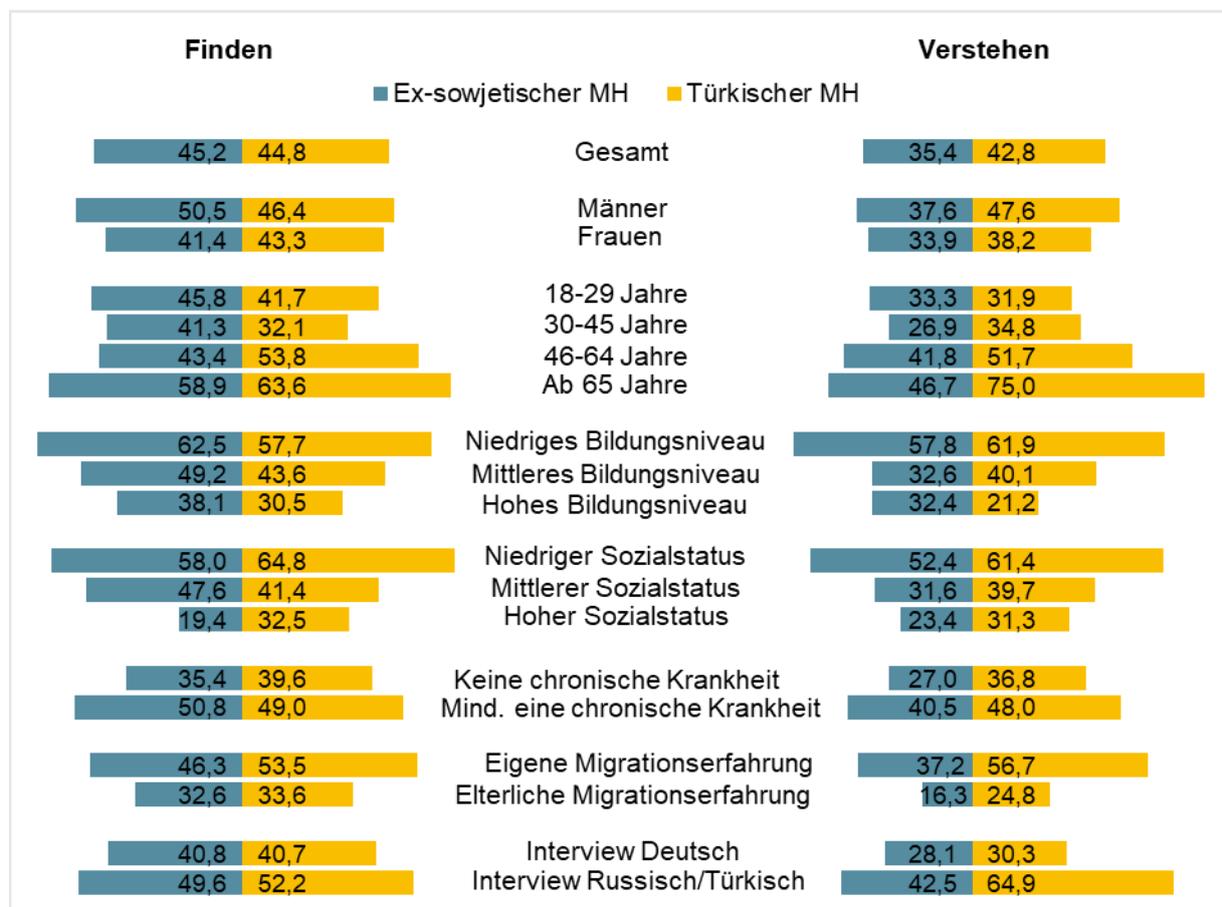
Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz liegt bei der *Beurteilung* bei Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund bei 68,6 % und bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund bei 66,2 %. Die *Anwendung von Informationen*, die die Gebrauchstauglichkeit und Handlungsrelevanz von Information zu erkennen gibt, fällt beiden Gruppen an zweiter Position ebenfalls schwer. Hier verfügt ebenfalls ca. die Hälfte aller Befragten (55,7 % bei der ex-sowjetischen und 49,2 % bei der türkeistämmigen Gruppe) über eine geringe Gesundheitskompe-

tenz. Das *Verstehen*, und vor allem das *Finden von Informationen* wird am einfachsten empfunden. Diese Reihenfolge der wahrgenommenen Schwierigkeiten konnte ebenfalls im HLS-GER 2 für die Allgemeinbevölkerung festgestellt werden.

Betrachtet man die Gesundheitskompetenz für die verschiedenen Stufen der Informationsverarbeitung für verschiedene Teilgruppen innerhalb der beiden Migrationsgruppen, zeigen sich durchgängig ähnliche Tendenzen. Aus Gründen größerer Übersichtlichkeit werden für diesen Vergleich nur die Anteile geringer Gesundheitskompetenz in den Teilgruppen abgebildet.

Wenn es um das *Finden* gesundheitsbezogener Informationen geht (*Abbildung 6 links*), weisen in beiden Migrationsgruppen vor allem Befragte mit niedrigem Sozialstatus, mit niedrigem Bildungsniveau und Befragte ab 65 Jahren besonders hohe Anteile geringer Gesundheitskompetenz auf. Daneben haben in beiden Migrationsgruppen auch Befragte mit chronischer Erkrankung, mit eigener Migrationserfahrung sowie Befragte, die nicht auf Deutsch interviewt worden sind, häufiger Schwierigkeiten mit dem Finden gesundheitsbezogener Informationen. Zudem weisen unter Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund Männer eine signifikant niedrigere Gesundheitskompetenz in diesem Bereich auf als Frauen. Für die türkeistämmigen Befragten gilt das nicht.

Abbildung 6: Anteil geringer Gesundheitskompetenz beim Finden und Verstehen von Gesundheitsinformationen in Teilgruppen in Prozent

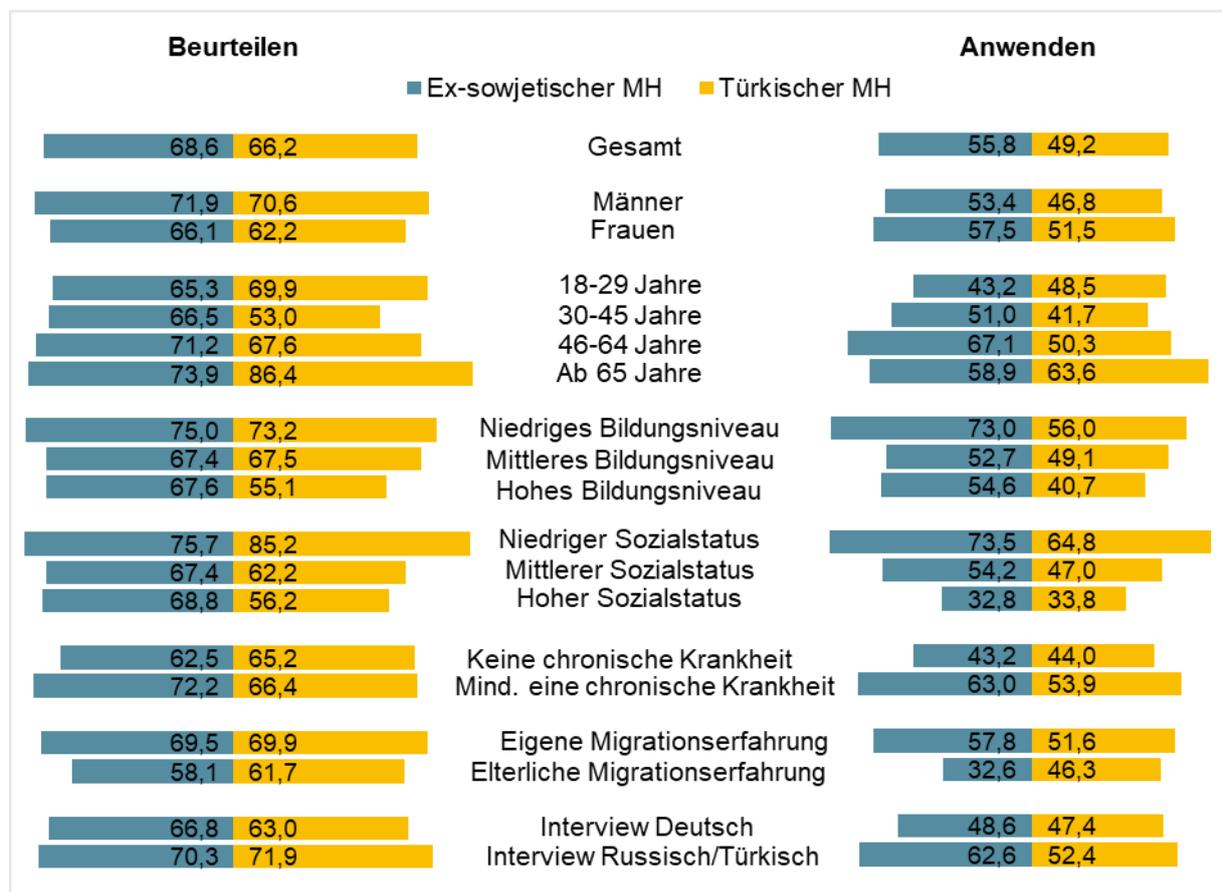


Beim *Verstehen* gesundheitsbezogener Informationen (*Abbildung 6 rechts*) zeigt sich ein ähnliches Muster. Auch hier weisen in beiden Migrationsgruppen Befragte mit niedrigem Sozialstatus oder Bildungsniveau besonders hohe Anteile an geringer Gesundheitskompetenz auf. In der Gruppe der Türkeistämmigen gilt dies besonders ausgeprägt für Befragte ab 65 Jahren,

mit eigener Migrationserfahrung, sowie für diejenigen, die auf Türkisch befragt worden sind – hier sind die Anteile deutlich höher als in den entsprechenden Gruppen der ex-sowjetischen Stichprobe. Ein relevanter Unterschied zeigt sich beim Geschlecht: Unter türkeistämmigen Befragten haben signifikant mehr Männer Schwierigkeiten in diesem Bereich als Frauen.

Bei der *Beurteilung* von Gesundheitsinformationen (*Abbildung 7 links*), sind die Anteile geringer Gesundheitskompetenz besonders hoch, wie eingangs schon angedeutet. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Teilgruppen beim Beurteilen von Informationen bei Menschen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund weniger ausgeprägt als bei den anderen Schritten der Informationsverarbeitung. Auffällig ist, dass sich keine Unterschiede zwischen Befragten mit mittlerem und niedrigem Bildungsniveau abzeichnen. Bei Befragten mit türkeistämmigen Migrationshintergrund weisen Befragte mit niedrigem Bildungsniveau und Sozialstatus, ab 65 Jahren, Männer, sowie auf Türkisch Befragte höhere Anteile geringer Gesundheitskompetenz auf. Insgesamt sind die Unterschiede in dieser Gruppe ausgeprägter.

Abbildung 7: Anteil geringer Gesundheitskompetenz beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen in Teilgruppen in Prozent



Bei der *Anwendung* gesundheitsbezogener Information (*Abbildung 7 rechts*) zeigen sich einige Abweichungen von den bisherigen Mustern. Insgesamt sind hier die Unterschiede in den Teilgruppen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund deutlicher ausgeprägt. Ex-sowjetische Befragte zwischen 46 und 64 Jahren weisen häufiger eine geringere Gesundheitskompetenz bei der Anwendung gesundheitsbezogener Informationen auf als die Jüngeren und Älteren. Ebenso sind bei ex-sowjetischen Befragten keine Unterschiede zwischen mittlerem und hohem Bildungsniveau zu erkennen. Ansonsten sind die Muster in den Gruppen ähnlich wie zu-

vor, d. h. Befragte mit chronischer Erkrankung, mit eigener Migrationserfahrung sowie denjenigen, die auf Russisch bzw. Türkisch befragt worden sind, weisen eine geringere Gesundheitskompetenz beim Anwenden auf.

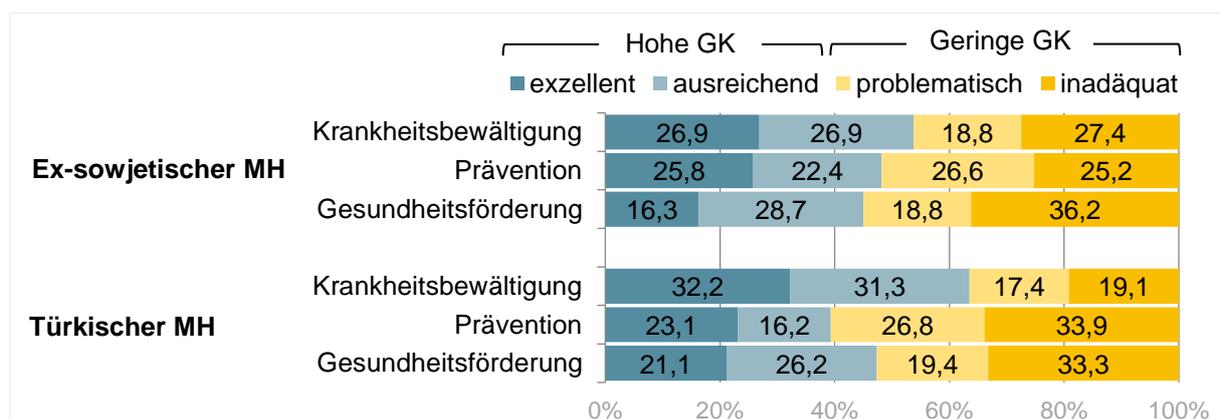
Zusammenfassend betrachtet ist festzuhalten, dass den befragten Personen aus den beiden Migrationsgruppen die *Beurteilung*, gefolgt von der *Anwendung* von Gesundheitsinformationen am häufigsten Schwierigkeiten bereitet – ein Befund, der mit den Ergebnissen des deutschlandweiten HLS-GER 2 und auch des internationalen HLS₁₉ überein stimmt (HLS₁₉ Consortium 2021; Schaeffer et al. 2021).

Der Beachtung bedürfen jedoch auch die Ergebnisse zum *Finden* und *Verstehen* von Informationen, denn hier sind die sozialen und demografischen Unterschiede besonders ausgeprägt. Befragte mit einem niedrigen Bildungsniveau oder Sozialstatus sowie höherem Alter nehmen das Finden und Verstehen von gesundheitsbezogenen Informationen als deutlich schwieriger wahr als die Vergleichsgruppen. Ähnliches gilt für chronisch Erkrankte beider Migrationsgruppen – dies ist gegenläufig zum Trend in der Allgemeinbevölkerung. Eine eigene Migrationserfahrung und geringe Deutschkenntnisse erschweren ebenfalls das Finden und Verstehen deutlich.

4.3 Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung

Im Folgenden wird der Fokus auf die verschiedenen Themenbereiche, auf die sich die Informationen beziehen, gerichtet. Konkret zählen dazu die drei Bereiche Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Einen ersten Überblick über die Gesundheitskompetenz von beiden untersuchten Migrationsgruppen nach diesen Themenbereichen gibt *Abbildung 8*.

Abbildung 8: Gesundheitskompetenz in den Bereichen



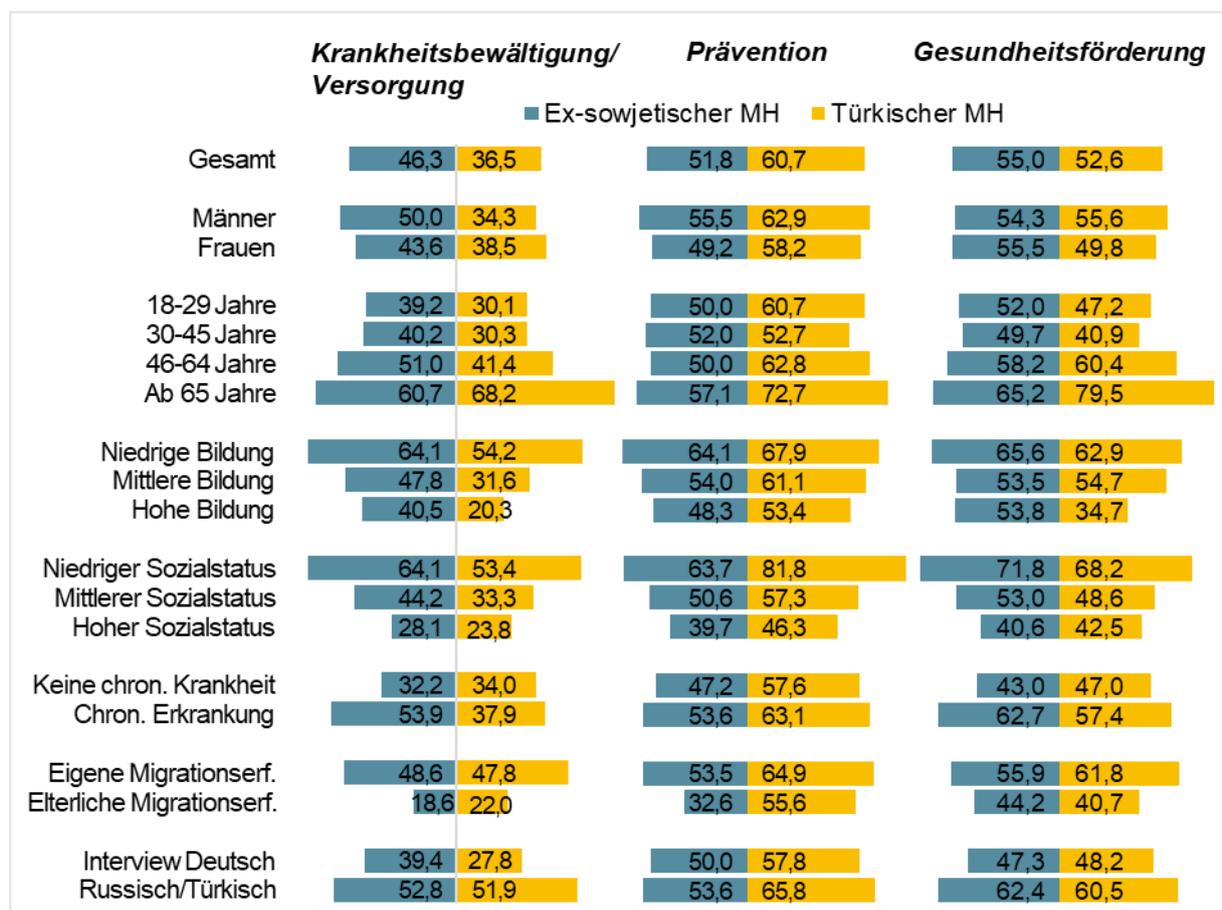
In beiden Gruppen bereiten Informationsaufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention die meisten Schwierigkeiten. Mehr als die Hälfte verfügt hier über eine geringe Gesundheitskompetenz. Der Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung wirft die geringsten Schwierigkeiten auf.

Im Detail zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund haben im Bereich Gesundheitsförderung am häufigsten Schwierigkeiten damit, die an sie gestellten Informationsanforderungen zu bewältigen, knapp

gefolgt von den Bereichen Prävention und Krankheitsbewältigung/Versorgung. Türkeistämmige Befragte hingegen weisen im Bereich der Prävention die geringste Gesundheitskompetenz auf. Weniger Schwierigkeiten bereitet ihnen der Umgang mit Informationen zur Gesundheitsförderung, und mit Abstand als am leichtesten schätzen sie den Umgang mit Informationen im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung ein.

Nach verschiedenen Teilgruppen innerhalb der beiden Migrationsgruppen betrachtet, zeigen sich in beiden Gruppen und allen Bereichen im Großen und Ganzen die bereits gezeigten Trends. Befragte ab 65 Jahren, mit niedriger Bildung oder niedrigem Sozialstatus, chronisch Erkrankte sowie Befragte mit eigener Migrationserfahrung und auf Türkisch bzw. Russisch Interviewte weisen eine geringere Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung auf (Abbildung 9).

Abbildung 9: Anteil geringer Gesundheitskompetenz in den Bereichen in Teilgruppen in Prozent

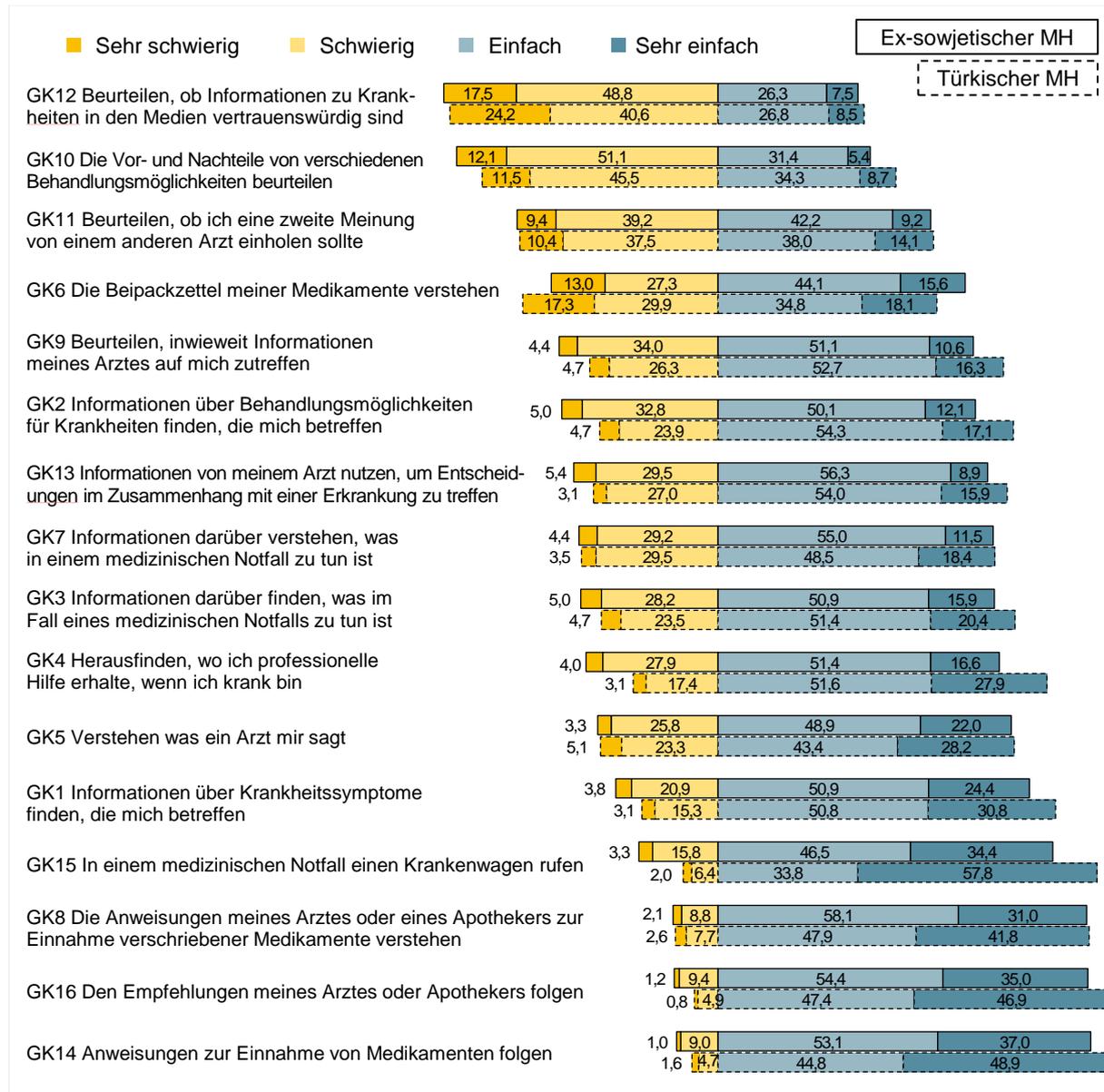


Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung

Obschon der Anteil geringer Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung mit 46,2 % bei der ex-sowjetischen Gruppe und noch deutlicher mit 36,5 % bei der türkeistämmigen Gruppe am niedrigsten liegt, sehen sich bestimmte Teilgruppen hier vor besondere Herausforderungen gestellt. Vor allem Befragten ab 65 Jahren, mit niedrigem Bildungsniveau und Sozialstatus fällt der Umgang mit Informationen zur Krankheitsbewältigung/Versorgung schwer. Sie weisen hier zu über 50 % eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Abbildung 9,

links). Zudem haben Befragte beider Gruppen, die selbst migriert sind und deren Interviewsprache nicht Deutsch war, hier größere Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen; sie weisen höhere Anteile geringer Gesundheitskompetenz auf. In der ex-sowjetischen Gruppe haben zudem chronisch Erkrankte deutlich häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz als die Gruppe ohne chronische Erkrankung.

Abbildung 10: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Krankheitsbewältigung/ Versorgung: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent

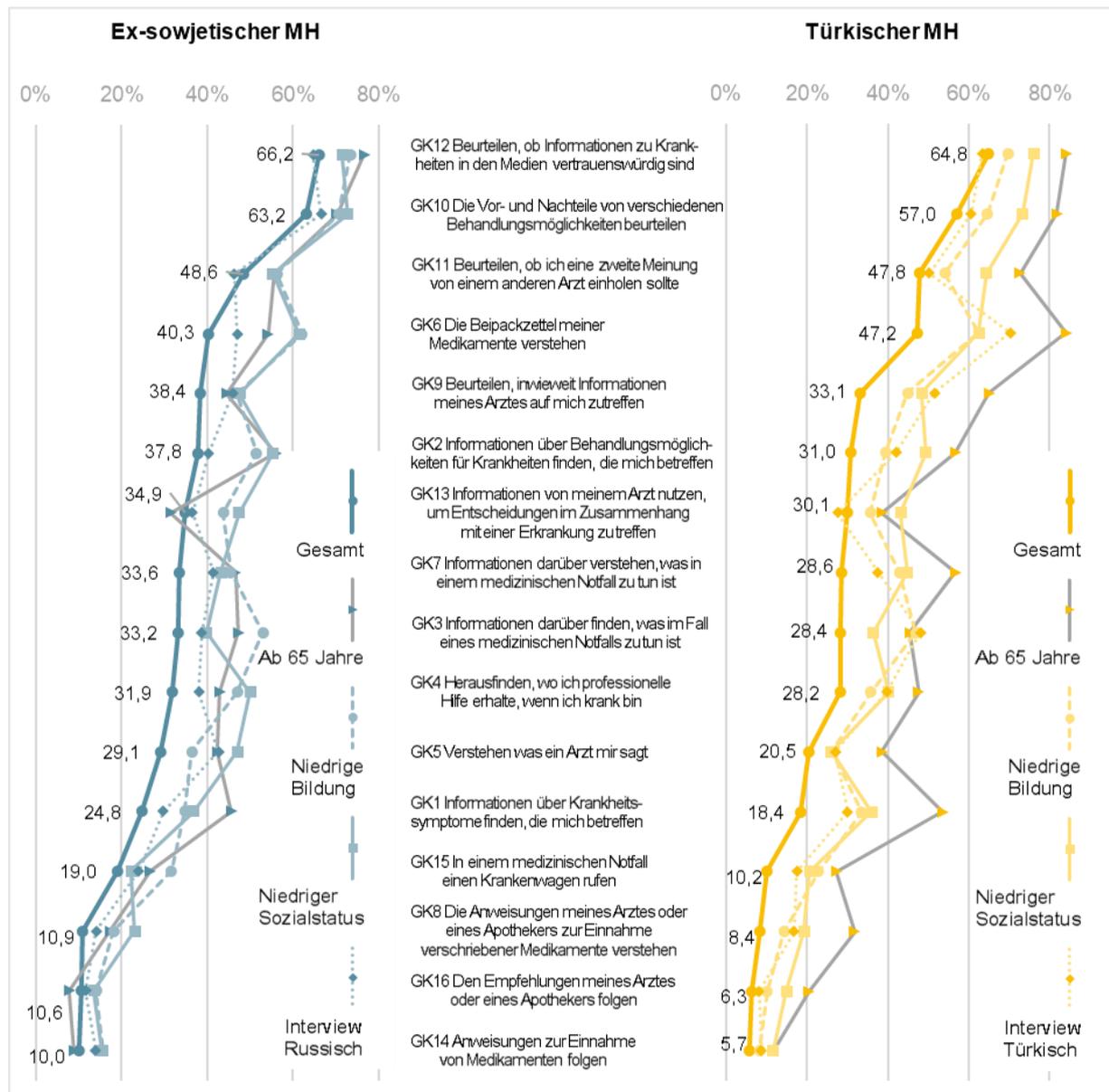


Doch welche Schwierigkeiten wirft der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen unter inhaltlichen Gesichtspunkten für die Befragten auf? Einen Überblick dazu gibt *Abbildung 10*. Vor allem die Beurteilung von Informationen oder Sachverhalten fällt hier schwer – ein zu erwartendes Ergebnis. Besonders zu beurteilen, ob Informationen zu Krankheiten in den Medien vertrauenswürdig sind, oder wie Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten einzuschätzen sind, wird für (sehr) schwierig gehalten. Daneben sehen sich beide Gruppen und besonders die genannten Teilgruppen auch vor Schwierigkeiten gestellt, zu beurteilen, ob ggf. eine zweite Meinung von einem anderen Arzt eingeholt werden sollte. Ebenfalls weit oben

in der Rangfolge der als besonders schwierig erlebten Informationsaufgaben steht das Verstehen der Beipackzettel der eigenen Medikamente.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen beiden Migrationsgruppen, fällt auf, dass es Befragten der ex-sowjetischen Gruppe deutlich häufiger (sehr) schwer fällt, Informationen über Behandlungsmöglichkeiten für Krankheiten zu finden, herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten, wenn sie krank sind und auch, in einem medizinischen Notfall einen Krankenwagen zu rufen.

Abbildung 11: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Krankheitsbewältigung/ Versorgung in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig



Auch in den einzelnen Teilgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Bewältigung einzelner Informationsaufgaben. Exemplarisch werden hier einige Beispiele aufgegriffen, Details sind *Abbildung 11* zu entnehmen. Die Beipackzettel der Medikamente zu verstehen, fällt nicht nur insgesamt schwer; besonders die türkeistämmigen Befragten ab 65 Jahren (> 80 %) und jene mit türkischer Interviewsprache (> 70 %) sowie ex-sowjetische Befragte mit geringem

Bildungs- oder Sozialstatus stellt dies vor große Schwierigkeiten. Das Finden von Informationen über Krankheitssymptome bereitet zwar insgesamt weniger Schwierigkeiten, fällt Befragten ab 65 Jahren aus beiden Gruppen jedoch häufig schwer. Ein Blick auf die Interviewsprache ist ebenfalls aufschlussreich. Während bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen in den Medien, der Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten und der Notwendigkeit einer ärztlichen Zweitmeinung keine Unterschiede nach Interviewsprache bestehen, zeichnen sich bei anderen Informationsaufgaben deutliche Unterschiede ab, so zum Beispiel, wenn es darum geht zu verstehen, was die Ärzt:in sagt oder Informationen darüber zu finden, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist.

Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Prävention

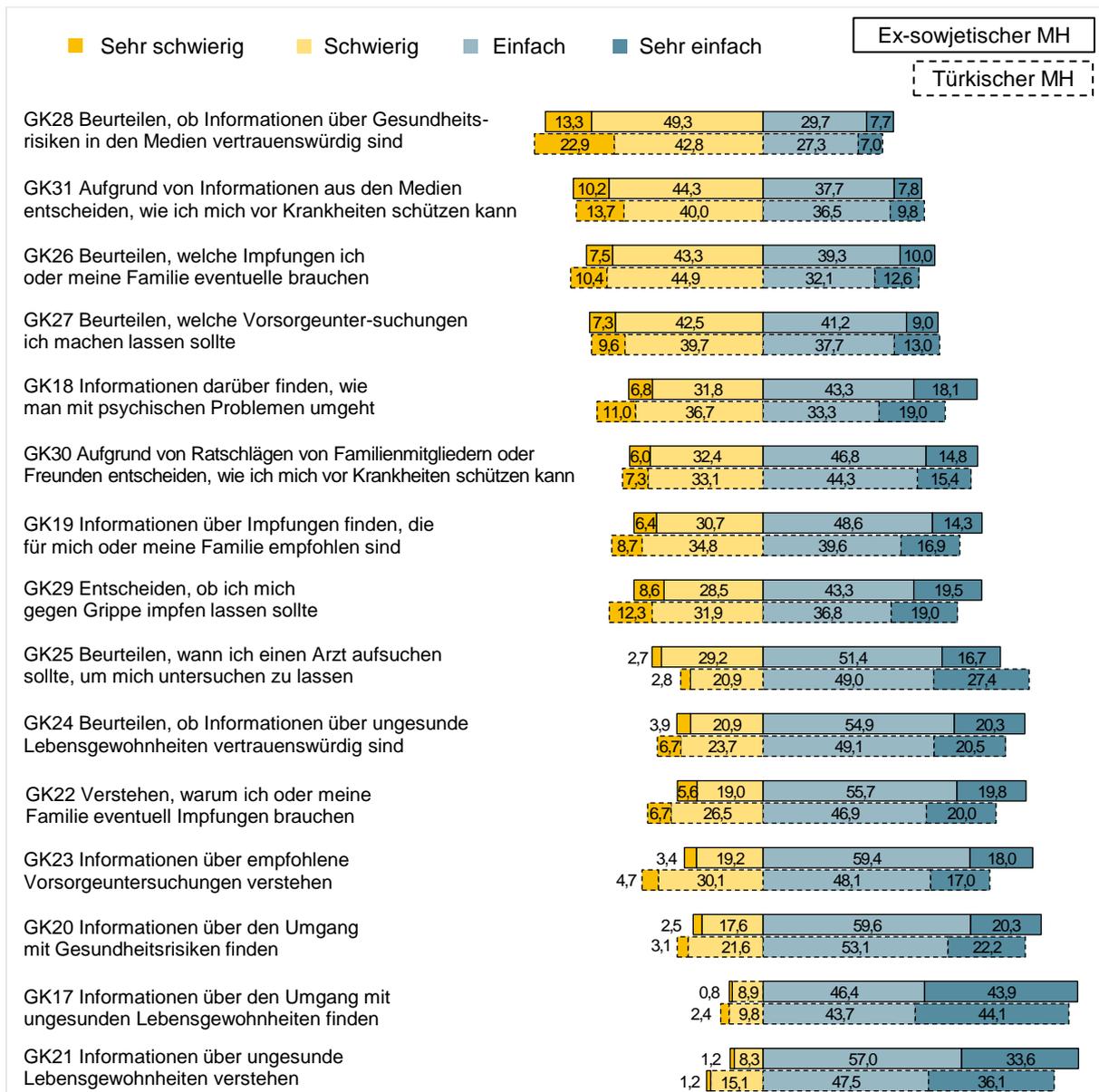
Im Bereich Prävention weisen 51,8 % der ex-sowjetischen Befragten und 60,7 % der türkeistämmigen Befragten eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Die Unterschiede zwischen den Teilgruppen sind hier deutlich geringer als in den anderen Bereichen (*Abbildung 9, Mitte*). Eine Ausnahme bilden Befragte mit geringem Sozialstatus mit türkischem Migrationshintergrund. Sie haben eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention als Befragte mit mittlerem oder hohem Sozialstatus.

Im Bereich Prävention rangieren wieder zwei Medien-Items ganz oben. Rund zwei Drittel der Befragten finden es (sehr) schwierig, zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind. Von den türkeistämmigen Befragten hält dies sogar jede:r Fünfte für sehr schwierig. Mehr als die Hälfte der Befragten findet es zudem (sehr) schwierig, aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können (*Abbildung 12*).

Darüber hinaus werden Items, in denen es um die Beurteilung von Informationen zur Prävention geht, von rund der Hälfte der Befragten als (sehr) schwierig betrachtet, z. B. einzuschätzen, welche Impfungen eventuell gebraucht werden oder welche Vorsorgeuntersuchungen gemacht werden sollten. Hier werden offensichtlich mehr Hilfestellungen benötigt. Weniger Probleme haben Befragte aus beiden Migrationsgruppen dagegen damit, Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten zu finden und zu verstehen; dies wird nur von etwa 10 bis 15 % beider Gruppen als (sehr) schwierig eingeschätzt. Die weiteren Ergebnisse können *Abbildung 12* entnommen werden.

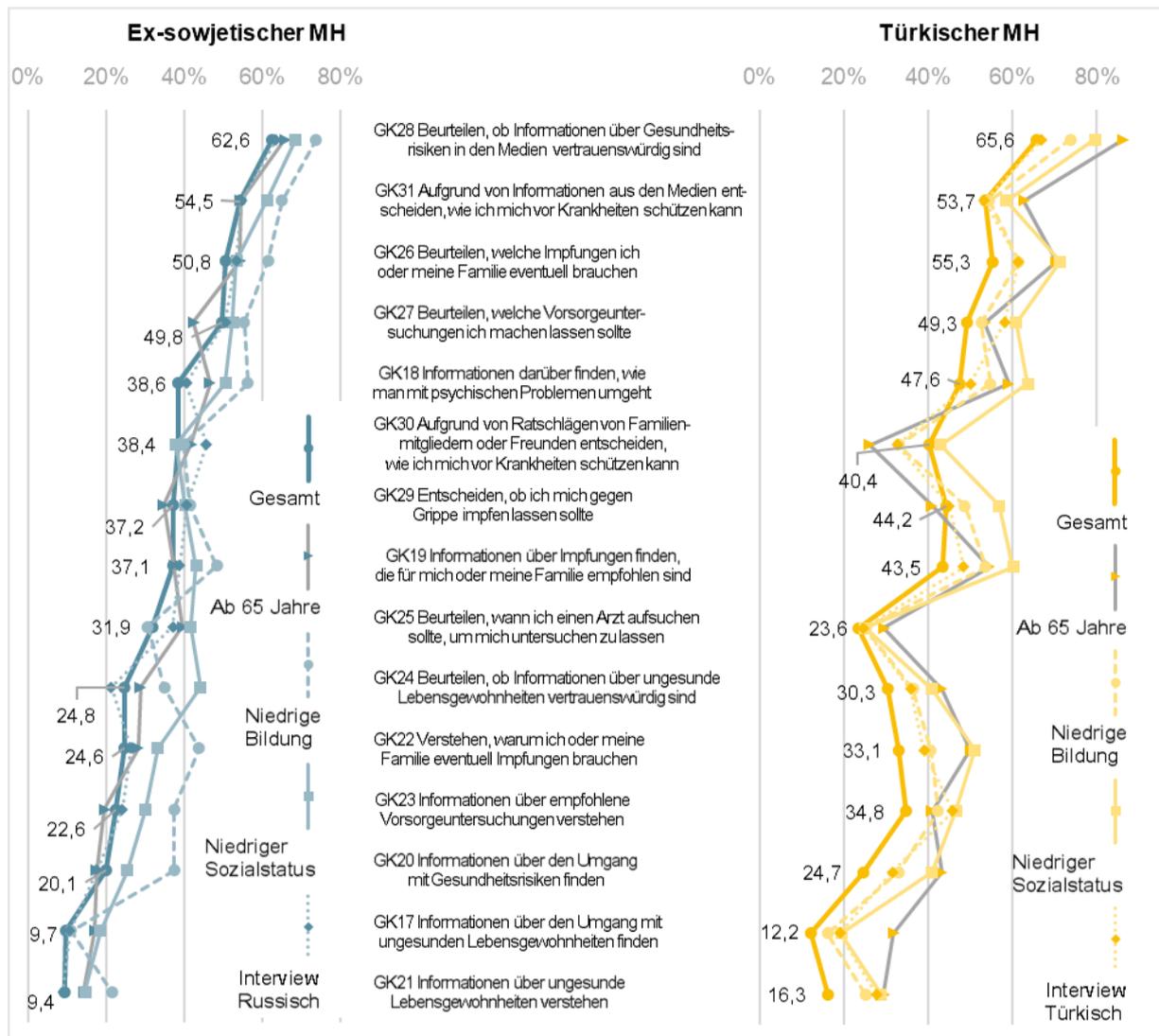
Manche Aufgaben werden von türkeistämmigen Befragten als deutlich schwieriger eingeschätzt als von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund. Ihnen bereitet das Verstehen von Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen, sich zu entscheiden, ob man sich gegen Grippe impfen lassen sollte und Informationen über Impfungen zu finden deutlich mehr Schwierigkeiten.

Abbildung 12: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Prävention: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent



Betrachtet man die einzelnen Teilgruppen, zeigen sich einige nennenswerte Unterschiede (Abbildung 13). Auch hier fallen insbesondere Befragten ab 65 Jahren, Personen mit geringer Bildung oder geringem Sozialstatus viele Aufgaben besonders schwer. So haben Personen mit niedrigem Bildungsniveau oder niedrigem Sozialstatus überdurchschnittlich häufig Schwierigkeiten damit, Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen oder mit Gesundheitsrisiken zu finden. Auch das Thema Impfungen bereitet Probleme: Die Gründe für die Notwendigkeit von Impfungen zu verstehen, Informationen zu Impfungen zu finden und zu beurteilen, welche Impfungen benötigt werden, stellt diese Teilgruppen vor besondere Herausforderungen.

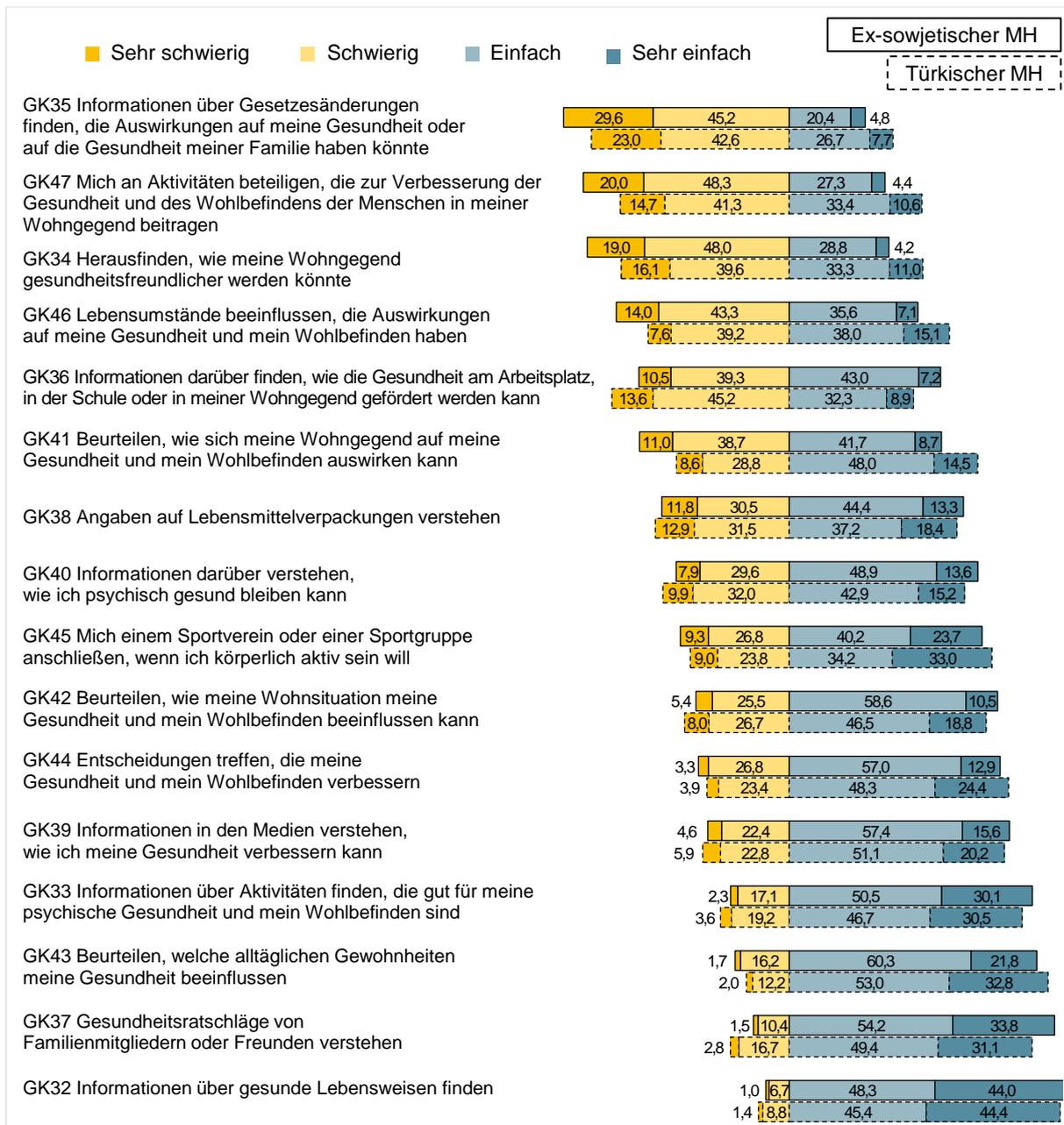
Abbildung 13: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Prävention in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig



Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Gesundheitsförderung

Im Bereich Gesundheitsförderung, der generell als am schwierigsten eingeschätzt wird, weisen 55,0 % der ex-sowjetischen Gruppe und 52,6 % der türkeistämmigen Gruppe eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Zwar fallen auch hier in beiden Migrationsgruppen Befragte ab 65 Jahren, mit niedrigem Sozialstatus, mit chronischer Erkrankung sowie diejenigen, die nicht auf Deutsch befragt wurden, durch geringere Gesundheitskompetenz im Vergleich zum Durchschnitt auf. Die Unterschiede sind unter türkeistämmigen Befragten aber deutlich größer als unter Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund (Abbildung 9, rechts).

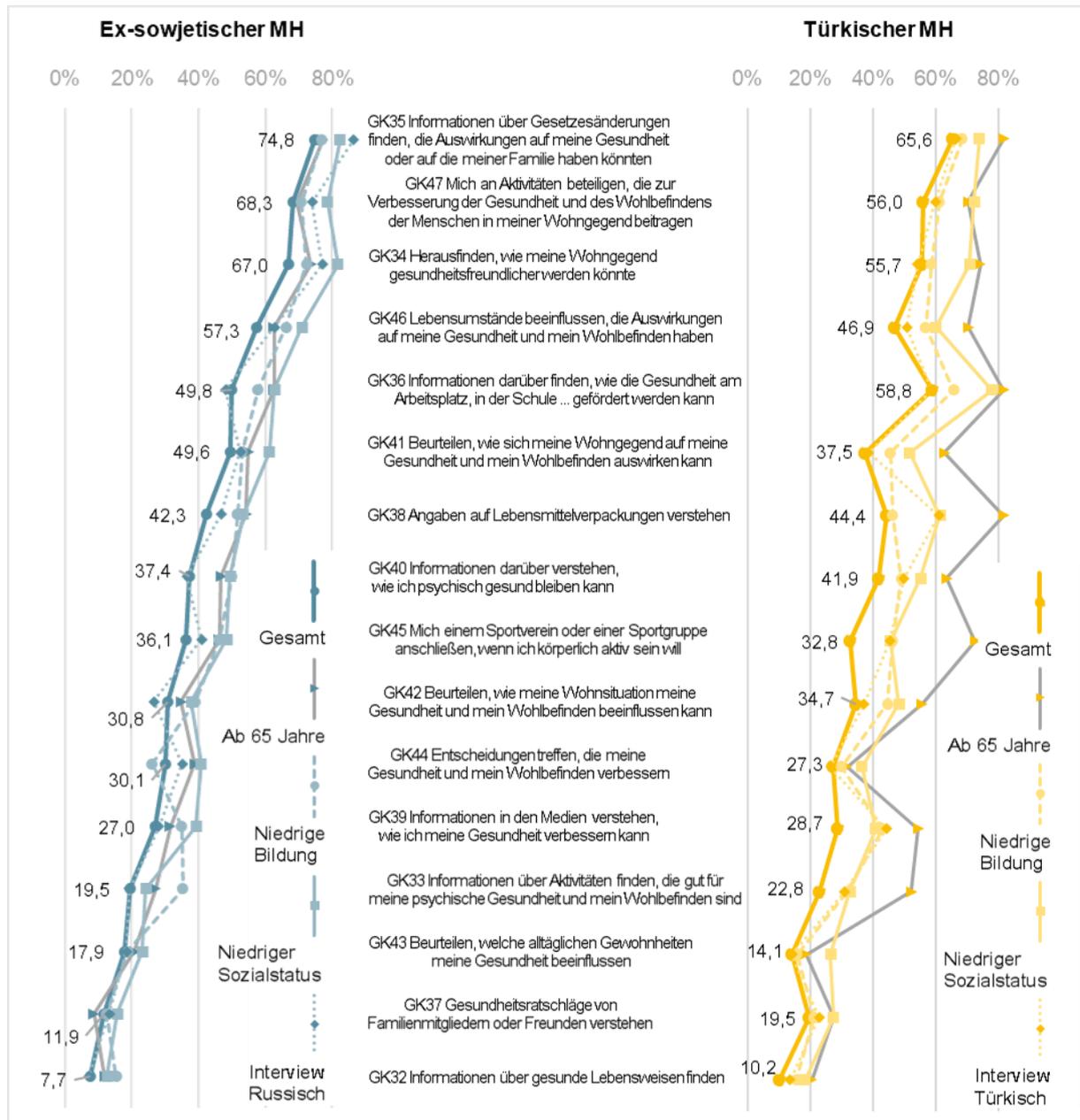
Abbildung 14: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Gesundheitsförderung: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent



Auch im Bereich Gesundheitsförderung ähneln sich die als besonders schwierig eingeschätzten Informationsaufgaben in beiden Migrationsgruppen (Abbildung 15). Befragte beider Gruppen finden es in hohen Anteilen (sehr) schwierig, Informationen über Gesetzesänderungen zu finden, die Auswirkungen auf die eigene Gesundheit oder die der Familie haben könnten, sich an Aktivitäten zu beteiligen, die zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen in der eigenen Wohngegend beitragen oder herauszufinden, wie die eigene Wohngegend gesundheitsfreundlicher werden könnte. Dies schätzen Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund im Durchschnitt schwieriger als türkeistämmige Befragte ein. Auch Informationen darüber zu finden, wie die Gesundheit am Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Wohngegend gefördert werden kann, hält die Hälfte der Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund sowie fast 60 % der türkeistämmigen Befragten für (sehr) schwierig. Wenig

Probleme bereitet beiden Migrationsgruppen dagegen, Informationen über gesunde Lebensweisen, z. B. über ausreichende Bewegung oder gesunde Ernährung zu finden, Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freund:innen zu verstehen oder zu beurteilen, welche alltäglichen Gewohnheiten ihre Gesundheit beeinflussen.

Abbildung 15: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Gesundheitsförderung in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig



Ein Blick auf die *Abbildung 15* zeigt auch hier, welche Informationsaufgaben für bestimmte Teilgruppen besonders schwierig sind. So schätzen es viele Befragte mit niedrigem Sozialstatus als (sehr) schwierig ein, herauszufinden, wie die eigene Wohngegend gesundheitsfreundlicher werden könnte oder die Lebensumstände zu beeinflussen, die Auswirkungen auf die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Befragte der ex-sowjetischen Gruppe mit niedrigem Bildungsniveau geben dagegen mehr Schwierigkeiten dabei an, Informationen darüber zu verstehen, wie sie psychisch gesund bleiben können sowie Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für die eigene psychische Gesundheit und das eigene Wohlbefinden

sind. In der türkeistämmigen Gruppe fallen diese Aufgaben Befragten ab 65 Jahren besonders schwer. Sie finden ebenfalls besonders schwierig, Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen. Weitere Details sind *Abbildung 15* zu entnehmen.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass die Anteile geringer Gesundheitskompetenz in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention höher sind als im Bereich Krankheitsbewältigung und Versorgung. Allerdings sind hier Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennbar. Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund bereitet der Umgang mit Informationen aus dem Bereich Gesundheitsförderung am häufigsten Schwierigkeiten – dies ist in der Allgemeinbevölkerung ähnlich. Für Befragte mit türkischem Migrationshintergrund sind Informationsaufgaben aus dem Bereich Prävention am häufigsten schwierig. In beiden Migrationsgruppen zeigen sich in allen Bereichen auch hier Unterschiede nach Alter, Bildungsniveau, Sozialstatus, Migrationserfahrung, Interviewsprache und Vorhandensein einer chronischen Erkrankung.

Werden die einzelnen Informationsaufgaben betrachtet, werden bekannte Muster deutlich. Insgesamt ist das Spektrum an Schwierigkeiten thematisch breit gefächert. Fragen zum Umgang mit Informationen aus den Medien bereiten besonders häufig Schwierigkeiten. Aber auch die Verständlichkeit von Beipackzetteln rangiert – wie auch in der Allgemeinbevölkerung – nach wie vor an hoher Stelle. Auffallend ist zudem, dass Fragen im Zusammenhang mit Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen in der Rangfolge höher stehen als in der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021). Im Bereich Gesundheitsförderung wird der Umgang mit Informationen zum Wohnumfeld als besonders schwierig eingeschätzt.

4.4 Konsequenzen geringer Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz hängt, wie zahlreiche Studien gezeigt haben, eng mit dem Gesundheitsverhalten, dem Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zusammen (ex. Schaeffer et al. 2021; HLS₁₉ Consortium 2021; HLS-EU Consortium 2012; Berkman et al. 2011). Viele der dort gezeigten Befunde gelten auch für die hier untersuchten Migrationsgruppen.

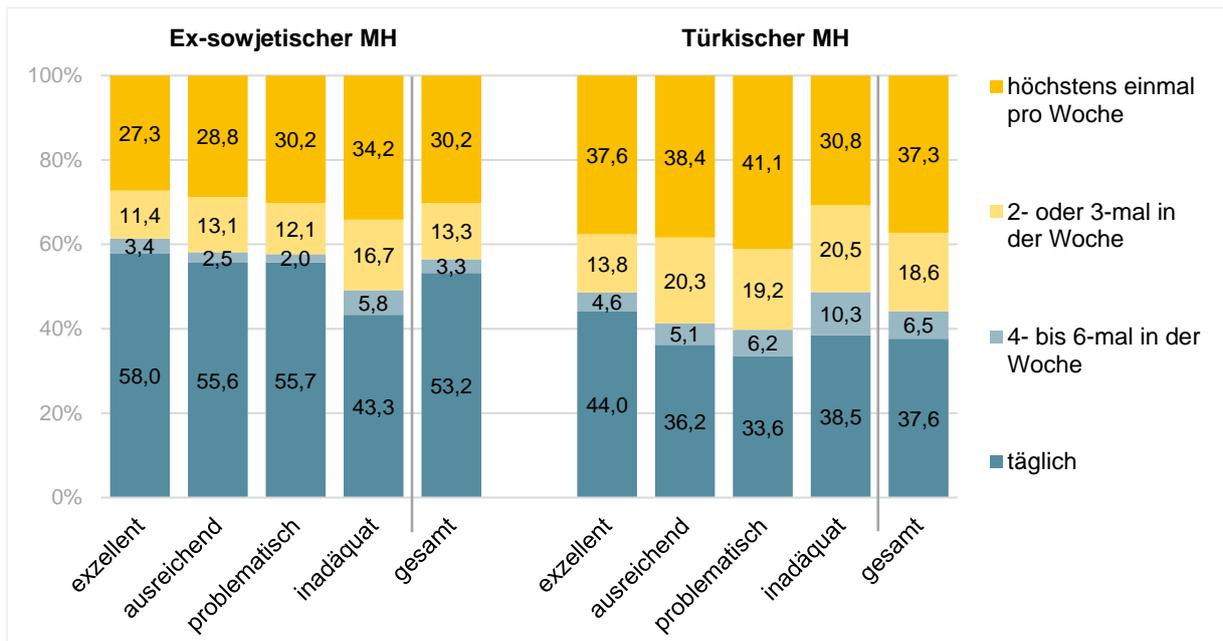
Gesundheitsverhalten

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten wurde am Beispiel der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sowie dem Konsum von Alkohol und Tabak untersucht.

Die Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund konsumieren durchschnittlich in hohem Maße Obst, Gemüse oder Salat (*Abbildung 16*). Die Anteile derjenigen, die täglich (bzw. fast nie) Obst, Gemüse oder Salat essen, stehen dabei in deutlich erkennbarem Zusammenhang zur Gesundheitskompetenz: Befragte mit inadäquater Gesundheitskompetenz essen deutlich seltener Obst, Gemüse oder Salat als die übrigen Befragten.

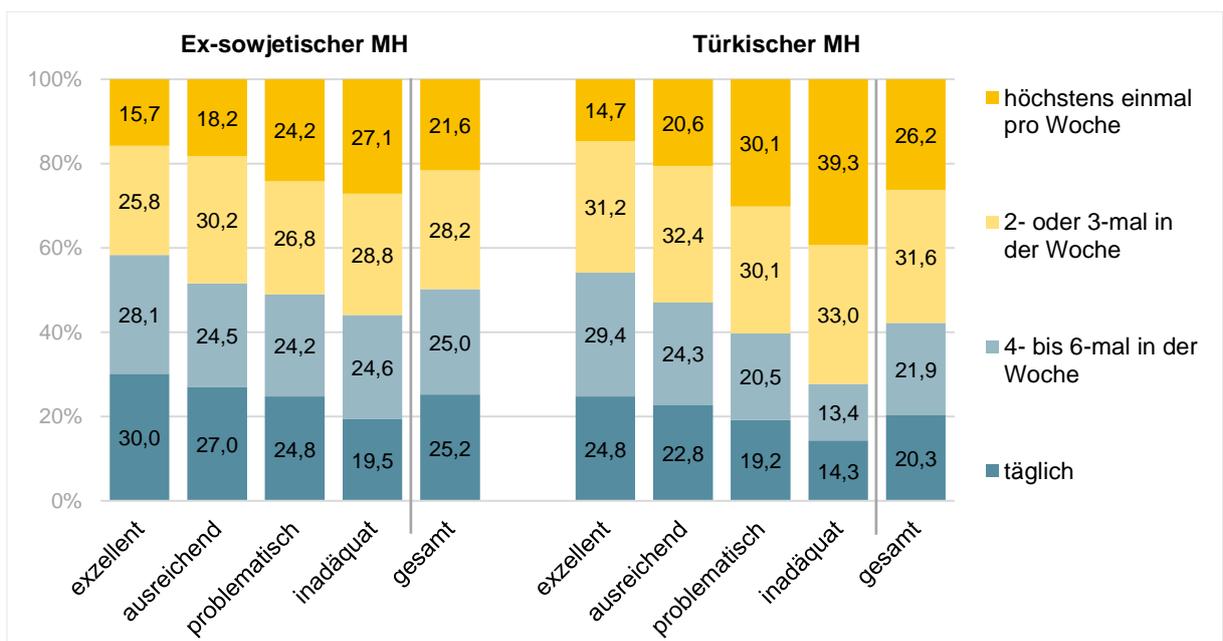
Die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund verzehren im Mittel insgesamt weniger häufig Obst, Gemüse oder Salat als die Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund (*Abbildung 16*). Vor allem der Anteil derjenigen, die dies täglich tun, ist mit 37,6 % deutlich niedriger. Auch in dieser Gruppe ist ein Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz erkennbar: Befragte mit exzellenter Gesundheitskompetenz verzehren häufiger täglich Obst, Gemüse oder Salat als die anderen Türkeistämmigen. Allerdings fällt hier ein Unterschied zur ex-sowjetischen Gruppe ins Auge: Den zweitgrößten Konsum gesunder Lebensmittel gibt hier die Gruppe mit inadäquater Gesundheitskompetenz an.

Abbildung 16: Gesundheitskompetenz und wöchentlicher Verzehr von Obst, Gemüse, Salat



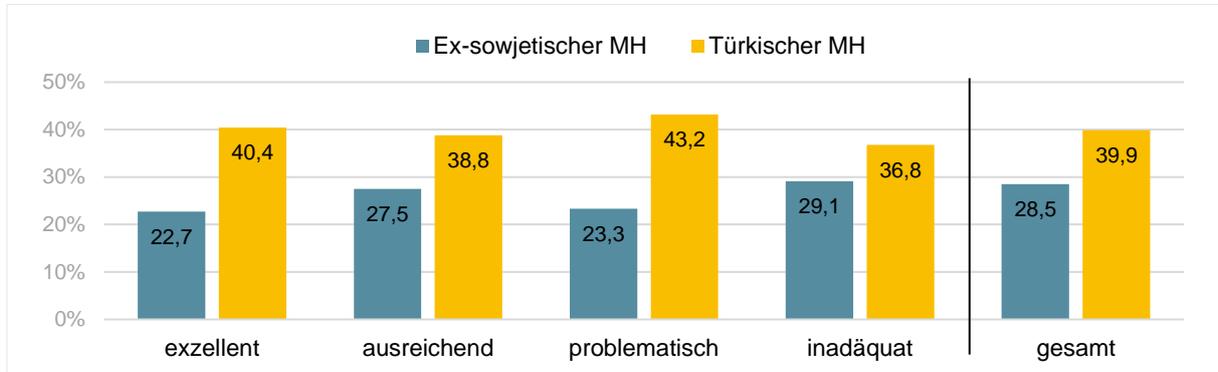
Ein deutlicherer Zusammenhang besteht in beiden Migrationsgruppen zwischen der Gesundheitskompetenz und der Häufigkeit körperlicher Aktivität (Abbildung 17). Von den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund mit exzellenter Gesundheitskompetenz ist rund ein Drittel täglich körperlich aktiv; von denen mit inadäquater Gesundheitskompetenz dagegen nur ein Fünftel. Auch bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund ist körperliche Aktivität mit geringerer Gesundheitskompetenz seltener. Über die Hälfte der Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz betätigen sich mindestens viermal in der Woche körperlich, bei inadäquater Gesundheitskompetenz trifft dies jedoch nicht mal auf ein Drittel zu. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Abbildung 17: Gesundheitskompetenz und wöchentliche körperliche Aktivität



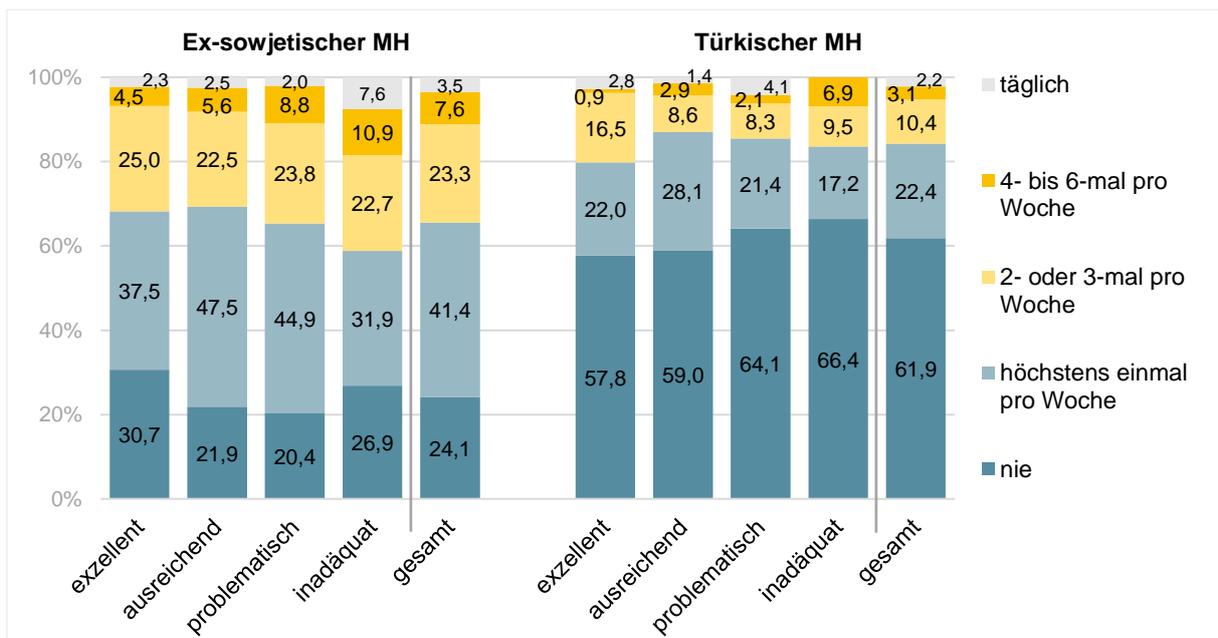
Der Anteil von Befragten, die rauchen, liegt in der Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund durchweg in allen Gesundheitskompetenzstufen höher als in der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund (*Abbildung 18*). Innerhalb der Migrationsgruppen gibt es hier jedoch keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenzniveau und Rauchstatus.

Abbildung 18: Gesundheitskompetenz und Anteil Raucher*innen



Bei den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund lässt sich ein Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und regelmäßigem Alkoholkonsum erkennen (*Abbildung 19*). Der Anteil an Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz, die mindestens vier Mal pro Woche alkoholische Getränke konsumieren, liegt signifikant höher als bei Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz. Bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund lässt sich generell ein deutlich höherer Anteil an Personen erkennen, die angeben, keinen Alkohol zu konsumieren (*Abbildung 19*). Interessanterweise ist hier entgegen der allgemeinen Annahme zu diesem Zusammenhang bei Befragten mit geringer Gesundheitskompetenz ein höherer Anteil alkoholabstinenter Personen festzustellen.

Abbildung 19: Gesundheitskompetenz und Konsum alkoholischer Getränke

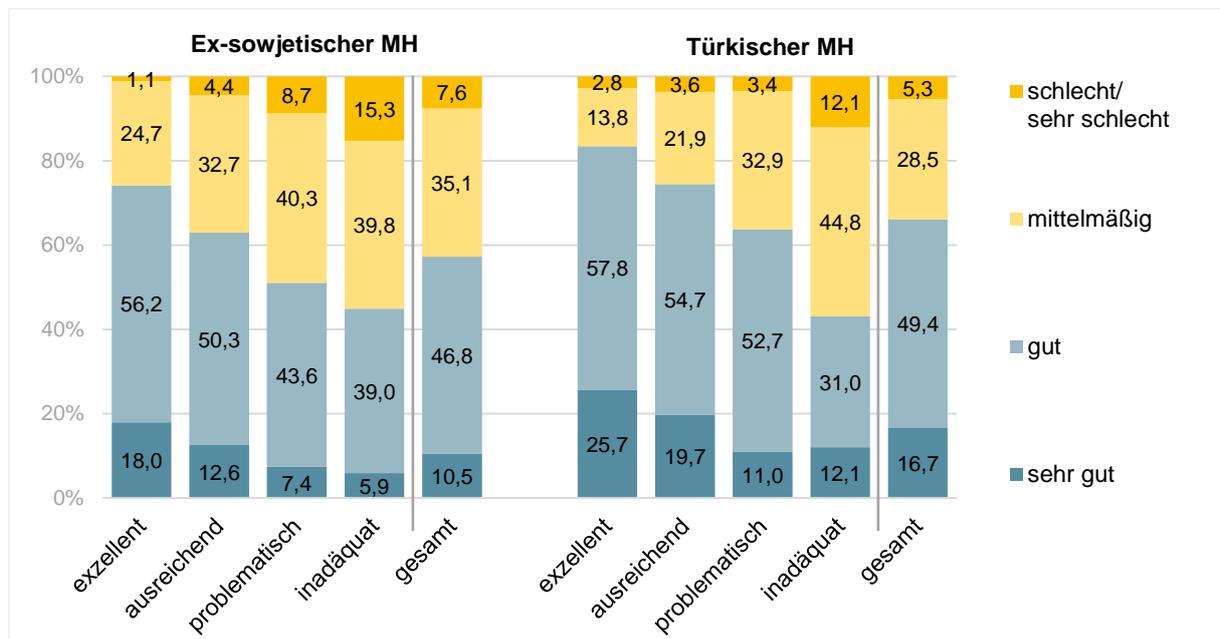


Gesundheitszustand

Zwischen Gesundheitskompetenz und dem subjektiven Gesundheitszustand besteht in beiden untersuchten Migrationsgruppen ein positiver Zusammenhang: Befragte, die eine höhere Gesundheitskompetenz aufweisen, schätzen ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser ein.

Der Großteil der Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund bewertet den eigenen Gesundheitszustand insgesamt als (sehr) gut. In *Abbildung 20* lässt sich der statistisch signifikante positive Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und dem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand gut ablesen. Die Anteile sehr guter und guter Gesundheit steigen deutlich mit höherer Gesundheitskompetenz.

Abbildung 20: Gesundheitskompetenz und subjektiver Gesundheitszustand

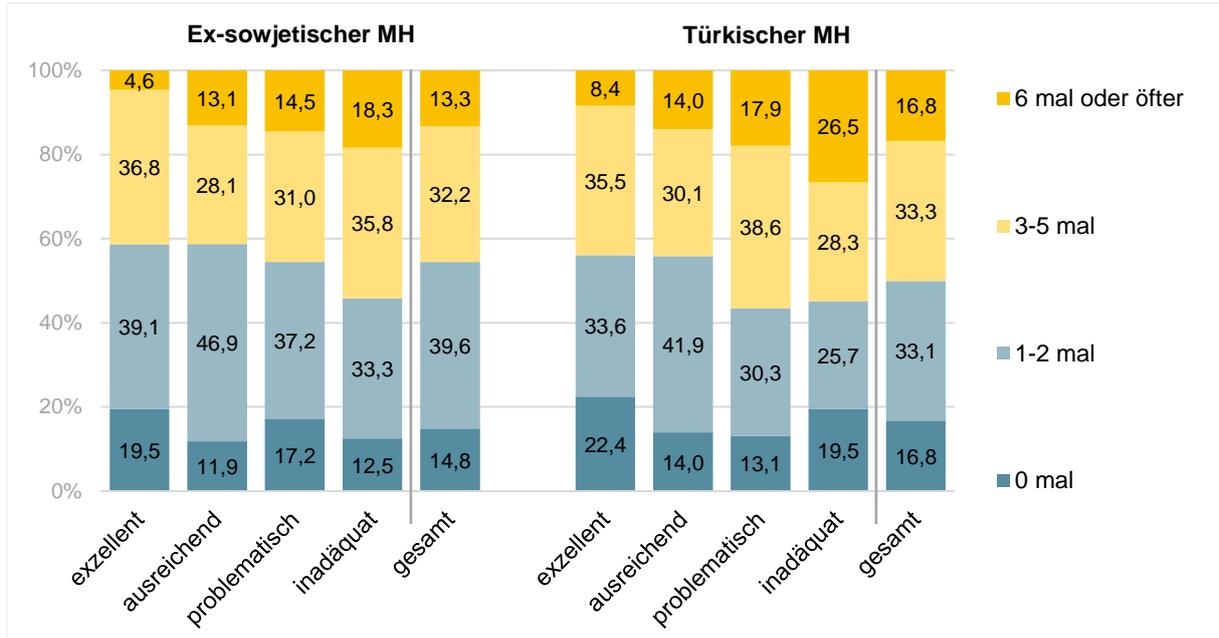


Wie *Abbildung 20* zeigt, schätzen Befragte mit türkischem Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand im Gesamtdurchschnitt signifikant positiver ein als die ex-sowjetische Gruppe, was auch mit dem jüngeren Durchschnittsalter dieser Gruppe zusammenhängen dürfte. In dieser Gruppe zeigt sich der positive Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz noch deutlicher als bei den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund, und auch dieser ist statistisch signifikant.

Nutzung des Gesundheitssystems

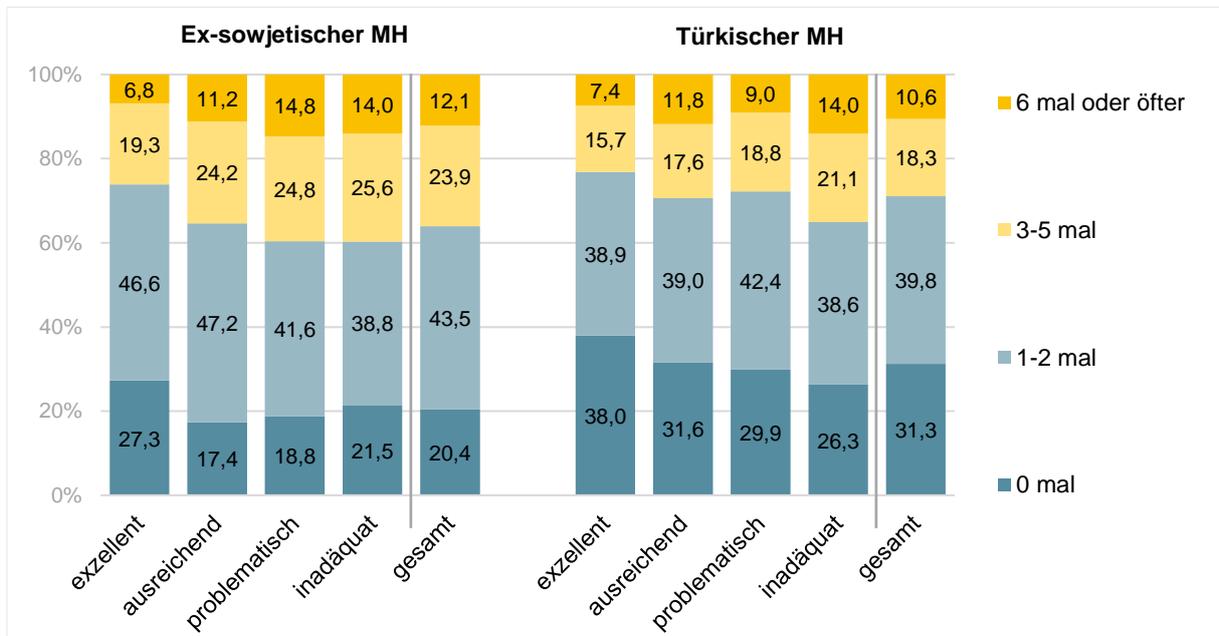
In beiden untersuchten Migrationsgruppen geht eine geringere Gesundheitskompetenz im Durchschnitt mit einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen einher. So hat in der ex-sowjetischen Gruppe bei Befragten mit problematischer oder inadäquater Gesundheitskompetenz ein überdurchschnittlicher Anteil in einem Zeitraum von 12 Monaten mindestens drei Mal eine Praxis für Allgemeinmedizin bzw. ihre:n Hausärzt:in aufgesucht (*Abbildung 21*). Auch unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund haben Personen, die über eine problematische oder inadäquate (also geringe) Gesundheitskompetenz verfügen, mehrheitlich in einem Zeitraum von 12 Monaten mindestens drei Mal eine:n Allgemeinärzt:in aufgesucht (*Abbildung 21*).

Abbildung 21: Gesundheitskompetenz und Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten



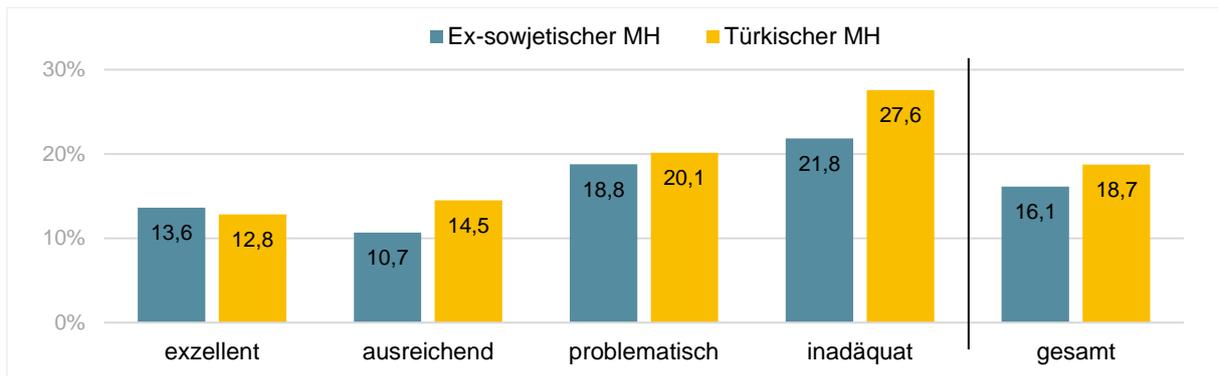
Ähnliches gilt in beiden Migrationsgruppen für die Anzahl der Besuche bei Fachärzt:innen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Personen mit geringer Gesundheitskompetenz nutzen diese Gesundheitsleistung tendenziell häufiger (Abbildung 22). Insgesamt haben Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund in den letzten 12 Monaten häufiger eine:n Fachärzt:in konsultiert als die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund, was u. a. am höheren Altersdurchschnitt dieser Gruppe liegen könnte.

Abbildung 22: Gesundheitskompetenz und Facharztbesuche in den letzten 12 Monaten



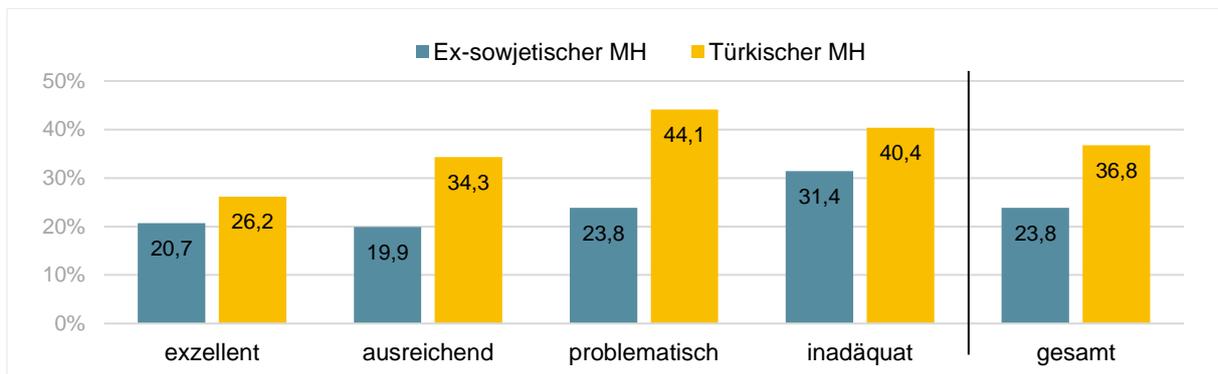
Auch bei der Frage, ob bzw. wie oft Befragte in den vergangenen 12 Monaten für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus waren, zeigt sich ein Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz (Abbildung 23); er ist für die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund signifikant, für die ex-sowjetische Gruppe aber nicht.

Abbildung 23: Gesundheitskompetenz und mindestens eine stationäre Krankenhausbehandlung in den letzten 12 Monaten



Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Inanspruchnahme von medizinischen Notfalldiensten. Der Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und der Häufigkeit, mit der medizinische Notfalldienste in den letzten 24 Monaten in Anspruch genommen worden sind, ist bei den türkeistämmigen Befragten etwas stärker ausgeprägt als bei denen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund (Abbildung 24). Sie haben zudem insgesamt in den vergangenen zwei Jahren deutlich häufiger solche Dienste in Anspruch genommen.

Abbildung 24: Gesundheitskompetenz und mindestens eine Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste in den letzten 24 Monaten



Von den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund mit inadäquater Gesundheitskompetenz hat rund ein Drittel der Befragten in den vergangenen 24 Monaten mindestens einmal einen medizinischen Notfalldienst beansprucht; von denjenigen, die über eine exzellente Gesundheitskompetenz verfügen, war es ein Fünftel. Dieser Unterschied ist allerdings nicht statistisch signifikant.

In der türkeistämmigen Gruppe zeigt sich der Zusammenhang deutlicher: So haben Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz in den letzten 24 Monaten in signifikant höherem Anteil mindestens einmal einen medizinischen Notfalldienst in Anspruch genommen als diejenigen mit exzellenter Gesundheitskompetenz. Tatsächlich aber zeigen in dieser Gruppe die Befragten mit problematischer Gesundheitskompetenz die häufigste Nutzung.

Resümierend ist festzustellen, dass geringe Gesundheitskompetenz auch in beiden untersuchten Migrationsgruppen mit zahlreichen Konsequenzen für die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten einhergeht. Befragte mit geringer Gesundheitskompetenz ernähren sich tendenziell ungesünder und sind deutlich seltener täglich körperlich aktiv als Befragte mit hoher Gesundheitskompetenz. Bei dem gesundheitsschädlichen Verhalten zeigen sich Unterschiede. Beim Tabakkonsum ist bei beiden Migrationsgruppen kein Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz erkennbar, bei dem Alkoholkonsum ist der Einfluss eher gering. Für die subjektive Gesundheit zeigt sich für beide Migrationsgruppen, dass die Einschätzung der subjektiven Gesundheit bei geringerer Gesundheitskompetenz negativer ausfällt. Auch das Gesundheitssystem wird extensiver genutzt: So werden Haus- und Fachärzt:innen und medizinische Notfalldienste von Befragten mit geringer Gesundheitskompetenz signifikant häufiger konsultiert, und das gilt auch für stationäre Aufenthalte im Krankenhaus – auch sie sind häufiger¹¹. Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse erneut die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für die Gesundheitserhaltung und damit ihre gesellschaftliche Relevanz.

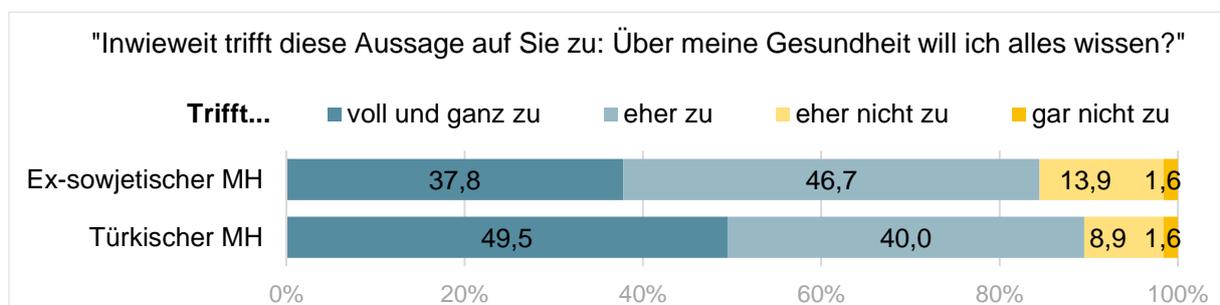
¹¹ Auch hier sind allerdings weitere multivariate Analysen notwendig, um die Zusammenhänge unabhängig von Drittvariablen (insbesondere das Alter und Vorhandensein chronischer Krankheiten) zu prüfen.

5 Gesundheitsinformationsverhalten

Interesse an Informationen über die eigene Gesundheit

Die Mehrheit der Befragten beider Gruppen hat großes Interesse an Gesundheitsinformationen, wie daran sichtbar wird, dass sie der Aussage „Über meine Gesundheit will ich alles wissen“ voll und ganz oder eher zustimmt (85 % bzw. 90 %). Das Interesse an Gesundheitsinformationen ist unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund noch ausgeprägter als unter Personen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund (*Abbildung 25*). Dabei gibt es Unterschiede zwischen den Teilgruppen (hier nicht gezeigt): In beiden Migrationsgruppen haben Frauen größeres Interesse an Informationen über ihre Gesundheit als Männer. Unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund zeigen zudem die beiden mittleren Altersgruppen in signifikant höheren Anteilen ausgeprägtes Interesse an Informationen zu ihrer Gesundheit; bei den über 65-Jährigen ist sie dagegen auffallend gering. Ansonsten spiegelt sich das hohe Interesse in sämtlichen Subgruppen wider.

Abbildung 25: Interesse an Gesundheitsinformationen

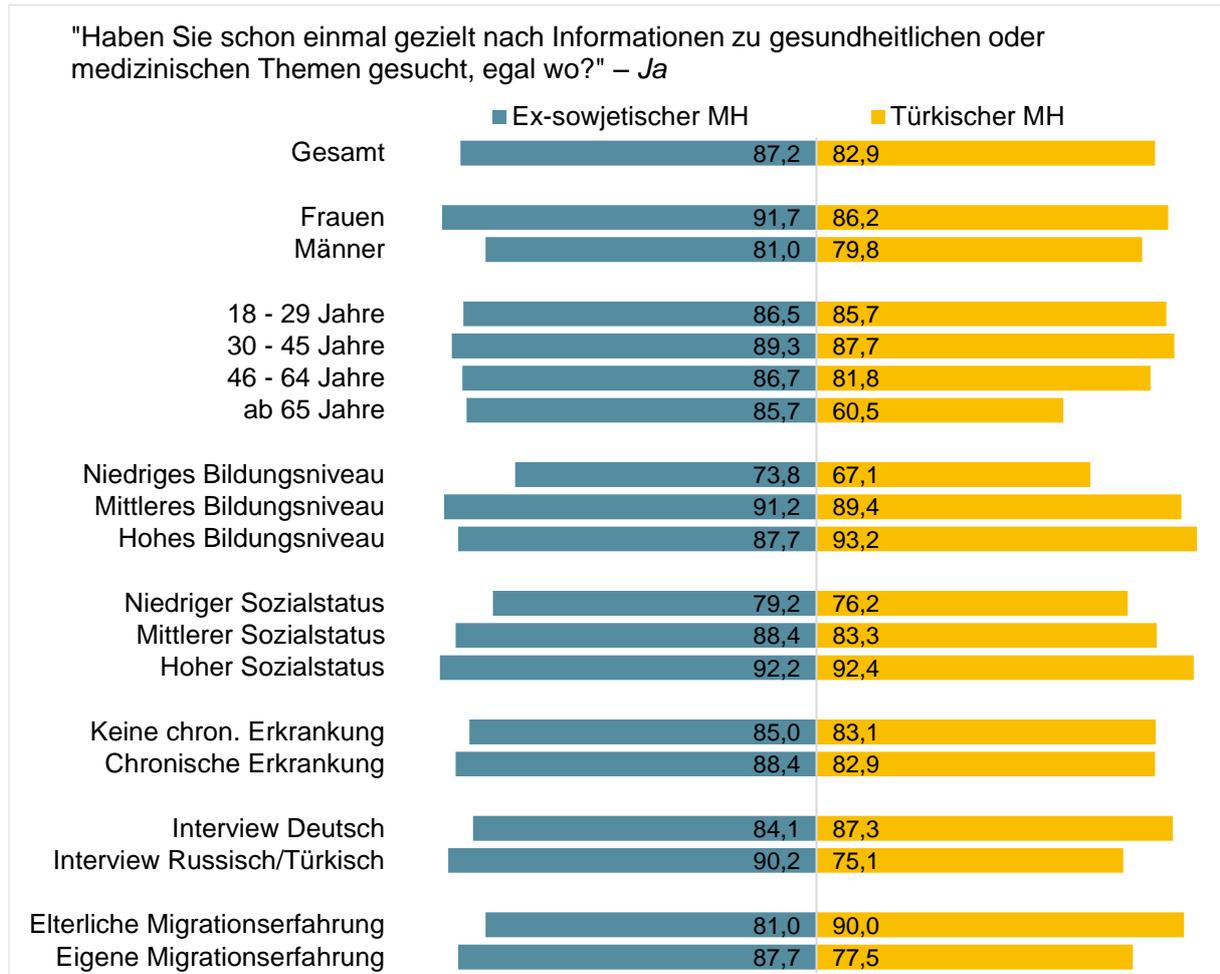


In Einklang mit dem hohen Interesse an Informationen über die eigene Gesundheit haben in beiden Migrationsgruppen jeweils mehr als vier von fünf Befragten schon mal gezielt nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen gesucht (*Abbildung 26*) – Frauen tendenziell häufiger als Männer. Letzteres deckt sich mit Befunden aus anderen Untersuchungen (Baumann et al. 2020).

Das Alter der Befragten spielt bei dieser Frage keine große Rolle – lediglich unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund haben signifikant weniger Personen ab 65 Jahren schon mal gezielt nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen gesucht, was zu ihrem geringeren Interesse an Informationen zur eigenen Gesundheit passt. In beiden Migrationsgruppen geben Befragte mit niedrigem Bildungsniveau oder Sozialstatus seltener an, schon einmal gezielt nach solchen Informationen gesucht zu haben.

Auffällig sind Unterschiede zwischen Sprache und Generation innerhalb der Migrationsgruppen, die bemerkenswerterweise gegenläufig sind: Während unter Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund Personen, die auf Russisch befragt wurden, ein signifikant höherer Anteil gezielt nach Gesundheitsinformationen gesucht hat, ist es bei den Befragten mit türkischem Migrationshintergrund umgekehrt. Ebenso hat in dieser Gruppe unter den Befragten der zweiten Generation ein signifikant höherer Anteil schon Gesundheitsinformationen gesucht. Auch dies ist unter Personen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund tendenziell umgekehrt, auch wenn dieser Unterschied, vermutlich aufgrund der geringen Fallzahl, statistisch nicht signifikant ist.

Abbildung 26: Gezielte Suche nach Gesundheitsinformationen in Teilgruppen in Prozent



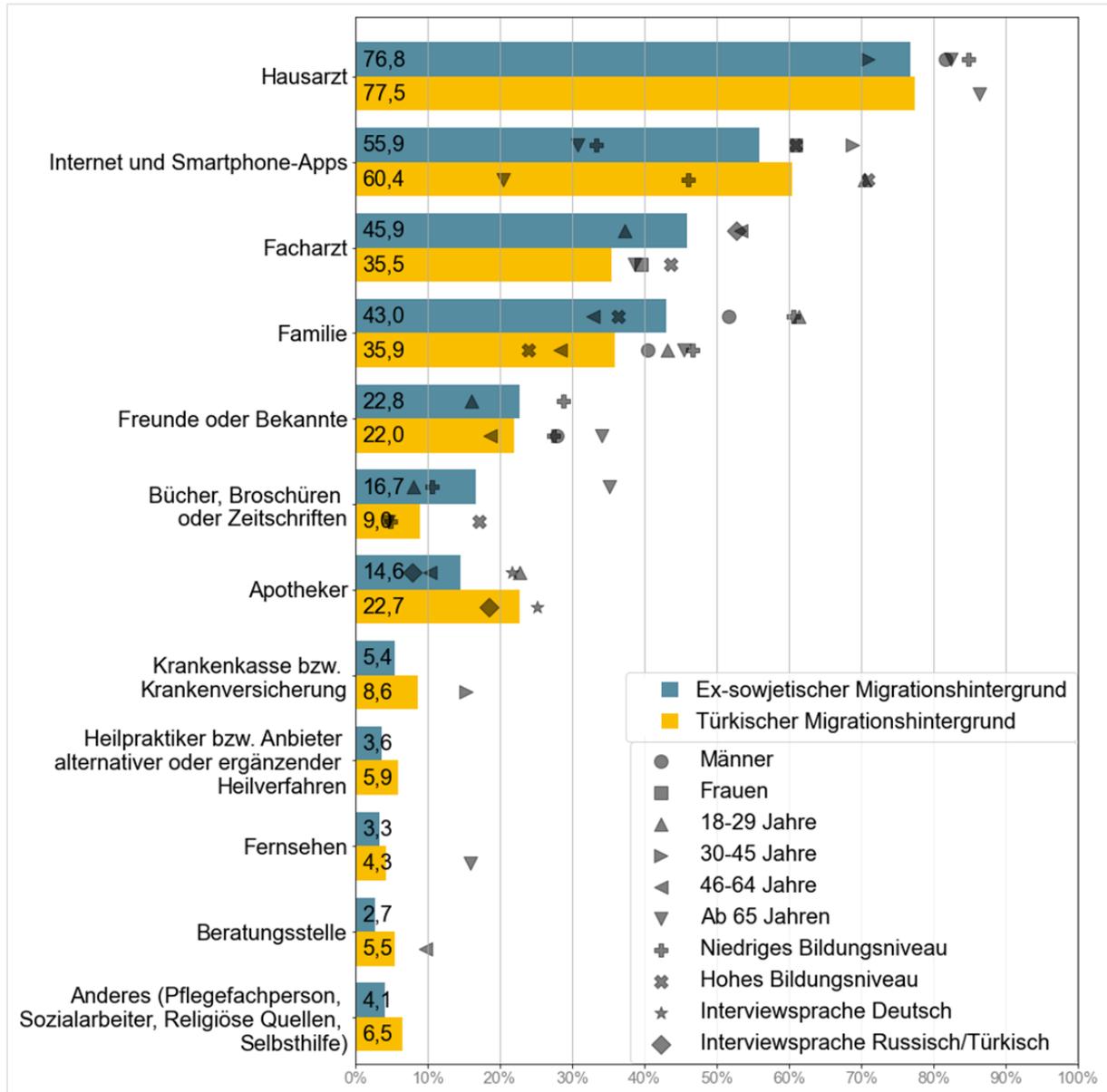
Informationsquellen für Gesundheitsthemen oder Krankheiten

Gefragt wurde außerdem, welche Quellen am ehesten für die Suche nach Informationen über Gesundheits- und Krankheitsthemen genutzt werden, wobei bis zu drei der vorgegebenen Quellen ausgewählt werden konnten. Sowohl von den Befragten mit ex-sowjetischem als auch von denen mit türkischem Migrationshintergrund wurden von gut drei Viertel und damit am häufigsten Hausärzt:innen genannt (Abbildung 27). Sie sind auch in der Allgemeinbevölkerung die verbreitetste Anlaufstelle (Baumann et al. 2020; Hurrelmann et al. 2020; Schaeffer et al. 2016).

Im Gesamtdurchschnitt ist in beiden Gruppen das Internet die zweitrelevanteste Quelle. Befragte mit türkischem Migrationshintergrund präferieren das Internet noch häufiger als die ex-sowjetische Gruppe. Fachärzt:innen und Familie folgen (fast gleichauf) als die drittrelevantesten Quellen für Informationen; Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund geben dies signifikant häufiger an. Auffällig ist zudem, dass die Apotheke bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund einen deutlich höheren Stellenwert als Informationsquelle genießt als bei Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund.

Bei der Betrachtung der präferierten Informationsquellen deuten sich große Unterschiede nach Teilgruppen an, die in *Abbildung 27* mit den kleinen Symbolen dargestellt werden¹². Die Wahl der Informationsquelle richtet sich dabei vor allem nach dem Alter und zum Teil nach dem Bildungsniveau der Befragten. So werden Hausärzt:innen von älteren oder niedrig gebildeten Personen häufiger in Gesundheitsfragen konsultiert, Internet und Smartphone-Apps seltener. Das Geschlecht und die Interviewsprache spielen nur vereinzelt eine Rolle bei der Wahl der Informationsquelle. Nach dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung sowie der Migrationserfahrung (hier nicht abgebildet) zeigen sich kaum Unterschiede.

Abbildung 27: Bevorzugte Informationsquellen



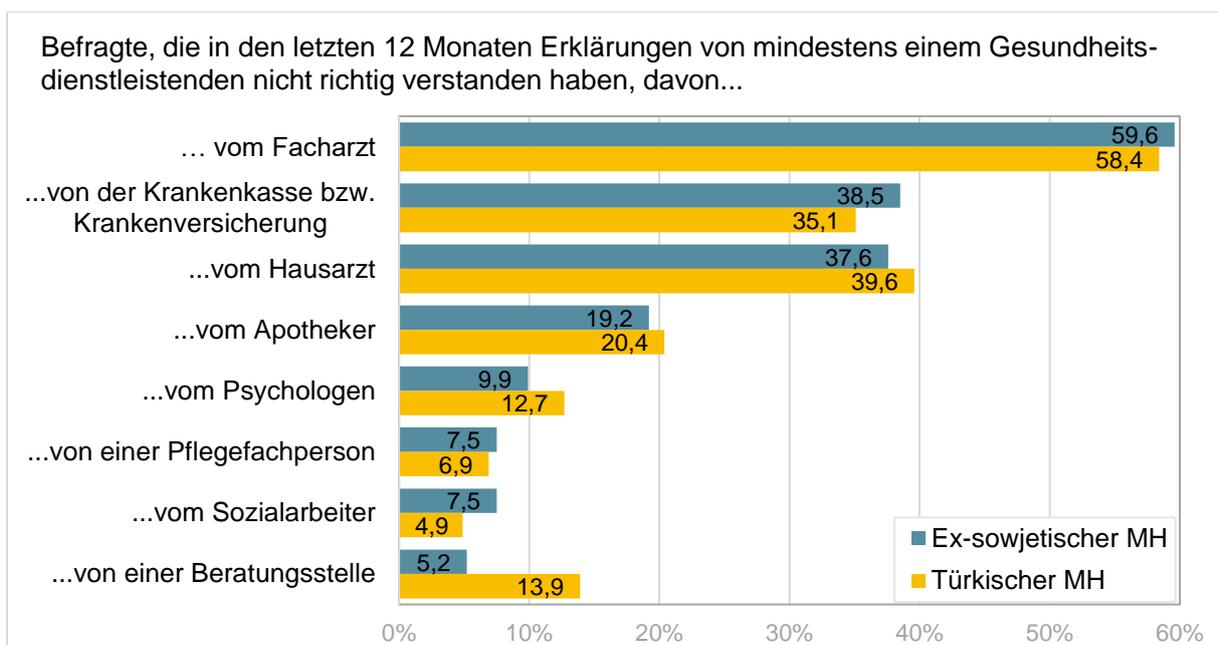
¹² Wenn sich ein Symbol im Balken befindet, liegt der Anteil der jeweiligen Teilgruppe unter dem Gesamtdurchschnitt der Migrationsgruppe, wenn es neben dem Balken ist, ist der Anteilswert der Teilgruppe überdurchschnittlich. Für eine bessere Übersichtlichkeit werden nur auffällige Werte dargestellt.

Verständlichkeit der Informationen von Gesundheitsprofessionen

Dass Ärzt:innen an erster Stelle in der Hierarchie der Informationsquellen stehen und erste Anlaufstelle bei Fragen sind, bedeutet aber nicht, dass Informationen von ihnen und generell von den Gesundheitsprofessionen auch problemlos verstanden werden. Im Gegenteil berichten beide Gruppen von Verständnisproblemen: Fast die Hälfte der Befragten mit türkischem und 2 von 5 der Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund haben in den vergangenen 12 Monaten Erklärungen von mindestens einem Gesundheitsdienstleistenden nicht richtig verstanden.

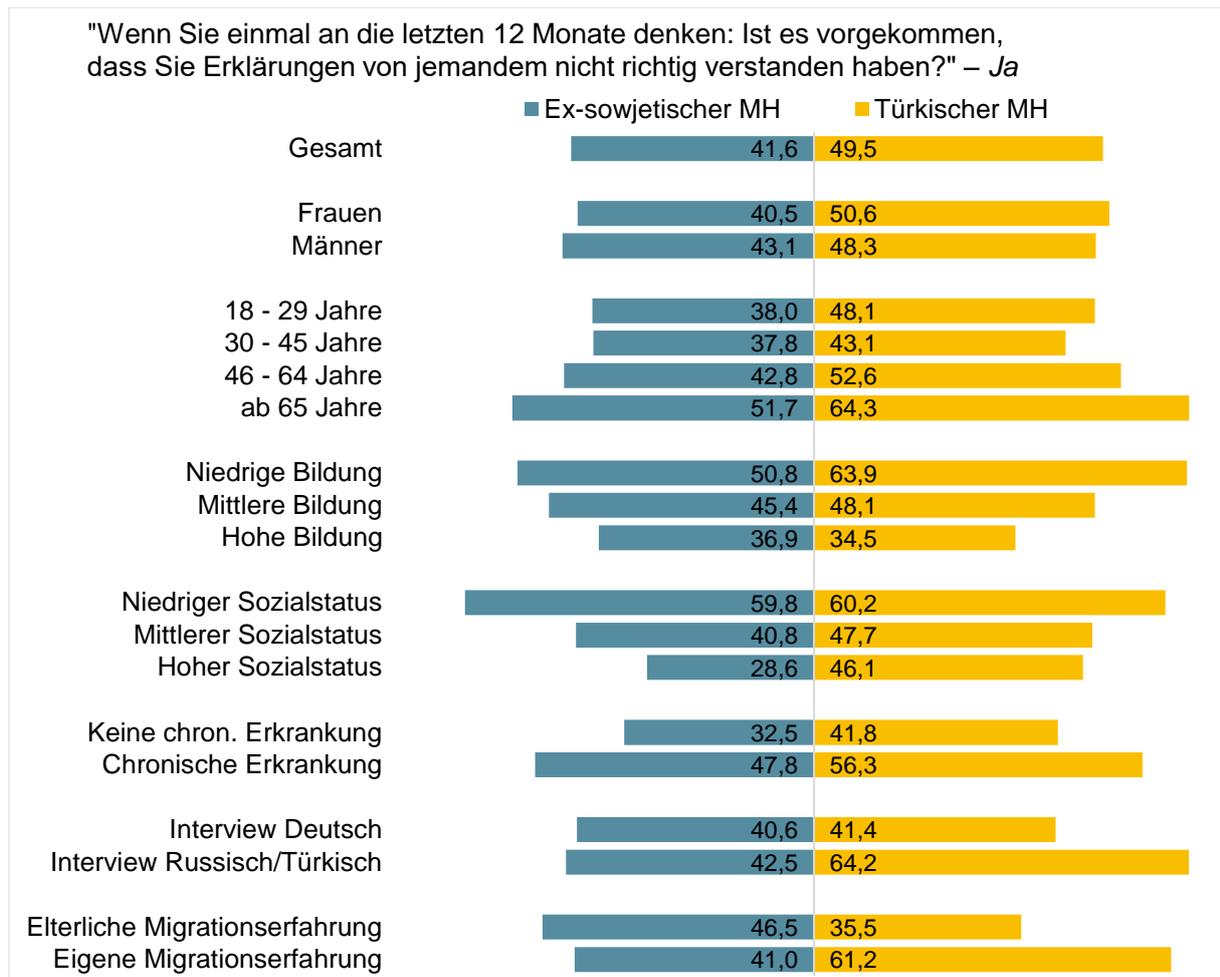
Probleme, Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden zu verstehen, entstehen mit Abstand am häufigsten in der Kommunikation mit Fachärzt:innen, wie in *Abbildung 28* zu sehen ist. Von den Befragten, die in den vergangenen 12 Monaten Verständnisprobleme hatten, berichten 3 von 5 Befragten von Schwierigkeiten bei Fachärzt:innen. Mit Erklärungen der Hausärzt:innen sowie der Krankenkasse bzw. -versicherung hatte in den letzten 12 Monaten jeweils gut ein Drittel Probleme, bei Apotheker:innen jeweils rund ein Fünftel. Erwähnenswert ist der deutlich höhere Anteil Befragter mit türkischem Migrationshintergrund, die Verständnisschwierigkeiten bei einer Beratungsstelle hatten.

Abbildung 28: Verständnisprobleme bei Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden



Blickt man auf die verschiedenen Teilgruppen, berichten ältere Befragte, Personen mit niedriger Bildung oder Sozialstatus, zudem auch Befragte mit chronischer Erkrankung überdurchschnittlich häufig von nicht verstandenen Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden. In der Gruppe der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund sind stärkere Unterschiede nach Bildungsniveau zu sehen; in der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund dagegen nach Sozialstatus. Sehr deutlich zu erkennen ist, dass Befragte, deren Interview auf Türkisch durchgeführt wurde oder die selbst aus der Türkei eingewandert sind, sehr viel häufiger angeben, Erklärungen nicht richtig verstanden zu haben, als die jeweilige Vergleichsgruppe. In der ex-sowjetischen Migrationsgruppe sind hier dagegen kaum Unterschiede festzustellen (*Abbildung 29*).

Abbildung 29: Verständnisprobleme bei Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden in Teilgruppen in Prozent

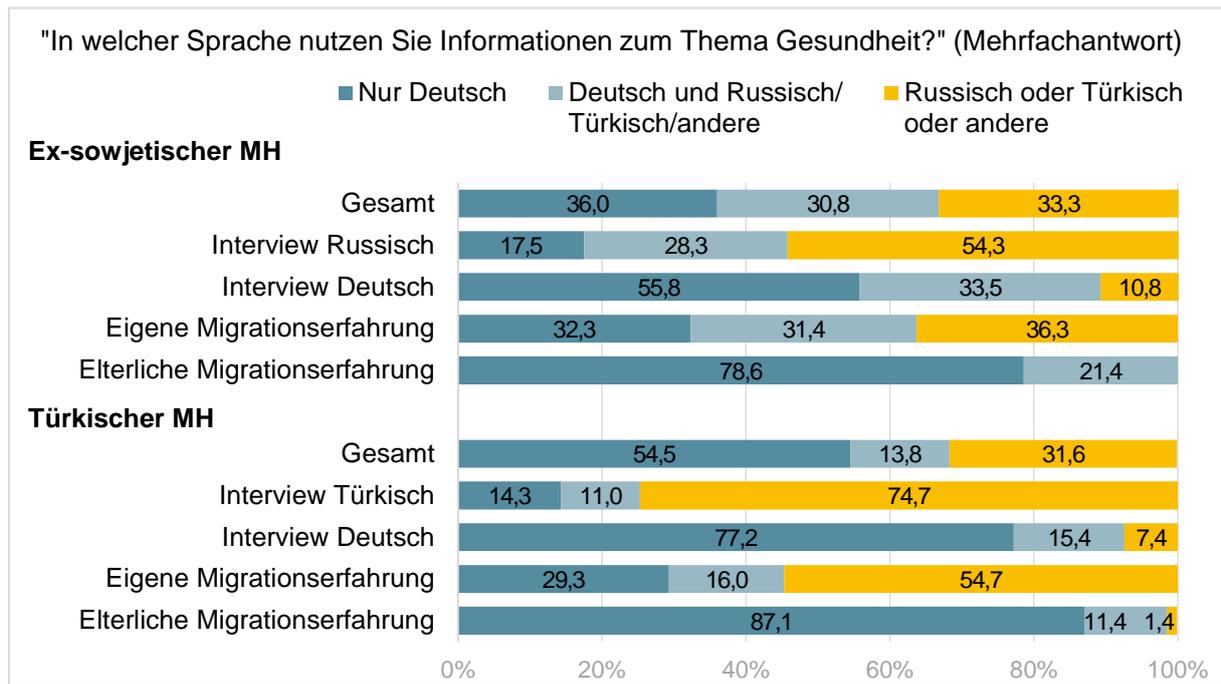


Gesundheitsinformationen in einer anderen Sprache als Deutsch

Im HLS-MIG wurden zudem migrationsspezifische Fragen zum Gesundheitsinformationsverhalten gestellt, die auf die Deutschkenntnisse und Bilingualität zielen.

In den beiden untersuchten Migrationsgruppen nutzen viele Befragte Informationen zum Thema Gesundheit auch oder ausschließlich in einer anderen Sprache als Deutsch, wie in *Abbildung 30* zu erkennen ist. Besonders ausgeprägt ist die fremdsprachliche Informationsnutzung erwartungsgemäß bei den Befragten, die in ihrer Muttersprache, insbesondere Türkisch, interviewt wurden und in der ersten Generation.

Abbildung 30: Nutzung fremdsprachlicher Gesundheitsinformationen



Zusätzlich wurden die Befragten, die russisch- oder türkischsprachige Gesundheitsinformationen recherchieren, darum gebeten einzuschätzen, wie einfach oder schwierig es für sie ist, diese zu finden. Dabei wurde nicht auf bestimmte Informationen abgehoben. Ebenso wurde nicht definiert, ob es sich bei diesen Informationen um Übersetzungen deutschsprachiger Informationen handelt oder um solche, die tatsächlich aus russischsprachigen Ländern oder der Türkei stammen (auf Letzteres wird in *Abbildung 32* eingegangen).

Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund bewerten das Finden russischsprachiger Gesundheitsinformation mehrheitlich als einfach oder sogar sehr einfach, wie *Abbildung 31* zeigt¹³. Unter ihnen gibt es wenige Unterschiede nach Interviewsprache. Anders sieht es bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund aus. Fast die Hälfte derjenigen, die auf Türkisch interviewt wurden und somit vermutlich den größten Bedarf an türkischsprachiger Gesundheitsinformation haben, geben hier Schwierigkeiten an – ein Ergebnis, das aufhorchen lässt, vor allem da ein Großteil dieser Bevölkerungsgruppe Informationen in Türkisch nutzt, wie oben gezeigt wurde.

¹³ Da nur sehr wenige Befragte, die in Deutschland geboren wurden, Gesundheitsinformationen in Russisch oder Türkisch nutzen (9 bzw. 27 Personen), werden sie hier nicht gelistet und somit entfallen auch die Angaben für die jeweilige Gesamtgruppe.

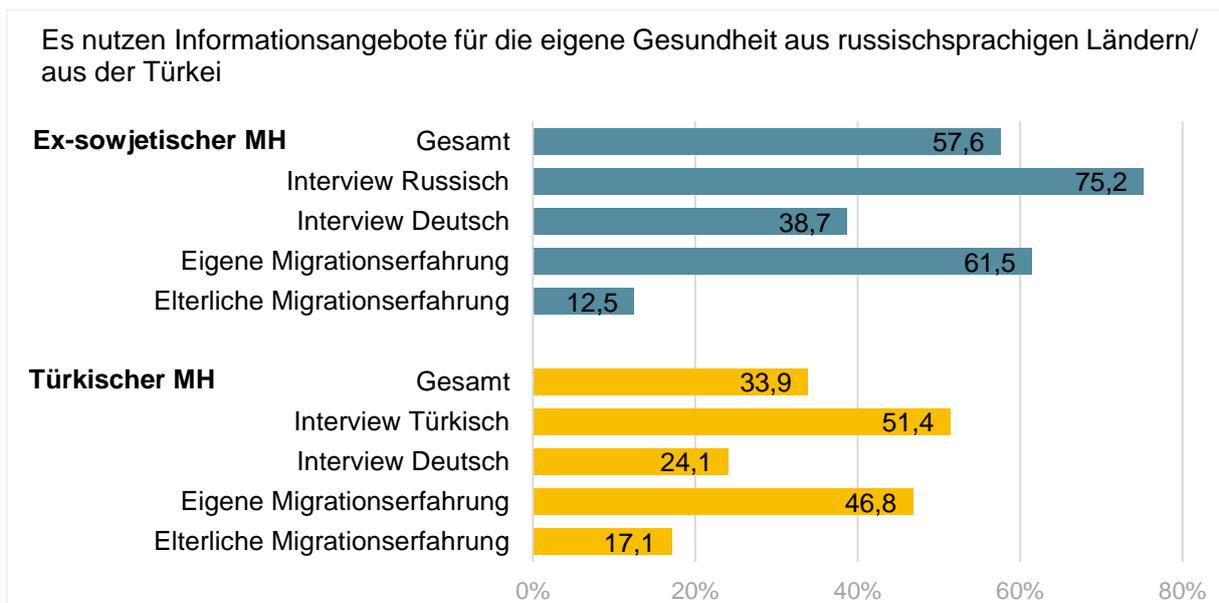
Abbildung 31: Schwierigkeiten beim Finden von Gesundheitsinformationen in russischer bzw. türkischer Sprache



Die Nutzung von Gesundheitsinformationen aus russischsprachigen Ländern bzw. der Türkei ist in beiden Migrationsgruppen unterschiedlich weit verbreitet, wie *Abbildung 32* zeigt. Von den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund greift mehr als die Hälfte (auch) auf Gesundheitsinformationen aus russischsprachigen Ländern zurück, in besonders hohem Anteil erwartungsgemäß diejenigen, deren Interview in russischer Sprache geführt wurde und die selbst eingewandert sind.

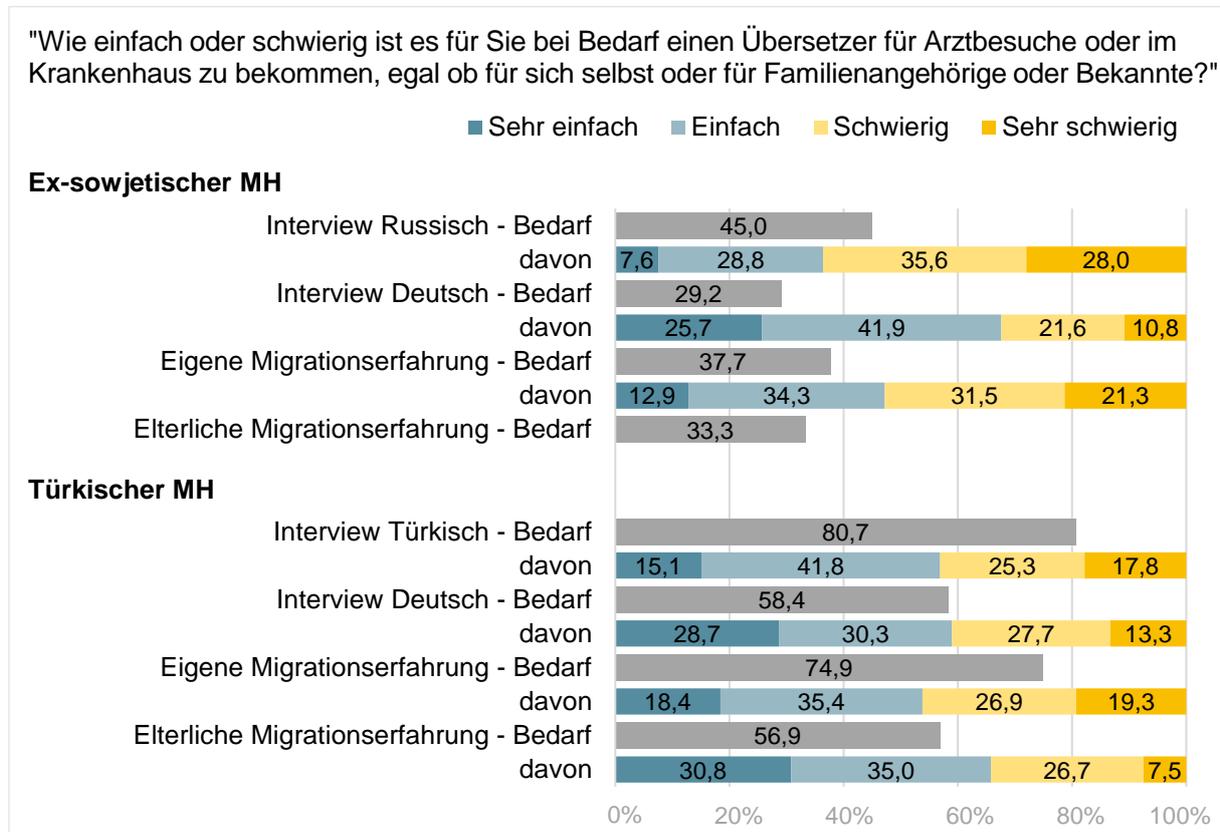
Von den Befragten mit türkischem Migrationshintergrund nutzt rund ein Drittel (auch) Angebote aus der Türkei – auch hier erwartungsgemäß deutlich überdurchschnittlich häufig diejenigen, die auf Türkisch befragt wurden sowie Befragte mit eigener Migrationserfahrung.

Abbildung 32: Nutzung von gesundheitsbezogenen Informationsangeboten aus russischsprachigen Ländern bzw. der Türkei



Um die (institutionelle) Unterstützung bei der direkten Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal zu beleuchten, wurde zudem nach dem Bedarf für eine:n Übersetzer:in für Besuche bei Ärzt:innen oder im Krankenhaus gefragt – egal ob für sich selbst, Angehörige oder Bekannte – sowie nach der Schwierigkeit, diese:n bei Bedarf zu bekommen (*Abbildung 33*).

Abbildung 33: Übersetzungsdienste für Besuche bei Ärzt:innen oder im Krankenhaus



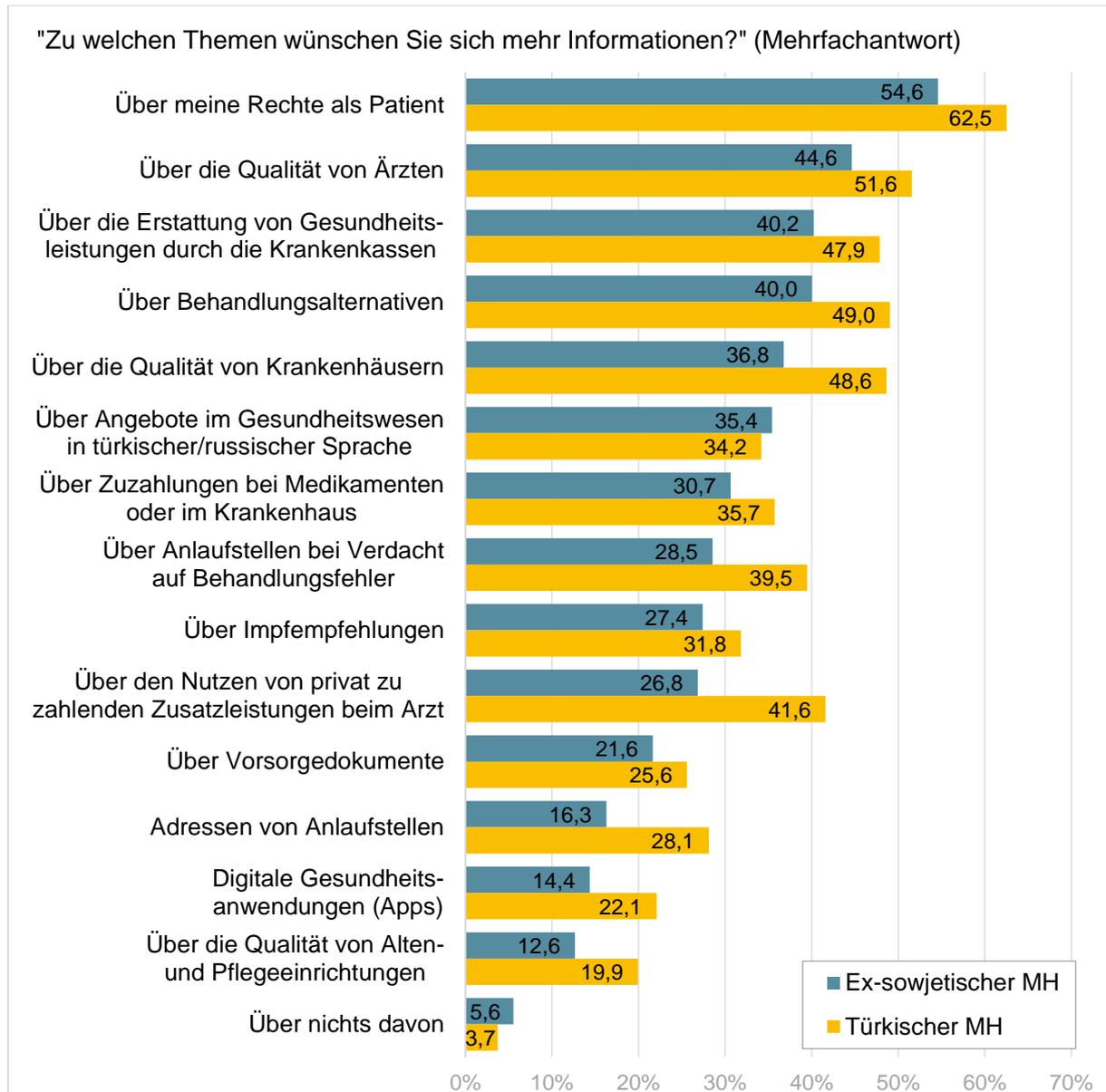
Der Bedarf an Übersetzungsleistungen ist bei den Befragten mit türkischem Migrationshintergrund deutlich höher. Von ihnen gaben zwei Drittel einen entsprechenden Bedarf an, von den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund nur ein Drittel. Auch hier zeigen sich Unterschiede nach Interviewsprache und bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund auch nach Migrationserfahrung. Besonders hoch ist der Bedarf bei auf Türkisch Befragten oder selbst eingewanderten Personen. Aber auch über die Hälfte der türkeistämmigen Personen, die das Interview auf Deutsch durchführten oder in Deutschland geboren sind, haben einen Bedarf an Übersetzungsleistungen angegeben. Dies deutet darauf, dass auch bei guten Deutschkenntnissen ein Bedarf an Übersetzungsdiensten für medizinische Fachgespräche besteht, um z. B. die Begleitung älterer Familienangehöriger zu ärztlichen Gesprächen auch für die jüngeren Generationen zu erleichtern. Ein mit Blick auf die seit langem geführten Diskussionen über die Notwendigkeit der Integration und Finanzierung von Dolmetscher:innen-diensten im Gesundheitswesen beachtenswertes Ergebnis (Bühning 2015; Wächter/Vanheiden 2015; BDÜ 2019).

Das gilt ebenfalls dafür, dass ein großer Teil der Befragten es für (sehr) schwierig hält, für Arztbesuche oder im Krankenhaus eine:n Übersetzer:in zu bekommen. Bei türkeistämmigen Befragten gibt es dabei kaum Unterschiede nach Interviewsprache oder Migrationserfahrung. Unter den auf Deutsch befragten Personen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund liegt der Anteil der Personen mit Schwierigkeiten mit rund einem Drittel am niedrigsten.

Informationswünsche

In beiden untersuchten Migrationsgruppen besteht großer Bedarf an Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen, der unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund fast durchgängig größer ist als unter Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund (Abbildung 34).

Abbildung 34: Informationswünsche



In beiden Gruppen wird mit Abstand am häufigsten der Wunsch nach mehr Informationen über die eigenen Rechte als Patient:in genannt. Bei rund der Hälfte der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund und jeweils etwas weniger bei den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund bestehen zudem Wünsche nach mehr Informationen über die Qualität von Ärzt:innen, über die Kostenerstattung von Gesundheitsdienstleistungen durch die Krankenkassen, über Behandlungsalternativen und über die Qualität von Krankenhäusern. Über Angebote im Gesundheitswesen in russischer bzw. türkischer Sprache möchte in beiden Grup-

pen rund ein Drittel mehr wissen. Einen größeren Unterschied zwischen den beiden Migrationsgruppen gibt es hingegen beim Nutzen von privat zu zahlenden Leistungen: Hier berichten die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund über mehr Bedarf.

Insgesamt ist das Interesse an Informationen zur eigenen Gesundheit bei Personen mit türkischem und ex-sowjetischem Migrationshintergrund sehr groß.

Vorrangig werden Hausärzt:innen als Informationsquelle genutzt. Das Internet steht in beiden Migrationsgruppen bereits an zweiter Stelle der bevorzugten Informationsquellen. An dritter Stelle stehen Fachärzt:innen und die Familie.

Befragte beider Migrationsgruppen hatten in den letzten 12 Monaten schon einmal Schwierigkeiten beim Verständnis von Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden – insbesondere Fachärzt:innen, aber auch Hausärzt:innen rangieren an erster Stelle in der Hierarchie an Professionen/Institutionen. Die Krankenkassen stehen hier bemerkenswerterweise an zweiter Stelle; auch ihre Erklärungen werden von rund zwei Dritteln nicht verstanden. Ältere, Personen mit niedrigem Bildungsniveau oder Sozialstatus und mit geringeren Deutschkenntnissen und/oder eigener Migrationserfahrung haben wesentlich häufiger Schwierigkeiten, Erklärungen von Ärzt:innen und Krankenkassen zu verstehen.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass herkunftslandsprachliche Informationen häufig genutzt werden und großer Bedarf an Übersetzungsleistungen besteht. Das gilt besonders, aber nicht ausschließlich für Personen mit geringeren Deutschkenntnissen und/oder eigener Migrationserfahrung. Doch bestehen zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, diese Angebote bzw. Leistungen zu finden bzw. zu bekommen, insbesondere bei türkeistämmigen Befragten. Auffällig ist auch, dass Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund zwar etwas weniger Schwierigkeiten dabei angeben, solche Informationen zu finden, jedoch zugleich häufiger auf Informationen aus dem Herkunftsland zurückgreifen.

Bei der Frage nach bestehenden Informationswünschen rangiert der Wunsch nach Informationen über Patient:innenrechte an oberster Stelle, gefolgt von dem nach mehr Information über die Qualität von Ärzt:innen und die Erstattung von Kosten für Gesundheitsleistungen durch die Krankenkassen. Befragte mit türkischem Migrationshintergrund haben bei fast allen Themen einen höheren Bedarf als Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung werden von ihnen vor allem mehr Informationen über die Qualität von Ärzt:innen, Zuzahlungen bei Medikamenten oder im Krankenhaus, Anlaufstellen bei Verdacht auf Behandlungsfehler, Impfeempfehlungen, Adressen von Anlaufstellen und digitale Gesundheitsanwendungen als wünschenswert erachtet.

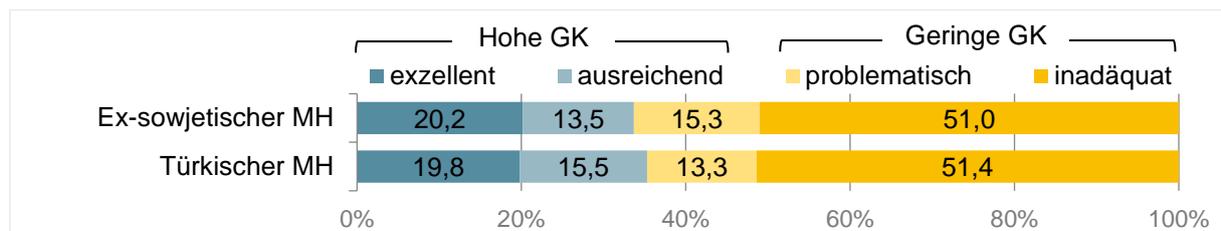
6 Digitale Gesundheitskompetenz

Digitale Informationsangebote werden – auch im Gesundheitsbereich – immer wichtiger, wie im letzten Kapitel gezeigt wurde. Doch fragt sich, inwieweit solche digitalen Informationsangebote auch kompetent genutzt werden. Um diese Frage beantworten zu können, wurden die Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote und erstmals auch die digitale Gesundheitskompetenz für beide Migrationsgruppen untersucht.

Ausprägung digitaler Gesundheitskompetenz

Die digitale Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen im Internet zu suchen, zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen, ist in beiden Migrationsgruppen relativ schwach ausgeprägt (*Abbildung 35*). Jeweils über zwei Drittel verfügen über eine geringe digitale Gesundheitskompetenz. Der Anteil fällt höher aus als bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz beider Migrationsgruppen (siehe *Kapitel 4*). Anders formuliert: Die digitale Gesundheitskompetenz beider Gruppen ist schlechter als die allgemeine Gesundheitskompetenz. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im HLS-GER 2 fällt sie hingegen leicht besser aus.

Abbildung 35: Digitale Gesundheitskompetenz

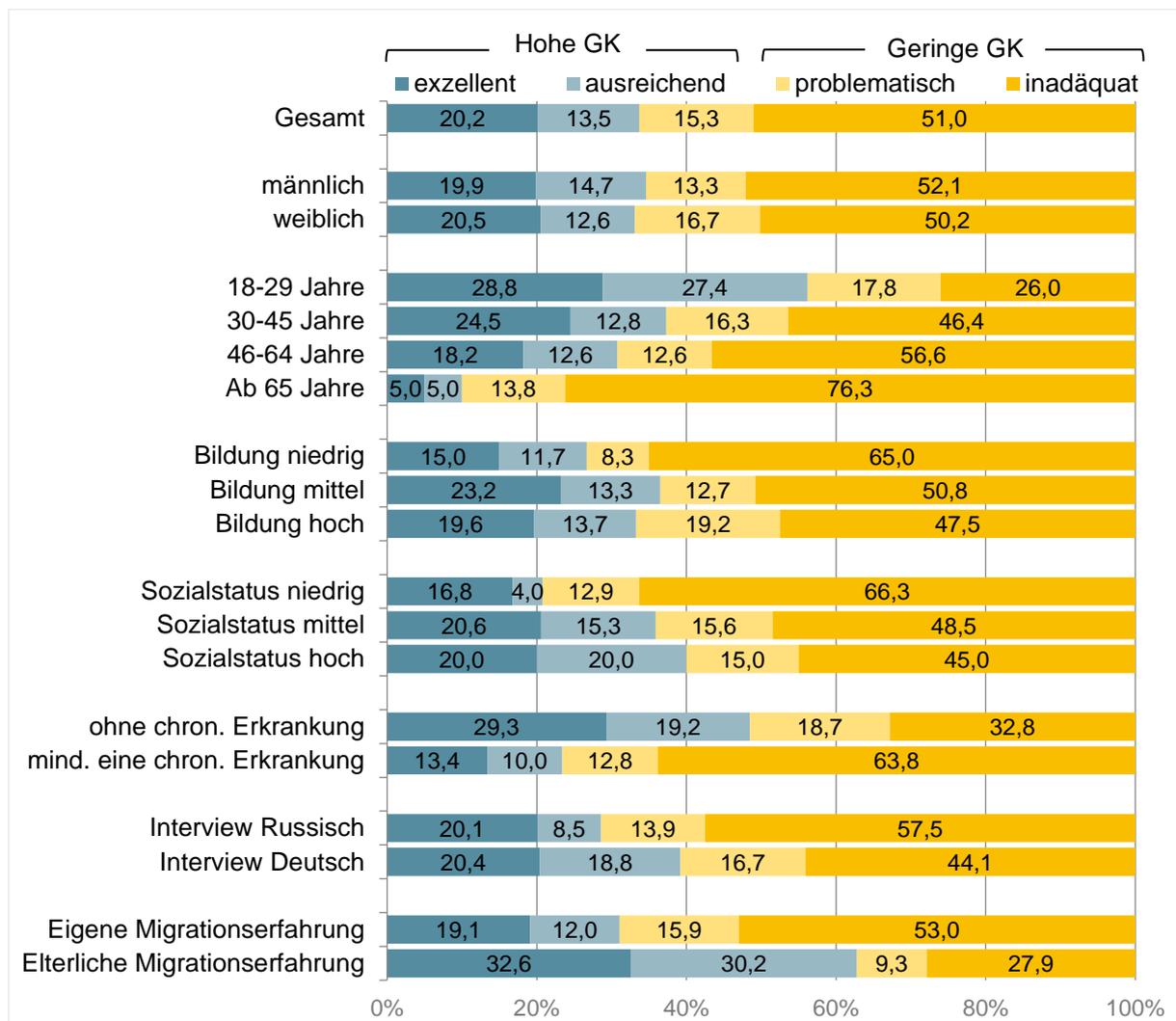


Wird wieder nach soziodemographischen Merkmalen gruppiert, zeigen sich Unterschiede zwischen beiden Migrationsgruppen (*Abbildung 36, Abbildung 37*). Bei beiden ist ein klarer Alterseffekt zu sehen mit einem höheren Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz bei den über 65-Jährigen. Bei ihnen ist der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz mit etwa 90 % sehr hoch.

In beiden Migrationsgruppen ist außerdem der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz unter Befragten mit niedrigem Bildungsniveau mit rund 75 % sehr hoch. Die Unterschiede der digitalen Gesundheitskompetenz nach dem Bildungsniveau sind bei Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund weniger ausgeprägt als bei Türkeistämmigen.

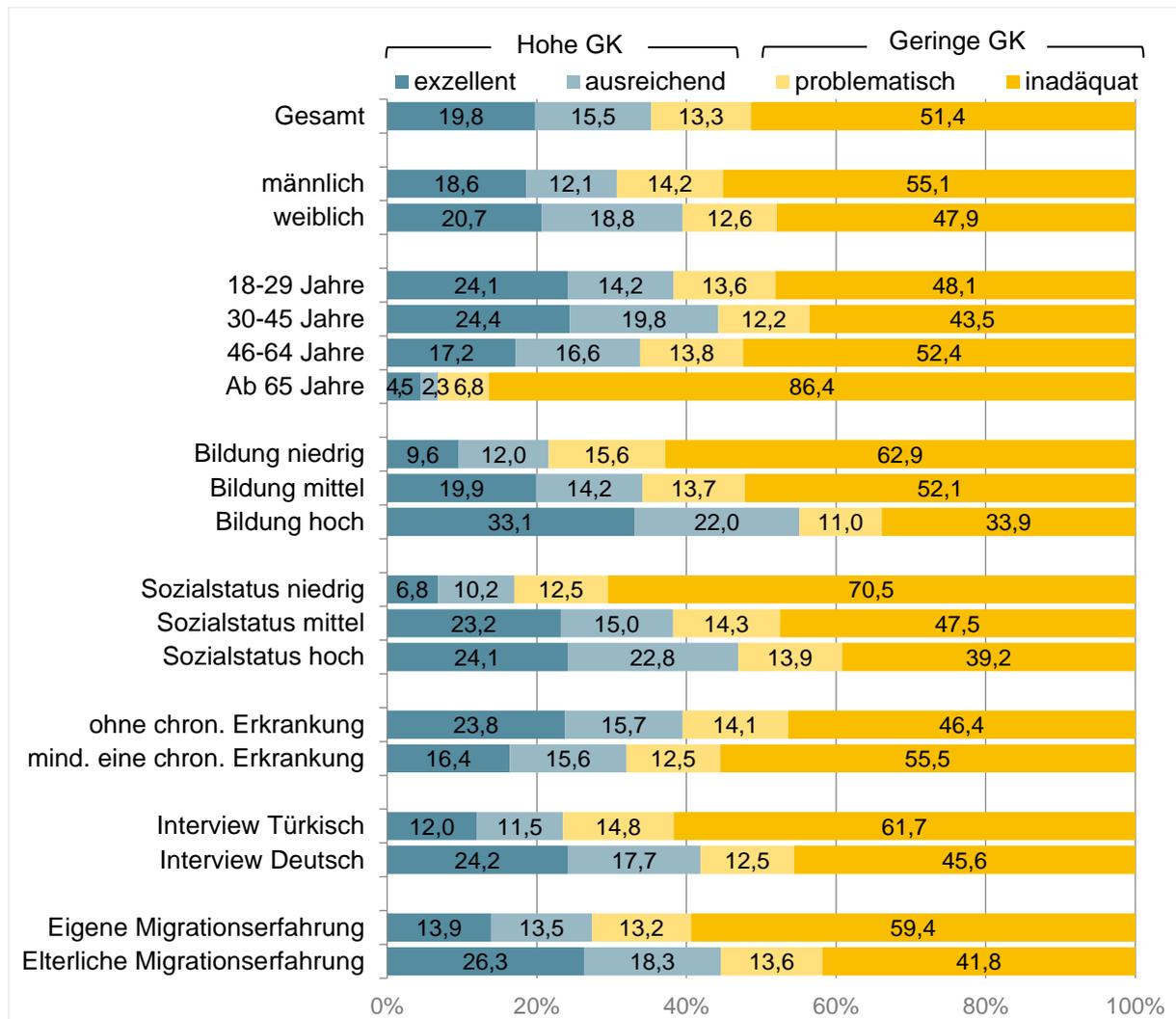
Ähnlich ist das Bild auch für den Sozialstatus der Befragten. Bei Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund spielt jedoch das Vorliegen einer chronischen Erkrankung eine wichtige Rolle: Drei Viertel der Befragten mit mindestens einer chronischen Krankheit weisen hier eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf.

Abbildung 36: Digitale Gesundheitskompetenz von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund



In beiden Gruppen zeigen sich Unterschiede nach Interviewsprache und Migrationserfahrung. Die Anteile geringer digitaler Gesundheitskompetenz sind höher bei Befragten, bei denen das Interview nicht auf Deutsch geführt wurde und die selbst eingewandert sind. Bei Befragten, deren Eltern aus der ehemaligen Sowjetunion eingewandert sind, ist die digitale Gesundheitskompetenz höher als bei Befragten, deren Eltern aus der Türkei nach Deutschland kamen. Damit folgen die Merkmale geringer digitaler Gesundheitskompetenz einem ähnlichen Muster wie bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz: Ältere Befragte, Personen mit geringer Bildung und geringem Sozialstatus sowie selbst eingewanderte und auf Türkisch/Russisch Befragte weisen eine geringere digitale Gesundheitskompetenz auf.

Abbildung 37: Digitale Gesundheitskompetenz von Befragten mit türkischem Migrationshintergrund



Da die betrachteten soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale untereinander korrelieren, ist es auch hier sinnvoll, ein multivariates Analysemodell zu verwenden (siehe Kapitel 3.5). In der Analyse (Tabelle 6), bei der verschiedene Faktoren gleichzeitig betrachtet werden (lineare Regression), spiegeln sich die beschriebenen deskriptiven Befunde wider.

Die in den deskriptiven Ergebnissen erkennbaren Alters-, Bildungs- und Sozialstatuseffekte lassen sich mit der Regressionsanalyse bestätigen und beeinflussen die digitale Gesundheitskompetenz also unabhängig voneinander. Höheres bzw. hohes Alter, niedriges (und etwas schwächer einflussnehmend auch mittleres) Bildungsniveau sowie niedriger Sozialstatus gehen durchschnittlich mit einer geringeren digitalen Gesundheitskompetenz einher. Wie schon bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz, steht eine chronische Erkrankung nur bei der ex-sowjetischen Migrationsgruppe mit geringeren Score-Werten in Verbindung.

Dafür liegt nur bei den türkeistämmigen Befragten mit eigener Migrationserfahrung der Wert im Mittel statistisch signifikant niedriger, auch unabhängig von den anderen Merkmalen. Die Sprache, in der das Interview durchgeführt wurde, spielt in beiden Migrationsgruppen keine entscheidende unabhängige Rolle für die digitale Gesundheitskompetenz. Die etwas niedrigeren Werte bei den auf Russisch bzw. Türkisch Befragten kommen laut den Ergebnissen eher zufällig zustande und folgen keiner Systematik.

Tabelle 6: Multivariater Zusammenhang zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und soziodemografischen und migrationsbezogenen Faktoren

	Ex-Sowjetischer MH	Türkischer MH
Konstante	74,41 [13,28]	73,34 [7,81]
Frauen	1,34 [2,91]	4,28 [2,76]
18 bis 29 Jahre	5,82 [5,01]	- 1,14 [3,73]
30 bis 45 Jahre (Ref.)	---	---
46 bis 64 Jahre	- 7,31* [3,58]	0,82 [3,88]
Ab 65 Jahre	- 23,96*** [4,46]	- 29,31*** [6,12]
Niedriges Bildungsniveau	- 11,26** [4,44]	- 14,41*** [3,96]
Mittleres Bildungsniveau	- 5,46* [3,22]	- 7,85** [3,61]
Hohes Bildungsniveau (Ref.)	---	---
Niedriger Sozialstatus	- 12,65** [5,07]	- 13,03** [5,06]
Mittlerer Sozialstatus	- 6,97 [4,34]	- 1,53 [4,10]
Hoher Sozialstatus (Ref.)	---	---
Chronische Erkrankung	- 8,80* [3,40]	-1,03 [2,94]
Eigene Migrationserfahrung	- 1,79 [6,20]	- 7,55* [3,84]
Interview Russisch/Türkisch	- 2,61 [3,09]	- 4,39 [3,61]
Korrigiertes R ²	0,164	0,212
N	430	430

Unstandardisierte Koeffizienten; [Standardfehler]

* statistisch signifikant bei $p < 0,1$; ** bei $p < 0,05$; *** bei $p < 0,01$

Ref. = Referenzgruppe

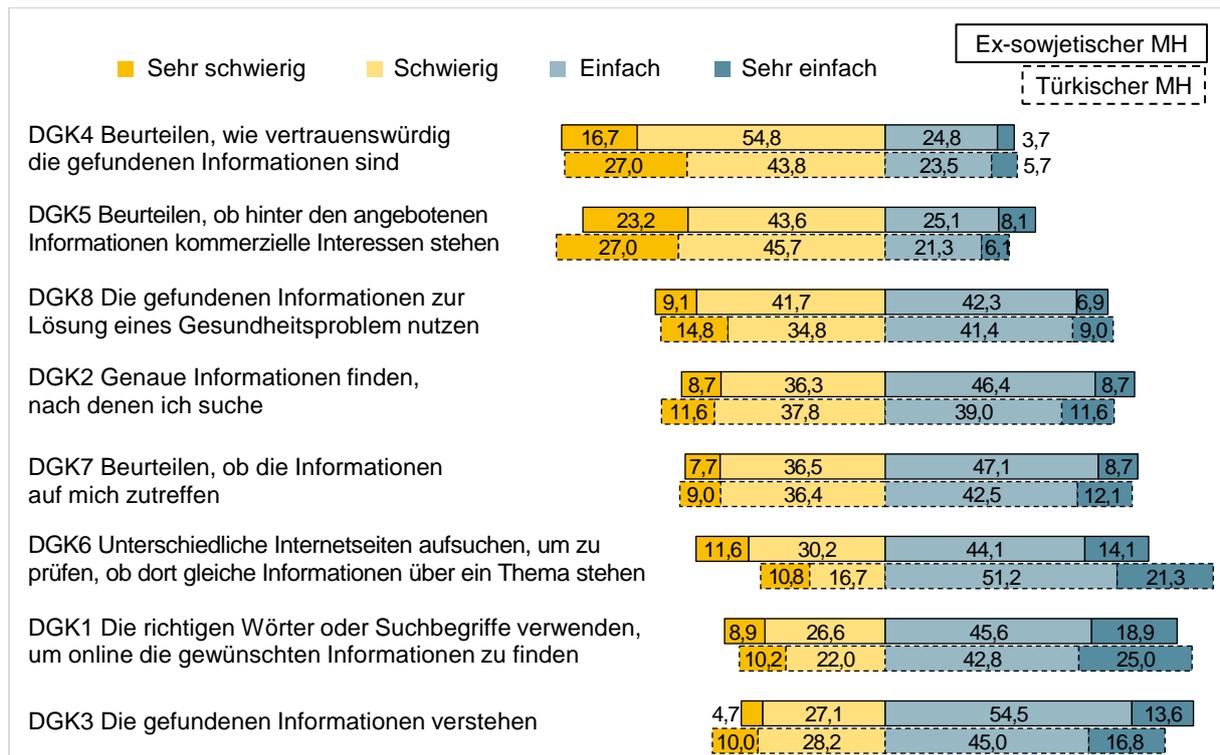
Insgesamt können mit den betrachteten Merkmalen rund 16 % der Varianz bei der digitalen Gesundheitskompetenz bei Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund und rund 21 % bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund erklärt werden, also etwas mehr als bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz.

Digitale Gesundheitsinformationsaufgaben

Um die Ausprägung der digitalen Gesundheitskompetenz besser beurteilen zu können, ist ein Blick auf die einzelnen Aufgaben, aus deren Schwierigkeitseinschätzung der Index zusammengesetzt wird, hilfreich. Sie werden im Durchschnitt von den Befragten beider Migrationsgruppen ähnlich eingeschätzt. *Abbildung 38* zeigt, dass mit mehr als zwei Dritteln den meisten Befragten vor allem die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und der möglichen kommerziellen Interessen hinter den angebotenen Informationen (sehr) schwerfällt. Die gefundenen digitalen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems zu nutzen, mithin sie anzuwenden, schätzt in beiden Gruppen jeweils rund die Hälfte als (sehr) schwierig ein.

Am wenigsten Schwierigkeiten bereitet dagegen beiden Gruppen, die richtigen Suchbegriffe zu verwenden, um Informationen online zu finden („Schlagwortsuche“), die gefundenen Informationen zu verstehen sowie unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um zu prüfen, ob dort die gleichen Informationen zu einem Thema stehen. Letzteres bewerten die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund als weniger schwierig.

Abbildung 38: Digitale Gesundheitsinformationsaufgaben: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent



Vergleicht man die Schwierigkeiten, die die verschiedenen Teilgruppen mit den einzelnen digitalen Informationsaufgaben¹⁴ haben (Abbildung 39), fallen in beiden Migrationsgruppen erwartungsgemäß die Altersgruppe ab 65 Jahren sowie Befragte mit niedrigem Sozialstatus¹⁵ auf. Besonders trifft dies für die Aufgabe zu, die richtigen Begriffe für die Onlinesuche zu nutzen, sowie unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um Informationen zu überprüfen. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Teilgruppen bei türkeistämmigen Befragten wieder deutlich ausgeprägter.

Auffällig ist bei Befragten der ex-sowjetischen Gruppe vor allem der hohe Anteil der über 65-Jährigen, die es (sehr) schwierig finden, unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um Informationen zu überprüfen. Denn bei der Beurteilung der Schwierigkeit anderer Aufgaben heben sie sich weitaus weniger vom Durchschnitt ab. Bemerkenswert ist außerdem, dass chronisch Erkrankte in dieser Gruppe deutlich häufiger Schwierigkeiten dabei angeben, genau die Information zu finden, die sie suchen. Bei den meisten digitalen Informationsaufgaben zeigen sich kaum Sprachunterschiede. Lediglich wenn es darum geht, unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um Informationen zu prüfen, werden Unterschiede sichtbar: Auf Russisch Interviewte finden dies deutlich häufiger schwierig.

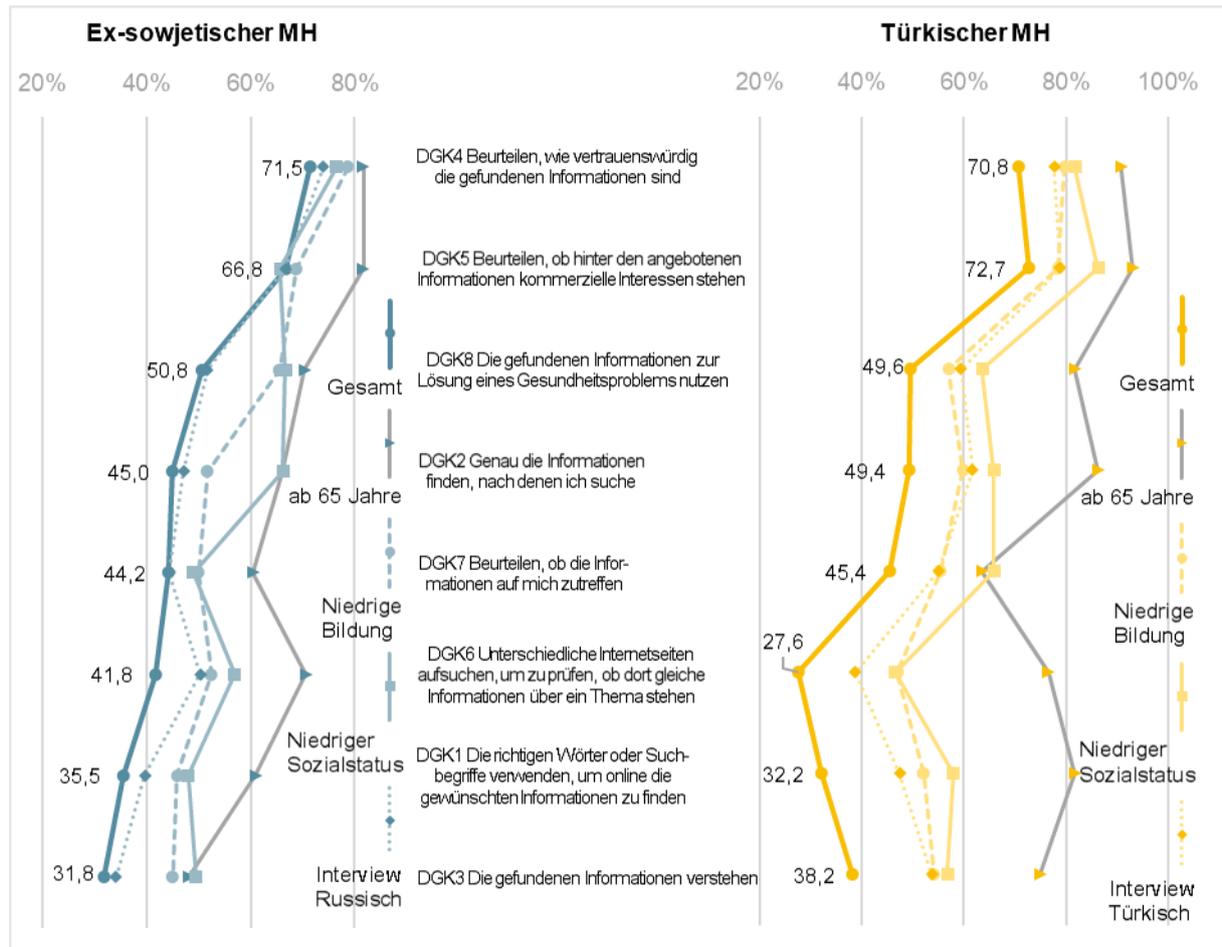
Bei den Befragten mit türkischem Migrationshintergrund fällt vor allem auf, dass die älteste Gruppe bei der Beurteilung, ob Informationen auf sie zutreffen, weit weniger vom Durchschnitt

¹⁴ Zwei weitere Fragen zu Möglichkeiten und Fähigkeiten gesundheitsbezogener digitaler Kommunikation, die im Rahmen des HLS-GER 2 aufgeführt sind (siehe Schaeffer et al. 2021: 72), konnten hier nicht berücksichtigt werden.

¹⁵ Das gilt ebenfalls für die Befragten mit niedrigem Bildungsniveau, deren Ergebnisse bei fast allen Items annähernd gleiche Werte aufweisen wie diejenigen mit niedrigem Sozialstatus und daher in den Abbildungen nicht dargestellt werden. Eine Ausnahme bildet hier das Finden genau der Informationen, nach denen gesucht wird (DGK2), was die Hälfte der ex-Sowjetischen Gruppe mit niedrigem Bildungsniveau, aber zwei Drittel derer mit niedrigem Sozialstatus (sehr) schwierig findet.

abweicht als bei anderen digitalen Informationsaufgaben. Bemerkenswert ist ebenfalls, dass über 90 % der über 65-jährigen Befragten Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und kommerziellen Interessen von gefundenen oder angebotenen Informationen haben. Sprachunterschiede sind bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund deutlicher ausgeprägt als in der ex-sowjetischen Gruppe. Noch schwieriger ist es für auf Türkisch Befragte, genau die Information zu finden, die sie suchen, die gefundenen Informationen zu verstehen, die richtigen Suchbegriffe bei der Online-Suche zu verwenden sowie unterschiedliche Internetseiten zur Überprüfung von Informationen zu nutzen.

Abbildung 39: Digitale Gesundheitsinformationsaufgaben in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig



Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote

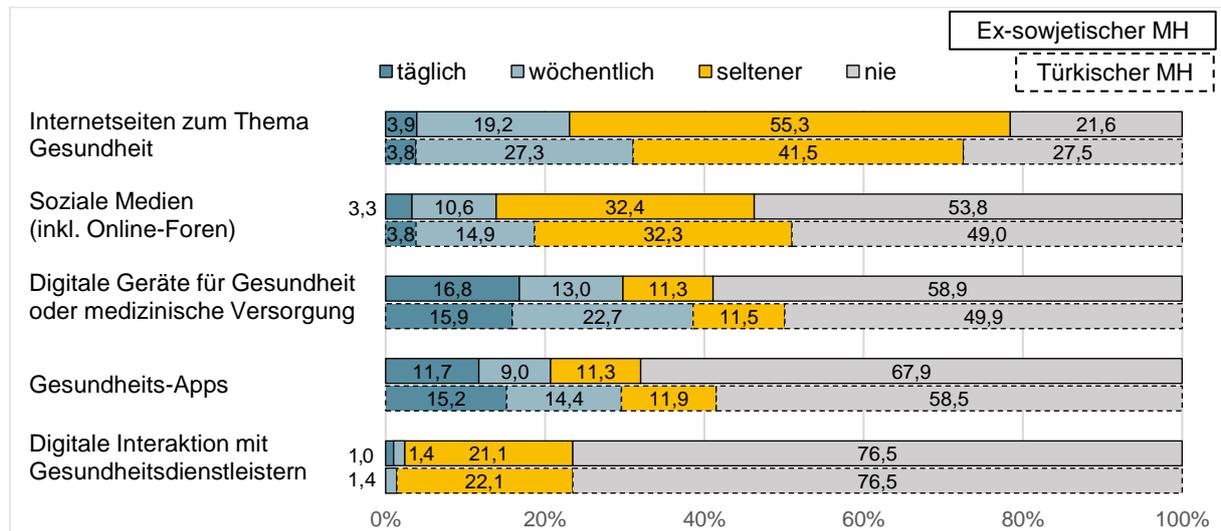
In beiden Migrationsgruppen werden Internetseiten zum Thema Gesundheit am häufigsten genutzt (Abbildung 40). Rund drei Viertel der Befragten nutzen diese Angebote zumindest ab und zu. Eine:r von fünf Befragten nutzt sie allerdings nie.

Gut die Hälfte in beiden Migrationsgruppen nutzt soziale Medien und Online-Foren. Wearables, also digitale Geräte mit gesundheitlichem Bezug wie Fitnessarmbänder oder Schrittzähler, sowie Gesundheits-Apps auf dem Handy werden in beiden Migrationsgruppen weniger verbreitet genutzt als Internetseiten; jedoch in deutlich höherer Frequenz (rund 12 bis 17 % tägliche Nutzung) als Internetseiten.

Eher selten kommt es in beiden Gruppen zum digitalen Austausch mit Gesundheitsdienstleistenden, z. B. um online Termine zu vereinbaren, zur Onlinesprechstunde oder um Ergebnisse

medizinischer Tests übermittelt zu bekommen. Nur jeweils knapp ein Viertel macht davon überhaupt Gebrauch. Insgesamt werden digitale Informationsmöglichkeiten und -angebote häufiger genutzt als von der Allgemeinbevölkerung, und auch der Anteil der Nicht-Nutzenden ist bei Befragten beider Migrationsgruppen für alle digitalen Angebote geringer (Schaeffer et al. 2021). Wir können also insgesamt von digital aktiveren Befragten in den Migrationsgruppen ausgehen – ein bemerkenswerter Befund.

Abbildung 40: Nutzungshäufigkeit digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote



In beiden Migrationsgruppen zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede bei der Nutzung der verschiedenen digitalen gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten, wenn Teilgruppen betrachtet werden, die in der *Abbildung 41* anhand kleiner geometrischer Symbole dargestellt sind¹⁶. Für diese Gegenüberstellung wurde nicht nach der Häufigkeit der Nutzung unterschieden.

Vor allem Befragte ab 65 Jahren nutzen alle digitalen gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten deutlich seltener als die anderen Altersgruppen. Bei ihnen liegt der Anteil der Nutzung bei allen Angeboten deutlich unter dem Durchschnittswert. Internetseiten zum Thema Gesundheit werden bei Älteren mit türkischem Migrationshintergrund noch deutlich seltener genutzt als von Älteren der ex-sowjetischen Migrationsgruppe. Jüngere Befragte nutzen digitale Geräte und Gesundheits-Apps deutlich häufiger als die anderen Altersgruppen. Befragte, die das Interview auf Russisch oder Türkisch durchgeführt haben, nutzen fast alle digitalen Angebote seltener als die auf Deutsch Befragten. Das gilt auch für Personen mit niedrigem Bildungsniveau beider Gruppen.

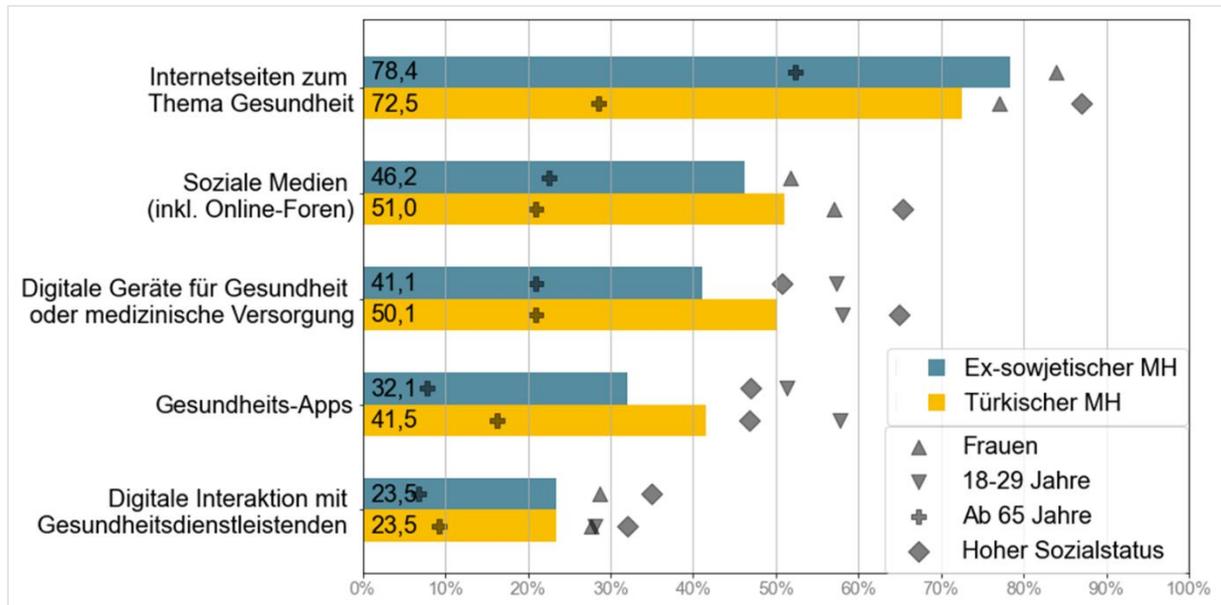
Mit Blick auf die aktuellen Digitalisierungsgesetze¹⁷ ist besonders die digitale Interaktion mit Gesundheitsdienstleistenden interessant. Sie liegt in beiden untersuchten Gruppen auf vergleichbarem Niveau mit der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021). Allerdings zeigen sich Unterschiede zwischen den Teilgruppen. Besonders Befragte ab 65 Jahren, mit niedrigem Bildungsniveau und auch auf Türkisch oder Russisch Interviewte nutzen diese Möglichkeit

¹⁶ Wenn sich ein Symbol im Balken befindet, liegt der Anteil der jeweiligen Teilgruppe unter dem Gesamtdurchschnitt der Migrationsgruppe, wenn es neben dem Balken ist, ist der Anteilswert der Teilgruppe überdurchschnittlich. Für eine bessere Übersichtlichkeit werden nur auffällige Werte dargestellt.

¹⁷ „Digitale-Versorgung-Gesetz“ (DVG), „Patientendaten-Schutz-Gesetz“ (PDSG), „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz“ (DVPMG).

deutlich seltener – ein Befund, der mit Blick auf die weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen beachtenswert ist.

Abbildung 41: Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote in ausgewählten Teilgruppen



Die Mehrheit der Befragten – konkret über zwei Drittel – verfügt in beiden Migrationsgruppen über eine geringe digitale Gesundheitskompetenz. Damit fällt die digitale Gesundheitskompetenz schlechter aus als die allgemeine Gesundheitskompetenz. Allerdings ist die digitale Gesundheitskompetenz etwas besser ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021: 68).

Zugleich zeigen sich erneut große soziodemografische Unterschiede: Bei älteren Befragten ist der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz mit etwa 90% am größten. Aber auch bei selbst eingewanderten Personen sowie Personen mit geringen Deutschkenntnissen ist der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz höher. Zudem sorgen ein niedriges Bildungsniveau oder ein niedriger Sozialstatus offensichtlich für größere Herausforderungen bei der Verarbeitung digitaler gesundheitsbezogener Information. Besondere Schwierigkeiten bestehen bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit sowie der Neutralität digitaler Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus fällt es häufig schwer, genau die Information zu finden, die gesucht wird und die gefunden Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems zu nutzen. Auch hier besteht also Handlungsbedarf.

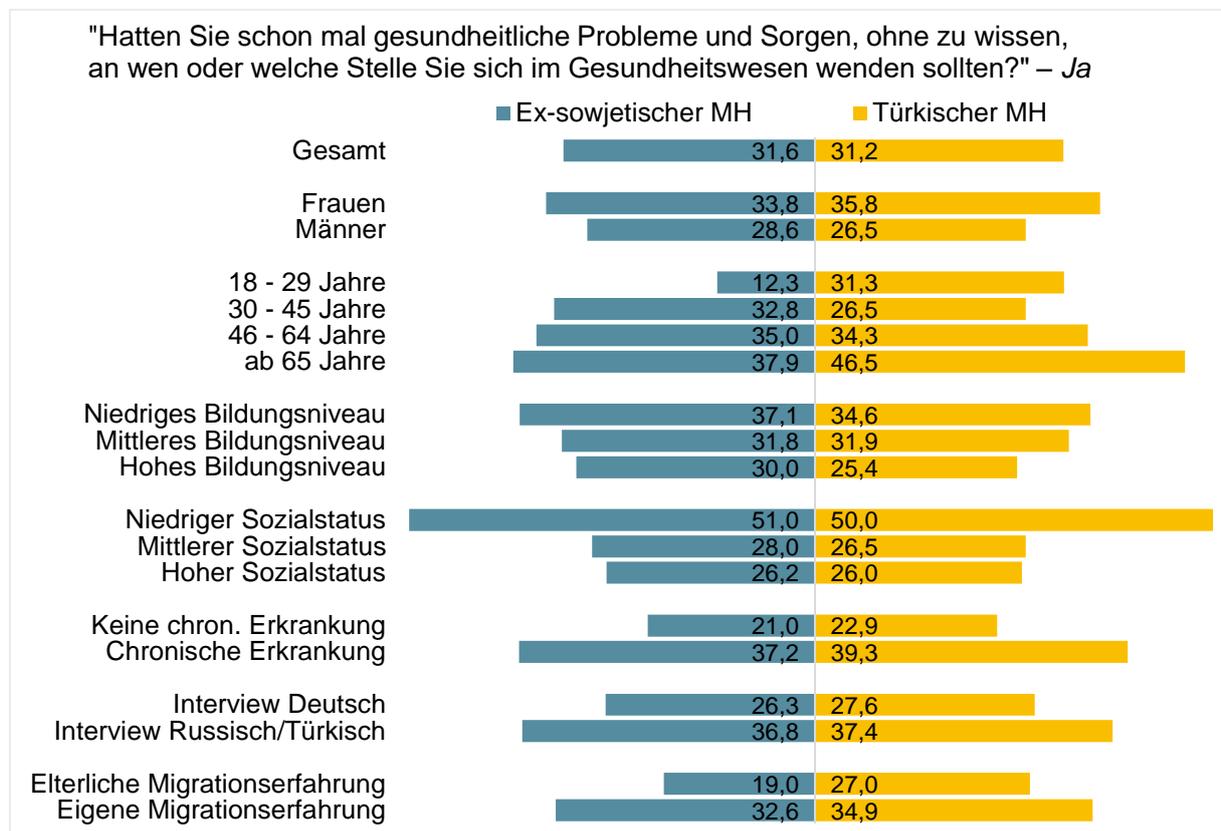
Übereinstimmend mit der geringen digitalen Gesundheitskompetenz sind insgesamt betrachtet auch die Nutzendenkreise digitaler Informationsangebote – mit Ausnahme von Internetseiten zum Thema Gesundheit – eher klein obgleich in beiden untersuchten Migrationsgruppen der Anteil der Befragten, die solche Angebote nutzen, höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021: 64ff.). Beachtenswert ist auch, dass lediglich ein Fünftel der Befragten digital mit Gesundheitsdienstleistenden interagiert. Wenngleich dieser Wert höher als in der Allgemeinbevölkerung ist, so deutet er dennoch Optimierungspotenzial an. Zu beachten sind dabei soziale und demografische Unterschiede: Personen mit höherem Lebensalter oder geringer Bildung nutzen digitale Angebote deutlich seltener. Bemerkenswert ist auch, dass Befragte mit türkischem Migrationshintergrund soziale Medien und digitale Geräte und Gesundheits-Apps etwas häufiger nutzen.

7 Navigationale Gesundheitskompetenz

Aufgrund der Komplexität und Unüberschaubarkeit des Gesundheitssystems in Deutschland ist die Orientierung und Navigation für Nutzende nicht einfach (Schmidt-Kaehler et al. 2019; SVR 2018). Damit einhergehend ist die Bedeutung navigationaler Gesundheitskompetenz, also der Fähigkeit, sich mithilfe von Informationen im Gesundheitssystem zurechtzufinden und an die richtige Stelle zu gelangen, gestiegen (Griese et al. 2020).

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass beide Migrationsgruppen große Orientierungsprobleme im Gesundheitssystem haben. Knapp ein Drittel hatte schon einmal gesundheitliche Probleme oder Sorgen, ohne zu wissen, an wen bzw. an welche Stelle sie sich im Gesundheitssystem wenden sollen, wie *Abbildung 42* zeigt. In beiden Migrationsgruppen berichten insbesondere Befragte mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger davon, Orientierungsprobleme zu haben, ebenso Befragte mit chronischen Erkrankungen sowie diejenigen, bei denen das Interview in einer anderen Sprache als Deutsch durchgeführt worden ist; unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund auch Personen ab 65 Jahren.

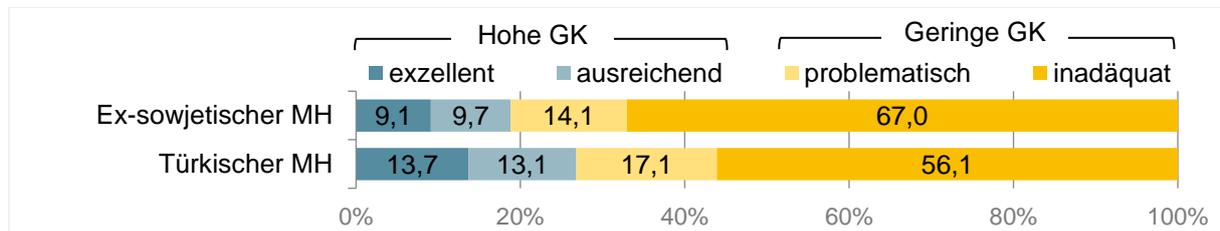
Abbildung 42: Orientierungsprobleme im Gesundheitswesen in Teilgruppen in Prozent



Auch die navigationale Gesundheitskompetenz ist in beiden Migrationsgruppen sehr gering: Unter Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund ist sie noch geringer als unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund: Im Schnitt verfügen 81,1 % der ex-sowjetischen Befragten über eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz. Unter Befragten mit türkischem Migrationshintergrund liegt dieser Anteil bei 73,2 % (*Abbildung 43*). Damit ist die navigationale Gesundheitskompetenz unter den befragten Gruppen dieser Studie noch schwächer ausgeprägt als die allgemeine oder digitale Gesundheitskompetenz. Erstaunlich ist hingegen,

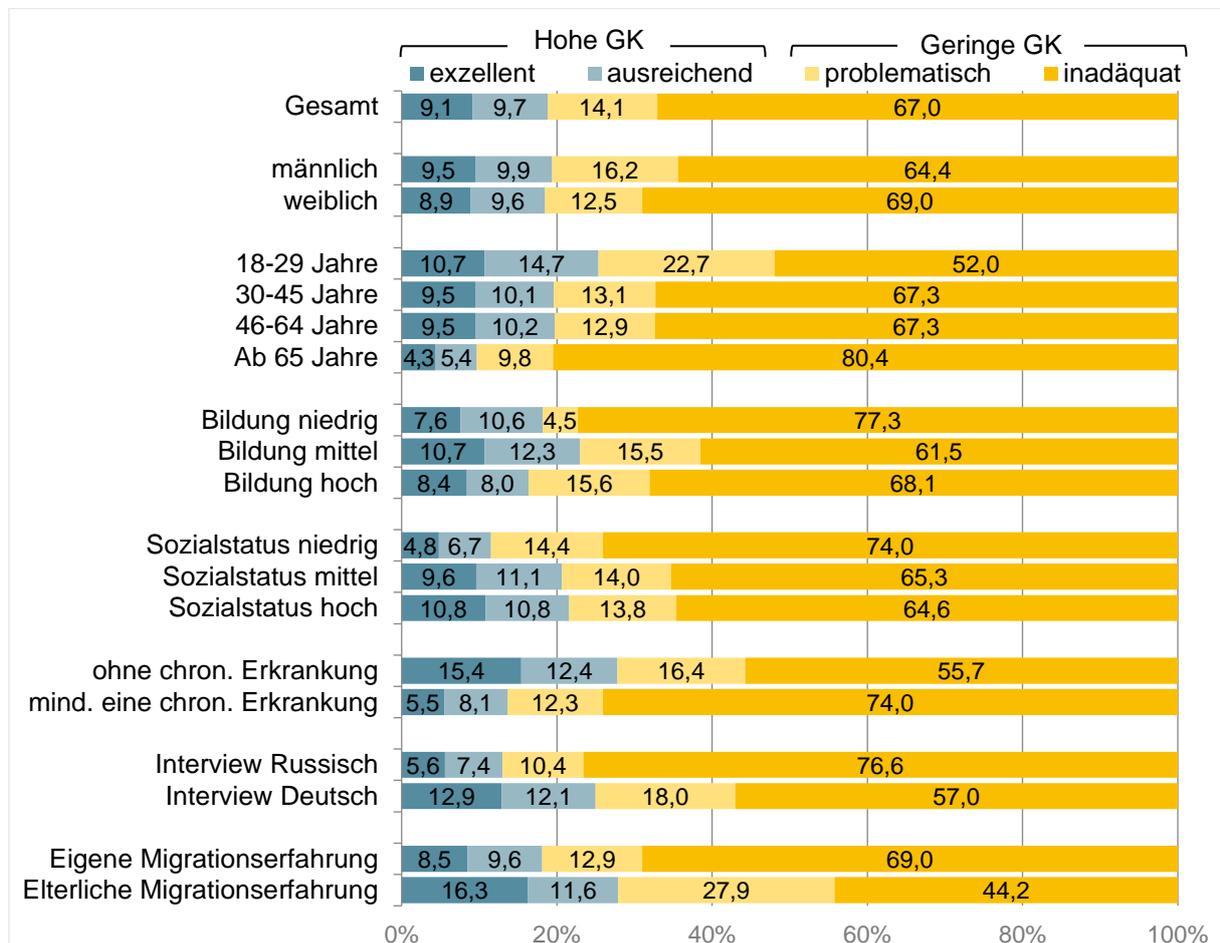
dass sie bei der ex-sowjetischen Gruppen leicht und bei der türkeistämmigen Gruppe sogar deutlich besser ausgeprägt ist als in der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et a. 2021: 75).

Abbildung 43: Navigationale Gesundheitskompetenz



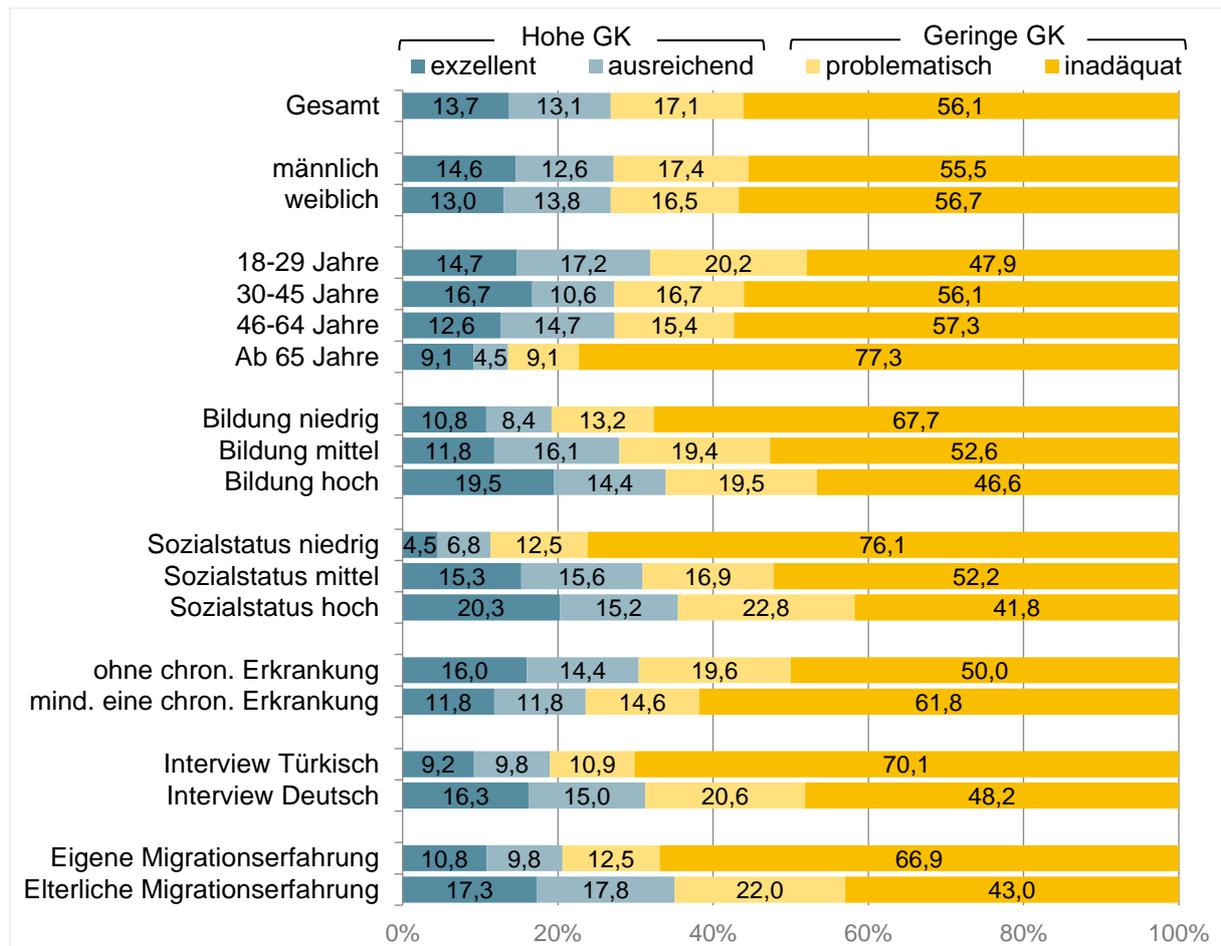
Aufschlussreich ist daher auch hier ein Blick auf die Teilgruppen: In beiden Migrationsgruppen zeigt sich auch hier ein Alterseffekt. Er tritt besonders bei den Befragten ab 65 Jahren zutage: Bei ihnen ist der Anteil geringer navigationaler Gesundheitskompetenz mit rund 90 bzw. 85 % besonders hoch (Abbildung 44, Abbildung 45). Während sich bei den Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund die hohen Anteile geringer navigationaler Gesundheitskompetenz nach Bildungsniveau und Sozialstatus wenig unterscheiden, differieren sie bei den Befragten mit türkischem Migrationshintergrund stärker. Auch bei Befragten mit chronischer Erkrankung ist der Anteil geringer navigationaler Gesundheitskompetenz überdurchschnittlich hoch. In der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund ist dies noch stärker als in der mit türkischem Migrationshintergrund.

Abbildung 44: Navigationale Gesundheitskompetenz von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund



In beiden Gruppen verfügen zudem Befragte mit eigener Migrationserfahrung sowie diejenigen, die nicht auf Deutsch befragt wurden, signifikant häufiger über eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz als die jeweiligen Vergleichsgruppen (*Abbildung 44, Abbildung 45*). Mehr als 80 % von ihnen haben eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz. Dieser Befund bedarf angesichts der zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheiten besonderer Aufmerksamkeit.

Abbildung 45: Navigationale Gesundheitskompetenz von Befragten mit türkischem Migrationshintergrund



Das multivariate Analysemodell (*Tabelle 7*) zeigt die unabhängigen Effekte (siehe *Kapitel 3.5*) der einzelnen Faktoren auf die navigationale Gesundheitskompetenz. Die Werte in der *Tabelle 7* spiegeln wider, wie viele Punkte höher oder niedriger der Mittelwert der jeweiligen Gruppe im Vergleich zur Referenzgruppe liegt.

Wie schon bei der digitalen Gesundheitskompetenz bestätigt die Regressionsanalyse die in den deskriptiven Ergebnissen erkennbaren Alters-, Bildungs- und Sozialstatuseffekte. Hohes Alter, niedrigeres Bildungsniveau, sowie niedriger Sozialstatus gehen mit geringerer navigationaler Gesundheitskompetenz einher. Das Vorhandensein chronischer Krankheit steht nur bei der ex-sowjetischen Migrationsgruppe mit geringerer navigationaler Gesundheitskompetenz in Verbindung. Dafür weisen Befragte, die selbst aus der Türkei eingewandert sind, eine statistisch signifikant niedrigere navigationale Gesundheitskompetenz bei Berücksichtigung der anderen Merkmale auf. Zudem steht die Sprache, in der das Interview durchgeführt wurde, in

beiden Migrationsgruppen in starkem Zusammenhang mit der navigationalen Gesundheitskompetenz. Die Navigation im deutschen Gesundheitssystem fällt somit denjenigen schwerer, die geringere Deutschkenntnisse aufweisen.

Tabelle 7: Multivariater Zusammenhang zwischen navigationaler Gesundheitskompetenz und soziodemografischen und migrationsbezogenen Faktoren

	Ex-Sowjetischer MH	Türkischer MH
Konstante	66,15 [11,81]	80,24 [7,63]
Frauen	- 2,13 [2,57]	- 1,98 [2,68]
18 bis 29 Jahre	5,33 [4,44]	- 2,90 [3,64]
30 bis 45 Jahre (Ref.)	---	---
46 bis 64 Jahre	2,55 [3,21]	3,52 [3,79]
Ab 65 Jahre	- 6,42* [3,86]	- 5,71 [5,96]
Niedriges Bildungsniveau	- 7,16* [3,86]	- 7,45* [3,86]
Mittleres Bildungsniveau	- 0,75 [2,86]	- 1,72 [3,52]
Hohes Bildungsniveau (Ref.)	---	---
Niedriger Sozialstatus	- 8,14* [4,45]	- 15,04*** [4,94]
Mittlerer Sozialstatus	- 5,09 [3,81]	- 2,67 [4,00]
Hoher Sozialstatus (Ref.)	---	---
Chronische Erkrankung	- 6,71** [3,04]	- 1,51 [2,87]
Eigene Migrationserfahrung	- 2,63 [5,56]	- 9,53** [3,74]
Interview Russisch/Türkisch	- 9,31*** [2,73]	- 7,14** [3,51]
Korrigiertes R ²	0,087	0,116
N	450	430

Unstandardisierte Koeffizienten; [Standardfehler]

* statistisch signifikant bei $p < 0,1$; ** bei $p < 0,05$; *** bei $p < 0,01$

Ref. = Referenzgruppe

Insgesamt ist die Zusammenhangsstärke der soziodemografischen Determinanten mit der navigationalen Gesundheitskompetenz geringer als bei der allgemeinen und digitalen Gesundheitskompetenz. Dies spiegelt sich auch in den geringeren Werten der erklärten Varianz (R^2) wider (rund 9 bzw. 12 %). Das bedeutet, dass weitere, hier nicht berücksichtigte Merkmale wie z. B. die Aufenthaltsdauer oder soziale Unterstützung maßgeblich dazu beitragen, ob eine Person mehr oder weniger Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen zur Navigation im Gesundheitssystem hat.

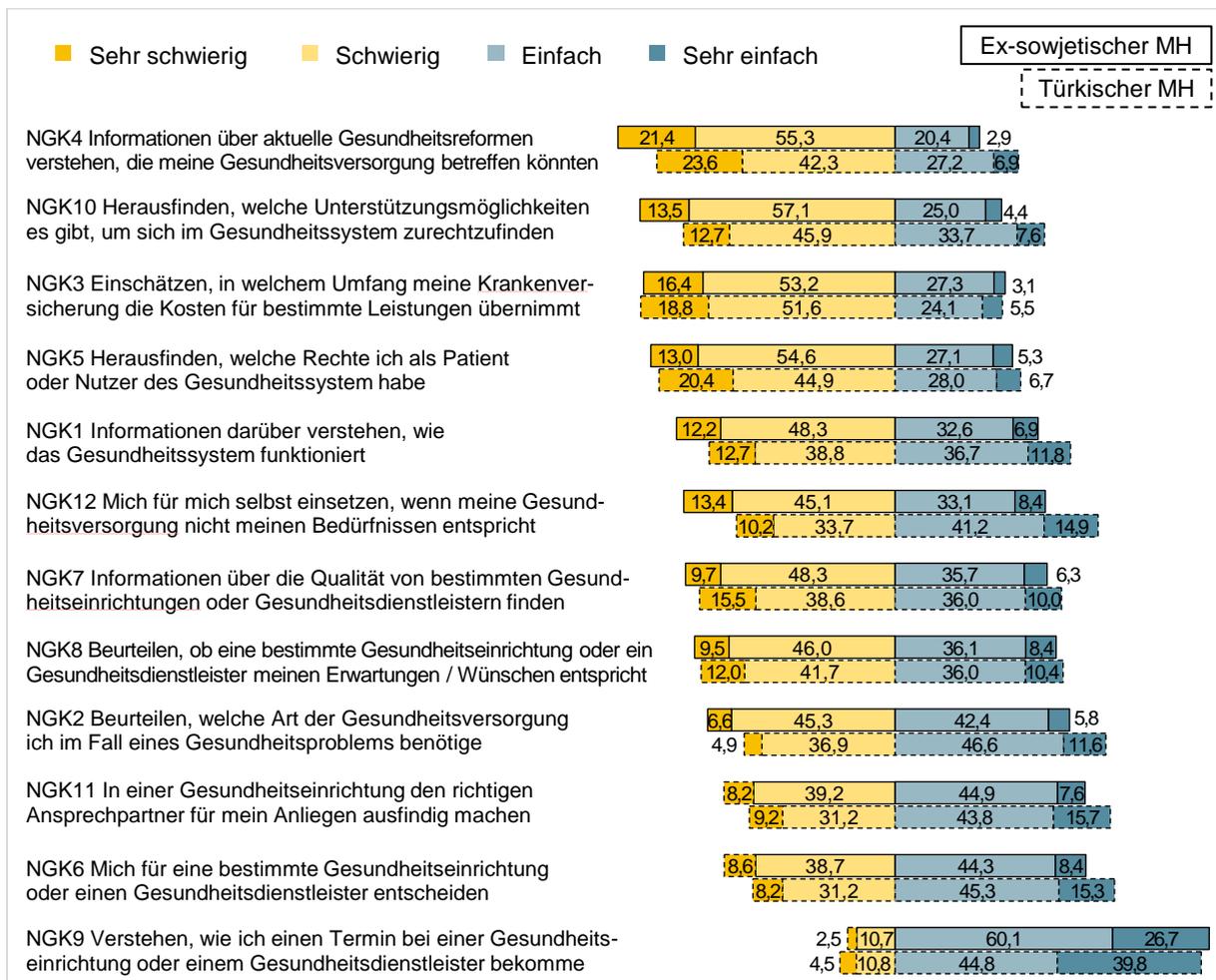
Gesundheitsinformationsaufgaben bei der Navigation im Gesundheitssystem

Auffällig ist, dass der Großteil der 12 Aufgaben im Umgang mit Information zur Navigation, die in *Abbildung 46* vorgestellt werden, von über der Hälfte der Befragten als (sehr) schwierig bewertet wird. Am schwierigsten ist demnach, aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen, die die eigene Gesundheitsversorgung betreffen könnten. Auch Unterstützungsmöglichkeiten für die Navigation und Orientierung im Gesundheitswesen zu finden, fällt vielen Befragten schwer, ebenso einzuschätzen in welchem Umfang Kostenübernahmen durch Krankenversicherungen erfolgen oder etwas über die eigenen Rechte als Patient:in herauszufinden. Zwischen 60 %

und 75 % der Befragten halten diese Anforderungen für (sehr) schwierig. Mit Abstand am seltensten haben beide Gruppen Schwierigkeiten zu verstehen, wie man einen Termin bei einem Gesundheitsdienstleistenden bekommt – mit Blick auf das vor gut zwei Jahren in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ein beachtenswerter Befund.

Analog zum höheren Anteil geringer navigationaler Gesundheitskompetenz schätzen Befragte mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund viele Anforderungen häufiger als (sehr) schwierig ein. Insgesamt bereiten vor allem Aufgaben, die sich auf die Gesundheitssystemebene beziehen, den meisten Personen Schwierigkeiten. Dies tritt bei den Befragten mit Migrationshintergrund noch stärker hervor. Doch auch Aufgaben, die sich auf organisationaler Ebene stellen, werden für relativ schwierig gehalten.

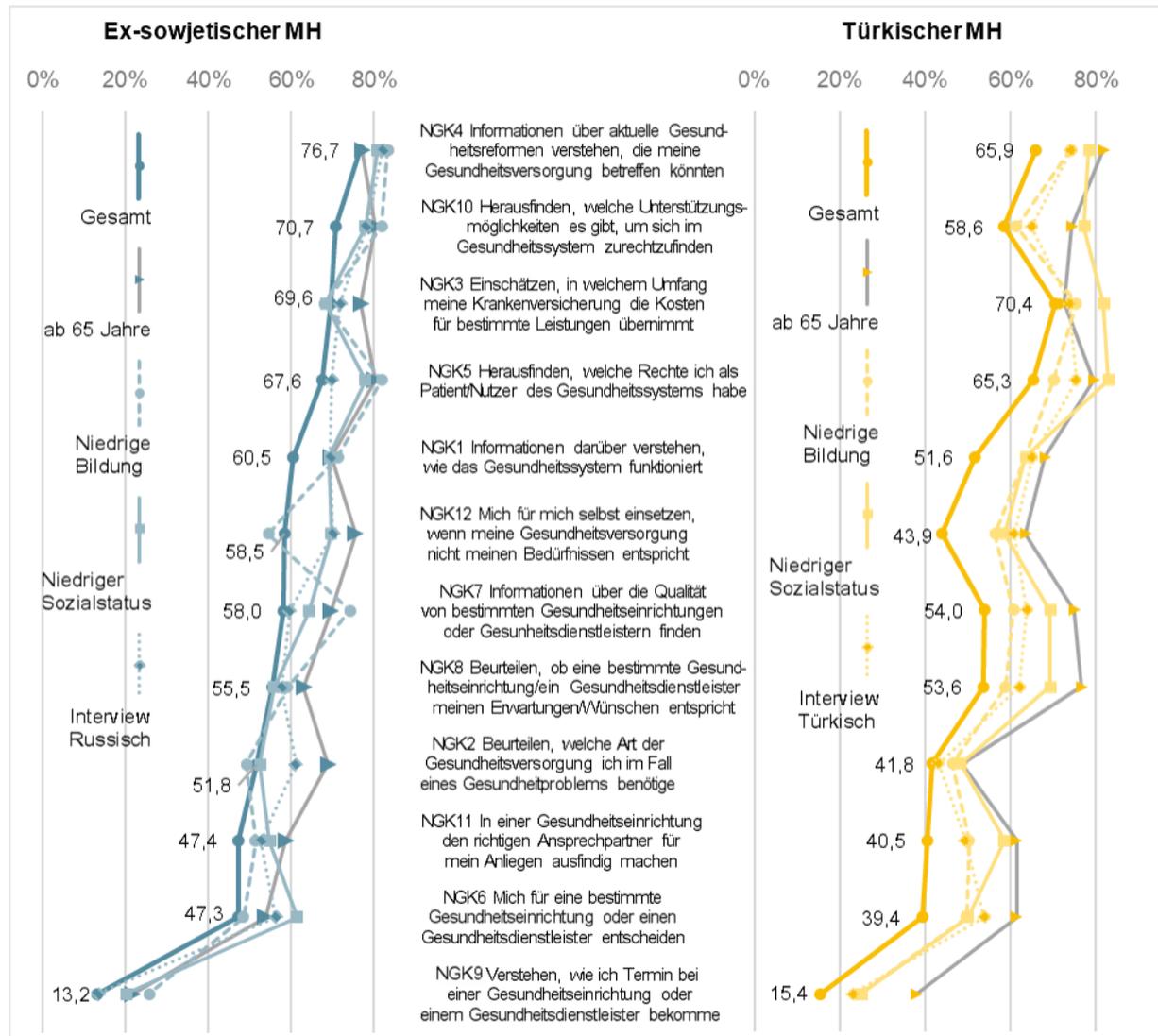
Abbildung 46: Navigationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent



In beiden Gruppen schätzen vor allem Befragte ab 65 Jahren fast alle Aufgaben überdurchschnittlich häufiger als (sehr) schwierig ein (Abbildung 47). In der ex-sowjetischen Gruppe zeigen sich bei den einzelnen Informationsaufgaben zudem Unterschiede nach Sozialstatus, Bildungsniveau (hier nicht gezeigt) und chronischer Krankheit. Auch bei der Interviewsprache sind Unterschiede zu erkennen: Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems zu verstehen, etwas über Patient:innenrechte oder die Qualität von Einrichtungen herauszufinden, bereitet Personen, die auf Russisch befragt wurden, deutlich mehr Schwierigkeiten als dem Durchschnitt.

In der Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund zeigen sich neben den bereits erwähnten Altersdifferenzen auch Unterschiede nach dem Sozialstatus. Befragte mit niedrigem Sozialstatus halten alle Aufgaben für deutlich schwieriger als die Gesamtgruppe. Wird nach Interviewsprache differenziert, ergeben sich bei fast denselben Aufgaben wie in der ex-sowjetischen Gruppe die größten Abweichungen und insgesamt gesehen auch bei fast allen Aufgaben signifikante Unterschiede. Etwaige Probleme mit der deutschen Sprache haben in dieser Migrationsgruppe also offenbar größere Bedeutung für die Bewältigung der einzelnen Aufgaben.

Abbildung 47: Navigationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig



Auffällig ist, dass es bei Befragten mit türkischem Migrationshintergrund kaum Unterschiede zwischen den Teilgruppen gibt, wenn es darum geht zu beurteilen, welche Art der Gesundheitsversorgung sie im Fall eines Gesundheitsproblems benötigen. Diese Aufgabe wird von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund in den Teilgruppen als unterschiedlich schwierig bewertet.

Die Orientierung im Gesundheitssystem bereitet beiden Migrationsgruppen Probleme; knapp ein Drittel – und damit deutlich mehr als in der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021: 75) – war schon einmal in der Situation, nicht zu wissen, an welche Stelle im Gesundheitssystem es sich mit gesundheitlichen Problemen wenden soll.

In beiden Migrationsgruppen ist die navigationale Gesundheitskompetenz im Vergleich zur allgemeinen und digitalen Gesundheitskompetenz – wie auch in der Allgemeinbevölkerung (ebd.: 80) – am schlechtesten ausgeprägt. Drei Viertel der Befragten beider Gruppen verfügen über eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz. Dabei schätzen die Befragten mit Migrationshintergrund, und insbesondere die türkeistämmige Gruppe, die navigationsbezogenen Informationsaufgaben im Durchschnitt sogar leichter ein als die Allgemeinbevölkerung.

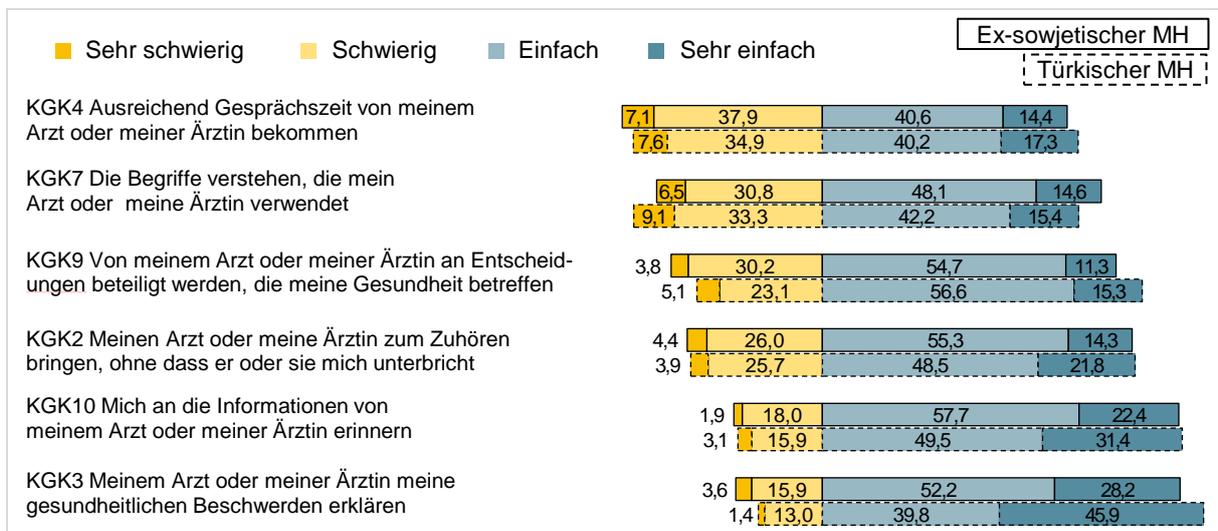
Auch bei der navigationalen Gesundheitskompetenz zeigt sich erwartungsgemäß ein sozialer Gradient: Geringe navigationale Gesundheitskompetenz ist vor allem in sozial benachteiligten Gruppen festzustellen. Insbesondere ältere Menschen weisen hier einen sehr hohen Anteil an geringer Gesundheitskompetenz auf. Aber auch die jüngeren Altersgruppen weisen noch hohe Anteile geringer navigationaler Gesundheitskompetenz auf. Zusätzlich sehen sich Befragte mit geringen Deutschkenntnissen häufig vor Schwierigkeiten im Umgang mit navigationsbezogenen Gesundheitsinformationen gestellt.

Die Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund schätzen fast alle navigationsbezogenen Aufgaben als schwieriger ein als die türkeistämmige Gruppe. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei etwa der Hälfte der Einzelaufgaben jedoch ein deutlich geringerer Anteil angegebener Schwierigkeiten. Mehr Probleme bereitet aber zum Beispiel die Einschätzung, welche medizinischen Leistungen von der Krankenkasse übernommen werden, das Verstehen von Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen und herauszufinden welche Rechte als Patient:in bestehen.

8 Aufgaben und Anforderungen bei der Kommunikation mit Ärzt:innen

Um das Gesundheitssystem angemessen nutzen zu können, ist die Interaktion und Kommunikation mit Gesundheitsprofessionen essentiell – dies umso mehr, als Patient:innen eine ko-produktive, partizipative Rolle im Behandlungs- und Versorgungsprozess erhalten. Die einzelnen Anforderungen im Bereich der Kommunikation¹⁸ und Interaktion werden von beiden Migrationsgruppen als ähnlich schwierig eingeschätzt (*Abbildung 48*). Insbesondere die Rangreihung der Aufgaben ähnelt sich in beiden Migrationsgruppen stark. Auffällig ist, dass keine der Kommunikationsaufgaben von der Mehrheit der Befragten als schwierig eingeordnet wird.

Abbildung 48: Kommunikationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent



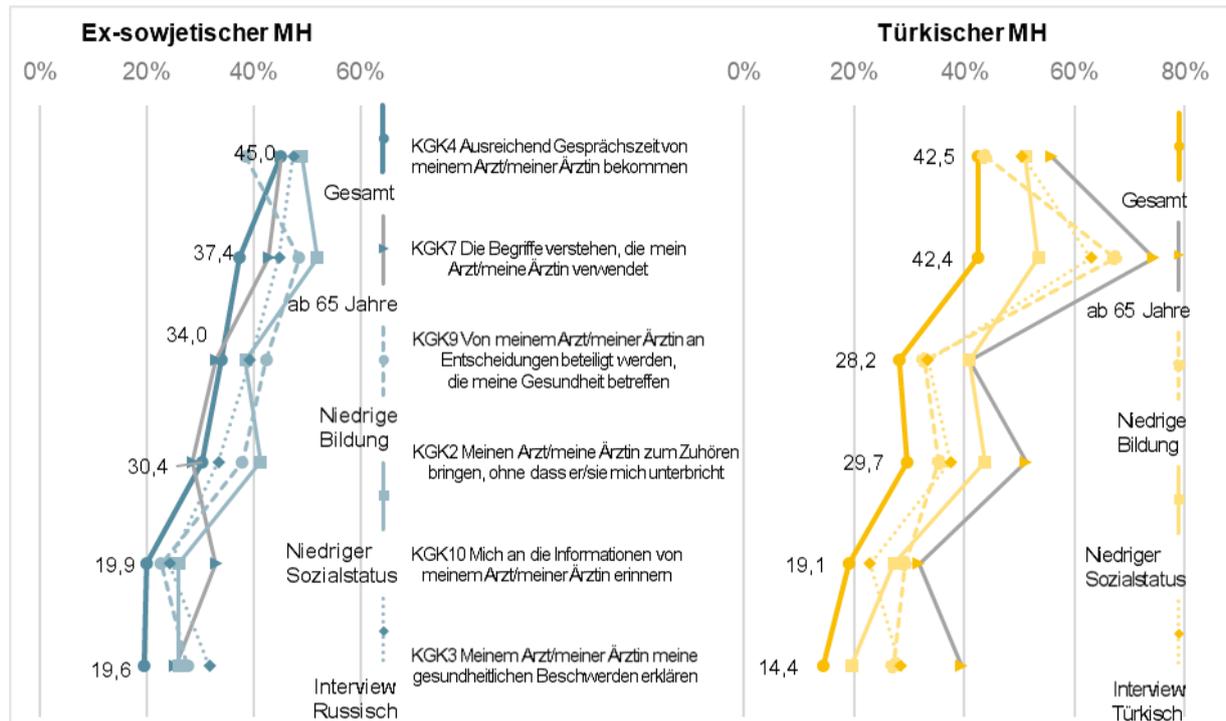
Gleichzeitig werden auch hier Herausforderungen sichtbar. Beide Gruppen finden es am schwierigsten, ausreichend Gesprächszeit von Ärzt:innen zu erhalten und die von Ärzt:innen verwendeten Begriffe zu verstehen. Dies wird auch von der Allgemeinbevölkerung als besonders schwierig beurteilt (Schaeffer et al. 2021: 83). Damit werden zwei in Deutschland seit langer Zeit diskutierte Herausforderungen angesprochen, die auch mit Blick auf die beiden befragten Gruppen besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

Betrachtet man die Teilgruppen, fällt auf, dass es unter Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund vor allem Personen mit niedrigem Sozialstatus überdurchschnittlich häufig als (sehr) schwierig einschätzen (*Abbildung 49*), verwendete Begriffe zu verstehen oder Ärzt:innen zum Zuhören zu bringen, ohne unterbrochen zu werden. Auch die Befragten dieser Gruppe, die auf Russisch interviewt wurden, geben häufiger Probleme beim Verstehen von Begriffen an, die Ärzt:innen verwenden und beim Erklären eigener gesundheitlicher Beschwerden gegenüber Ärzt:innen.

¹⁸ Die kommunikative Gesundheitskompetenz wurde hier analog zum HLS₁₉ entsprechend des im internationalen Kontext (HLS₁₉) entwickelten Instruments exemplarisch in Bezug auf die Kommunikation mit Ärzt:innen untersucht, weil ihre Position in allen Ländern vergleichbar ist, die anderer Gesundheitsprofessionen hingegen nicht, und sie in vielen Ländern die wichtigste Informationsquelle bei Fragen zu Gesundheitsthemen sind. Wie bereits gezeigt wurde, trifft dies auch auf die hier untersuchten Migrationsgruppen zu (s. Abschnitt zu Informationsquellen in Kapitel 5). Da nur ausgewählte Fragen und nicht das vollständige Instrument zur kommunikativen Gesundheitskompetenz aufgenommen wurden, werden hier ausschließlich Ergebnisse auf Itemebene präsentiert.

Unter den Befragten mit türkischem Migrationshintergrund haben vor allem über 65-Jährige und Befragte mit niedrigem Bildungsniveau oder Sozialstatus am häufigsten Schwierigkeiten mit den erfragten Kommunikationsaufgaben. Die Älteren mit türkischem Migrationshintergrund geben bei einigen Aufgaben deutlich häufiger Schwierigkeiten an als die Älteren mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund. Besonders deutlich treten die Unterschiede innerhalb dieser Migrationsgruppe zutage, wenn es darum geht, die Begriffe zu verstehen, die Ärzt:innen verwenden und eigene gesundheitliche Beschwerden zu erklären. Beide Aufgaben werden erwartungsgemäß auch deutlich häufiger von auf Türkisch Befragten als schwierig eingeschätzt.

Abbildung 49: Kommunikationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig



Die Anforderungen im Bereich der Kommunikation und Interaktion mit Ärzt:innen werden von beiden Gruppen mehrheitlich als relativ einfach eingeschätzt. Eher überraschend ist, dass die Rangfolge und der Anteil der als schwierig erachteten Aufgaben ähnlich wie in der Studie zur Allgemeinbevölkerung sind (Schaeffer et al. 2021: 81). Die Kommunikation und Interaktion mit Ärzt:innen führt demnach nicht generell zu größeren Schwierigkeiten als in der Allgemeinbevölkerung. Das Thema ist dennoch beachtenswert, denn beispielsweise ausreichend Gesprächszeit zu bekommen oder Begriffe der Ärzt:innen zu verstehen, bewerten immerhin 30 bis 40 % der Befragten als (sehr) schwierig. Ärzt:innen zum Zuhören zu bringen, ohne unterbrochen zu werden, finden ebenfalls etwa 30 % der Befragten schwierig, dieser Wert liegt deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Zudem lässt sich auch hier ein sozialer Gradient feststellen, der bei der Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund wieder stärker ausgeprägt ist. Erwartungsgemäß finden Befragte, die das Interview nicht auf Deutsch geführt haben, alle kommunikationsbezogenen Aufgaben schwieriger. Unter türkeistämmigen Befragten haben die über 65-Jährigen die größten Schwierigkeiten. In der Gruppe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund sind es hingegen diejenigen mit niedrigem Sozialstatus. Letzteres ist auch in der Allgemeinbevölkerung der Fall.

9 Diskussion und Einordnung der Ergebnisse

Über die Hälfte der in Deutschland lebenden Menschen mit ex-sowjetischem oder türkischem Migrationshintergrund verfügt über eine geringe Gesundheitskompetenz

Erstmals ist mit dem HLS-MIG eine differenzierte Erhebung der Gesundheitskompetenz von in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund erfolgt, zu denen mittlerweile ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland gehört. Die vorangegangenen quantitativen Studien zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (Quenzel/Schaeffer 2016; Schaeffer et al. 2016) waren zu dem Schluss gekommen, dass diese Bevölkerungsgruppe eine besondere Vulnerabilität mit Blick auf die Gesundheitskompetenz aufweist, ohne aber aus der Studienlage heraus relevante Einflussfaktoren und mögliche Folgen ermitteln zu können. Denn in den vorliegenden Studien stand die Allgemeinbevölkerung im Zentrum und waren Menschen mit Migrationshintergrund nur in kleiner Fallzahl vertreten. Zudem wurden alle Migrationsgruppen einbezogen, so dass der Diversität dieser Bevölkerungsgruppe nicht entsprochen werden konnte. Ebenso wenig konnten migrationsspezifische Aspekte Beachtung finden.

Deshalb wurde der HLS-MIG initiiert mit dem Ziel, eine Analyse der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund vorzunehmen, um Ansatzpunkte und Hinweise dafür zu gewinnen, wie die Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerungsgruppe passgenau und zielgruppengerecht gefördert werden kann. Natürlich kann in einer einzigen Studie nicht die Heterogenität aller Einwanderungsgruppen in Deutschland abgebildet werden. Es musste eine Auswahl getroffen werden, sowohl um der Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe zu entsprechen als auch um zu ermöglichen, die Befragung auch in der Herkunftssprache der Teilnehmer:innen durchführen zu können. Mit der Fokussierung auf die großen Einwanderungsgruppen in Deutschland – Menschen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und aus der Türkei sowie deren Nachkommen – wurde quantitativ ein hoher Anteil der Erwachsenen in Deutschland mit Einwanderungsgeschichte abgebildet.

Als Hauptergebnis hat der HLS-MIG gezeigt, dass im Durchschnitt etwas mehr als die Hälfte der in Deutschland lebenden erwachsenen Personen mit ex-sowjetischem (52,1 %) und türkischem Migrationshintergrund (51,1 %) über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügt. Dies steht im Einklang mit bisherigen Befunden (Hurrelmann et al. 2020; Schaeffer et al. 2016) und theoretischen Überlegungen (Klinger et al. 2020), nach denen von einem hohen Anteil an geringer Gesundheitskompetenz auszugehen war. Überraschend ist allerdings, dass der Anteil geringer Gesundheitskompetenz niedriger ausfällt als in der Allgemeinbevölkerung, in der er dem HLS-GER 2 zufolge 58,8 % vor bzw. 55,9 % während der Pandemie beträgt (Schaeffer et al. 2021: 21).

Zur Einordnung muss bedacht werden, dass sich die Stichproben der Personen mit türkischem und mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung durch ein jüngeres Durchschnittsalter und bessere Schul- und Bildungsabschlüsse auszeichnen¹⁹. Wie Studien nahelegen und der HLS-MIG bestätigt, hängen eben diese Aspekte jedoch eng mit der Gesundheitskompetenz zusammen (ex. Jordan/Hoebel 2015; Kolpatzik/Zok 2017; Schaeffer et al. 2016, 2021; Vogt/Berens/Schaeffer 2020).

Darüber hinaus steht bei Menschen mit Migrationshintergrund die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten nicht zwangsläufig in Übereinstimmung mit den tatsächlichen Bedingungen, was sich in optimistischeren Antworten widerspiegelt. In der Bildungsforschung ist *immigrant optimism* daher mittlerweile ein feststehender Begriff (ex. Cebolla-Boado et al. 2021). Übertragen

¹⁹ Weitere Ausführungen zur Repräsentativität der Stichproben sind dem Methodenteil zu entnehmen.

auf das Thema Gesundheitskompetenz kann ebenfalls angenommen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine relativ optimistische Selbsteinschätzung haben und den Umgang mit Information daher als einfacher einschätzen, als er für sie tatsächlich ist (ex. Probst et al. 2021).

Insgesamt ist nach den Ergebnissen davon auszugehen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nicht per se als vulnerabler für geringe Gesundheitskompetenz betrachtet werden können als die Allgemeinbevölkerung. Im Umkehrschluss bedeutet das allerdings nicht, dass es Menschen mit Migrationshintergrund grundsätzlich weniger schwerfällt, die Anforderungen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen zu bewältigen. Vielmehr zeigen die Ergebnisse, dass sich die Mehrheit von ihnen dabei vor zahlreiche Schwierigkeiten gestellt sieht, die sich nicht immer mit denen der Allgemeinbevölkerung decken. Zudem zeichnen sich auch in der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund große soziale Unterschiede bei der Ausprägung der Gesundheitskompetenz ab. Beides spricht dafür, der Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland auch künftig Aufmerksamkeit zu schenken.

Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus, im höheren Alter, mit chronischen Erkrankungen, geringen Deutschkenntnissen oder eigener Migrationserfahrung finden den Umgang mit Gesundheitsinformationen besonders schwierig

Ähnlich wie bei der Allgemeinbevölkerung zeigt sich in beiden Migrationsgruppen ein sozialer Gradient (ex. Schaeffer et al. 2016 & 2021; Jordan/Hoebel 2015). Menschen mit *niedrigem Sozialstatus* oder *Bildungsniveau* weisen auch bei ihnen besonders häufig, zu über zwei Drittel, eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Auch international wurden Sozialstatus und Bildungsniveau als zentrale Faktoren für geringe Gesundheitskompetenz identifiziert – egal, ob bei Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund (ex. Bieri et al. 2016: 111; Gele et al. 2016; Le et al. 2021: 63; Pelikan/Ganahl 2017; HLS₁₉ Consortium 2021; Probst et al. 2021; Sørensen et al. 2015). Dieses Ergebnis ist bei Menschen mit Migrationshintergrund besonders relevant, denn unter ihnen ist der Anteil von Personen mit niedrigem Sozialstatus und/oder geringer formaler Bildung sehr hoch (ex. Destatis 2020; Schenk/Peppler/Habermann 2020), und das hat Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz.

Auch ältere Menschen *ab 65 Jahren* weisen in beiden Migrationsgruppen sehr hohe Anteile geringer Gesundheitskompetenz auf; in der türkeistämmigen Gruppe mit knapp 80 % noch einmal deutlich mehr als in der ex-sowjetischen Gruppe mit knapp 60 %. Dies entspricht den vorliegenden Erkenntnissen. Denn in bisherigen Studien fallen ältere Menschen durchgängig als vulnerable Gruppe mit einem hohen Anteil geringer Gesundheitskompetenz auf (ex. Berens et al. 2021; Messer et al. 2017; HLS₁₉ Consortium 2021; Schaeffer et al. 2016, 2021; Sørensen et al. 2015; Vogt/Berens/Schaeffer 2020). Bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund (und speziell bei denen mit eigener Migrationserfahrung) kommen häufig noch andere Faktoren hinzu, so etwa größere Sprachprobleme und andere Gewohnheiten im Umgang mit dem Gesundheitssystem (ex. Schenk/Peppler/Habermann 2020). Angesichts der wachsenden Zahl an älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland stellt die Stärkung der Gesundheitskompetenz dieser Gruppe daher eine bedeutsame Aufgabe dar.

In beiden Migrationsgruppen sind auch Menschen mit *chronischer Erkrankung* vulnerabler für geringe Gesundheitskompetenz: Über ein Viertel von ihnen weist sogar eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. Bei Personen mit ex-sowjetischem Hintergrund ist der Anteil noch höher. Menschen mit chronischer Erkrankung sind ebenso wie ältere Menschen besonders

auf einen versierten Umgang mit Gesundheitsinformationen und eine gut ausgeprägte Gesundheitskompetenz angewiesen, wie in der Literatur (Chesser et al. 2016; Schaeffer 2009, 2017; Schaeffer/Vogt/Gille 2019; Schaeffer/Griese/Berens 2020) und nicht zuletzt auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz sowie einem ergänzenden Strategiepapier zum Thema chronische Erkrankung betont wird (Schaeffer et al. 2018, 2019). Dass gerade sie bei der Förderung von Gesundheitskompetenz besondere Aufmerksamkeit erfahren sollten und ein systematisches, sich über den gesamten Verlauf chronischer Krankheit erstreckendes Informationsmanagement benötigen, wird dort explizit betont, und das gilt auch für Menschen mit Migrationshintergrund. Doch spielen bei ihnen außerdem migrationsspezifische Aspekte eine Rolle, z. B. die hohe Bedeutung der Familie als ‚Caring-Instanz‘ sowie der Frauen als Mittlerinnen für Gesundheitsinformationen, ein anderes Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis, geringere Deutschkenntnisse etc., die der Beachtung bedürfen (Adam/Carol 2020; Horn et al. 2015; Hübner 2021).

Dass auch Menschen mit *eigener Migrationserfahrung* eine geringere Gesundheitskompetenz aufweisen, bestätigt, was sich im HLS-GER 2 bereits angedeutet hatte: Nicht der Migrationshintergrund per se, sondern die Art der *Migrationserfahrung* ist bedeutsam für die Ausprägung der Gesundheitskompetenz. Der Stellenwert eigener Migrationserfahrung wird in der Migrations- und Gesundheitsforschung schon länger diskutiert (Schenk et al. 2006; Baykara-Krumme 2012; Stenzel 2016), in der Gesundheitskompetenzforschung wird er bislang noch eher selten thematisiert, ist aber speziell unter Gesichtspunkten der Interventionsentwicklung bedeutsam. Denn in der Regel haben Menschen mit eigener Migrationserfahrung ihre Primärsozialisation in einem anderen Gesundheitssystem mit anderen Strukturen, Regeln und auch anderen Informations- und Kommunikationsgepflogenheiten durchlaufen. Die dabei gesammelten Erfahrungen sind meist prägend und bleiben oft auch nach der Emigration über Jahre hinweg relevant (Kostareva et al. 2020; Schenk/Peppler 2020). Bei schon länger in Deutschland lebenden Personen mit eigener Migrationserfahrung schlagen sie sich häufig darin nieder, dass sie nach wie vor gesundheits- und krankheitsbezogene Informationen aus ihrem Herkunftsland präferieren und transnational nach solchen Informationen recherchieren. Dies sollte bei der Interventionsentwicklung stärker beachtet werden.

Des Weiteren verfügen Menschen mit *geringen Deutschkenntnissen* zu einem hohen Anteil über eine geringe Gesundheitskompetenz – ein wenig überraschender Befund, denn es ist einleuchtend, dass der Umgang mit meist deutschsprachigen Gesundheitsinformationen für sie schwieriger ist (ex. Bieri et al. 2016; Ganahl et al. 2016; Le et al. 2021 entsprechend für Norwegen)²⁰. Unter Interventionsgesichtspunkten betrachtet, unterstreicht dies die Bedeutung von Informationen in der Herkunftssprache sowie von Dolmetscherdiensten. An letzteren besteht, wie die Daten ebenfalls zeigen, ein großer Bedarf. Speziell für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, die häufig auch eine eigene Migrationserfahrung haben, ist zudem erforderlich, mehr Gesundheitsinformationen in der jeweiligen Herkunftssprache anzubieten. Eine rein sprachliche Übersetzung allgemeiner Information ist hier allerdings nicht ausreichend. Vielmehr sollten die Informationen an die Erfahrungen und Bedingungen im Herkunftsland anknüpfen und mit den Bedingungen, Normen und Regeln im Aufnahmeland/Deutschland vertraut machen, sprich, es sollte eine kulturelle Adaptation erfolgen (ex. Mösko 2021; Führer/Brzoska 2020; Hölzel et al. 2016).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die hier genannten Gruppen zu den Bevölkerungsgruppen gehören, die zugleich erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind (ex. Lampert et al. 2017;

²⁰ Dies deutet u. a. auf die Schwierigkeiten hier nicht explizit untersuchter Gruppen wie Menschen mit Fluchtgeschichte hin, die bei ihrer Ankunft meist über keine bzw. nur wenige Deutschkenntnisse verfügen und ausschließlich auf ihre Erfahrungen im Herkunftsland zurückgreifen können.

Spallek/Razum 2021; Mlinaric/Ullrich 2021). Auch deshalb sollten sie bei der Förderung von Gesundheitskompetenz besonders beachtet werden. Erforderlich ist die Entwicklung zielgruppenspezifischer Maßnahmen zur Stärkung der *individuellen* Gesundheitskompetenz, die ihren unterschiedlichen lebensweltlichen, sozio-kulturellen und sprachlichen Besonderheiten gerecht werden (Hübner 2021). Nicht weniger wichtig ist es, zugleich die an Menschen mit Migrationshintergrund gestellten *Anforderungen* im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu *reduzieren* und das Gesundheitssystem, die zu ihm gehörenden Organisationen und die in ihm tätigen Professionen stärker an Nutzenden mit Migrationshintergrund und ihren Informationsbedarf sowie ihre Informationsgewohnheiten und -voraussetzungen anzupassen. Dazu gehört auch die Bereitstellung valider Gesundheitsinformationen in unterschiedlichen Sprachen, die einfach auffindbar, klar und gut verständlich formuliert und leicht einschätzbar sein sollten und die – nicht zu vergessen – auch über die Besonderheiten des hiesigen Gesundheitssystems und dessen Nutzungsbedingungen und -regeln aufklären (siehe *Abschnitt Navigationale Gesundheitskompetenz*).

Die Beurteilung von Gesundheitsinformationen bereitet die meisten Schwierigkeiten

Von den vier Schritten der Informationsverarbeitung (finden, verstehen, beurteilen, anwenden) fällt die *Beurteilung von gesundheitsbezogenen Informationen* beiden Migrationsgruppen am schwersten: Fast 70 % verfügen hier über eine geringe Gesundheitskompetenz. Zu einem ähnlichen Ergebnis sind auch der HLS-GER 2 für die Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021: 26-32) sowie weitere Studien gekommen (De Gani et al. 2021; Probst et al. 2021; Okan et al. 2021; Pelikan/Ganahl 2017). Die Beurteilung von Gesundheitsinformation stellt (fast) alle Bevölkerungsgruppen vor gleichermaßen große Herausforderungen. Dabei spielt die mit der Digitalisierung gewachsene Fülle teilweise widersprüchlicher Informationen eine wichtige Rolle, ebenso die Unsicherheit über die fachliche Richtigkeit und Qualität von Informationen oder über die Prägung durch kommerzielle Interessen der Anbieter. Zur Einschätzung und Beurteilung von Gesundheitsinformationen werden offenbar Fähigkeiten und Kenntnisse benötigt, die in der Bevölkerung nur unzureichend ausgebildet sind und mit der rasanten digitalen Entwicklung nicht mithalten. Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz ist dies unbedingt zu beachten, denn angesichts der Vielzahl und Vielfalt digitaler Informationen in unterschiedlicher Qualität kommt dem Vermögen zur Beurteilung und Einschätzung hohe Bedeutung zu, ebenso der Kompetenz, mit den sich hier stellenden Herausforderungen umgehen zu können.

Auch die *Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen* wirft für beide Gruppen Herausforderungen auf: Rund 50 % weisen hier eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Besonders die zuvor erwähnten Teilgruppen sehen sich vor Schwierigkeiten dabei gestellt, erhaltene Informationen zu nutzen und in Handeln umzusetzen. Dies dürfte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass Informationen oft zu wenig handlungs- und anwendungsrelevant sind und folglich als schwer umsetzbar erlebt werden. Daher ist künftig darauf zu achten, die Gebrauchstauglichkeit, Nützlichkeit und Verwertbarkeit vermittelter Informationsinhalte stärker herauszustellen.

Das *Finden (geeigneter) Informationen* fällt Menschen mit Migrationshintergrund dagegen leichter, und darin gleichen sie der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021: 31). In Anbetracht der Vielzahl verfügbarer Information mag das zunächst wenig überraschen. Doch sind es immerhin ca. 45 % der Befragten mit und ohne Migrationshintergrund, die auch hier eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen (ebd.: 28). Dies zeigt, dass die Zugangswege zu den vorhandenen Informationen nicht immer ausreichend bekannt sind oder gefundene Informationen nicht als relevant und passend für die eigene Problemlage eingeschätzt werden

(können). Der Erwähnung bedarf auch noch einmal, dass bei diesem Informationsschritt größere soziodemografische Unterschiede sichtbar werden als bei der Beurteilung und Anwendung von Gesundheitsinformationen. Auch hier besteht also Handlungsbedarf, um die Zugangswege zu geeigneter Information zu vereinfachen, sei es durch Verbesserung der Kommunikation und Information durch die Gesundheitsprofessionen, Portale mit zuverlässigen, evidenzbasierten Informationen oder Bemühungen um Integration individuell passgenauer Information in die elektronische Patientenakte.

Das *Verstehen von Gesundheitsinformationen* wird am einfachsten eingeschätzt. Auch hier sind deutliche sozio-demografische Unterschiede sichtbar geworden. Vor allem Menschen mit niedrigem Bildungsniveau haben häufiger Schwierigkeiten beim Verstehen von Gesundheitsinformationen. Zu bedenken ist, dass basale literale und numerische Fähigkeiten bei diesen Befragten vielfach gering ausgeprägt sind (Grotlüschen et al. 2020, Heilmann & Grotlüschen 2020). Aber auch Menschen ab 65 Jahren, mit eigener Migrationserfahrung oder geringen Deutschkenntnissen fällt das Verstehen häufiger schwer. Sinnvoll und wichtig ist deshalb, Konzepte zur Erstellung von einfach verständlichen (mehrsprachigen) Gesundheitsinformationen intensiver aufzugreifen und auch hier auf leicht verständliche Sprache und Formate zu setzen.

Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung werden als besonders schwierig eingeschätzt

Informationen zur *Prävention* und *Gesundheitsförderung* bereiten Menschen mit Migrationshintergrund am meisten Schwierigkeiten. Dieses Ergebnis scheint auf den ersten Blick wenig auffällig zu sein, denn es bestätigt die für Deutschland vorliegenden Studien (ex. Quenzel/Schaeffer 2016; Schaeffer et al. 2021) und auch internationale Ergebnisse (HLS-EU Consortium 2012; Bieri et al. 2016; De Gani et al. 2021; Griebel et al. 2021). Angesichts der langen hierzulande geführten Diskussion und auch des gesetzlich angestoßenen Ausbaus von Prävention und Gesundheitsförderung ist es dennoch bemerkenswert. Denn seither ist das Angebot an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen stark gewachsen (MDS/GKV-Spitzenverband 2020). Offenbar ist es aber zu wenig bekannt. Vermutet werden kann auch, dass beiden Bereichen von Menschen mit Migrationshintergrund geringere Bedeutung beigemessen wird als Fragen der Krankheitsbewältigung und Versorgung²¹.

Unter inhaltlichen Aspekten betrachtet ist im Bereich der *Prävention* auffällig, dass es beide Gruppen als (sehr) schwierig – und häufiger als schwieriger als die Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021: 39) – einschätzen, Informationen zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden und zu beurteilen. Die Hälfte der Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund hält es für (sehr) schwierig zu beurteilen, welche Impfungen sie oder ihre Familie eventuell benötigen – ein mit Blick auf die Corona-Pandemie wichtiges Ergebnis. In der Allgemeinbevölkerung lag dieser Anteil deutlich niedriger. Noch größer sind die Unterschiede, wenn es darum geht zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen man machen lassen sollte. Dies deutet darauf, dass hier zielgruppen- bzw. migrationsspezifische Informationen erforderlich sind.

Im Bereich *Gesundheitsförderung* wiederum wird von beiden Migrationsgruppen – ähnlich wie im HLS-GER 2 und HLS₁₉ (HLS₁₉ Consortium 2021; Schaeffer et al. 2021) am häufigsten als schwierig eingeschätzt, Information über Gesetzesänderungen zu finden. Aber sehr schwer fällt auch herauszufinden, wie die Gesundheit in der eigenen Wohnumgebung verbessert bzw.

²¹ Beachtenswert ist aber, dass sich bei diesen beiden Bereichen die sich sonst oft ähnelnden Schwierigkeitsprofile und Gesundheitskompetenzniveaus in beiden Migrationsgruppen unterscheiden.

die Wohnumgebung gesundheitsfreundlicher gestaltet werden kann und generell, wie Lebensumstände beeinflusst werden können, die die Gesundheit beeinflussen. Dies zeigt, dass die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und die dazu nötige Information bei der Interventionsentwicklung berücksichtigt werden sollten.

Informationen aus dem Bereich *Krankheitsbewältigung und Versorgung* bereiten beiden Gruppen die geringsten Schwierigkeiten. Dies entspricht der noch übersichtlichen deutschsprachigen Studienlage zur Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund (Schaeffer et al. 2021: 34; Bieri et al. 2016: 98; Quenzel/Schaeffer 2016: 26).

Doch obschon die Informationsanforderungen im Bereich Krankheitsbewältigung am leichtesten fallen, deutet ein Blick auf einzelne Informationsaufgaben auch hier auf bestehenden Handlungsbedarf. So fällt auch Menschen mit Migrationshintergrund die Beurteilung von Informationen über Krankheiten in den Medien, die Einschätzung der Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten oder der Notwendigkeit, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, (sehr) schwer (vgl. auch Schaeffer et al. 2021). Ähnliches gilt für Aufgaben, die auf die veränderte Patient:innenrolle hin auf mehr Autonomie und Partizipation zielen. Auch in diesem Bereich bleibt somit als Aufgabe, die Information zu verbessern und dabei den Wandel der Patient:innenrolle hin zu mehr Selbstbestimmung, Mitwirkung und Ko-Produktion zu stützen.

Geringe Gesundheitskompetenz hat negative Folgen für die Gesundheit

Zahlreiche internationale und nationale Studien haben inzwischen gezeigt, dass Gesundheitskompetenz folgenreich für die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist (Berens et al. 2018; Berkman et al. 2011; Cartwright et al. 2017; Diederichs et al. 2018; Geboers et al. 2014; HLS₁₉ Consortium 2021; HLS-EU Consortium 2012; Schaeffer et al. 2016, 2021; Griebler et al. 2021; De Gani et al. 2021). Auch für Menschen mit Migrationshintergrund konnte dies andeutungsweise festgestellt werden (Bieri et al. 2016; Ganahl et al. 2016; Le et al. 2021; Quenzel/Schaeffer 2016).

Der HLS-MIG hat dies für beide untersuchten Migrationsgruppen noch einmal bestätigt. Liegt eine geringe Gesundheitskompetenz vor, wird die eigene Gesundheit schlechter eingeschätzt, ist die eigene Ernährung tendenziell ungesünder und das Ausmaß an körperlicher Bewegung/Aktivität niedriger²². Bei beiden Migrationsgruppen steht geringe Gesundheitskompetenz zudem in enger Verbindung mit einer intensiveren Nutzung des Gesundheitssystems, sei es von Hausärzt:innen, Fachärzt:innen, Krankenhäusern oder von Notfalldiensten²³.

Festhalten lässt sich somit, dass geringe Gesundheitskompetenz auch bei Menschen mit Migrationshintergrund mit zahlreichen negativen Folgen für die Gesundheit und das Gesundheitssystem einhergeht – ein Ergebnis, das deshalb beachtenswert ist, weil geringe Gesundheitskompetenz ein bedeutsamer gesellschaftlicher Faktor ist und Investitionen in die Förderung der Gesundheitskompetenz dazu beitragen können, Ungleichheiten zu verringern.

²² Ein Unterschied zwischen beiden Gruppen zeigt sich einzig darin, dass Menschen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund mit geringer Gesundheitskompetenz tendenziell häufiger Alkohol trinken als Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Allerdings hat Alkoholkonsum für die letztgenannte Gruppe eine andere Bedeutung. Sie ist zum Großteil muslimisch und beachtet die religiösen Speise- und Getränkevorschriften, die ein Alkoholverbot umfassen (Pfündel et al. 2021: 57 & 91).

²³ Auffällig ist aber, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund und geringer Gesundheitskompetenz Hausärzt:innen und Notfalldienste deutlich häufiger nutzen als Personen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund und geringer Gesundheitskompetenz. Unterschiede wie diese sollten künftig genauer untersucht werden, weisen sie doch zugleich auf unterschiedliche sozio-kulturell geprägte Präferenzen und Muster bei der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen hin.

Ärzt:innen und das Internet sind wichtigste Informationsquellen

Um passgenaue Maßnahmen für die Förderung der Gesundheitskompetenz entwickeln zu können, ist es notwendig, mehr über das Gesundheitsinformationsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund zu erfahren.

Deutlich geworden ist, dass das Interesse an Gesundheitsinformationen – konkret daran, über die eigene Gesundheit alles wissen zu wollen – in beiden Migrationsgruppen mit rund 85 % sehr groß ist. Ihr Interesse bewegt sich ungefähr in der Größenordnung, wie sie auch im HLS-GER 2 und anderen Studien für die Allgemeinbevölkerung festgestellt wurde (Schaeffer et al. 2021: 58; Baumann et al. 2020; Stiftung Gesundheitswissen 2020). Damit in Übereinstimmung haben rund 80 % der Menschen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund bereits gezielt nach Gesundheitsinformationen gesucht. Unter Interventionsgesichtspunkten ist beachtenswert, dass Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder Sozialstatus seltener gezielt nach Gesundheitsinformationen suchen, ebenso ältere türkeistämmige Menschen.

Für die Interventionsentwicklung zur Förderung der Gesundheitskompetenz ist ebenfalls wichtig, mehr über die bevorzugten Informationsquellen zu erfahren. Hier zeigt der HLS-MIG, dass mündliche Informationsquellen von Menschen mit Migrationshintergrund am häufigsten genannt werden – speziell die Information durch Hausärzt:innen gefolgt von Fachärzt:innen. Bemerkenswert ist, dass das Internet am zweithäufigsten genannt und von mehr als der Hälfte als Informationsquelle präferiert wird. Es hat damit einen höheren Stellenwert als für die Allgemeinbevölkerung (vgl. dazu Hurrelmann et al. 2020; Baumann et al. 2020). Dies gilt speziell für Menschen mit Migrationshintergrund im jüngeren Erwachsenenalter, nicht aber für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Sie nutzen das Internet weitaus seltener. Bei der Interventionsentwicklung ist das zu beachten.

Zugleich – und auch das ist ein für Interventionsentwicklung wichtiger Befund – sind die erhaltenen Informationen nicht immer verständlich. Vor allem Fachärzt:innen werden von Personen beider Migrationsgruppen nicht immer verstanden. Ihnen folgen die Krankenkassen und dann die Hausärzt:innen. Auch in der Allgemeinbevölkerung werden diese drei Quellen am häufigsten angeführt, wenn es um Verständnisprobleme geht (Schaeffer et al. 2021: 60f.). Gleichwohl gibt dies angesichts des hohen Stellenwerts von Ärzt:innen als Quelle und Vermittlungsinstanz für Gesundheitsinformationen zu denken, denn es belegt einmal mehr, dass die mündliche Information und somit auch die Kommunikation im Gesundheitswesen dringend der Verbesserung bedürfen, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland zu stärken (siehe *Aufgaben und Anforderungen bei der Kommunikation mit Ärzt:innen*).

Nutzung fremdsprachiger Gesundheitsinformationen ist weit verbreitet

Bislang liegen keine Erkenntnisse darüber vor, in welchem Umfang Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland fremdsprachige Gesundheitsinformationen (insbesondere in der Herkunftssprache) oder Gesundheitsinformationen aus dem Herkunftsland (der Eltern) nutzen. Der HLS-MIG zeigt, dass ein großer Teil der Menschen beider untersuchter Migrationsgruppen mehrsprachig Gesundheitsinformationen nutzt, viele jedoch auch nur in ihrer Herkunftssprache, besonders Personen mit geringeren Deutschkenntnissen. Mehr als die Hälfte der Personen mit ex-sowjetischem Hintergrund bezieht Gesundheitsinformationen auch oder ausschließlich in der Herkunftssprache; bei der türkeistämmigen Gruppe trifft dies auf mehr als 40 % zu. Erwartungsgemäß nutzen mehr Personen mit eigener Migrationserfahrung oder geringeren Deutschkenntnissen Informationen in der Herkunftssprache. Im Vergleich dazu erfolgt der generelle Medienkonsum seltener herkunftslandsprachlich bzw. mehrsprachig (Tonassi/Wittlif 2021).

Zudem nutzt ein hoher Anteil an Personen Informationen aus russischsprachigen Ländern oder der Türkei. Dies ist deshalb beachtenswert, weil über die damit einhergehenden Herausforderungen bislang wenig bekannt ist. Vermutlich dürften sich dabei – nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Strukturen, Aufbau- und Funktionsweise der Gesundheitssysteme und unterschiedlicher medizinischer Standards – Übertragungsprobleme stellen. Auch die Einschätzung der Qualität von gefundenen Informationen dürfte noch schwieriger sein als ohnehin. Um dies genauer zu eruieren, ist weitere Forschung nötig. Das gilt auch in sozialer Hinsicht. Vor allem Frauen nehmen – so wird vermutet – die Funktion als Gesundheitsmittlerinnen wahr (Adam/Carol 2020; Adam/Berens 2021). Darüber bzw. über ihre Rolle als Informations(vermittlungs)instanz und auch über ihre Gesundheitskompetenz ist bislang wenig bekannt, und das gilt generell für das Gesundheitsinformationsverhalten dieser Bevölkerungsgruppe.

Die digitale Gesundheitskompetenz ist gering – trotz größerer digitaler Aktivität

Erstmals für Deutschland wurde im Rahmen des HLS-MIG auch die digitale Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund untersucht. Um die Bedeutung dessen zu verstehen ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass zur digitalen Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund (ebenso wie von der Allgemeinbevölkerung) in Deutschland bislang kaum Studien existieren, so dass das empirische Wissen zu diesem aktuell so wichtigen Thema bislang äußerst gering ist. Diese Leerstelle konnte für die zwei in dieser Studie im Mittelpunkt stehenden Migrationsgruppen gefüllt werden.

Dabei zeigt der HLS-MIG, dass die digitale Gesundheitskompetenz bei Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund schlechter ausfällt als die allgemeine Gesundheitskompetenz. Interessant ist aber, dass auch sie in beiden Migrationsgruppen *besser* ausgeprägt ist als die digitale Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2021: 68).

Als Erklärung für die bessere digitale Gesundheitskompetenz von Personen mit ex-sowjetischem und türkischem Migrationshintergrund ist einerseits anzuführen, dass beide Gruppen bei der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Informationen eventuell ebenfalls optimistischere Einschätzungen abgegeben haben als die Allgemeinbevölkerung. Andererseits muss bedacht werden, dass digitale Informationsmöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund essentiell sind, um z. B. mit Familienmitgliedern oder Bekannten im Herkunftsland (der Eltern) Kontakt zu halten (Heft/Paasch-Colberg 2013) und auch – wie zuvor dargelegt wurde – um in ihrer Herkunfts- oder Erstsprache Gesundheitsinformationen recherchieren zu können. Mittlerweile werden sie als „Wandernde zwischen den Welten“ bezeichnet (Adam/Carol 2020; Jansen/Rohr 2002), weil sie über Länder- und Sprachgrenzen hinweg kommunizieren und auch nach Informationen suchen – auch, wenn es um Gesundheitsfragen geht. Dabei nutzen sie nicht nur Internetseiten. Auch andere digitale Anwendungen spielen für sie eine wichtige(re) Rolle (Tonassi/Wittlif 2021; Probst et al. 2021), wie die Nutzungshäufigkeit von digitalen Informationsangeboten zeigt: Sowohl gesundheitsbezogene Internetseiten, soziale Medien und Online-Foren, Wearables/digitale Geräte mit Gesundheitsbezug, wie Fitnessarmbänder oder Schrittzähler, Gesundheits-Apps sowie digitale Interaktionsmöglichkeiten mit Gesundheitsdienstleistenden werden von beiden Migrationsgruppen häufiger genutzt als von der Allgemeinbevölkerung, so dass sie insgesamt als digital aktiver charakterisiert werden können²⁴.

²⁴ Aufgrund gesteigener Nutzungshäufigkeiten während der Corona-Pandemie werden für diesen Vergleich die Daten der Studie HLS-GER 2¹ herangezogen (Schaeffer et al. 2021: 67 & 118).

Betrachtet man einzelne Teilgruppen, werden die bekannten Muster sichtbar. Mit nahezu 90 % ist der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz besonders bei den über 65-Jährigen sehr hoch und erheblich höher als in dieser Altersgruppe bei der Allgemeinbevölkerung. Niedrige Bildung, niedriger Sozialstatus und eigene Migrationserfahrung gehen in beiden Migrationsgruppen ebenfalls mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz einher. Vor allem Personen mit elterlicher Migrationserfahrung, die tendenziell jünger und besser gebildet sind als Personen mit eigener Migrationserfahrung, weisen eine höhere digitale Gesundheitskompetenz auf. Bei der Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz sollten diese Unterschiede berücksichtigt werden.

Die Analyse der subjektiven Schwierigkeiten bei der Bewältigung der hier gestellten Anforderungen hat gezeigt, dass die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und Neutralität gefundener digitaler Gesundheitsinformationen beiden Migrationsgruppen auch hier die meisten Probleme bereitet (vgl. auch Schaeffer et al. 2021: 69). Noch einmal unterstreicht dies, dass das Thema Beurteilung und Einschätzung von Informationen dringend größerer Aufmerksamkeit bedarf.

Zu den Aufgaben der Zukunft gehört somit, auch im Bereich der digitalen Gesundheitsinformation für mehr Sicherheit und Bewertbarkeit zu sorgen, sowohl durch Verbesserung der Zuverlässigkeit, Qualität und Transparenz digitaler Informationen, als auch durch Intensivierung der Anstrengungen zur Vermittlung *kritischer* digitaler Gesundheitskompetenz. Dabei ist es wichtig, den sozio-kulturellen und lebensweltlichen Unterschieden beider Migrationsgruppen, aber auch der Ausprägung ihrer digitalen Gesundheitskompetenz zu entsprechen und differenzierte zielgruppengerechte Maßnahmenkonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Zugleich haben die Daten gezeigt, dass die Nutzung digitaler Angebote auch bei Menschen mit Migrationshintergrund der Intensivierung bedarf. Das gilt speziell für (gesundheitlich) benachteiligte Gruppen, wie ältere Menschen und Personen mit geringem Sozial- und Bildungsstatus. Sie nutzen digitale Informationsangebote weitaus seltener und sollten bei der Förderung digitaler Gesundheitskompetenz besonders beachtet werden, denn ansonsten besteht die Gefahr, dass die ohnehin benachteiligten Gruppen im Zuge der Digitalisierungsbemühungen weiter abgehängt werden und sich die digitale Kluft („Digital Divide“, vgl. Cornejo Müller/Wachtler/Lampert 2020) verschärft.

Navigation im Gesundheitssystem bereitet großen Teilen Schwierigkeiten

Der Umgang mit Herausforderungen der Orientierung und Navigation im deutschen Gesundheitssystem und die dazu erforderliche Gesundheitskompetenz haben hohen Stellenwert in der vorliegenden Studie. Denn sich zielgerichtet im Gesundheitssystem eines (ggf. Aufnahme-)Landes zu bewegen, einen Überblick über die Vielzahl an Angeboten zu er- bzw. behalten, richtige Ansprechpartner:innen für ein vorliegendes Gesundheitsproblem zu identifizieren und ausfindig zu machen, das System von Präventions- und Behandlungsketten zu verstehen, deren Glieder idealerweise ineinandergreifen und so für eine optimale Vorsorge oder Therapie sorgen, setzt voraus, dass die dazu nötigen Informationen und auch die zur Navigation erforderliche Gesundheitskompetenz vorhanden sind.

Vor dem Hintergrund der im Vorfeld durchgeführten Literaturanalyse (Klinger et al. 2020) war davon auszugehen, dass das Wissen über das Gesundheitssystem in Deutschland, seine Strukturen und Organisationen sowie seine Funktions- und Arbeitsweise bei Menschen mit Migrationshintergrund eher gering ist und die Navigation im Gesundheitssystem sie vor erhebliche Schwierigkeiten stellt. Anzunehmen war, dass dies speziell für Personen mit *eigener* Migrationserfahrung gilt, da sie weniger vertraut mit dem deutschen Gesundheitssystem sind und ihre in einem anderen Gesundheitssystem gesammelten Erfahrungen sich nur zum Teil auf Deutschland übertragen lassen (Adam et al. 2019; Horn/Schaeffer 2013). Zugleich – auch dies

wird in der Literatur immer wieder betont – stellen die Komplexität, Unübersichtlichkeit und Desintegration des deutschen Gesundheitssystems die Nutzenden generell vor große Herausforderungen (Ewers/Schaeffer 2005; Schmidt-Kaehler et al. 2019; SVR 2018: 48ff.). Um zu erfahren, wie schwer oder leicht es Menschen mit Migrationshintergrund fällt, sich durch das deutsche Gesundheits- und Versorgungssystem zu manövrieren, sich darin zu orientieren, zielgerichtet zu bewegen und mit der dazu erforderlichen Information umzugehen, wurde das Thema navigationale Gesundheitskompetenz in die Studie aufgenommen²⁵.

Die Ergebnisse haben bestätigt, dass beide Migrationsgruppen große Orientierungsprobleme im deutschen Gesundheitssystem haben, was allein daran sichtbar wird, dass ein Drittel der befragten Personen schon einmal nicht wusste, an wen sie sich bei gesundheitlichen Fragen oder Problemen wenden sollten. Dies ist ein deutlich höherer Wert als in der Allgemeinbevölkerung, bei der dies nur auf ein Fünftel zutrifft (Schaeffer et al. 2021: 75).

Auch die navigationale Gesundheitskompetenz beider Migrationsgruppen ist schlechter ausgeprägt als die allgemeine und ebenfalls als die digitale Gesundheitskompetenz: 75 bzw. 80 % der Personen mit türkischem bzw. ex-sowjetischem Migrationshintergrund weisen dem HLS-MIG zufolge eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz auf. Wie in den anderen Bereichen verfügen in beiden Migrationsgruppen auch hier weniger Menschen über eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz als in der Allgemeinbevölkerung – ein angesichts der großen Orientierungsprobleme im deutschen Gesundheitssystem überraschender Befund. Eine Erklärung dafür könnte auch hier sein, dass die *konkreten* Anforderungen bei der Navigation und der dazu nötigen Information als einfacher eingeschätzt werden, als sie im Alltagsleben tatsächlich sind. Zu erinnern ist außerdem daran, dass der Anteil gut gebildeter Personen in den Stichproben des HLS-MIG überrepräsentiert ist und die einbezogenen Gruppen zu einem Großteil schon seit mindestens 20 Jahren, also sehr lange, in Deutschland leben. Dennoch sollte es Aufgabe weiterer Forschungsbemühungen sein, diese Diskrepanz genauer zu analysieren.

Der HLS-MIG bestätigt, dass sich Menschen mit *eigener* Migrationserfahrung im Bereich der Navigation besonders häufig vor Schwierigkeiten gestellt sehen: Der Anteil geringer navigationaler Gesundheitskompetenz ist bei ihnen sehr hoch und mit rund 80 % höher als bei Menschen mit elterlicher Migrationserfahrung (rund 70 %). Bedenkt man, dass sich Menschen mit ex-sowjetischer und türkischer Migrationserfahrung meist schon mehrere Jahrzehnte in Deutschland aufhalten und schon länger im deutschen Gesundheitssystem bewegen, ist dies beachtenswert. Bei Personen bzw. Personengruppen mit kürzerer Aufenthaltsdauer fällt die navigationale Gesundheitskompetenz noch geringer aus (Le et al. 2021). Ähnlich ist es – wie gezeigt wurde – bei Personen mit geringeren Deutschkenntnissen und auch für Menschen im höheren Lebensalter und mit niedrigem Sozialstatus. Auch sie weisen eine geringere navigationale Gesundheitskompetenz auf. Deshalb sollte die Förderung der navigationalen Gesundheitskompetenz bei diesen Gruppen besondere Aufmerksamkeit erhalten.

Ein Blick auf die Schwierigkeiten, die sich bei der Navigation und dem Umgang mit den dazu nötigen Informationen stellen, liefert auch hier Ansatzpunkte für die Konzipierung und Entwicklung von Fördermaßnahmen. Vor allem die sich auf der Systemebene stellenden Aufgaben werden durchgängig als (sehr) schwierig erachtet – häufiger als andere Aufgaben bei der Navigation (Griese et al. 2020). Darin gleichen die Ergebnisse denen anderer Studien (HLS₁₉ Consortium 2021; Schaeffer et al. 2021: 77). Auch, dass zu den am häufigsten als schwierig

²⁵ Dazu wurde ein im Rahmen des HLS₁₉/HLS-GER 2 neu entwickeltes Erhebungsinstrument zur Analyse der navigationalen Gesundheitskompetenz (NGK) eingesetzt (Griese et al. 2020).

eingeschätzten Aufgaben in beiden Migrationsgruppen gehört, aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen, die Kostenübernahme von den Krankenkassen einzuschätzen und herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, gleicht bisherigen Befunden²⁶.

Festzuhalten bleibt, dass die navigationale Gesundheitskompetenz im HLS-MIG ebenso wie im HLS-GER 2 am schlechtesten ausfällt. Fördermaßnahmen im Bereich der navigationalen Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund sind daher besonders wichtig. Sie sollten auch, aber nicht allein darauf zielen, die persönliche Kompetenz zu verbessern. Stärker als bei den anderen Dimensionen ist bei der navigationalen Gesundheitskompetenz der relationale Charakter von Gesundheitskompetenz zu beachten. Die Komplexität des deutschen Gesundheitssystems ist im Zusammenspiel mit der Intransparenz seiner Strukturen, den zahlreichen Schnittstellen und Desintegrationserscheinungen eine große Herausforderung für die Nutzenden, wie sich allein an den Problemen zeigt, die systembezogene Informationsaufgaben aufwerfen. Dies muss unbedingt bedacht werden, wenn es darum gehen soll, die Navigation zu erleichtern und damit für mehr Nutzungsfreundlichkeit und Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem in Deutschland zu sorgen (Schaeffer et al. 2018; Schmidt-Kahler et al. 2019).

Die Kommunikation mit Ärzt:innen stößt auf zeitliche und sprachliche Hürden

Das Thema Kommunikation/Interaktion ist für die Studie aus mehreren Gründen bedeutend. Zum einen wird in der Literatur betont, wie sehr Sprachbarrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund die Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion und die Kommunikation zwischen ihnen beeinflussen und beeinträchtigen (Adam/Carol 2020; Al Shamsi et al. 2020; Baumeister et al. 2021; Bermejo et al. 2012; Erdsiek et al. 2019). Ähnliches gilt für die kulturell (anders) geprägten Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen oder abweichende Rollenmuster und Interaktionsgewohnheiten, die ebenfalls eine störungsfreie Verständigung und Interaktion erschweren können (Bermejo et al. 2012; Yilmaz-Aslan et al. 2018). Zum anderen haben Ärzt:innen, wie zu sehen war (siehe *Kapitel 5*), in Deutschland einen sehr hohen Stellenwert als Informationsquelle – egal, ob für Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund. Aus Nutzendensicht ist die Kommunikation und Interaktion mit ihnen daher überaus bedeutsam, aber oft auch schwierig, denn nicht immer werden Ärzt:innen (besonders Fachärzt:innen) problemlos verstanden (Schaeffer et al. 2021: 59f.). Dies deutet an, dass die Kommunikation im Gesundheitswesen offenbar herausfordernd ist – auch für Menschen mit Migrationshintergrund. Deshalb wurde das Thema in die vorliegende Studie aufgenommen²⁷.

Entgegen den in der Literatur postulierten Annahmen, kann nach den Ergebnissen des HLS-MIG nicht davon ausgegangen werden, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund vor größere Schwierigkeiten im Bereich der Kommunikation gestellt sehen als die Allgemeinbevölkerung²⁸. Dennoch bestehen auch hier Herausforderungen: so ist es für fast die Hälfte beider Migrationsgruppen (sehr) schwierig, ausreichend Gesprächszeit von Ärzt:innen zu bekommen. Auch Begriffe zu verstehen, die Ärzt:innen verwenden, fällt vielen von ihnen schwer: 40 % schätzen dies als schwierig ein – Personen mit geringeren Deutschkenntnissen haben hier

²⁶ Demgegenüber wird als relativ einfach von beiden Migrationsgruppen eingeschätzt, zu verstehen, wie sie einen Termin bei Gesundheitsprofessionen bekommen können – ein mit Blick auf das Terminservicegesetz bemerkenswerter Befund.

²⁷ Das Thema Kommunikation und Interaktion wurde mit insgesamt sechs Fragen aufgenommen. Faktisch ergänzen diese Fragen die Items zur navigationalen Gesundheitskompetenz um die interaktive Ebene.

²⁸ In einer aktuellen Studie aus Norwegen gaben die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund bei Fragen zur Kommunikation mit Gesundheitsprofessionen auch nur geringfügig größere Schwierigkeiten an als die norwegische Allgemeinbevölkerung (Le et al. 2021: 85).

erwartungsgemäß größere Probleme. Erwähnenswert ist auch noch einmal, dass von fast einem Drittel beider Migrationsgruppen als relativ schwierig angesehen wird, nicht von Ärzt:innen unterbrochen zu werden – dieser Anteil ist höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Nochmals zeigt dies, dass die Kommunikation und mündliche Information – obwohl sie als einfacher eingeschätzt wird als etwa die Anforderungen im Bereich der digitalen oder navigationalen Gesundheitskompetenz – keineswegs störungsfrei ist. Diese Erkenntnis ist nicht neu und verdeutlicht, dass die seit Jahrzehnten angemahnte Verbesserung der Kommunikation und Information im Gesundheitssystem sowie die Veränderung und Neudefinition der Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion hin zu einem modernen, demokratischeren und auch diversitätssensibleren Rollenverständnis notwendig und auch überfällig sind (Adam et al. 2019). Dies setzt allerdings eine entsprechende Reform der Qualifizierung der Health Professionals in Deutschland voraus.

Die untersuchten Migrationsgruppen unterscheiden sich nur partiell in ihren Schwierigkeitsprofilen

Seit Langem wird die Diversität von Menschen mit Migrationshintergrund betont und auf bestehende Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Migrationsgruppen hingewiesen (ex. Razum/Wenner 2016; Schenk et al. 2006). Auch in der Ausprägung der Gesundheitskompetenz wurden in manchen Ländern Unterschiede festgestellt (Bieri et al. 2016; Ganahl et al. 2016; Le et al. 2021)²⁹. Daher war von Kontrasten zwischen den beiden untersuchten Gruppen in Deutschland auszugehen. Die Ergebnisse des HLS-MIG haben jedoch gezeigt, dass die Unterschiede weniger stark ausgeprägt sind als angenommen und zahlreiche Gemeinsamkeiten oder zumindest Ähnlichkeiten zwischen der türkeistämmigen und der ex-sowjetischen Migrationsgruppe existieren. In beiden Gruppen sind beispielsweise die Werte für die allgemeine und die digitale Gesundheitskompetenz ähnlich, und auch die Teilgruppen, die besonders von geringer Gesundheitskompetenz betroffen sind, sind gleich. In beiden Gruppen wirft die Beurteilung von Informationen am häufigsten Schwierigkeiten auf, gefolgt von der Anwendung von Informationen.

Stellenweise sind aber auch Unterschiede deutlich geworden, die für die Interventionsentwicklung bedeutsam sind. Sie werden exemplarisch an zwei Themen dargelegt: So stellt der Umgang mit Informationen zur *Prävention* die türkeistämmige Gruppe vor sichtbar größere Herausforderungen als die ex-sowjetische Gruppe. Auffallend ist zudem, dass der Anteil geringer Gesundheitskompetenz im Bereich *Krankheitsbewältigung* und bei der *navigationalen Gesundheitskompetenz* in der türkischen Gruppe deutlich niedriger ist. Dies, wie auch die durch unterschiedliche Lebensbedingungen und Gesundheitssysteme im Herkunftsland geprägten Vorstellungen im Umgang mit Krankheiten und dem Gesundheitssystem sowie mit Informationen dazu, sind bei der Gestaltung von Informationen stärker zu beachten³⁰.

Ein weiterer Unterschied zwischen beiden Gruppen zeigt sich bei den Zugangswegen zu Gesundheitsinformationen und dem Informationssuchverhalten. Für Menschen mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund ist die Familie häufiger bevorzugte Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen, und auch Fachärzt:innen werden häufiger als Informationsquelle bevorzugt. Von türkeistämmigen Menschen mit Migrationshintergrund hingegen wird das Internet

²⁹ Auch für ältere Migrant:innen in Deutschland konnten im Bereich der Krankheitsbewältigung und Versorgung Herkunftslandunterschiede aufgezeigt werden (Berens et al. 2021).

³⁰ Dass bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig nicht die Prävention von Krankheitsrisiken in den Blick genommen wird, sondern die Behandlung von eingetretenen Erkrankungen im Fokus steht, wird bereits seit längerem diskutiert (Berens et al. 2016; Brand et al. 2015; Yilmaz-Aslan/Brzoska/Razum 2012), findet aber bei der Gestaltung von Informationen zu wenig Berücksichtigung.

bei Gesundheitsfragen präferiert und spielt die Apotheke eine größere Rolle. Schaut man genauer auf die Nutzung digitaler Informationsangebote, fällt auf, dass die ex-sowjetische Gruppe häufiger Internetseiten zum Thema Gesundheit nutzt, die türkische Gruppe hingegen mehr auf Apps, Soziale Medien und digitale Geräte für die Gesundheit zurückgreift. Ein weiterer beachtenswerter Unterschied zeigt sich bei der Sprache, in der Informationen gesucht und rezipiert werden. Ex-sowjetische Migranten nutzen häufiger Informationen in beiden Sprachen (auf Deutsch und Russisch) und greifen dabei auch öfter auf Informationen aus dem Herkunftsland zurück. Die türkische Gruppe nutzt Informationen hingegen meist nur auf Deutsch oder nur auf Türkisch und greift seltener auf Informationen aus der Türkei zurück. Auch die Unterschiede bei den Zugangswegen zu Gesundheitsinformationen und der Nutzung von Informationsquellen und -angeboten sind bei der Förderung der Gesundheitskompetenz unbedingt zu beachten.

Insgesamt sind die Kontraste zwischen beiden Gruppen überschaubar, und es lassen sich gruppenübergreifende Trends beobachten. Für die Interventionsentwicklung bedeutet dies, dass sie nicht unbedingt nach unterschiedlichen Migrationsgruppen differenziert erfolgen muss, sondern – wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde – vor allem an soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen ausgerichtet sein sollte. Bei einzelnen Themenbereichen, wie Prävention, Krankheitsbewältigung, Navigation oder dem Informationsverhalten, haben sich jedoch bemerkenswerte Unterschiede gezeigt, die explizit adressiert werden sollten.

10 Fazit

Mit dem HLS-MIG erfolgte erstmals eine Untersuchung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund, zu denen in Deutschland ein Viertel der Bevölkerung gehört. Das wichtigste Ergebnis ist, dass sich die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund – speziell von Menschen mit türkeistämmigem und ex-sowjetischem Hintergrund, den beiden größten Einwanderungsgruppen in Deutschland – entgegen der ursprünglichen Annahme nicht wesentlich von der Allgemeinbevölkerung in Deutschland unterscheidet, sondern tendenziell besser ausfällt. Menschen mit Migrationshintergrund können also nicht pauschal als „vulnerable“ Bevölkerungsgruppe bezeichnet werden, wie sich bereits im HLS-GER 2 angedeutet hatte. Diese Charakterisierung passt nur für einige Teilgruppen, so besonders für Menschen mit eigener Migrationserfahrung, mit geringen Deutschkenntnissen, Menschen im höheren Lebensalter und aus unteren Sozial- und Bildungsschichten³¹. Die Studie bestätigt damit, wie wichtig es ist, Menschen mit Migrationshintergrund differenziert zu betrachten und soziale Unterschiede zu berücksichtigen.

Insgesamt bleibt die Förderung der Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerungsgruppe eine wichtige gesellschaftliche und politische Aufgabe. Denn nicht übersehen werden darf, dass mehr als die Hälfte der Befragten in beiden Migrationsgruppen über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügt. Obschon in den vergangenen Jahren beachtliche Fortschritte dabei erreicht wurden, die Förderung von Gesundheitskompetenz in Deutschland auf der Agenda der Politik sowie der Institutionen und Akteur:innen im Gesundheits- und Bildungswesen zu verankern, fehlt es bisher an wirkungsvollen Umsetzungen und Maßnahmen. Das hat seine Ursache nicht zuletzt darin, dass die Interventionsentwicklung und die dazu nötige Forschung in Deutschland noch am Anfang stehen und dringend der Intensivierung bedürfen. Das gilt sowohl für die Entwicklung von Interventionen zur Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen wie auch von strukturellen und organisatorischen Maßnahmen zur Erleichterung des Erwerbs von Gesundheitskompetenz und des Umgangs mit Gesundheitsinformationen, wie im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018) und seinen Strategiepapieren³² ausdrücklich betont wird.

Der HLS-MIG legt nahe, dass zur Förderung der persönlichen Gesundheitskompetenz vor allem zielgruppenspezifisch zugeschnittene Maßnahmen gefordert sind, wirft aber zugleich die Frage auf, wie „Zielgruppenorientierung“ bei der Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund verstanden werden kann und muss: Ist dabei vor allem Migrationsgesichtspunkten zu folgen, obschon die Befunde dieser Studie sich in vielen Punkten kaum von den Studienergebnissen zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland unterscheiden? Oder ist es wirkungsvoller, insbesondere sozio-demografischen und -ökonomischen Aspekten bei der Interventionsentwicklung Aufmerksamkeit zu schenken? Wie sichtbar wurde, wirken sich geringe Bildung, niedriger Sozialstatus und höheres Lebensalter bei Menschen mit Migrationshintergrund besonders ungünstig auf die Gesundheitskompetenz und ihre Ausprägung in den unterschiedlichen Bereichen aus, zu denen migrationsspezifische Aspekte (eigene Migrationserfahrung und geringe Deutschkenntnisse) hinzukommen. Daher ist es naheliegend und erforderlich, insbesondere diese Teilgruppen zu adressieren und für sie zielgruppenspezifische Maßnahmen zu entwickeln, die allerdings systematisch an den jeweils gegebenen lebensweltlichen und sozio-kulturellen Bedingungen und Informationsvoraussetzungen ausgerichtet sind.

³¹ Dabei sollten auch mögliche Interaktionseffekte beachtet werden, denn diese Merkmale treffen häufig gleichzeitig zu, sodass von einer mehrfachen Vulnerabilität auszugehen ist.

³² Alle Strategiepapiere sind hier zu finden: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/>

Ob bei der Entwicklung solcher zielgruppenspezifischen Interventionsstrategien weitere Unterschiede berücksichtigt werden, ob also zum Beispiel zusätzlich nach unterschiedlichen Herkunftsregionen oder bestimmter ethnischer Zugehörigkeit differenziert werden sollte, lässt sich auf der Basis dieser Studie nicht eindeutig beantworten. Denn beide hier untersuchten Migrationsgruppen unterscheiden sich zwar voneinander – wie die Kontrastierungen in den Ergebnisteilen gezeigt haben –, aber unter Gesundheitskompetenzaspekten fallen auch diese Kontraste nicht sehr stark aus. Zur Klärung dieser Frage sind daher weitere Forschungsbemühungen nötig.

Neben Strategien zur Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz sind Maßnahmen erforderlich, um die Qualität von gesundheitsrelevanten Informationen zu verbessern und auch, um zu einem gesundheitskompetenten nutzer:innenfreundlichen diversitätssensiblen Gesundheitssystem und ebensolchen Organisationen zu gelangen. Dazu liegen international und neuerlich auch national vermehrt Konzepte vor. Sie an die hiesigen Bedingungen anzupassen ist eine wichtige Aufgabe, mit der inzwischen begonnen wurde und der mit Blick auf Menschen mit Migrationshintergrund besondere Bedeutung zukommt. Nicht weniger wichtig ist es, die Gesundheitsprofessionen entsprechend zu qualifizieren und für die mit geringer Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund einhergehenden Probleme zu sensibilisieren, denn sie sind – wie in Erinnerung zu rufen ist – bevorzugte Anlaufstelle bei Gesundheitsinformationsfragen. Ebenso sollte es ein Ziel sein, die gesellschaftliche Vielfalt auch im Gesundheitssystem und seinen Professionen abzubilden (Adam et al. 2019; Baumeister et al. 2021).

Doch auch bei der Gestaltung von Gesundheitsinformationen bestehen, wie der HLS-MIG unterstreicht, nach wie vor große Herausforderungen, um zu verständlichen, nutzer:innenfreundlichen und adressat:innengerechten und zugleich vertrauenswürdigen und einschätzbaren Informationen zu gelangen, die den lebensweltlichen Bedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund entsprechen, ihrer Diversität Rechnung tragen und nicht weniger wichtig: problemlos von ihnen rezipiert werden können. Der HLS-MIG liefert viele Hinweise dafür, was dabei inhaltlich zu beachten ist. Einige bedeutsame Aspekte seien hier noch einmal stichwortartig benannt:

- Insbesondere in den Bereichen *Prävention* und *Gesundheitsförderung* sollte die Interventionsentwicklung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz forciert (und dabei besonders die Themen Impfen, Vorsorge und gesunde Gestaltung der (Wohn-) Umgebung beachtet) werden.
- Große Aufmerksamkeit sollte der Erleichterung der *Bewertung* und Beurteilung von Informationen gewidmet werden, die angesichts der ‚Infodemie‘ und der großen Qualitätsunterschiede gerade im Bereich der medialen bzw. digitalen Information immer mehr an Bedeutung gewonnen hat.
- Obwohl Menschen mit Migrationshintergrund digital aktiver als die Allgemeinbevölkerung in Deutschland sind, bedarf auch die *digitale Gesundheitskompetenz* der Verbesserung. Angesichts der digitalen Transformation in Deutschland ist das besonders hervorzuheben.
- Die *navigationale Gesundheitskompetenz* ist ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung auch bei Menschen mit Migrationshintergrund besonders schwach ausgeprägt. Sie bedarf deshalb ebenfalls der Förderung und sollte bei der Interventionsentwicklung hohen Stellenwert erhalten. Dazu sind Maßnahmen zur Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz, aber insbesondere auch zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz und generell zur Ermöglichung eines nutzungsfreundlichen und diversitätssensiblen Gesundheitssystems erforderlich.

Sichtbar wurde auch, dass mit dem HLS-MIG viele seit langem diskutierte und angemahnte Themen unter Gesundheitskompetenzgesichtspunkten erneut an Aktualität gewinnen. Zu nennen sind hier mehrsprachige (Gesundheits-)Informationen, Dolmetscherdienste, einfach verständliche, zuverlässige und beurteilbare Informationen ohne viele Fachbegriffe, mit klaren Botschaften und Beispielen, die der Situation von Menschen mit Migrationshintergrund entsprechen und nicht zuletzt auch der hohe Stellenwert mündlicher Information und ausreichender Zeit für Information und Kommunikation mit den Gesundheitsprofessionen, speziell den Ärzt:innen.

Dass zu all dem *wissenschaftlich fundierte* Interventionen entwickelt, erprobt und evaluiert werden sollten, bedarf noch einmal ausdrücklich der Betonung, wie die aktuellen Erfahrungen bei der Umsetzung des § 20k im SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zeigen. Denn eine passgenaue Interventionsentwicklung setzt ausreichendes empirisches Wissen über die Adressat:innen oder anvisierten Zielgruppen, ihre Interventionsvoraussetzungen und Rezeptions- und Informationsverarbeitungsgewohnheiten voraus und verlangt außerdem, ihre Sichtweise, Erwartungen, Präferenzen und Bedürfnisse zu beachten und in die Interventionsentwicklung einzubeziehen. Daher ist einer partizipativ angelegten Interventionsentwicklung speziell bei der Förderung von Gesundheitskompetenz der Vorzug zu geben. Vergleichbares lässt sich – etwas anders gelagert – für die Implementation von neuen Interventionen sagen.

Inzwischen ist vielfach betont worden, wie wichtig es ist, die Forschung auf dem Gebiet Gesundheitskompetenz auszubauen (Schaeffer et al. 2018; Schaeffer/Bauer/Hurrelmann 2019; HLS19 Konsortium 2021). Mit dem HLS-MIG wurde dies für eine immer bedeutsamer werdende Bevölkerungsgruppe in Deutschland angegangen und damit der Forderung im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz entsprochen, die Forschung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz einzelner (vulnerabler) Bevölkerungsgruppen in Deutschland zu intensivieren (Schaeffer et al. 2018: 51). Allerdings ist damit nur ein erster Schritt erfolgt, dem weitere folgen sollten – auch für andere Bevölkerungsgruppen. Für Deutschland gilt dies besonders, denn Gesundheitskompetenz hat in Deutschland zwar eine beachtliche Themenkarriere erfahren. Doch wurde das Thema Gesundheitskompetenz hier erst vor knapp 10 Jahren vermehrt aufgegriffen und so erstaunt nicht, dass auch die Forschung noch intensivierungsbedürftig ist. Das setzt voraus, sowohl die Forschungsförderung auf dem Gebiet Gesundheitskompetenz auszubauen wie auch ausreichende Fördermittel bereitzustellen. Auch dies wird – wie das Beispiel anderer Länder (besonders der USA) zeigt – eine wichtige Aufgabe der Zukunft sein.

Literaturverzeichnis

- Adam, Y., & Berens, E. M. (2021). Gesundheitskompetenz für die Familie: Frauen mit Migrationshintergrund als Mittlerinnen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00841-0>
- Adam, Y., & Carol, S. (2020). Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund: Perspektive und Erfahrungen von türkisch- und russischsprachigen Frauen. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. <https://doi.org/10.4119/unibi/2949096>
- Adam, Y., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Zeeb, H., & Schaeffer, D. (2019). Strategiepapier #6 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken: Fokus Migration. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2939605>
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Medical Journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>
- Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M., & Suhr, R. (2020). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- Baumeister, A., Chakraverty, D., Aldin, A. et al. (2021). “The system has to be health literate, too” - perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC Health Services Research*, 21, 716. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x>
- Baykara-Krumme, H. (2012). Die Bedeutung der Migrationserfahrung für die soziale Einbindung im Alter. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde. In H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.): *Viele Welten des Alterns*, S. 255-287. Wiesbaden: Springer VS.
- Berens, E. - M., Yilmaz-Aslan, Y., Spallek, J., & Razum, O. (2016). Determinants of mammography screening participation among turkish immigrant women in germany – a qualitative study reflecting key informants' and women's perspectives. *European Journal Of Cancer Care*, 25(1), 38–48. <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12334>
- Berens, E.-M., Ganahl, K., Vogt, D., & Schaeffer, D. (2021). Health literacy in the domain of healthcare among older migrants in Germany (North Rhine-Westphalia). Findings from a cross-sectional survey. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 17(1), 62–74. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-09-2019-0078>
- Berens, E.-M., Vogt, D., Ganahl, K., Weishaar, H., Pelikan, J. & Schaeffer, D. (2018). Health Literacy and Health Service Use in Germany. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(2), e115-e122. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180503-01>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment (Full Rep)*, (199), 1–941. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4781058/> [Zugriff am 17.11.2021]
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55(8), 944–953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>

- Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C. et al. (2016). Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“. Schlussbericht. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-09/152131_geskomp_sb_def.pdf [Zugriff am 15.11.2021]
- Blom, I. M., Cohen, E. S., Eshuis, L. V., Woudstra, A. J., Snijder, M. B., Kunst, A. E., & Fransen, M. P. (2018). Ethnic Differences in Health Literacy Among Young Adults in Amsterdam. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(4), e192–e204. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180926-01>
- Borgmann, L. S., Waldhauer, J., Bug, M., Lampert, T., & Santos-Hövenner, C. (2019). Zugangswege zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung – eine Befragung von Expertinnen und Experten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62, 1397–1405. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03036-3>
- Brand, T., Kleer, D., Samkange-Zeeb, F., & Zeeb, H. (2015). Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(6), 584-592. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2149-y>
- Brand, T., Samkange-Zeeb, F., Dragano, N., Keil, T., Krist, L., Yesil-Jürgend, R. et al. (2019). Participation of Turkish migrants in an epidemiological study: does the recruitment strategy affect the sample characteristics? *Journal of immigrant and minority health* 21(4): 811–819. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0788-4>
- Bühning, P. (2015). Dolmetscher und Sprachmittler im Gesundheitswesen: Regelungen zur Finanzierung nötig. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(45), A1873-A1874. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=172862> [Zugriff am 17.11.2021]
- Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ) (2019). Positionspapier: Zur Finanzierung und Qualitätssicherung von Dolmetscherleistungen im Gesundheitswesen. Zugriff am: 14.09.2021. https://bdue.de/fileadmin/files/PDF/Positionspapiere/BDUe_PP_Dolmetschen_Gesundheitswesen_Finanzierung_Qualitaet_2019.pdf [Zugriff am 15.11.2021]
- Cartwright, L. A., Dumenci, L., Cassel, J. B., Thomson, M. D., & Matsuyama, R. K. (2017). Health Literacy Is an Independent Predictor of Cancer Patients' Hospitalizations. *Health Literacy Research and Practice*, 1(4), e153–e162. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170808-01>
- Cebolla-Boado, H., González Ferrer, A., & Nuhoğlu Soysal, Y. (2021). It is all about “Hope”: evidence on the immigrant optimism paradox. *Ethnic and Racial Studies*, 44(2), 252–271. <https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1745254>
- Chesser, A. K., Keene W., N., S., K., & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2(0), 1–13. <https://doi.org/10.1177/2333721416630492>
- Cornejo Müller, A., Wachtler, B., & Lampert, T. (2020). Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 63, 185–191. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y>
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. Ph. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich, Careum Stiftung. <https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/schlussbericht-health-literacy-survey-schweiz-2019-2021.pdf> [Zugriff am 15.11.2021]
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2020). Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Fachserie 1 Reihe 2.2. https://www.destatis.de/DE/TheMEN/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 15.11.2021]

- Diederichs, C., Jordan, S., Domanska, O., & Neuhauser, H. (2018). Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services – Results from the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany. *PLoS One*, 13(12), e0208303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208303>
- Dietscher C., & Pelikan J. M. (2019). The action network for measuring population and organizational health literacy (M-POHL) and its Health Literacy Survey 2019 (HLS₁₉), *European Journal of Public Health*, 29(4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.556>
- Erdziek, F., Aksakal, T., Özcebe, H., Üner, S., Caman, O., Czabanowska, K., Gershuni, O., Westerling, R., & Brzoska, P. (2019). Antibiotikannutzung bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Wissen, Einstellungen und Interaktion mit ÄrztInnen und ApothekerInnen. *Das Gesundheitswesen*, a-0820-4397. <https://doi.org/10.1055/a-0820-4397>
- Ewers, M., & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005). *Case Management in Theorie und Praxis* (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Führer, A., & Brzoska, P. (2020). Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0897>
- Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F., Alpagu, F., Sikic-Fleischhacker, A., Peer, S., & Pelikan, J. (2016). Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH. <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/gk-und-migration.pdf> [Zugriff am 15.11.2021]
- Geboers, B., Winter, A. F. de, Luten, K. A., Jansen, C. J. M., & Reijneveld, S. A. (2014). The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *Journal of Health Communication*, 19 Suppl 2, 61–76. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.934933>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: The missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Griebler, R., Straßmayr, C., Mikšová, D., Link, T., Nowak, P. & Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021). Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS₁₉-AT. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. https://jas-min.goeg.at/1833/1/HLS19-AT%20Bericht_bf.pdf [Zugriff am 17.11.2021]
- Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- Grotlüschen, A., Buddeberg, K., Dutz, G., Heilmann, L., & Stammer, C. (2020). Hauptergebnisse und Einordnung zur LEO-Studie 2018 – Leben mit geringer Literalität. In A. Grotlüschen & K. Buddeberg (Hrsg.): *LEO 2018: Leben mit geringer Literalität*, S. 13-64. Bielefeld: wbv Media.
- Heft, A. & Paasch-Colberg, S. (2013). Media Cultures of Young Turkish Migrants and German Resettlers in Germany. *Global Media Journal - German Edition* 3(1). https://www.db-thueringen.de/receive/dbt_mods_00022231 [Zugriff am 22.10.2021]
- Heilmann, L., & Grotlüschen, A. (2020). Literalität, Migration und Mehrsprachigkeit. In A. Grotlüschen & K. Buddeberg (Hrsg.): *LEO 2018: Leben mit geringer Literalität*, S. 115-142. Bielefeld: wbv Media.

- HLS₁₉ Consortium (2021). International Report on the methodology, results and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL. Wien: M-POHL.
- HLS-EU Consortium (2012). *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States; The European Health Literacy Survey HLS-EU. Second Revised and Extended Version.* https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf [Zugriff am 22.10.2021]
- Hoebel, J., Müters, S., Kuntz, B., Lange, C., & Lampert, T. (2015). Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(7): 749–757. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2166-x>
- Hölzel, L. P., Ries, Z., Kriston, L., Dirmaier, J., Zill, J. M., Rummel-Kluge, C., Niebling, W., Bermejo, I., & Härter, M. (2016). Effects of culture-sensitive adaption of patient information material on usefulness in migrants. A multicentre, blinded randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6, e012008. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012008>
- Horn, A., & Schaeffer D. (2013). Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://www.awo-gelsenkirchen.de/files/1831-3-0-02ad/1-10-2013-Evaluation%20Unabhngige%20Patientenberatung.pdf> [Zugriff am 22.10.2021]
- Horn, A., Vogt, D., Messer, M., & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken: Ergebnisse einer qualitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(6), 577–583. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2147-0>
- Housten, A. J., Hoover, D. S., Correa-Fernández, V., Strong, L. L., Heppner, W. L., Vinci, C., Wetter, D. W., Spears, C. A., & Castro, Y. (2019). Associations of Acculturation with English- and Spanish-Language Health Literacy Among Bilingual Latino Adults. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(2), e81–e89. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190219-01>
- Hübner, W. (2021). Sensible und spezifische Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*, S. 465-472. Bern: Hogrefe.
- Hurrelmann, K., Klinger, J., & Schaeffer, D. (2020). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>
- Jacobson, H. E., Hund, L., & Mas, F. S. (2016). Predictors of English Health Literacy among U.S. Hispanic Immigrants: The importance of language, bilingualism and sociolinguistic environment. *Literacy and Numeracy Studies*, 24(1), 43–64. <https://doi.org/10.5130/lns.v24i1.4900>
- Jafari, A., Tavakoly, S.S.B., & Peyman, N. (2021). The Status of Health Literacy in Students Aged 6 to 18 Old Years: A Systematic Review Study. *Iranian Journal of Public Health* 50, 448–458. <http://dx.doi.org/10.18502/ijph.v50i3.5584>
- Jansen, M. M., & Rohr, E. (2002). *Grenzgängerinnen. Frauen auf der Flucht, im Exil und in der Migration*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Jordan, S., & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(9), 942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>

- Klinger, J., Mensing, M., & Berens, E.-M. (2020): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund – Discussion Paper zu Konzept und Erfassung. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2951195>
- Kluge, U., & Rau, L. (2021). Kritische Betrachtung des Begriffes und der Definitionen eines „Migrationshintergrundes“. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*, S. 29-36. Bern: Hogrefe.
- Kolpatzik, K., & Zok, K. (2017). Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*, S. 145-155. Bern: Hogrefe.
- Kostareva, U., Albright, C. L., Berens, E.-M., Levin-Zamir, D., Aringazina, A., et al. (2020). International Perspective on Health Literacy and Health Equity: Factors That Influence the Former Soviet Union Immigrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2155. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062155>
- Krist, L., Bedir, A., Fricke, J., Kluttig, A., & Mikolajczyk, R. (2021). The effect of home visits as an additional recruitment step on the composition of the final sample: a cross-sectional analysis in two study centers of the German National Cohort (NAKO). *BMC Medical Research Methodology*, 21, 176. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01357-z>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S., & Kroll, L. E. (2017). Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3266/25x1YiGiDQ6x2w.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Zugriff am 22.10.2021]
- Le, C., Sørberg Finbråten, H., Pettersen, K. S., & Guttersrud, Ø. (2021). Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Befolkningens helsekompetanse, del II. [Gesundheitskompetenz von fünf ausgewählten Einwanderergruppen in Norwegen: Pakistan, Polen, Somalia, Türkei und Vietnam. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, Teil II] Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvanderpopulasjoner%20i%20Norge.pdf?download=false> [Zugriff am 22.10.2021]
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) & GKV-Spitzenverband (2020). Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. Essen. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf [Zugriff am 22.10.2021]
- Messer, M., Vogt, D., Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2017). Health Literacy und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, S. 189-203. Bern: Hogrefe.
- Mlinaric, M. & Ullrich, H.-S. (2021). „Intersektionalität“ als De-Zentrierung und kritischer Perspektivwechsel in der sozialepidemiologischen Migrationsforschung. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*, S. 11-122. Bern: Hogrefe.

- Ng, E., & Omariba, D. W. R. (2014). Immigration, generational status and health literacy in Canada. *Health Education Journal*, 73(6), 668–682. <https://doi.org/10.1177/0017896913511809>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Janner, C., & Schaeffer, D. (2021). Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz: Ergebnisse der zweiten Erhebung der HLS-COVID-19 Studie. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950307>
- Parker, R. M. (2009). Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In L. M. Hernandez (Hrsg.): *Measures of health literacy. Workshop summary*, S. 91–98. Washington, D.C: Institute of Medicine of the National Academies.
- Parker, R.M., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy. A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15 Suppl 2, 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Pelikan, J., & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenzstudie. Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*, S. 93-125. Bern: Hogrefe.
- Pfündel, K., Sticks, A., & Tanis, K. (2021). Muslimisches Leben in Deutschland 2020 - Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Forschungsbericht 38 des Forschungszentrums des Bundesamtes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/heimat-integration/dik/mlid-2020-kurz.pdf?blob=publicationFile&v=5> [Zugriff am 22.10.2021]
- Probst, J., Ruedin, D., Bodenmann, P., Efonayi-Mäder, D., & Wanner, P. (2021). Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante [Gesundheitskompetenz bei Covid-19: Fokus auf die Migrationsbevölkerung]. Neuchâtel: Université de Neuchâtel. https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/listes_publicationsSFM/Etudes%20du%20SFM/SFM%20-%20Studies%2078.pdf [Zugriff am 15.11.2021]
- Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016). Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld. https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf [Zugriff am 22.10.2021]
- Razum, O. & Wenner, J. (2016). Social and health epidemiology of immigrants in Germany: past, present and future. *Public Health Rev* 37, 4. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0019-2>
- Reinikainen, J., Tolonen, H., Borodulin, K., Härkänen, T., Jousilahti, P., Karvanen, J. et al. (2018). Participation rates by educational levels have diverged during 25 years in Finnish health examination surveys. *The European Journal of Public Health*, 28(2), 237–243. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx151>
- Reiss, K., Dragano, N., Ellert, U., Fricke, J., Greiser, K. H., Keil, T., Krist, L., Moebus, S., Pundt, N., Schlaud, M., Yesil-Jürgens, R., Zeeb, H., Zimmermann, H., Razum, O., Jöckel, K.-H., & Becher, H. (2014). Comparing sampling strategies to recruit migrants for an epidemiological study. Results from a German feasibility study. *The European Journal of Public Health*, 24(5), 721–726. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku046>
- Rudd, R. E., Moeykens, B., & Colton, T. C. (1999). Health and Literacy. A Review of Medical and Public Health Literature. *Annual Review of Adult Learning and Literacy*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED508707.pdf> [Zugriff am 22.10.2021]
- Rudd, R. E. (2017). Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, S. 19–31. Bern: Hogrefe.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018). Kurzfassung des Gutachtens 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Einleitung und Zusammenfassung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Kurzfassung_2018.pdf [Zugriff am 22.10.2021]
- Santos-Hövenner, C., Schumann, M., Schmich, P., Gößwald, A., Rommel, A., Ziese, T., & Lampert, T. (2019). Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 49–61. <https://doi.org/10.25646/5870>
- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009). Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber.
- Schaeffer, D. (2017). Chronische Krankheit und Health Literacy. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, S. 53-69. Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M., & Hurrelmann, K. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29081112>
- Schaeffer, D., & Pelikan, J. M. (2017). Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, S. 11-17. Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/7775446063/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf?t=1627300513> [Zugriff am 15.11.2021]
- Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S., Dierks, M.L., Ewers, M., & Vogt, D. (2019). Strategiepapier #2 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2933464>
- Schaeffer, D., Bauer, U., Hurrelmann, K. (2019). Strategiepapier #5 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz systematisch erforschen. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2936985>
- Schaeffer, D., Vogt, D., & Gille, S. (2019). Gesundheitskompetenz – Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2933026>
- Schaeffer, D., Vogt, D. & Berens, E.-M. (2020). Gesundheitskompetenz. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 7. überarbeitete Auflage, S. 672-683. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Schaeffer, D., Griese, L., & Berens, E.-M. (2020). Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 82, 836-843. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0418>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., & Hurrelmann, K. (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. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>
- Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O. & Weilandt, C. (2006). Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49(9), 853-860. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0018-4>

- Schenk, L., Pepler, L., & Habermann, M. (2020). Grundlagen. In L. Schenk & M. Habermann (Hrsg.): *Migration und Alter*, S. 7-20. De Gruyter: Berlin/Boston.
- Schenk, L., & Pepler, L. (2020). Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit. In L. Schenk & M. Habermann (Hrsg.): *Migration und Alter*, S. 21-32. De Gruyter: Berlin/Boston.
- Schenk, L. (2021). Vielfalt planen? Methodische Grundlagen eines diversitätssensiblen Forschungsdesigns. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*, S. 101-110. Hogrefe: Bern.
- Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D., Hurrelmann, K., & Pelikan, J. (2019). Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern. Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/unibi/2935460>
- Schneider, S. L., Briceno-Rosas, R., Ortmanns, V., & Herzing, J. M. E. (2018). Measuring Migrants' Educational Attainment: The CAMCES Tool in the IAB-SOEP Migration Samples. In D. Behr (Hrsg.): *Surveying the Migrant Population: Consideration of Linguistic and Cultural Issues*, 43–74. Köln: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-58550-6> [Zugriff am 17.11.2021]
- Sentell, T., & Braun, K. L. (2012). Low Health Literacy, Limited English Proficiency, and Health Status in Asians, Latinos, and Other Racial/Ethnic Groups in California. *Journal of Health Communication*, 17(sup3), 82–99. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712621>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Spallek, J., & Razum, O. (2021). Epidemiologische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*, S. 81-90. Bern: Hogrefe.
- Spitzer, S. (2020). Biases in health expectancies due to educational differences in survey participation of older Europeans: It's worth weighting for. *The European Journal of Health Economics*, 21, 573–605. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01152-0>
- Stenzel, M. (2016). Migration und Gesundheit: Erklärungsansätze und bisherige Forschungsergebnisse. In Stauder J., Rapp I., Eckhard J. (Hrsg.): *Soziale Bedingungen privater Lebensführung*, S. 283-303. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10986-8_12
- Stiftung Gesundheitswissen (2020). Wie informieren sich Menschen mit Migrationshintergrund zum Thema Gesundheit? Teilergebnisse der Studie „HINTS Germany“ zum Gesundheitsinformationsverhalten in Deutschland. *Trendmonitor. Der Monitor für aktuelles Gesundheitswissen. Ausgabe 03*. https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2020_12_22_Trendmonitor_03_Migration_SGW_0.pdf [Zugriff am 15.11.2021]
- Tonassi, T. & Wittlif, A. (2021). Auf Empfang gestellt? Aktuelle Befunde zur Mediennutzung und zum Medienvertrauen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. SVR-Policy Brief 2021-2, Berlin. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2021/08/SVR_Policy-Brief_Medien.pdf [Zugriff am 15.11.2021]
- UNESCO (o. J.). ISCED Mappings. <http://uis.unesco.org/en/isced-mappings> [Zugriff am 15.11.2021]

- van Heelsum, A. (2013). The influence of interviewers' ethnic background in a survey among Surinamese in the Netherlands. In J. Font & M. Méndez (Hrsg.): *Surveying ethnic minorities and immigrant populations*, S. 111-130. Amsterdam University Press.
- Vogt, D., Messer, M., Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016). „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0519-9>
- Vogt, D., Berens, E. M., & Schaeffer, D. (2020). Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter. *Das Gesundheitswesen*, 82(05), 407-412. <https://doi.org/10.1055/a-0667-8382>
- Wächter, M., & Vanheiden, T. (2015). Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. https://www.bikup.de/wp-content/uploads/2016/07/Studie_Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen.pdf [Zugriff am 15.11.2021]
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 1030. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>
- Ward, M., Kristiansen, M., & Sørensen, K. (2019). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, 78(1), 81–95. <https://doi.org/10.1177/0017896918792700>
- Weinmann, T., Al Zahmi, A., Schneck, A., Mancera Charry, J. F., Fröschl, G., & Radon, K. (2019). Population-based assessment of health, healthcare utilisation, and specific needs of Syrian migrants in Germany: what is the best sampling method? *BMC Med Res Methodol* 19, 5. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0652-1>
- Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., & Razum, O. (2012). Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): *Altern in der Migrationsgesellschaft*, S. 38-41. https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier_altern_in_der_migrationsgesellschaft.pdf [Zugriff am 15.11.2021]
- Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., & Brzoska, P. (2018). Die Bedeutung subjektiver Krankheitsvorstellungen in der Gesundheitsversorgung am Beispiel von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund. *Ethik in der Medizin*, 30(3), 237–250. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0499-3>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Matrix des Messinstruments der allgemeinen Gesundheitskompetenz	6
Tabelle 2: Übersicht Grenzwerte Gesundheitskompetenz-Niveaus.....	7
Tabelle 3: Übersicht Parameter Interviewdurchführung des HLS-MIG	10
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung	14
Tabelle 5: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner Gesundheitskompetenz und soziodemografischen und migrationsbezogenen Faktoren.....	20
Tabelle 6: Multivariater Zusammenhang zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und soziodemografischen und migrationsbezogenen Faktoren.....	53
Tabelle 7: Multivariater Zusammenhang zwischen navigationaler Gesundheitskompetenz und soziodemografischen und migrationsbezogenen Faktoren.....	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Integriertes Modell der allgemeinen Gesundheitskompetenz	3
Abbildung 2: Allgemeine Gesundheitskompetenz.....	17
Abbildung 3: Allgemeine Gesundheitskompetenz von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund.....	18
Abbildung 4: Allgemeine Gesundheitskompetenz von Befragten mit türkischem Migrationshintergrund.....	19
Abbildung 5: Gesundheitskompetenz bei Schritten der Informationsverarbeitung	21
Abbildung 6: Anteil geringer Gesundheitskompetenz beim Finden und Verstehen von Gesundheitsinformationen in Teilgruppen in Prozent	22
Abbildung 7: Anteil geringer Gesundheitskompetenz beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen in Teilgruppen in Prozent	23
Abbildung 8: Gesundheitskompetenz in den Bereichen	24
Abbildung 9: Anteil geringer Gesundheitskompetenz in den Bereichen in Teilgruppen in Prozent.....	25
Abbildung 10: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Krankheitsbewältigung/ Versorgung: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent.....	26
Abbildung 11: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Krankheitsbewältigung/ Versorgung in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig.....	27
Abbildung 12: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Prävention: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent	29
Abbildung 13: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Prävention in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig	30
Abbildung 14: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Gesundheitsförderung: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent	31
Abbildung 15: Gesundheitsinformationsaufgaben im Bereich Gesundheitsförderung in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig.....	32
Abbildung 16: Gesundheitskompetenz und wöchentlicher Verzehr von Obst, Gemüse, Salat	34
Abbildung 17: Gesundheitskompetenz und wöchentliche körperliche Aktivität	34
Abbildung 18: Gesundheitskompetenz und Anteil Raucher*innen.....	35
Abbildung 19: Gesundheitskompetenz und Konsum alkoholischer Getränke	35
Abbildung 20: Gesundheitskompetenz und subjektiver Gesundheitszustand	36
Abbildung 21: Gesundheitskompetenz und Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten.....	37
Abbildung 22: Gesundheitskompetenz und Facharztbesuche in den letzten 12 Monaten	37
Abbildung 23: Gesundheitskompetenz und mindestens eine stationäre Krankenhausbehandlung in den letzten 12 Monaten	38
Abbildung 24: Gesundheitskompetenz und mindestens eine Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste in den letzten 24 Monaten	38
Abbildung 25: Interesse an Gesundheitsinformationen	40
Abbildung 26: Gezielte Suche nach Gesundheitsinformationen in Teilgruppen in Prozent.....	41
Abbildung 27: Bevorzugte Informationsquellen.....	42
Abbildung 28: Verständnisprobleme bei Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden.....	43

Abbildung 29: Verständnisprobleme bei Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden in Teilgruppen in Prozent	44
Abbildung 30: Nutzung fremdsprachlicher Gesundheitsinformationen	45
Abbildung 31: Schwierigkeiten beim Finden von Gesundheitsinformationen in russischer bzw. türkischer Sprache.....	46
Abbildung 32: Nutzung von gesundheitsbezogenen Informationsangeboten aus russischsprachigen Ländern bzw. der Türkei.....	46
Abbildung 33: Übersetzungsdienste für Besuche bei Ärzt:innen oder im Krankenhaus.....	47
Abbildung 34: Informationswünsche	48
Abbildung 35: Digitale Gesundheitskompetenz.....	50
Abbildung 36: Digitale Gesundheitskompetenz von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund.....	51
Abbildung 37: Digitale Gesundheitskompetenz von Befragten mit türkischem Migrationshintergrund	52
Abbildung 38: Digitale Gesundheitsinformationsaufgaben: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent	54
Abbildung 39: Digitale Gesundheitsinformationsaufgaben in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig.....	55
Abbildung 40: Nutzungshäufigkeit digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote	56
Abbildung 41: Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote in ausgewählten Teilgruppen.....	57
Abbildung 42: Orientierungsprobleme im Gesundheitswesen in Teilgruppen in Prozent	58
Abbildung 43: Navigationale Gesundheitskompetenz.....	59
Abbildung 44: Navigationale Gesundheitskompetenz von Befragten mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund.....	59
Abbildung 45: Navigationale Gesundheitskompetenz von Befragten mit türkischem Migrationshintergrund.....	60
Abbildung 46: Navigationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent	62
Abbildung 47: Navigationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig	63
Abbildung 48: Kommunikationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben: was als einfach und was als schwierig eingeschätzt wird in Prozent.....	65
Abbildung 49: Kommunikationsbezogene Gesundheitsinformationsaufgaben in ausgewählten Teilgruppen; Anteil (sehr) schwierig	66

Anhang

Tabelle A 1: Verteilung der Sampling Points je Region und Gemeindegrößenklasse

Region	Gemeinden mit unter 20.000 Einwohnern		Gemeinden mit 20.000 bis 99.999 Einwohnern		Gemeinden mit über 100.000 Einwohnern		Sampling Points insgesamt	
	Ex-SU	T	Ex-SU	T	Ex-SU	T	Ex-SU	T
Schleswig-H. & Niedersachsen	3	1	3	2	1	2	7	5
Hamburg & Bremen	0	0	0	0	2	3	2	3
Nordrhein-Westfalen	2	0	6	6	5	11	13	17
Hessen	2	1	1	2	1	2	4	5
Rheinland-Pfalz & Saarland	2	1	1	1	1	0	4	2
Baden-Württemberg	3	4	3	3	2	2	8	9
Bayern	3	3	2	1	2	2	7	6
Berlin	0	0	0	0	2	3	2	3
Ostdeutschland (ohne Berlin)	1	0	1	0	1	0	3	0
Deutschland insgesamt	16	10	17	15	17	25	50	50

Ex-SU: Stichprobe mit ex-sowjetischem Migrationshintergrund

T: Stichprobe mit türkischem Migrationshintergrund

Kontakt

Universität Bielefeld
Interdisziplinäres Zentrum für
Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de

Stand: Januar 2022