

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Health Literacy bei älteren Menschen
– Konsequenzen für die Stärkung der Nutzerkompetenz

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
„Doctor of Public Health“

vorgelegt von Dominique Vogt

Erstgutachterin: Prof. Dr. Doris Schaeffer
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Gudrun Quenzel
Pädagogische Hochschule Vorarlberg

Bielefeld, April 2017

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier nach DIN ISO 9706

ABSTRACT

Hintergrund:

Health Literacy/Gesundheitskompetenz¹ ist ein aus dem angloamerikanischen Raum stammendes Konzept, das zunehmend Beachtung in Deutschland findet. Besonders ältere Menschen sind auf Gesundheitskompetenz angewiesen, um chronische Erkrankungen und Funktionseinbußen managen und ihre meist komplexe gesundheitliche Situation bewältigen zu können. Internationale Studien deuten jedoch an, dass ältere Menschen ab 65 Jahren oft eine niedrige Gesundheitskompetenz haben. In Deutschland fehlt eine entsprechende empirische Datenbasis und mangelt es an Erkenntnissen über die Gesundheitskompetenz älterer Menschen und ebenso darüber, welche demografischen, sozio-ökonomischen Determinanten mit niedriger Gesundheitskompetenz zusammenhängen. Ziel der vorliegenden Arbeit² ist daher zur Schaffung einer empirischen Datengrundlage beizutragen, die für die Erarbeitung von Interventionskonzepten zur Stärkung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz genutzt werden kann.

Methode:

Den empirischen Analysen der Dissertation liegt eine repräsentative Querschnitterhebung zur Health Literacy der Bevölkerung in Deutschland zugrunde. Die Befragung erfolgte mit Hilfe computer-assistierter-persönlicher Interviews (CAPI). Zur Messung der Gesundheitskompetenz wurde die deutschsprachige Langversion des HLS-EU-Q47 eingesetzt. Deskriptive Statistik, bivariate Analyse und logistische Regression wurden zur Ermittlung des Health-Literacy-Niveaus in der Gesamtstichprobe und differenziert nach Altersgruppen durchgeführt.

Ergebnisse:

Mehr als die Hälfte (51,1 %) der älteren Menschen ab 65 Jahren hat ein problematisches Health-Literacy-Niveau. Weitere 15,2 Prozent verfügen über eine inadäquate Gesundheitskompetenz. Besonders Menschen ab 76 Jahren haben häufig Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und weisen eine niedrige Gesundheitskompetenz (75,5 %) auf. Finanzielle Deprivation ist in der Gesamtstichprobe und differenziert nach Altersgruppen der stärkste Prädiktor für ein niedriges Health-Literacy-Niveau.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit werden die Begriffe ‚Health Literacy‘ und ‚Gesundheitskompetenz‘ in der vorliegenden Dissertation synonym verwendet. Allerdings ist darauf zu verweisen, dass im deutschsprachigen Raum weitere Begriffe für Health Literacy existieren (Gesundheitswissen; Gesundheitsalphabetisierung) und zugleich noch kein Konsens für die deutsche Übersetzung des Begriffs besteht (siehe hierzu Vogt et al. 2016).

² Die vorliegende Dissertation ist im Rahmen der Forschungskoooperation „Nutzerorientierte Versorgung bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit“ der Universität Bielefeld und der Fachhochschule Bielefeld entstanden. Gefördert wurde die Forschungskoooperation ab 2013 bis Ende 2016 vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW.

Diskussion und Fazit:

Die vorgestellte Untersuchung liefert erstmals repräsentative Daten zum Health-Literacy-Niveau älterer Menschen in Deutschland und differenziert dabei nach Altersgruppen. Sie leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Studienlage. Besonders hochaltrigen Menschen muss bei der Interventionsentwicklung Beachtung geschenkt werden. Dabei ist erforderlich sowohl auf der individuellen Ebene anzusetzen und persönliche Gesundheits- und Nutzerkompetenz zu stärken und den sozialen Kontext einbeziehen wie auch Interventionen zu erarbeiten, die auf die strukturelle Ebene und die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen und -organisationen zielen.

Inhaltsverzeichnis

LISTE DER EINBEZOGENEN PUBLIKATIONEN	4
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	7
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	7
1 HINTERGRUND.....	8
2 HEALTH LITERACY – theoretisch-/konzeptionelle Einordnung	10
3 HEALTH LITERACY BEI ÄLTEREN MENSCHEN – Empirische Befunde	15
3.1 Determinanten niedriger Health Literacy	17
3.2 Konsequenzen für die vorliegende Untersuchung	18
4 METHODISCHES VORGEHEN.....	20
4.1 Erhebungsinstrument.....	21
4.2 Datenerhebung	25
4.3 Datenanalyse	25
5 ERGEBNISSE	26
5.1 Stichprobenbeschreibung	26
5.2 Health-Literacy-Niveau älterer Menschen.....	26
5.3 Prävalenz niedriger Health Literacy bei älteren Menschen differenziert nach Altersgruppen ..	27
5.4 Health Literacy und demografische und sozio-ökonomische Determinanten	28
6 DISKUSSION	30
6.1 Diskussion der Ergebnisse	30
6.2 Schlussfolgerungen für die weitere wissenschaftliche Diskussion	37
7 FAZIT.....	44
LITERATURVERZEICHNIS	46
ANHANG	58
Erklärungen.....	58
Danksagung.....	59

LISTE DER EINBEZOGENEN PUBLIKATIONEN

Manuskript 1

Vogt, D./Messer, M./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): Health Literacy: ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? Prävention und Gesundheitsförderung 11(1): 46-52.

Manuskript 2

Messer, M./Vogt, D./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): Health Literacy bei vulnerablen Zielgruppen: Entwicklung und Konzeption des HLS-NRW-Q-Fragebogens. Prävention und Gesundheitsförderung 11(2): 110-116.

Manuskript 3

Berens, E./Vogt, D./Messer, M./Schaeffer, D./Hurrelmann, K. (2016): Health literacy among different age groups: results of a cross-sectional survey from Germany. BMC Public Health 16: 1151.

Manuskript 4

Vogt, D./Berens, E./Messer, M./Schaeffer, D./Hurrelmann, K. (2017): Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. Health Promotion International. DOI: 10.1093/heapro/dax012

WEITERE PUBLIKATIONEN ZUM THEMA

Schaeffer, D./Berens, E./Vogt, D. (2017): Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Deutsches Ärzteblatt 114(4): 53-60.

Schmidt-Kaehler, S./Vogt, D./Berens, E./Horn, A./Schaeffer, D. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe: Göttingen (u.a.).

Messer, M./Vogt, D./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2017): Health Literacy und Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe: Göttingen (u.a.).

Quenzel, G./Messer, M./ Schaeffer, D./Vogt, D. (2017): Health Literacy bei vulnerablen Gruppen. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe: Göttingen (u.a.).

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht, Bielefeld. DOI: 10.2391/0070-pub-29081112.

Quenzel, G./Schaeffer, D./Vogt, D. (2016): Unterschiede der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedriger Bildung, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund. Das Gesundheitswesen 78(11): 708-710.

Quenzel, G./Schaeffer, D./Messer, M./Vogt, D. (2015): Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. Einflussfaktoren und Folgen. Bundesgesundheitsblatt 58(9): 951-957.

Horn, A./Vogt, D./Messer, M./Schaeffer, D. (2015): Health Literacy bei Menschen mit Migrationshintergrund – Hintergrund und Beispiel für Good Practice. Schwerpunktheft „Migration und Gesundheit“ des Bundesgesundheitsblattes 58(6): 577-583.

Messer, M./Vogt, D./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2015): Health Literacy bei Menschen mit Migrationshintergrund. Public Health Forum 23(2): 121-123.

Quenzel, G./Schaeffer, D./Messer, M./Vogt, D. (2015): Literalität und Gesundheit. Public Health Forum 23(1): 19-20.

Messer, M./Vogt, D./Quenzel, G./Hurrelmann, K./Schaeffer, D. (2015): Wie bewerten Bürger in Deutschland ihre eigene Health Literacy? *Das Gesundheitswesen* 77(04): 284-285.

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Konzeptuelles und logisches Modell von umfassender Health Literacy (Sørensen et al. 2012)
Abbildung 2:	Konzeptuelles Modell zur Erhebung von Health Literacy bei älteren Menschen; basierend auf dem konzeptuellen Modell des HLS-GER (Schaeffer et al. 2016)
Abbildung 3:	Modifiziertes konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen; basierend auf (Sørensen et al. 2012; Messer et al. 2016; Schaeffer et al. 2016)
Tabelle 1:	Matrix des Health-Literacy-Instruments

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bzw.	Beziehungsweise
ex.	Exemplarisch
ggf.	gegebenenfalls
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
NAAL	National Assessment of Adult Literacy
NALS	National Adult Literacy Survey
NVS	Newest Vital Sign
REALM	Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine
S.	Seite
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche

1 HINTERGRUND

Das Phänomen alternder Gesellschaften lässt sich global beobachten. Mit dem Rückgang der Geburtenrate und der Zunahme der Lebenserwartung wächst weltweit der Anteil an Personen im höheren Lebensalter in der Bevölkerung (United Nations 2015; Statistisches Bundesamt 2015). Im Jahr 2015 waren 12 Prozent der Weltbevölkerung 60 Jahre oder älter (United Nations 2015). Besonders Deutschland ist vom demografischen Wandel betroffen und ist aktuellen Zahlen zufolge das Land mit der zweitältesten Bevölkerung (United Nations 2015; Statistisches Bundesamt 2015). Ein Fünftel der deutschen Bevölkerung ist 65 Jahre³ alt oder hat dieses Alter bereits überschritten (Statistisches Bundesamt 2015). Der Anteil älterer Menschen ab 65 Jahren wird hierzulande in den kommenden Jahrzehnten weiter ansteigen. Bis 2060 wird Bevölkerungsprognosen zufolge erwartet, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland mindestens 65 Jahre sein wird. Auch der Anteil hochaltriger Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen (Statistisches Bundesamt 2015).

Die Zunahme der Lebenserwartung hat zugleich eine Kehrseite: Der Gewinn an Lebenszeit ist nicht zwingend gleichbedeutend mit gesunden Lebensjahren. Denn besonders im hohen Alter steigt das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen, dauerhafter Funktionseinschränkungen und chronischer Krankheiten (Lampert et al. 2016; RKI 2015; SVR 2012; WHO 2015). Bereits heute dominieren lang andauernde Krankheiten das Krankheitsbild älterer Menschen. Mehr als die Hälfte der ab 65-Jährigen hat aktuellen Daten zufolge mindestens eine chronische Krankheit (Nowossadeck 2012). Häufig sind ältere Menschen von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen, leiden also unter Multimorbidität. Etwa 70 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und sogar knapp 80 Prozent der ab 75-Jährigen haben mindestens zwei chronische Krankheiten (RKI 2015). Dabei dominieren Herzkreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Stoffwechselerkrankungen und Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates das Krankheitsbild der älteren Menschen (Nowossadeck/Nowossadeck 2011; RKI 2015; Scheidt-Nave 2010, S.2.e1; WHO 2015).

³ In der vorliegenden Dissertation werden Menschen im Alter von 65 Jahren und älter als ‚ältere Menschen‘ bezeichnet. Wird zugleich von älteren, alten und hochaltrigen Menschen gesprochen, sind folgende Altersgruppen gemeint: Die Bezeichnung ‚alte Menschen‘ wird – in Anlehnung an die Altersgruppeneinteilung der Untersuchung – bei 71-75-Jährigen verwendet. Menschen im Alter von 76 Jahren und älter werden als hochaltrig bezeichnet.

Ältere Menschen sind somit häufig vor die Herausforderung gestellt, in ihrem täglichen Leben komplexe Gesundheitssituationen bewältigen und chronische Erkrankungen managen zu müssen. Dabei sind die Erkrankten gefordert, sich in einem zunehmend unübersichtlicher werdenden Gesundheitssystem zurechtfinden, mit verbalen oder schriftlichen gesundheits- und krankheitsrelevanten Informationen umgehen, Hinweise von Gesundheitsprofessionen umsetzen und komplizierte Medikamentenregimes handhaben zu müssen – um nur einige der an sie gestellten Aufgaben zu nennen (Haslbeck/Schaeffer 2007, S.85; Lorig/Holman 2003; Schaeffer 2017). Zugleich wird den Erkrankten – wie in der Debatte um den Wandel der Patientenrolle⁴ bereits seit Langem gefordert wird – ein aktiverer Part an der Versorgung zugeschrieben. Sie sind gefordert, als Koproduzent zu agieren, sich informiert an den zahlreich zu treffenden Entscheidungen zu beteiligen und aktiv für ihre Anliegen und Wünsche einzutreten (Bauer et al. 2005; Dierks/Schwartz 2003; Gerlinger 2009; Horch et al. 2011; SVR 2012; SVR 2000/01).

Diese Aufgaben zu bewältigen und die an die Rolle des aktiven Nutzers⁵ gestellten Anforderungen zu erfüllen, erfordert entsprechende Gesundheits- und Nutzerkompetenz (Horch et al. 2011; Müller-Mundt/Schaeffer 2012; Schaeffer 2017). Allerdings ist in Deutschland bislang noch wenig über die Gesundheitskompetenz der älteren Bevölkerung – international als Health Literacy bezeichnet – bekannt. Erst langsam hält das Thema Gesundheitskompetenz Einzug in die hiesige gesundheitswissenschaftliche Diskussion. Inzwischen existieren erste Studien zur Health Literacy der Bevölkerung und von einzelnen Bevölkerungsgruppen in Deutschland (Jordan/Hoebel 2015; Quenzel/Schaeffer 2016; Schaeffer et al. 2016; Tiller et al. 2015; Zok 2014), ebenso erste Aktivitäten zur Stärkung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz wie die Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans (Schaeffer et al. 2017c) oder die Gründung einer Allianz zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ergebnisse bisheriger Arbeiten betonen die Bedeutung der Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bzw. der Nutzer des Gesundheitssystems. Denn nur so seien sie in der Lage, die im Alltag nötigen Entscheidungen zur Erhaltung und/oder Förderung ihrer Gesundheit zu treffen.

⁴ Der Wandel der Patientenrolle und die Stärkung der Nutzerkompetenz und -position werden in den Gesundheitswissenschaften seit geraumer Zeit postuliert (Bauer et al. 2005; Dierks/Schwartz 2003; Gerlinger 2009; Horch et al. 2011; SVR 2000/01). Im Kern dieser Debatte geht es darum, dass der Patient sich aus seiner zunächst zugeschriebenen Rolle als passiver, unmündiger und leidender Kranker herauslöst und zu einem aktiven, autonomen Nutzer des Gesundheitssystems wird (Dierks/Schwartz 2003; Parsons 1968; Schaeffer 2004).

⁵ Hier und im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind jedoch jeweils beide Geschlechter.

fen (Sørensen et al. 2012). Dies gilt im Besonderen für ältere Menschen, da sie – wie die skizzierten demografischen und epidemiologischen Entwicklungen zeigen – auf gute Gesundheits- und Nutzerkompetenzen angewiesen sind, um ihre (verbliebenen) gesundheitlichen Ressourcen und ihre gesundheitliche Situation stabil zu halten und auf diese Weise Funktionsverluste, chronische Krankheiten und auch Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern.

Jedoch fehlt es hierzulande an empirischen Daten über die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und vor allem über ältere Menschen. Genau hier liegt der Anknüpfungspunkt der vorliegenden Dissertation: Intention ist es, einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke und zur Schaffung einer empirischen Datenbasis zu leisten, die für die Entwicklung von Interventionen zur Förderung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz genutzt werden kann.

Im Folgenden wird das Health Literacy-Konzept zunächst theoretisch-/konzeptionell verortet.

2 HEALTH LITERACY – *theoretisch-/konzeptionelle Einordnung*

Health Literacy⁶ stellt ein aus den USA stammendes Konzept dar, das auf die dortige Alphabetisierungsdebatte zurückgeht. Im Laufe der Diskussionen unterlag es etlichen konzeptionellen Wandlungen und Erweiterungen und hat sich von einem individuen- und defizitorientierten Konzept, das der medizinisch-klinischen Perspektive verhaftet und auf Complianceaspekte konzentriert war, zu einem umfassenden, multidimensionalen Public-Health-orientierten Konzept weiterentwickelt⁷.

Die definitorisch-konzeptionelle Diskussion über Health Literacy hält bis heute an. Einem kürzlich veröffentlichten systematischen Review zufolge existieren derzeit 250 verschiedene

⁶ Das Health-Literacy-Konzept ist wie die konzeptionellen Ausführungen zeigen von weiteren ähnlich gelagerten Ansätzen wie Selbstmanagement abzugrenzen. Selbstmanagement chronischer Erkrankungen „[...] refers to individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychological consequences and life style changes inherent in living with a chronic condition“ (Barlow et al. 2002: 178). Health Literacy wird in diesem Kontext als wesentliche Voraussetzung verstanden.

⁷ Die Health-Literacy-Definitionen unterscheiden sich hinsichtlich Anzahl und Art der einbezogenen Fähigkeiten und Kompetenzen, ebenso dem Kontext, in dem sie genutzt werden und ihrem Ziel (Malloy-Weir et al. 2016; Sørensen et al. 2012).

Health-Literacy-Definitionen (Malloy-Weir et al. 2016). Im Folgenden werden die wichtigsten Schritte der definitorischen und konzeptionellen Diskussion kurz skizziert⁸.

Den ersten Definitionen lag ein traditionelles, funktionales Konzeptverständnis zugrunde (ex. Parker et al. 1995). Fokussiert wurden literale Fähigkeiten und die Kompetenz, diese zu nutzen, um gesundheitsrelevante Informationen oder Hinweise wie Terminvereinbarungen, Rezepte, Medikamentenverpackungsbeilagen und Therapiehinweise zu verstehen. Dies zeigt die Definition von Parker et al. (1995: 357) anschaulich: *„Adequate functional health literacy means being able to apply literacy-skills to health-related materials such as prescriptions, appointment cards, medicine labels, and directions for home health care“*.

Ein bedeutsamer Entwicklungsschritt wurde von Selden et al. (2000) geleistet. Ihrer Definition zufolge beinhaltet Health Literacy über funktionale Fähigkeiten hinausgehende Kompetenzen. Dazu zählen die Autoren beispielsweise die Kompetenzen, sich Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen zu verschaffen, diese verstehen, um darauf basierend angemessene Entscheidungen zur Erhaltung der Gesundheit treffen zu können (Selden et al. 2000). Auch änderte sich das Ziel: Angestrebt wurde nicht mehr ausschließlich die Sicherung von Compliance, sondern die Entscheidungsfindung⁹ (ebd.). Der Begriff des ‚Patienten‘ wurde damit einhergehend durch den des Individuums ersetzt (Selden et al. 2000). Ihre Definition ist in den USA weitverbreitet und wurde von nationalen Institutionen adaptiert (Nielsen-Bohlman et al. 2004).

Einer der wohl wichtigsten Schritte erfolgte dadurch, dass das Konzept nicht mehr nur in der Medizin, sondern verstärkt im Public Health Bereich rezipiert wurde, denn damit einhergehend vollzog sich ein Perspektivwechsel in der Diskussion (Nutbeam 1998). Health Literacy wird seither nicht mehr ausschließlich auf individueller Ebene, sondern vielmehr populationsbezogen betrachtet. Auch wurde die medizinisch-klinische und zugleich defizitorientierte Sichtweise durch eine ressourcenorientierte Perspektive abgelöst. Dies schlägt sich in der da-

⁸ Die ausführliche Erörterung der konzeptionellen Entwicklung von Health Literacy erfolgt in Manuskript 1 (siehe hierzu Vogt et al. 2016).

⁹ Dies wird in der Definition von Selden et al. (2000) explizit formuliert. Health Literacy ist ihnen zufolge *„[...] the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.“*

zu entwickelten Definition nieder. Health Literacy wurde im ‚Health Promotion Glossary‘ der World Health Organization (WHO) wie folgt definiert:

„Health Literacy represents the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments” (Nutbeam 1998: 357).

Nutbeam formuliert hier explizit, dass das Konzept mehr beinhaltet, als die bloße Nutzung literaler Fähigkeiten für die Rezeption gesundheitsrelevanter Informationen. Durch diese Erweiterung des Konzepts erhielt die theoretisch-konzeptionelle Diskussion neue Impulse, und zugleich wurden weitere Forschungsperspektiven eröffnet (genauer siehe Vogt et al. 2016).

Wichtig zu erwähnen ist die Weiterentwicklung zu einem *relationalen Verständnis* von Health Literacy. Hintergrund dieser Debatte ist die Kritik, dass in den meisten Definitionen und konzeptionellen Ansätzen ausschließlich das Individuum und seine persönlichen Fähigkeiten fokussiert werden und der soziale Kontext, in dem das Individuum agiert und seine persönlichen Fähigkeiten nutzt, unbeachtet bleibt. Konsequenterweise wird Health Literacy diesem Ansatz zufolge als sich aus persönlichen Kompetenzen *und* situativen Anforderungen bzw. der Komplexität¹⁰, der an ein Individuum gestellten Aufgaben und Anforderungen, beeinflusst definiert (Parker 2009; Parker/Ratzan 2010; Pelikan/Ganahl 2017, S.96). Dieses Konzeptverständnis orientiert sich dabei an grundlegenden Annahmen über *Kommunikation* bzw. darüber (i) wie Information disseminiert (ii) und wie sie auf der anderen Seite von einem Individuum verstanden wird (Parker 2009, S.91). Gemeint ist u.a., dass die persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen Informationen zu lesen, zu verstehen und auf ihrer Basis zu handeln, zugleich an die *„[...] clarity and complexity of the required text“* geknüpft sind (Parker/Ratzan 2010: 28). Niedrige Gesundheitskompetenz bedeutet demzufolge nicht nur das Fehlen persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, sondern spiegelt auch zu hohe Komplexität von Information oder auch poten-

¹⁰ Auch weitere Experten lehnen sich an dieses Konzeptverständnis an. Kwan et al. greifen Anforderungen, die sich in verschiedenen gesundheitlichen Kontexten für Individuen ergeben, explizit in ihrer Health-Literacy-Definition auf: *„Health literacy is the degree to which people are able to access, understand, appraise and communicate information to engage with the demands of different health contexts to promote and maintain health across the life-course“* (Kwan et al. 2006: ii).

zielle Kommunikationsprobleme mit Gesundheitsprofessionen oder aber nutzerunfreundliche Systembedingungen wider (Parker/Ratzan 2010, S.28). Die individuelle und die situative bzw. strukturelle Ebene werden diesem Konzeptverständnis folgend gleichermaßen in den Blick genommen. Ganz in diesem Sinn betont auch Rudd die hohe Bedeutung der Berücksichtigung des sozialen Kontextes, in dem das Individuum seine Fähigkeiten und Kompetenzen nutzt (Rudd 1999; Rudd/Anderson 2006; ähnlich Nutbeam 2000).

Auch dadurch wurde die theoretisch-konzeptionelle Diskussion weiter stimuliert. Ein vorerst letzter wichtiger Schritt der Konzeptentwicklung erfolgt mit der umfassenden, multidimensionalen Definition und dem dazu gehörigen konzeptuellen und logischen Modell des European Health Literacy Survey (HLS-EU). Um zu einer Synthese bisheriger konzeptioneller Ansätze zu gelangen, wurde ein systematisches Review durchgeführt und darin die vorliegenden Health-Literacy-Definitionen und konzeptionellen Modelle analysiert (Sørensen et al. 2012). Auf ihrer Basis erfolgte die Entwicklung eines neuen konzeptuellen und logischen Modells und ebenso einer neuen Definition (HLS-EU Consortium 2012; Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2012). Sie lautet:

„Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ (Sørensen et al. 2012: 3).

Literalität ist danach eine wesentliche Voraussetzung von Gesundheitskompetenz. Zugleich beinhaltet sie auch das Wissen, Motivation und Kompetenzen, die Individuen dazu befähigen, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen – mit dem Ziel, die Lebensqualität während des Lebensverlaufs zu erhalten oder zu verbessern. Die Definition orientiert sich an dem Konzeptverständnis von Parker (2009) und Parker und Ratzan (2010) und bezieht den sozialen Kontext ein, in dem das Individuum agiert (Pelikan/Ganahl 2017). Die Dimensionen der Informationsverarbeitung beziehen sich auf drei Bereiche: Krankheitsbewältigung/-versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung.

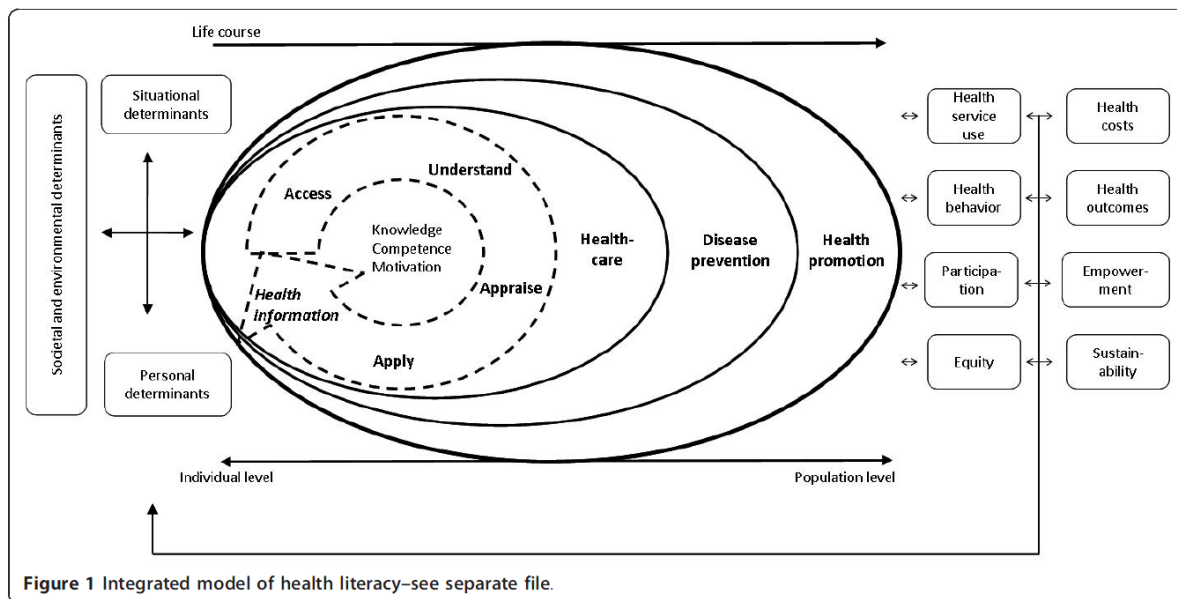


Abbildung 1: Konzeptuelles und logisches Modell von umfassender Health Literacy (Sørensen et al. 2012: 9)

Das konzeptionelle Modell beruht außerdem auf Erkenntnissen bisheriger Konzeptdiskussionen und vorliegenden Forschungsbefunden und baut auf ihnen auf (Abbildung 1) (HLS-EU Consortium 2012; Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2012). Es beinhaltet daher auch Determinanten, die möglicherweise mit Health Literacy zusammenhängen. Dazu gehören sowohl persönliche und sozio-ökonomische Faktoren (u.a. Bildung, Geschlecht) als auch gesundheitliche Indikatoren (u.a. Nutzung des Versorgungssystems, Gesundheitsverhalten).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Health-Literacy-Konzept etlichen Weiterentwicklungen unterlag. Dabei bildet das als letztes entwickelte Modell des HLS-EU einen wichtigen Schritt, denn ihm liegt ein integriertes, umfassendes Konzeptverständnis zugrunde. Deshalb wird es als vielversprechend angesehen – auch für die vorliegende Untersuchung.

Im folgenden Kapitel wird zunächst der Frage nachgegangen, welche bisherigen empirischen Befunde zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen vorliegen.

3 HEALTH LITERACY BEI ÄLTEREN MENSCHEN – *Empirische Befunde*

Vorliegende empirische Studien¹¹ zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen stammen primär aus dem angloamerikanischen Raum (ex. Chesser et al. 2016; Kobayashi et al. 2016; Zamora/Clingerman 2011). Zumeist handelt es sich um Studien, in denen untersucht wurde, mit welchen sozio-ökonomischen Determinanten oder gesundheitlichen Indikatoren Health Literacy zusammenhängt (Chesser et al. 2016; Kobayashi et al. 2016; Wolf et al. 2010; Zamora/Clingerman 2011). Ältere Menschen werden nur vereinzelt differenziert betrachtet, sondern in der Regel als homogene Gruppe einbezogen (Baker et al. 2007; Baker et al. 2002; Baker et al. 2000; Federman et al. 2014; Federman et al. 2009; Gazmarmarian et al. 1999). Anders formuliert: Die Lebensphase ‚Alter‘ wird in der Health-Literacy-Forschung bislang wenig differenziert untersucht, obschon die Ausdifferenzierung des Alters in der Gerontologie und Geriatrie bereits seit Jahren diskutiert wird (Rott/Jopp 2012).

Bei einer Betrachtung der vorliegenden Studien zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen fällt auf, dass sie eine hohe Prävalenz niedriger Health Literacy andeuten. Allerdings variiert der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz aufgrund unterschiedlicher Samplegröße und je nach eingesetztem Messinstrument¹² sowie der unterschiedlichen Einteilung der Altersgruppen (Bennett et al. 1999; Gausman Benson/Foreman 2002; Ganzer et al. 2012; Gerber et al. 2010; Kirk et al. 2012; McDougall et al. 2012; Mosher et al. 2012; Williams et al. 1998; Wolf et al. 2010). Nur vereinzelt wird die Prävalenz niedriger Health Literacy älterer Menschen differenzierter betrachtet. Angedeutet wird bestenfalls, dass der Anteil niedriger Health Literacy im Alter steigt und bei Hochaltrigen deutlich höher ist als bei den sogenannten ‚jungen Alten‘ (Baker et al. 2007; Baker et al. 2002; Baker et al. 2000; Federman et al. 2014; Gaz-

¹¹ Der Ursprung des Health-Literacy-Konzepts in der Alphabetisierungsdebatte wirft die Fragen auf, welche Erkenntnisse bislang über funktionale, literale Fähigkeiten in der Bevölkerung vorliegen. Dazu gibt es einige länderübergreifende und länderspezifische Surveys (ex. Kirsch et al. 1993; Kirsch et al. 2002). Ihre Ergebnisse geben Auskunft über das Ausmaß der Literalität in der Bevölkerung. Zwar sind geringe literale Fähigkeiten wichtige Indikatoren für eine niedrige Health Literacy. Jedoch geht es in der vorliegenden Dissertation um die umfassende Gesundheitskompetenz älterer Menschen, also explizit um über funktionale, literale hinausgehende Fähigkeiten. Daher werden Ergebnisse aus Literalitätsstudien nicht berücksichtigt.

¹² In den meisten Studien wurde Health Literacy mit Hilfe folgender Messinstrumente erfasst: The Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R), Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) und der Newest Vital Sign (NVS) (Chesser et al. 2016; Zamora/Clingerman 2011). Bei den vorliegenden Befunden ist somit zu beachten, dass sie zumeist auf einem funktionalen Konzeptverständnis basieren und Health Literacy mit eben solchen Instrumenten erhoben wurde – also ausschließlich persönliche Fähigkeiten. Zudem wurden hier zum Teil nur einzelne Patientengruppen betrachtet (Baker et al. 2002).

marmarian et al. 1999). Trotz dieser Hinweise stehen vertiefende Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz im hohen Alter bzw. bei hochaltrigen Menschen bislang aus.

Neben diesen altersspezifischen Studien liefern auch bevölkerungsrepräsentative Surveys Hinweise zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen (Australian Bureau of Statistics 2008; Bieri et al. 2015; HLS-EU Consortium 2012; Kutner et al. 2006; Rootman/Gordon-El-Bihbety 2008). Übereinstimmend zeigen sie, dass ältere Menschen ab 65 Jahren ein deutlich niedrigeres Health-Literacy-Niveau haben als Erwachsene im mittleren Alter oder jüngere Menschen¹³. Zwar liegt solchen Surveys häufig ein umfassenderes Konzeptverständnis und Erhebungsinstrument zugrunde als den kleineren altersspezifischen Studien, allerdings – und das ist die Krux – werden ältere Menschen in den bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen in der Regel ebenfalls als homogene Altersgruppe (65+) in den Blick genommen und nicht differenziert nach Altersgruppen und -phasen betrachtet. Eine Ausnahme bildet der HLS-EU. Er identifizierte auch hochaltrige Personen im Alter ab 76 Jahren als vulnerable Gruppe: 60,8 Prozent der im HLS-EU befragten Hochaltrigen verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz und haben erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen (HLS-EU Consortium 2012, S.55). Jedoch blieb auch hier eine weitere daran anknüpfende vertiefende Betrachtung älterer und alter Menschen aus.

Health Literacy bei älteren Menschen – Studienlage in Deutschland

In Deutschland stellt sich die Studienlage noch defizitärer dar: Denn hier liegen – wie erwähnt – bislang kaum empirische Daten über die Gesundheitskompetenz älterer Menschen vor. Lediglich eine auf vulnerable Gruppen ausgerichtete Health-Literacy-Studie lässt vermuten, dass vor allem ältere Menschen mit Migrationshintergrund über eine niedrige Gesundheitskompetenz verfügen (Quenzel/Schaeffer 2016). Jedoch erfolgte auch in dieser Studie keine differenzierte Untersuchung der unterschiedlichen Altersgruppen¹⁴.

¹³ Laut Ergebnissen des National Assessment of Adult Literacy (NAAL) fehlt es etwa einem Drittel der Älteren an Kompetenzen, um beispielsweise einen Termin für eine medizinische Untersuchung auf einem Informationsblatt zu identifizieren oder relevante Informationen auf einem ihnen ausgehändigten medizinischen Formular zu verstehen und zu nutzen (Kutner et al. 2006). In Kanada sieht es ähnlich aus: Der Anteil niedriger Health Literacy bei älteren Menschen ab 66 Jahren liegt bei über 60 Prozent (Rootman/Gordon-El-Bihbety 2008, S.15). In Australien sind mehr als 80 Prozent der 65 bis 74-Jährigen nicht ausreichend health literate – sie erreichten lediglich Level 1 oder Level 2 (Australien Bureau of Statistics 2008, S.8).

¹⁴ Es wurden in dieser Studie ausschließlich Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren und ebenso bildungsferne Jugendliche befragt.

Der zuvor bereits erwähnte HLS-EU liefert ebenfalls einige Hinweise für Deutschland: 53,9 Prozent der über 76-Jährigen in Deutschland (NRW) haben den Ergebnissen zufolge ein limitiertes Health-Literacy-Niveau (HLS-EU Consortium 2012). Allerdings ist anzumerken, dass Deutschland lediglich mit einem Bundesland (NRW) am HLS-EU beteiligt war und in dieser Studie ausschließlich EU-Bürger befragt wurden.

Eine weitere aus Deutschland stammende Befragung erfolgte ausschließlich unter gesetzlich Versicherten (Zok 2014). In der GEDA-Studie des Robert-Koch-Instituts wurden ebenfalls Daten zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen erhoben. Auch sie deuten an, dass es älteren Menschen häufig an ausreichender Gesundheitskompetenz mangelt (Jordan/Hoebel 2015). In beiden Studien wurden ältere Menschen jedoch ebenfalls als homogene Gruppe und nicht altersdifferenziert betrachtet. Zudem wurde die Gesundheitskompetenz mit der Kurzversion eines Messinstruments (HLS-EU-Q16) erfasst (Jordan/Hoebel 2015; Zok 2014). Dieses bildet vermutlich nicht alle für ältere Menschen wichtige Komponenten der Gesundheitskompetenz ab. Ähnliches gilt für die jüngst veröffentlichte Kohortenstudie ‚CARLA‘ (Tiller et al. 2015).

Der Abriss verdeutlicht, dass in Deutschland noch weitreichende Forschungslücken zum Thema Gesundheitskompetenz älterer Menschen bestehen. Dennoch deutet sich an, dass ältere Menschen zu den vulnerablen Gruppen mit niedriger Gesundheitskompetenz gehören. Daher stellt sich vor dem Hintergrund der bislang vorliegenden Befunde bereits jetzt die Frage, welche Determinanten niedrige Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen erklären.

3.1 Determinanten niedriger Health Literacy

Zur Beantwortung dieser Frage können Hinweise aus der angloamerikanischen Forschung herangezogen werden. Besonders Bildungsstand, Einkommen und Migrationshintergrund werden dort als erklärende Determinanten¹⁵ für niedrige funktionale Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen angeführt (ex. Chesser et al. 2016). Jedoch ist die Befundlage nicht eindeutig. Während der Bildungsstand in einigen Studien mit funktionaler Health Literacy assoziiert war (Wolf et al. 2010; Wolf et al. 2005), ließ sich in weiteren Untersuchungen kein Zu-

¹⁵ Darüber hinaus wird auf die Bedeutung *psycho-sozialer Faktoren* wie Selbstwirksamkeit, Coping und Selbstbewusstsein für die Health Literacy älterer Menschen hingewiesen (Cornett 2006).

sammenhang nachweisen¹⁶ (Mc Dougall et al. 2012). Manche Experten betonen auch einen bestehenden Altersgradienten im Lebensverlauf: ‚*health literacy worsens with increasing age*‘ (Baker et al. 2000; Cutilli 2007; Ganzer et al. 2012; Kobayashi et al. 2016; Patel et al. 2011; Wolf et al. 2010). Altersbedingte Veränderungen wie die Verschlechterung kognitiver¹⁷ und körperlicher Fähigkeiten¹⁸, die sich häufig im höheren Lebensalter manifestieren, werden dabei als mögliche Ursachen diskutiert (Baker et al. 2002; Chesser et al. 2016; Cornett 2006; Federman et al. 2009; Howard et al. 2006; Levinthal et al. 2008; Speros 2011; Speros 2009).

Anzumerken ist einschränkend, dass ältere Menschen auch in diesen Studien nicht altersdifferenziert betrachtet wurden. Zudem liegt ihnen meist ein funktionales Konzeptverständnis zugrunde. In Deutschland mangelt es über das Thema Gesundheitskompetenz und auch erklärender Determinanten niedriger Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen an entsprechenden Erkenntnissen.

3.2 Konsequenzen für die vorliegende Untersuchung

Festzuhalten bleibt somit vor dem Hintergrund der dargestellten Forschungsbefunde, dass die vorliegenden Studien auf einen höheren Anteil niedriger Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen hinweisen. Allerdings fällt auf, dass kaum vertiefende altersdifferenzierte Untersuchungen existieren. Überwiegend wird die Gruppe der ab 65-Jährigen untersucht, ohne der Ausdifferenzierung des Alters Rechnung zu tragen und nach Altersgruppen zu unterscheiden. Zudem stammen viele Studien zur Gesundheitskompetenz im Alter aus den USA und beziehen sich auf das dortige Gesundheitssystem. Diese Ergebnisse generieren zwar wichtige erste Hinweise. Doch bleibt die Aussagekraft der Ergebnisse für andere Länder, so auch für Deutschland, fraglich (Eichler et al. 2009, S.314). Darüber hinaus beruht die Mehrzahl der Befunde auf einem funktionalen Konzeptverständnis.

¹⁶ An dieser Stelle sei nochmal betont, dass sich die Messinstrumente zur Erhebung von Health Literacy in den Studien oftmals unterscheiden und dies die zum Teil nicht eindeutige Studienlage bedingen kann.

¹⁷ Kognitive Fähigkeiten sind maßgeblich dafür verantwortlich, wie Informationen aufgenommen, verstanden und wiedergegeben werden (Craik/Byrd 1982; Cornett 2006). Mit zunehmendem Alter lassen kognitive Fähigkeiten häufig nach und das führt dazu, dass älteren Menschen schwieriger fällt, neue Informationen zu rezipieren und zu verarbeiten (Beier/Ackermann 2005).

¹⁸ Auch Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens erschweren älteren Menschen die Aufnahme und Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (Cornett 2009).

Somit fehlt in Deutschland bislang eine ausreichende empirische Datenbasis über das Health-Literacy-Niveau älterer Menschen und ebenso über die Prävalenz niedriger Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen differenziert nach Altersgruppen. Das gilt auch für Daten darüber, welche demografischen, sozio-ökonomischen Determinanten mit niedriger Health Literacy bei älteren Menschen assoziiert sind. Daher wurde im Rahmen des Dissertationsprojekts folgenden Fragen nachgegangen:

- *Wie stellt sich die Gesundheitskompetenz älterer Menschen in Deutschland dar?*
- *Wie hoch ist die Prävalenz niedriger Health Literacy bei älteren Menschen differenziert nach Altersgruppen?*
- *Welche demografischen, sozio-ökonomischen Determinanten und weiteren Kovariablen hängen mit Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen differenziert nach Altersgruppen zusammen?*
- *Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Interventionsentwicklung und die Stärkung der Nutzerkompetenz?*

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zur Schließung bestehender Forschungslücken zu leisten. Die im Rahmen der Dissertation generierten wissenschaftlichen Grundlagen sollen außerdem für die Entwicklung von Interventionen zur Stärkung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz genutzt werden.

Bevor die Ergebnisse präsentiert werden, wird zunächst das methodische Vorgehen der Untersuchung erläutert.

4 METHODISCHES VORGEHEN

Der Dissertation liegt eine repräsentative Querschnitterhebung zur Health Literacy der Bevölkerung in Deutschland zugrunde: Der German Health Literacy Survey (HLS-GER)¹⁹. Mit dem HLS-GER wurden erstmals repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland erhoben. Sie basieren auf einer Befragung von insgesamt 2.000 deutschsprachigen Personen im Alter ab 15 Jahren. Die Befragung erfolgte mit Hilfe computer-assistierter-persönlicher Interviews (CAPI) (ausführlicher Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a; Schaeffer et al. 2017b). Aus diesem Sample wurden die Daten über ältere Menschen ab 65 Jahren herausgefiltert und zur Beantwortung der dargestellten Fragestellungen herangezogen.

Konzeptuelles Modell der Erhebung

Der Erhebung liegt das Konzeptverständnis und die Health-Literacy-Definition nach Sørensen et al. (2012) zugrunde. In Anlehnung daran wurde für die vorliegende Arbeit das konzeptuelle Modell des HLS-GER genutzt und leicht adaptiert (Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017b) (Abbildung 2). Aus internationalen Untersuchungen²⁰ und ebenso ersten deutschen Health-Literacy-Studien liegen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen demographischen, sozio-ökonomischen Faktoren, weiteren Ko-Variablen und Gesundheitskompetenz vor. Dazu zählen Alter, Bildungsniveau, finanzielle Deprivation, Migrationshintergrund, Geschlecht sowie funktionale Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012; Quenzel/Schaeffer 2016; Schaeffer et al. 2016; Sørensen et al. 2015).

¹⁹ Der HLS-GER war Teil des Projekts „Health Literacy in Deutschland: Erhebung repräsentativer Daten und Entwicklung einer Material- und Methodensammlung für die Beratung, von 12/2013 bis 12/2016 durch Mittel des Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) gefördert.

²⁰ Aus internationalen Untersuchungen liegen Hinweise über den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Indikatoren vor – dies wird ebenfalls bei älteren Menschen vermutet. Allerdings ist die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Indikatoren nicht Bestandteil der vorliegenden Dissertation.

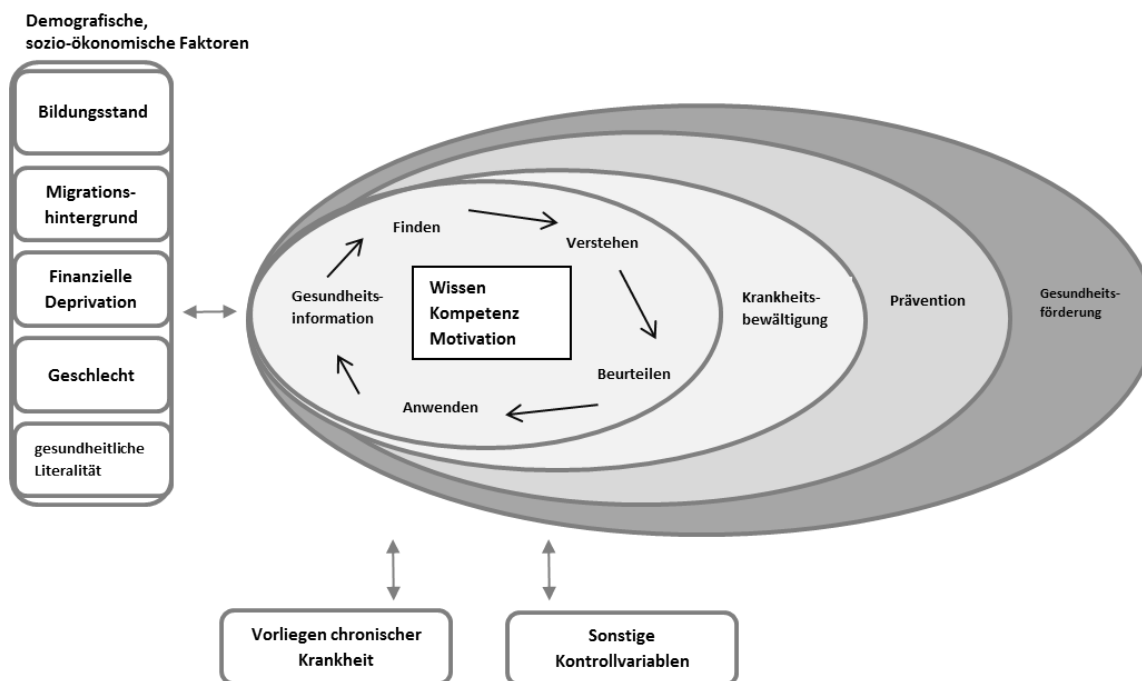


Abbildung 2: Konzeptuelles Modell zur Erhebung von Health Literacy bei älteren Menschen; basierend auf dem konzeptuellen Modell des HLS-GER (Schaeffer et al. 2016)

Dass diese Faktoren auch mit der Gesundheitskompetenz älterer Menschen in Deutschland zusammenhängen, wird im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vermutet. Daher wurden sie in das konzeptuelle Modell der Erhebung einbezogen.

4.1 Erhebungsinstrument

Zur Messung von Health Literacy wurde – wie im HLS-GER – die deutschsprachige Langversion des HLS-EU-Q47 eingesetzt. Diese wurde eigens für die Erhebung repräsentativer Daten zur Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung in acht europäischen Ländern konzipiert und beruht auf dem zuvor dargestellten konzeptionellen und logischen Modell des HLS-EU (HLS-EU Consortium 2012; Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2012). Der HLS-EU-Q47 beinhaltet 47 Items, die sich auf die Bereiche Krankheitsbewältigung/-versorgung (KB), Prävention (PV) und Gesundheitsförderung (GF) beziehen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Matrix des HLS-EU-Q47

Health Literacy	Informationen finden (IF)	Informationen verstehen (IV)	Informationen beurteilen (IB)	Informationen anwenden (IA)
für Krankheitsbewältigung (KB)	1) Informationen über Krankheitsbewältigung finden	2) Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	3) Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	4) Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
für Prävention (PV)	5) Informationen über Prävention finden	6) Informationen über Prävention verstehen	7) Informationen über Prävention beurteilen	8) Informationen über Prävention anwenden
für Gesundheitsförderung (GF)	9) Informationen über Gesundheitsförderung finden	10) Informationen über Gesundheitsförderung verstehen	11) Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen	12) Informationen über Gesundheitsförderung anwenden

Die Items sind als direkte Fragen formuliert und sollen die Schwierigkeit gesundheitsbezogener Aufgaben und Tätigkeiten abbilden. Als Leitkriterium gilt dabei die subjektiv eingeschätzte Schwierigkeit einer Person bei der Bewältigung gesundheitsrelevanter Anforderungen (HLS-EU Consortium 2012; Röthlin et al. 2013; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a).

Die Formulierung der Fragen lässt zu, dass nicht nur persönliche Kompetenzen und Erfahrungen in die Beantwortung eingehen, sondern auch die Unterschiede in der „objektiven“ Schwierigkeit verschiedener Situationen, Kontexte oder Systeme, innerhalb derer die Aufgaben bewältigt werden müssen. Das Erhebungsinstrument misst so persönliche Kompetenzen und zugleich die relative Schwierigkeit von Gesundheitssystemen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (HLS-EU Consortium 2012; Röthlin et al. 2013; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a).

Konstruktion des Health-Literacy-Index und der Health-Literacy-Level

Die Fragen wurden auf einer vierstufigen Skala von „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“ beantwortet. Die Antwortoption ‚weiß nicht‘ oder keine Antwort wurden nicht als separate Antwortoptionen vorgegeben, sondern vom Interviewer bei Bedarf kodiert (HLS-EU Consortium 2012; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a). Zur weiteren Analyse der Daten

wurden den vier Antwortkategorien numerische Werte zugeordnet: 4= ‚sehr einfach‘, 3= ‚ziemlich einfach‘, 2= ‚ziemlich schwierig‘, und 1= ‚sehr schwierig‘. Ein höherer Wert entspricht einer besseren Gesundheitskompetenz (Skala von 0-50). Aus den Antwortoptionen wurde mit folgender Formel der Health-Literacy-Score für jeden Befragten berechnet (HLS-EU Consortium 2012; Röthlin et al. 2013; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a):

$$\text{Index} = (\text{mean}[\text{per item}] - 1) * 50 / 3$$

Die Reliabilität wurde durch den Alpha-Koeffizienten nach Cronbach überprüft (Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a). Die Validität des Instruments wurde in der HLS-EU Studie von einem internationalen Expertenteam durch systematische Prozessgestaltung der Itementwicklung und -auswahl gesichert (HLS-EU Consortium 2012; Sørensen et al. 2013). Nach Berechnung des Health-Literacy-Scores wurden drei Grenzwerte festgelegt, die vier unterschiedliche Kompetenz-Niveaus abbilden (0-25 Pkt. für inadäquat, >25-33 Pkt. für problematisch, >33-42 Pkt. für ausreichend und >42-50 Pkt. für exzellent) (genauer siehe Berens et al. 2016; Röthlin et al. 2013; Vogt et al. 2017). Für die weitere Datenanalyse wurde das Health-Literacy-Niveau dichotomisiert („eingeschränkt“: Problematisch und inadäquat. „Nicht eingeschränkt“: Ausreichend und exzellent²¹). Als primäres Maß wurde die „eingeschränkte“ Gesundheitskompetenz interpretiert.

Messung weiterer relevanter Variablen²²

Das Alter der Befragten wurde in drei Gruppen zusammengefasst. Die jüngste Altersgruppe setzt sich aus Befragten im Alter von 65 bis einschließlich 70 Jahren zusammen. Die zweite Altersgruppe bilden die 71- bis einschließlich 75-Jährigen. Die dritte Altersgruppe schließt ältere Menschen, die 76 Jahre oder älter sind, ein.

Das Bildungsniveau wurde im Rahmen des HLS-GER mit Hilfe der International Standard Classification of Education (ISCED) ermittelt. An dieser Skala wird der höchste erworbene Bildungsabschluss des Befragten abgebildet. Bei der ISCED Skala werden insgesamt sieben

²¹ Diese Begrifflichkeiten werden auch in der vorliegenden Arbeit verwendet. Synonym zu ‚eingeschränkter‘ Health Literacy wird der Begriff ‚niedrige‘ oder ‚limitierte‘ Health Literacy genutzt. Zugleich sei darauf verwiesen, dass in der deutschsprachigen wie auch in der englischsprachigen Literatur eine Vielzahl an unterschiedlichen Begriffen zur Beschreibung eines niedrigen Health-Literacy-Niveaus verwendet wird.

²² Weitere in den einzelnen Manuskripten einbezogenen Variablen sind in Berens et al. (2016) und Vogt et al. (2017) genauer beschrieben.

Bildungsniveaus unterschieden. Die sieben möglichen Bildungsniveaus wurden für weitere Schritte der Datenanalyse zu drei Kategorien (niedrig, mittel, hoch) zusammengefasst (Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a). Als niedriges Bildungsniveau wurden die ISCED-Kategorien 0 bis 2 definiert (u.a. ohne Schulbesuch; ohne allgemeinen Schulabschluss; ohne beruflichen Abschluss; Haupt- und Realschulabschluss ohne beruflichen Abschluss oder Anlernausbildung). Befragte, die u.a. über eine Fach-/Hochschulreife ohne beruflichen Abschluss oder eine abgeschlossene Lehre verfügten, wurden einem mittleren Bildungsniveau zugeordnet – dies entspricht den ISCED-Kategorien 3 und 4. Während ein hohes Bildungsniveau, also ISCED-Niveaus 5 und 6, u.a. Befragte mit Hochschulbildung, Abschluss einer Berufsfachschule, einer Meister- und Technikerausbildung und Promotion, einschließt. Detaillierte Informationen zur ISCED Klassifizierung sind in Kogan und Schmidt (2009) zu finden.

Die finanzielle Deprivation wurde mit drei Items erfasst. Die Befragten beantworteten dazu u.a., wie schwierig oder einfach es für sie ist bei Bedarf Geld für Medikamente aufzubringen oder ob sie es sich leisten können, zu einem Arzt zu gehen. Den Antwortoptionen wurden numerische Werte zugeordnet. Ein höherer Wert entspricht einer höheren finanziellen Deprivation, während bei einem niedrigen Wert von einer geringeren finanziellen Deprivation ausgegangen wird (genauer siehe Vogt et al. 2017).

Migrationshintergrund wurde als elterliche und eigene Migrationserfahrung definiert. Befragte, die selbst oder bei denen zumindest ein Elternteil in einem anderen Land geboren sind, wurden als Menschen mit Migrationshintergrund definiert (Schaeffer et al. 2016).

Die funktionale Gesundheitskompetenz der Befragten wurde mittels Newest Vital Sign (NVS) erfasst. Dieses ursprünglich für die Praxis und speziell für klinische Settings entwickelte Messinstrument besteht aus sechs Items. Diese beziehen sich auf das Etikett einer Eiscremeverpackung, das den Befragten vorgelegt wird. Anschließend sollen u.a. Fragen zu den Inhaltsstoffen beantwortet werden (Weiss et al. 2005, S.520). Für jede korrekt beantwortete Frage wird ein Punktwert vergeben (Werte von 0 bis 6). Befragte, die einen Punktwert von 4 bis 6 erreichen, verfügen über eine adäquate funktionale Gesundheitskompetenz. Befragte mit Werten von 0 bis 3 wurden als eingeschränkt funktional gesundheitskompetent definiert (genauer siehe Berens et al. 2016; Vogt et al. 2017).

Das Vorliegen chronischer Krankheit wurde erfragt, indem Befragte aufgefordert wurden anzugeben, ob sie eine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem hätten. Mit „lang andauernd“ waren dabei Probleme gemeint, die bereits sechs Monate oder länger andauerten oder von denen die Befragten annahmen, dass diese so lange andauern würden. Befragte, die mit ‚ja‘ antworteten, wurden als chronisch erkrankt eingestuft, während Befragte, die ‚nein‘ antworteten, als nicht chronisch krank definiert wurden.

4.2 Datenerhebung

Die quantitative Fragebogenerhebung erfolgte von Juli bis August 2014. Die Rekrutierung der Befragten erfolgte über das ADM²³-Auswahlverfahren. Bei dem ADM-Auswahlverfahren wird in einem ersten Schritt die Ziehung von 258 Sample-Points über alle Bundesländer vorgenommen. Sie dienten als geografische Startpunkte. Von den zufällig ausgewählten Startpunkten ausgehend ermittelte der Interviewer anschließend nach festgelegten Begehungsregeln die Befragungshaushalte. Die Auswahl der Zielperson vor Ort erfolgte nach dem Geburtsschlüssel. Um ein Interview zu realisieren, wurde jeder Zielhaushalt bis zu viermal kontaktiert (Ipsos Public Affairs 2014; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a).

4.3 Datenanalyse

Die Analyse²⁴ der erhobenen Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 23 vorgenommen. Die Auswertungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Dieser korrigiert Abweichungen des Samples von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bundesland (Ipsos Public Affairs 2014; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a).

Um die Gesundheitskompetenz älterer Menschen sowie die Prävalenz eingeschränkter Health Literacy in der Gesamtstichprobe und zusätzlich differenziert nach Altersgruppen zu beschreiben, wurden deskriptive Analyseverfahren verwendet. Die Assoziation zwischen dem Health-Literacy-Index und dem Alter wurde mittels Varianzanalyse (ANOVA) geprüft. Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen demografischen, sozio-ökonomischen, weiteren

²³ Der ADM („Arbeitsgemeinschaft Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V.“) vertritt als Verband die Interessen der wirtschaftlichen Forschungsinstitute in Deutschland.

²⁴ Für detaillierte Angaben zur Analyse der empirischen Daten siehe Berens et al. (2016) und Vogt et al. (2017).

Ko-Variablen und der Gesundheitskompetenz wurden bivariate Analysen und logistische Regression durchgeführt. Die Analysen erfolgten für die Gesamtstichprobe älterer Menschen und differenziert nach Altersgruppen (65-70 Jahren; 71-75 Jahren; 76 Jahre und älter). Als abhängige Variable diente das dichotomisierte Health-Literacy-Niveau. Die unabhängigen Variablen bildeten die genannten demografischen, sozio-ökonomischen Determinanten und weiteren Ko-Variablen. In die Regressionsanalyse wurden alle inhaltlich relevanten Variablen eingeschlossen.

5 ERGEBNISSE

5.1 Stichprobenbeschreibung

Die Daten zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen stammen – wie zuvor erwähnt – aus einer Zufallsstichprobe einer repräsentativen Befragung (HLS-GER). Insgesamt wurden die Daten von 475 Personen im Alter von 65 Jahren und älter erfasst. Die Befragten waren im Durchschnitt 72,0 Jahre alt (SD=5,3). Differenziert nach Altersgruppen sind 41,9 Prozent (n=199) der Befragten zwischen 65-70 Jahre. Weitere 39,0 Prozent (n=185) sind im Alter zwischen 71 und 75 Jahren. Knapp ein Fünftel des Samples (19,1 %) (n=91) der Befragten ist 76 Jahre oder älter. Der älteste Befragte ist nach eigenen Angaben 99 Jahre alt. Daraus ergibt sich im Sample eine Altersspannweite von 34 Jahren. Die Stichprobe setzt sich zur Hälfte aus weiblichen (51,2 %) und zur anderen Hälfte aus männlichen Befragten (48,8 %) zusammen (genauer siehe Vogt et al. 2017).

Mehr als die Hälfte (53,1 %) der älteren Menschen hat eine lang andauernde Erkrankung oder ein gesundheitliches Problem, das länger als sechs Monate bestand. Weitere 46,4 Prozent haben nach eigener Angabe keine chronische Erkrankung.

5.2 Health-Literacy-Niveau älterer Menschen

Auf der Basis der zugrundeliegenden HLS-GER Stichprobe wurde das Health-Literacy-Niveau für insgesamt 1.946 Befragte berechnet. Der umfassende Health-Literacy-Score stellt sich folgendermaßen dar: Im Vergleich aller Altersgruppen ist der Anteil niedriger Gesund-

heitskompetenz bei den Befragten ab 65 Jahren höher als bei allen jüngeren Altersgruppen (genauer siehe Berens et al. 2016). Insgesamt erzielen ältere Menschen ab 65 Jahren den niedrigsten durchschnittlichen Wert aller in der Analyse einbezogenen Altersgruppen. Ihr Health-Literacy-Score liegt bei 30,7 (SD=6,0). Dieses spiegelt sich auch im Health-Literacy-Niveau wider²⁵: Lediglich 3,0 Prozent der ab 65-Jährigen verfügen über eine exzellente Gesundheitskompetenz und schätzen die Aufgaben und Anforderungen, die im Gesundheits- und Versorgungssystem an sie gestellt sind, als einfach ein. Ein Drittel (30,7 %) der Befragten älteren Menschen verfügt zumindest über ein ausreichendes Health-Literacy-Niveau. Dabei sind die Anteile exzellenter wie auch ausreichender Gesundheitskompetenz im Vergleich zu jüngeren Befragten deutlich niedriger (genauer siehe Berens et al. 2016). Mehr als die Hälfte (51,1 %) der befragten älteren Menschen ab 65 Jahren hat ein problematisches Health-Literacy-Niveau. Weitere 15,2 Prozent verfügen sogar über eine inadäquate Health Literacy. Sie schätzen über alle 47 Items in den drei Bereichen Krankheitsbewältigung/-versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung den Umgang mit Gesundheitsinformationen als ‚ziemlich‘ oder sogar ‚sehr schwierig‘ ein.

Ältere Menschen (65 Jahre und älter) weisen damit eine deutlich schlechtere Gesundheitskompetenz als die Allgemeinbevölkerung in Deutschland auf. Der hohe Anteil niedriger Gesundheitskompetenz deutet zugleich auf die hohe Komplexität bzw. Schwierigkeit der an sie gestellten situativen Anforderungen und Aufgaben im Gesundheitssystem hin.

5.3 Prävalenz niedriger Health Literacy bei älteren Menschen differenziert nach Altersgruppen

Den Ergebnissen zufolge verfügen zwei Drittel älterer Menschen ab 65 Jahren über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Da der Ausdifferenzierung des Alters in vielen Studien nicht entsprochen wird, fehlen bislang Erkenntnisse über die Prävalenz niedriger Health Literacy älterer Menschen in unterschiedlichen Altersgruppen. Wie wichtig eine altersdifferenzierte Betrachtung der Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen ist, zeigen die vorliegenden Befunde²⁶.

²⁵ Publiziert in Berens et al. (2016).

²⁶ Publiziert in Vogt et al. (2017).

In der Gruppe der älteren Menschen zwischen 65 und 70 Jahren haben 4,1 Prozent ein exzellentes Health-Literacy-Niveau. Weitere 30,8 Prozent verfügen über ein ausreichendes und mehr als die Hälfte (52,5 %) über ein problematisches Health-Literacy-Niveau. Demzufolge ist nur etwa jeder Dritte der 65-bis 70-Jährigen in der Lage, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und kompetent mit Gesundheitsinformationen, umzugehen. Denn 63,7 Prozent von ihnen berichten häufig darüber wie schwierig es sei gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auch zu nutzen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Gruppe der Älteren zwischen 71 und 75 Jahren: Auch hier liegt der Anteil inadäquater Gesundheitskompetenz bei etwa 10 Prozent. Weitere 48,6 Prozent haben ein problematisches Health-Literacy-Niveau. Auch dieser Wert ist in etwa so hoch wie bei den 65-70-Jährigen. Im Vergleich zu den jüngeren Älteren fällt der Anteil exzellenter Gesundheitskompetenz bei den 71-bis 75-Jährigen etwas geringer aus: Lediglich 2,0 Prozent der älteren Menschen dieser Altersgruppe finden es beispielsweise einfach ihren Arzt zu verstehen oder Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen.

Deutliche Unterschiede im Vergleich aller Altersgruppen zeigen sich bei den hochaltrigen Menschen ab 76 Jahren und älter. Knapp ein Drittel der Befragten dieser Altersgruppe haben ein inadäquates Health-Literacy-Niveau. Der Anteil inadäquater Health Literacy ist damit fast dreimal so hoch wie bei den jüngeren Altersgruppen. Weitere 45,7 Prozent verfügen über eine problematische Gesundheitskompetenz. Zusammengenommen liegt der Anteil eingeschränkter Health Literacy bei den Befragten damit bei 75,5 Prozent.

Analog dazu liegt auch der Health-Literacy-Score in dieser Altersgruppe am niedrigsten und beträgt 28,0 (SD=6,2). Die Differenz der Gesundheitskompetenz der Befragten der ältesten Altersgruppe im Vergleich zu beiden jüngeren Altersgruppen ist signifikant ($p < 0.001$) (genauer siehe Vogt et al. 2017)

5.4 Health Literacy und demografische und sozio-ökonomische Determinanten

Auf der Basis dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, welche demografischen und sozio-ökonomischen Determinanten mit niedriger Health Literacy bei älteren Menschen in der Ge-

samtstichprobe und differenziert nach Altersgruppen zusammenhängen²⁷. In bivariaten Analysen ist die funktionale Gesundheitskompetenz in der Gesamtstichprobe mit eingeschränkter Health Literacy assoziiert ($p < .001$). 78,7 Prozent aller Befragten mit eingeschränkter funktionaler Gesundheitskompetenz verfügen auch über ein niedriges Health-Literacy-Niveau. Bei denjenigen mit adäquater funktionaler Gesundheitskompetenz sind es mit 61,5 Prozent deutlich weniger.

Auch finanzielle Deprivation und das Vorhandensein chronischer Krankheit sind mit einem eingeschränkten Health-Literacy-Niveau assoziiert. So haben beispielsweise knapp 80 Prozent der ab 65-Jährigen, die finanziell depriviert sind, Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und ein niedriges Health-Literacy-Niveau. Bei den Älteren mit chronischer Krankheit sind es immerhin 70,6 Prozent.

Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach Altersgruppen, zeigt sich, dass lediglich die Determinanten der finanziellen Deprivation und der funktionalen Gesundheitskompetenz signifikant mit eingeschränkter Health Literacy assoziiert sind. Sowohl bei den 65-70-Jährigen, als auch bei den 71-75-Jährigen haben die Befragten mit geringen finanziellen Ressourcen häufiger ein eingeschränktes Health-Literacy-Niveau. 79,9 Prozent der 71-75-Jährigen und höherer finanzieller Deprivationen sind im Umgang mit Gesundheitsinformationen vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Die weiteren in die bivariaten Analysen eingeschlossenen Determinanten Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund sind sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei einer altersdifferenzierten Betrachtung nicht mit Gesundheitskompetenz assoziiert.

Den Ergebnissen der multivariaten logistischen Regression zufolge – in der für alle weiteren Variablen im Modell kontrolliert wurde – ist finanzielle Deprivation der stärkste Prädiktor für eingeschränkte Gesundheitskompetenz und dies sowohl in der Gesamtstichprobe als auch differenziert nach Altersgruppen. Die Chance ein eingeschränktes Health-Literacy-Niveau zu haben, ist bei finanziell deprivierten älteren Menschen 3.05-mal höher (95% KI: 1.99-4.67) als bei Älteren, die nicht finanziell depriviert sind. Befragte mit eingeschränkter funktionaler Gesundheitskompetenz haben im Vergleich zu Befragten mit adäquater funktionaler Gesund-

²⁷ Publiziert in Vogt et al. (2017).

heitskompetenz eine 2.16-mal so hohe Chance (95% KI: 1.29-3.61), ein niedriges Health-Literacy-Niveau zu haben.

In allen Altersgruppen bleibt finanzielle Deprivation der stärkste Prädiktor, der eingeschränkte Gesundheitskompetenz erklärt. Die Chance niedriger Gesundheitskompetenz ist bei den finanziell deprivierten 65-70-Jährigen 1.95-mal so hoch (95% KI: 1.03-3.69) wie bei Gleichaltrigen, die nicht von finanzieller Deprivation betroffen sind. Bei den alten Menschen zwischen 71-75 Jahren ist diese Chance sogar 5.11-fach erhöht (95% KI: 2.53-10.33), bei den hochaltrigen Menschen ab 76 Jahren mit finanzieller Deprivation 3.31 (95% KI: 1.08-10.10).

Bildung und chronische Krankheit hängen sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den Altersgruppen nicht mit Health Literacy zusammen.

6 DISKUSSION

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Mit der vorliegenden Dissertation²⁸ wird ein Beitrag dazu geleistet, eine empirische Datengrundlage darüber zu schaffen, (I) wie sich das Health-Literacy-Niveau älterer Menschen in Deutschland darstellt, (II) wie hoch die Prävalenz niedriger Health Literacy bei älteren Menschen differenziert nach Altersgruppen ist, (III) welche demografischen, sozio-ökonomischen Determinanten niedrige Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen differenziert nach Altersgruppen erklären und (IV) welche Konsequenzen sich daraus für die Interventionsentwicklung und die Stärkung der Nutzerkompetenz ergeben.

Wie gezeigt wurde, verfügen fast 65 Prozent der älteren Menschen ab 65 Jahren über ein eingeschränktes Health-Literacy-Niveau und haben Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Die Gesundheitskompetenz älterer Menschen fällt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich niedriger aus. Zum einen fehlt es älteren Menschen an ausrei-

²⁸ Die vorliegenden Ergebnisse werden im Folgenden übergreifend diskutiert. Eine detaillierte Diskussion der Befunde erfolgt in Vogt et al. (2017) und Berens et al. (2016). Eine vertiefende Diskussion zum konzeptuellen Rahmen erfolgte in Vogt et al. (2016) und Messer et al. (2016).

chenden persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen, die sie befähigen, sich gesundheitsrelevante Informationen zu verschaffen, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen und auf ihrer Basis informierte Entscheidungen zu treffen. Zum anderen deutet der hohe Anteil niedriger Gesundheitskompetenz auf den hohen Schwierigkeits- und Komplexitätsgrad der an das Individuum gestellten situativen Anforderungen und Aufgaben, Kommunikationsprobleme mit Gesundheitsprofessionen und ein zu wenig nutzerfreundliches Gesundheitssystem hin.

Zugleich werden mit der Untersuchung erstmals Daten vorgelegt, die der Ausdifferenzierung des Alters Rechnung tragen und Aussagen über das Niveau der Gesundheitskompetenz und mit ihm assoziierte Faktoren nach Altersphasen zulassen. Sie zeigen, dass sich das Health-Literacy-Niveau und die Prävalenz niedriger Health Literacy erheblich zwischen den Altersgruppen unterscheiden: Besonders hochaltrige Menschen im Alter ab 76 Jahren haben eine schlechtere Gesundheitskompetenz als die sogenannten ‚jungen Alten‘. Mehr als 75 Prozent der hochaltrigen²⁹ Menschen sehen sich im Gesundheitssystem mit Schwierigkeiten konfrontiert. Dies ist ein aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive prekäres Ergebnis, da gerade – wie die gerontologische und geriatrische Literatur zeigt – diese Lebensphase oftmals mit zahlreichen gesundheitlichen und sozialen Ressourceneinbußen einhergeht und die Wahrscheinlichkeit von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit steigt (Rott/Jopp 2012; Suzman 2001; WHO 2015). Multimorbidität gilt als „zentrales Merkmal“ dieser Lebensphase (Rott/Jopp 2012: 475). Bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt haben sich auch Gestalt- und Verlaufsmuster chronischer Krankheit in den letzten Jahrzehnten geändert (Schaeffer 2017: 54; Schaeffer 2009). Besonders in späteren Phasen der Erkrankung stellen sich zudem häufig negative Begleiterscheinungen wie körperliche und/oder kognitive Funktionseinbußen ein, die die Autonomie der Erkrankten zusätzlich einschränken (Kuhlmann 2009; Schaeffer 2017). Nicht selten bedingen sie das Abrutschen in die Pflegebedürftigkeit (Büschler/Wingenfeld 2008; Garms-Homolová 2008; Rott/Jopp 2012; Schaeffer 2009; WHO 2015). Bereits heute ist jeder Zwanzigste im Alter von 70 bis 74 Jahren pflegebedürftig und bei den ab 90-Jährigen sind es sogar 66 Prozent (Statistisches Bundesamt 2017).

Die Lebensphase ‚Alter‘ ist somit durch hohe gesundheitliche Vulnerabilität geprägt. Alte und vor allem hochaltrige Menschen sind deshalb in besonderem Maß auf gute Gesundheits- und

²⁹ Die „[...] Etablierung der Hochaltrigkeit als eigenständige Lebensphase“ wird in der Gerontologie und Geriatrie bereits seit Längerem gefordert (Rott/Jopp 2012: 475).

Nutzerkompetenz angewiesen, um ihre gesundheitliche Situation stabil halten³⁰ und zur Prävention des Eintritts oder aber der Verschlimmerung von chronischer Krankheit, Funktionsverlusten und Pflegebedürftigkeit beitragen zu können. Doch sind sie – wie die Ergebnisse dieser Untersuchung nun zeigen – vor erhebliche Herausforderungen bei dem dazu nötigen Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt und können die an sie und die Rolle des aktiven Nutzers gestellten Anforderungen nicht ohne Schwierigkeiten bewältigen. Sie bedürfen daher bei der Interventionsentwicklung zur Stärkung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz besonderer Beachtung und das gilt auch für künftige Studien.

Mit der vorliegenden Untersuchung werden außerdem erstmalig Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen demografischen, sozio-ökonomischen Determinanten und der Health Literacy älterer Menschen differenziert nach Altersgruppen in Deutschland geliefert. Die Befunde weisen auf einen sozialen Gradienten hin: Finanzielle Deprivation stellt den stärksten Prädiktor für niedrige Gesundheitskompetenz dar. Dies gilt besonders für alte und hochaltrige Menschen. Finanzielle Ressourcen sind maßgeblich für die Höhe ihres Health-Literacy-Niveaus verantwortlich. Bestärkt wird diese These zudem durch vorliegende Erkenntnisse aus der in den Gesundheitswissenschaften geführten Diskussion über gesundheitliche Ungleichheit. Studien aus der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung³¹ deuten bereits seit Längerem auf die hohe Bedeutung finanzieller Ressourcen und sozio-ökonomischer Faktoren für die Gesundheit älterer Menschen hin (ex. Lampert et al. 2016). Ältere Menschen mit geringen sozio-ökonomischen Ressourcen (z.B. einem niedrigen Sozialstatus) haben beispielsweise ein höheres Mortalitätsrisiko (Huisman et al. 2013), funktionelle Einschränkungen (Shaw et al. 2014), einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand oder weisen schlechtere Gesundheitsverhaltensweisen auf (Read et al. 2016).

Der Bildungsstand hingegen hängt den vorliegenden Ergebnissen zufolge nicht mit der Gesundheitskompetenz älterer, alter und hochaltriger Menschen zusammen. Zu vermuten ist, dass Erfahrungen und Kompetenzen, die ältere Menschen über ihren Lebensverlauf im Um-

³⁰ Denn „die Qualität der Versorgung chronisch Kranker hängt in einem entscheidenden Maße davon ab, wie es gelingt, den Patienten und seine Angehörigen als selbstverantwortliche, informierte und kompetente Nutzer von Gesundheitsleistungen in das Behandlungsmanagement einzubinden“ (SVR 2000/01, Band I, Kapitel 3: 73).

³¹ Ähnliche Erkenntnisse liegen über den Zusammenhang von niedriger Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Indikatoren vor (Berkman et al. 2011; Bostock/Stephoe 2012; HLS-EU Consortium 2012; Schaeffer et al. 2016). Daraus ergibt sich die Frage, welche Rolle die Gesundheitskompetenz für den Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Determinanten und gesundheitlichen Indikatoren einnimmt.

gang mit dem Gesundheitssystem und gesundheitsrelevanten Informationen sammeln, bedeutender sind als ihr formaler Bildungsabschluss. Eine weitere Erklärung für dieses Ergebnis könnte die in der Untersuchung eingesetzte Skala zur Messung des Bildungsstands sein. Sie ist für ältere Menschen ggf. weniger geeignet als alternative zur Erhebung des Bildungsstands verwendete Items (z.B. Anzahl besuchter Schuljahre). Wichtig erscheinen allerdings die durch Bildung erworbenen basalen, funktionalen Fähigkeiten wie Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten. Damit bestätigen die vorliegenden Ergebnisse internationale Befunde, die ebenfalls auf die Bedeutung literaler Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hinweisen (Protheroe et al. 2017; Smith et al. 2015).

Konsequenzen für die Interventionsentwicklung

Auf Basis der dargestellten Ergebnisse ist nun zu fragen, welche Konsequenzen sie für die Interventionsentwicklung mit sich bringen und welche Art von Interventionen benötigt wird, um ältere, alte und hochaltrige Menschen in ihrer Gesundheits- und Nutzerkompetenz stärken zu können. Denn die Befunde geben nicht nur Einblick in die sich ihnen stellenden Schwierigkeiten, sondern auch in die ‚Lern- und Ausgangsvoraussetzung‘ älterer, alter und hochaltriger Menschen (Schaeffer et al. 2017b: 130) – liefern also wichtige Ansatzpunkte für die Erarbeitung zielgruppenspezifischer Interventionskonzepte. Auch weisen die Befunde auf die hohe Bedeutung finanzieller Ressourcen für die Gesundheitskompetenz hin, sodass zu vermuten ist, dass Interventionen, die auf der Verhaltensebene ansetzen und auf die Stärkung persönlicher Gesundheits- und Nutzerkompetenz zielen, allein nicht ausreichen. Scheinen sie noch für das jüngere Alter geeignet zu sein, so sind für alte und hochaltrige Menschen prioritär verhältnisorientierte Interventionskonzepte und -strategien, die auf struktureller Ebene angesiedelt sind, angezeigt.

Die dargestellten Befunde legen nahe, auch bei der Interventionsentwicklung, die Ausdifferenzierung des Alters zu beachten und unterschiedliche Interventionskonzepte und -strategien für die verschiedenen Altersgruppen älterer Menschen zu entwickeln. Dabei sollten mehrere Strategien verfolgt werden. Erforderlich sind Maßnahmen (I) zur Verbesserung von gesundheitsrelevanten Informationen, (II) zur Stärkung der persönlichen Gesundheits- und Nutzerkompetenz sowie (III) zur Verbesserung kommunikativer Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen und -organisationen.

Bei der Verbesserung der gesundheitsrelevanten Informationen ist es nicht nur wichtig, dafür Sorge zu tragen, dass Informationen künftig qualitätsgesichert und nutzerfreundlich gestaltet und aufbereitet sind, sondern stärker als bislang darauf zu achten, dass Informationen von älteren Menschen auch gefunden, rezipiert und verstanden werden können (Schaeffer et al. 2016). Dazu sind die Nutzung einfacher Sprache und der Einsatz visueller Materialien elementar (Schaeffer et al. 2016; Schmidt-Kaehler et al. 2017). Ebenso ist zu beachten, dass die „richtigen Informationen“ auch „zur richtigen Zeit“ bereitgestellt und vermittelt werden sollten, um ältere Menschen, in dieser häufig durch Vulnerabilität geprägten Lebensphase, nicht zusätzlich zu belasten oder zu überfordern (Ewers et al. 2017: 249).

Doch reichen Maßnahmen zur Verbesserung von gesundheitsrelevanten Informationen allein nicht aus. Erforderlich sind außerdem Interventionskonzepte zur Förderung der persönlichen Gesundheits- und Nutzerkompetenz – dies besonders für die Gruppe der jüngeren Älteren. Sie sollten *multidimensionalen* Charakter haben und sowohl Elemente der Informations- und Wissensvermittlung wie auch der Kompetenzförderung und Anleitung beinhalten. Wichtig ist, dass sie gleichermaßen auf der funktionalen als auch auf der kommunikativen und der kritischen Ebene von Gesundheitskompetenz ansetzen (vgl. Chinn 2011; Nutbeam 2000; genauer Vogt et al. 2016). Auf der funktionalen Ebene ist die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen (z.B. über das Gesundheitssystem, krankheitsspezifische Informationen) essentiell, um das Gesundheitswissen älterer Menschen verbessern zu können. Dabei sind auch die funktionalen Fähigkeiten zu beachten. Sie sind wesentliche Voraussetzung für das Verständnis von Gesundheitsinformationen und haben vor allem für ältere Menschen eine hohe Bedeutung, da – wie erwähnt – mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit körperlicher und kognitiver Funktionseinbußen, die das Lesen und Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen erschweren, zunimmt. International³² liegen bereits erste Interventionsansätze vor, die auf Verbesserung des Gesundheitswissens und der funktionalen Gesundheitskompetenz älterer Menschen zielen (Freedman et al. 2011; Manaf/Wong 2012).

Ebenso wichtig ist es, auch die über funktionale Fähigkeiten hinausgehenden kognitiven und sozialen Kompetenzen in den Blick zu nehmen und die kommunikative und kritische Ge-

³² Im Rahmen des durch die Europäische Union geförderten Projekt IROHLA (Intervention Research on Health Literacy in Ageing) wurden eine Reihe von Interventionen für ältere Menschen identifiziert und zur praktischen Implementation in europäischen Ländern empfohlen (Brainard et al. 2016). Jedoch richten sich diese Interventionen vorrangig auf jüngere ältere Menschen.

sundheitskompetenz zu fördern, die ältere Menschen benötigen, „[...] *um eigenständig auf der Basis von Wissen handeln zu können, um angemessen mit unterschiedlichen Hinweisen und Ratschlägen umzugehen, autonom mit Health Professionals zu kommunizieren und zu interagieren und aus der Kommunikation relevante Information herauszudestillieren*“ (Nutbeam 2000 nach Vogt et al. 2016: 48-49). Dies bestätigen auch die vorgestellten Daten: Ihnen zufolge sind ältere Menschen nicht nur häufig vor Schwierigkeiten im Gesundheitssystem gestellt, vielmehr verweisen die Schwierigkeiten zugleich auf den hohen Komplexitätsgrad der an sie gestellten Anforderungen seitens des Gesundheitssystems, beispielsweise die Unverständlichkeit von Informationen oder bestehende Kommunikationsprobleme mit Gesundheitsprofessionen. Wichtig ist daher, ältere Menschen in der Kommunikation mit professionellen Akteuren zu unterstützen, damit sie verständliche gesundheitsrelevante Informationen einfordern, reflektieren und hinterfragen können. Denn nur, wenn erhaltene gesundheits- und/oder krankheitsrelevante Informationen auch verstanden und in das eigene Wissensrepertoire aufgenommen werden, können auf ihrer Basis selbstbestimmte, informierte Entscheidungen getroffen werden (Schaeffer et al. 2016; Sheridan et al. 2011).

Auch der Stärkung von eHealth Literacy und der Nutzung digitaler Gesundheitsinformationen werden zukünftig höhere Bedeutung in diesem Kontext beizumessen sein, denn immer mehr Gesundheitsinformationen sind online zugänglich. Relevante, qualitätsgesicherte digitale Informationen für die eigene Gesundheit und/oder den Umgang mit der eigenen Erkrankung zu suchen, verstehen, einzuschätzen und zu nutzen, erfordert jedoch entsprechende Kompetenzen, über die speziell ältere Menschen nicht immer verfügen (Norman/Skinner 2006). Daher ist es wichtig, älteren Menschen besseren Zugang zu medialvermittelten Programmen zu ermöglichen und sie darin zu unterstützen, Informationen im Internet und weiteren digitalen Medien suchen und selektieren zu können. International existieren dazu erste Interventionskonzepte: Schulungen in öffentlichen Bibliotheken, Anleitungen zur ‚strategischen‘ Informationssuche im Internet in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Anleitungen zur Nutzung von digitalen Medien wie Apps auf Touchscreen Tablets (Choi/DiNitto 2013; Manaf/Wong 2012). Diese Konzepte auf ihre Effektivität und Übertragbarkeit zu prüfen, gehört daher ebenfalls zu den künftigen Aufgaben.

Um aber die Gesundheits- und Nutzerkompetenz *hochaltriger* Menschen zu stärken, sind eher verhältnisorientierte Interventionen auf *struktureller Ebene* sinnvoll. Dabei kommt der Ver-

besserung der Nutzerorientierung des Gesundheitssystems und ebenso der Institutionen und Organisationen – seien sie im Gesundheits- und Sozialwesen oder aber der pflegerischen Versorgung angesiedelt – eine hohe Bedeutung zu, wie international seit mehreren Jahren im Kontext der Diskussion über *Health Literate Health Care Organizations* gefordert wird. Dazu gilt es im Gesundheitssystem geeignete Rahmenbedingungen für Kommunikation und Information zu schaffen und die Organisationen so zu gestalten und auszurichten, dass sie alten und hochaltrigen Menschen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Leistungen ermöglichen (Altin/Stock 2015; Brach et al. 2012; Dietscher/Pelikan 2017).

Dabei kommt den Gesundheitsprofessionen hohe Bedeutung zu, denn sie sind wichtige Kommunikations- und Informationsvermittlungsinstanzen, nehmen diese Aufgabe aber bislang nicht ausreichend befriedigend wahr. Daher ist es wichtig, sie besser für Aufgaben der Förderung der Gesundheitskompetenz zu qualifizieren und die Sensibilität, für den Umgang mit alten und hochaltrigen Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz, zu erhöhen, um so zu ermöglichen, dass sie sich in der Kommunikation künftig stärker als bislang an der persönlichen Gesundheits- und Nutzerkompetenz orientieren und Informationen so vermitteln, dass sie von ihrem Gegenüber auch wirklich rezipiert und verstanden werden können. Um dies zu ermöglichen, sind die Verwendung ‚einfacher‘ oder ‚leicht verständlicher‘ Sprache und der Einsatz von Gesprächsstrategien und -methoden, wie beispielsweise ‚Teach-back‘, ‚Ask me 3‘ oder ‚Chunk and check‘, ratsam (Osborne 2013; Schmidt-Kaehler et al. 2017). Sie dienen dazu, die Kommunikation zwischen Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz und den Gesundheitsprofessionen zu verbessern und eine verständliche Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen sicherzustellen (Osborne 2013). Da aktuelle Studien zeigen, dass Gesundheitsprofessionen, vordergründig Ärzte, immer noch die erste Anlaufstelle bei Fragen zur Gesundheit darstellen, ist ihre Schlüsselrolle umso mehr zu betonen (Baumann/Czerwinski 2015; Schaeffer et al. 2016).

Eine nicht minder bedeutsame Rolle kommt in diesem Kontext pflegenden Angehörigen zu. Sie sind oft eine tragende Säule in der Versorgung chronisch Kranker und pflegebedürftiger Menschen und übernehmen häufig die Kommunikation mit professionellen Akteuren, beurteilen medizinische und gesundheitsrelevante Informationen, sind für das meist komplexe Medikamentenregime verantwortlich oder leisten umfassende pflegerische Tätigkeiten (Garcia et al. 2013; Ewers et al. 2017). Deshalb sind auch sie auf eine ausreichende Gesundheits- und

Nutzerkompetenz angewiesen und bedürfen bei der Interventionsentwicklung für alte und hochaltrige Menschen besonderer Beachtung.

Insgesamt – so kann für die zukünftige Interventionsentwicklung festgestellt werden – sind für die Lebensphase ‚Alter‘ unterschiedlich geartete Strategien sinnvoll, die auf der individuellen wie auch der Systemebene angesiedelt sind.

6.2 Schlussfolgerungen für die weitere wissenschaftliche Diskussion

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, welche Schlussfolgerungen die vorgelegten Befunde für die weitere wissenschaftliche Diskussion zulassen. Dies wird im Folgenden auf theoretisch-konzeptioneller, methodischer und forschungsrelevanter Ebene erörtert.

Schlussfolgerungen auf theoretisch-konzeptioneller Ebene

Die zurückliegende Analyse belegt, dass das konzeptionelle Modell des HLS-EU für die Erhebung von Gesundheitskompetenz älterer Menschen prinzipiell tragfähig ist³³. Jedoch stellt sich auf Basis der vorgestellten Ergebnisse die Frage, ob die Lebenslaufperspektive des im HLS-EU-Modells der Lebensphase ‚Alter‘ wirklich gerecht wird. Vielmehr scheint vor dem Hintergrund der vorliegenden Untersuchung, eine Weiterentwicklung und zielgruppenspezifischere Ausrichtung des konzeptuellen Modells überlegenswert. Daher werden im Folgenden theoretische Erkenntnisse und Überlegungen, mit Bezug auf die dargelegten empirischen Daten, vorgestellt, die zur Weiterentwicklung des konzeptuellen Modells des HLS-EU beitragen können. Anschließend wird ein Vorschlag dazu geliefert, wie ein modifiziertes, konzeptuelles Modell zur Erhebung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen aussehen könnte, das der Ausdifferenzierung des Alters eher gerecht wird.

Die Notwendigkeit der Ausdifferenzierung des Alters wird nicht nur durch die hier dargestellten Befunde nahegelegt, sondern auch durch Erkenntnisse der gerontologischen Forschung bestätigt. Dort wird die Lebensphase ‚Alter‘ seit vielen Jahren differenziert betrachtet und auf

³³ Bis dato existieren keine Definition und kein Instrument, die speziell für ältere Menschen entwickelt wurden. Die meisten bislang vorliegenden englischsprachigen Untersuchungen basieren auf einem funktionalen Konzeptverständnis. Den ersten in Europa und Deutschland vorliegenden Untersuchungen zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung und ebenso vulnerabler Gruppen liegt ebenfalls das Public-orientiertes Konzeptverständnis nach Sørensen et al. zugrunde (HLS-EU Consortium 2012; Jordan/Hoebel 2015; Quenzel/Schaeffer 2016; Schaeffer et al. 2016; Zok 2014).

Besonderheiten, dieser durch Vulnerabilität geprägten Phase, hingewiesen (Rott/Jopp 2012; Suzman 2001). Vor allem die dort vielfach thematisierten, im Alter nachlassenden kognitiven und körperlichen Fähigkeiten, scheinen wesentlich, für die Gesundheitskompetenz bzw. den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen bei älteren, alten und hochaltrigen Menschen, zu sein. Allerdings werden sie in der bisherigen theoretisch-/konzeptionellen Diskussion und konzeptuellen Health-Literacy-Modellen kaum beachtet.

Lediglich im konzeptuellen Modell von Paasche-Orlow et al. (2007) finden sie Berücksichtigung: Neben demografischen und sozio-ökonomischen Determinanten, wie Bildung, Alter und Migrationshintergrund, schließen die Autoren zusätzliche Faktoren wie das Seh- und Hörvermögen und die Gedächtnisfähigkeit ein. Dieses Modell bietet damit wesentliche Ansatzpunkte, die zur Modifizierung und Weiterentwicklung des Health-Literacy-Modells älterer Menschen genutzt werden können. Sie sollten daher künftig in ein modifiziertes Modell der Gesundheitskompetenz älterer Menschen eingeschlossen werden.

Die dargestellten Befunde weisen außerdem auf die hohe Bedeutung der Selbstwirksamkeit und der Erfahrungen älterer, alter und hochaltriger Menschen hin, die im Laufe des Lebens im Umgang mit dem Gesundheitssystem und gesundheitsrelevanten Informationen gesammelt wurden. Auch diesen Aspekten sollte künftig mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dies wird ebenfalls durch Studienergebnisse gerontologischer Forschung bestärkt: Psychologischen Faktoren wie Selbstwirksamkeit, Coping und Kontrollüberzeugung wird dort eine große Bedeutung zugeschrieben (Jopp et al. 2010). Beispielsweise sind ältere Menschen, die eine hohe Selbstwirksamkeit und ein besseres Selbstbewusstsein haben, vermutlich selbstsicherer im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen und ebenso in der Kommunikation mit professionellen Akteuren des Gesundheitssystems (Bohanny et al. 2013; Chen et al. 2011). Die genannten Faktoren fanden daher bereits Eingang in ein für vulnerable Gruppen konzipiertes Modell³⁴ (genauer siehe Messer et al. 2016; Quenzel/Schaeffer 2016). Es wurde für ältere Menschen und bildungsferne Jugendliche entwickelt und beinhaltet neben demografischen, sozio-ökonomischen Determinanten und gesundheitlichen Indikatoren auch ‚Mediatoren‘ (Coping, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung), die als Erklärungsansatz für den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Indikatoren fungieren

³⁴ Das hier genannte Modell und seine Entstehung sind ausführlich in Messer et al. (2016) dargestellt und erläutert.

(genauer siehe Messer et al. 2016). Bei einer altersspezifischen Weiterentwicklung des Health-Literacy-Modells sollten die genannten psychologischen Determinanten ebenfalls Berücksichtigung finden.

Die Ergebnisse der Dissertation deuten außerdem auf einen sozialen Gradienten. Sie weisen damit eine enge Verbindung zur gesundheitlichen Ungleichheitsforschung auf, in der ergänzend weitere sozio-ökonomische Faktoren wie Einkommen, Berufsstatus und soziale Unterstützung in den Blick genommen werden (Kümpers 2012; Lampert et al. 2016). Diese dürften auch für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen, differenziert nach Altersgruppen und -phasen, relevant sein. Ähnlich wie im konzeptuellen Modell von Paasche-Orlow et al. (2007) sollten die genannten Faktoren daher ebenfalls in ein modifiziertes Modell integriert werden.

Nicht weniger wichtig scheint der Zusammenhang zwischen chronischer Krankheit und Gesundheitskompetenz zu sein. Denn Menschen im höheren Lebensalter sind mehr als andere Altersgruppen von chronischer Krankheit betroffen und somit häufig vor die Herausforderung gestellt, in ihrem täglichen Leben komplexe gesundheitliche Situationen bewältigen und managen zu müssen. Oftmals verfügen sie jedoch, aufgrund niedriger Gesundheitskompetenz, über ein geringeres krankheitsspezifisches Wissen (Gazmarmarian et al. 2003; Osborn et al. 2010; Williams et al. 1998), schlechtere medizinische Outcomes und schlechtere Selbstmanagement-Skills (Powell et al. 2007; Schillinger et al. 2004; Tang et al. 2008). Trotz dieser empirischen Befunde, kommt Selbstmanagementkompetenzen in der theoretisch-/konzeptionellen Health-Literacy-Diskussion bislang nur unzureichende Aufmerksamkeit zu (Schaeffer 2017). Zu empfehlen ist, sie in einem modifizierten, konzeptuellen Modell intensiver einzubeziehen.

Wie die dargestellten Überlegungen in ein modifiziertes, konzeptuelles Modell der Gesundheitskompetenz älterer Menschen überführt werden könnten, zeigt Abbildung 3. Kern des Modells bildet nach wie vor die Health-Literacy-Definition von Sørensen et al. (2012). Um für die Lebensphase ‚Alter‘ relevante Faktoren zu berücksichtigen, werden in dem modifizierten Modell auch körperliche und kognitive Faktoren (u.a. Seh- und Hörvermögen, Informationsverarbeitungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit) berücksichtigt. Denn sie spielen für den Umgang mit (gesundheitsrelevanten) Informationen im hohen Alter eine wichtige Rolle und dürfen nicht unbeachtet bleiben. Psychologische Faktoren fungieren als Mediatoren zwischen

Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Indikatoren, ähnlich wie das in einer weiteren Studie, an der die Autorin beteiligt war, erprobt wurde (Messer et al. 2016; Quenzel/Schaeffer 2016). Auch die bislang einbezogenen demografischen und sozio-ökonomischen Determinanten bleiben Bestandteil des Modells. Zwar ließ sich in der vorliegenden Untersuchung kein Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem Migrationshintergrund und auch dem Bildungsstand nachweisen, obschon diese als wichtige Determinanten für Gesundheitskompetenz in zahlreichen empirischen Studien identifiziert wurden (siehe Kapitel 3). Diese Faktoren werden dennoch berücksichtigt und durch das Einkommen und den beruflichen Status als sozio-ökonomische Faktoren ergänzt.

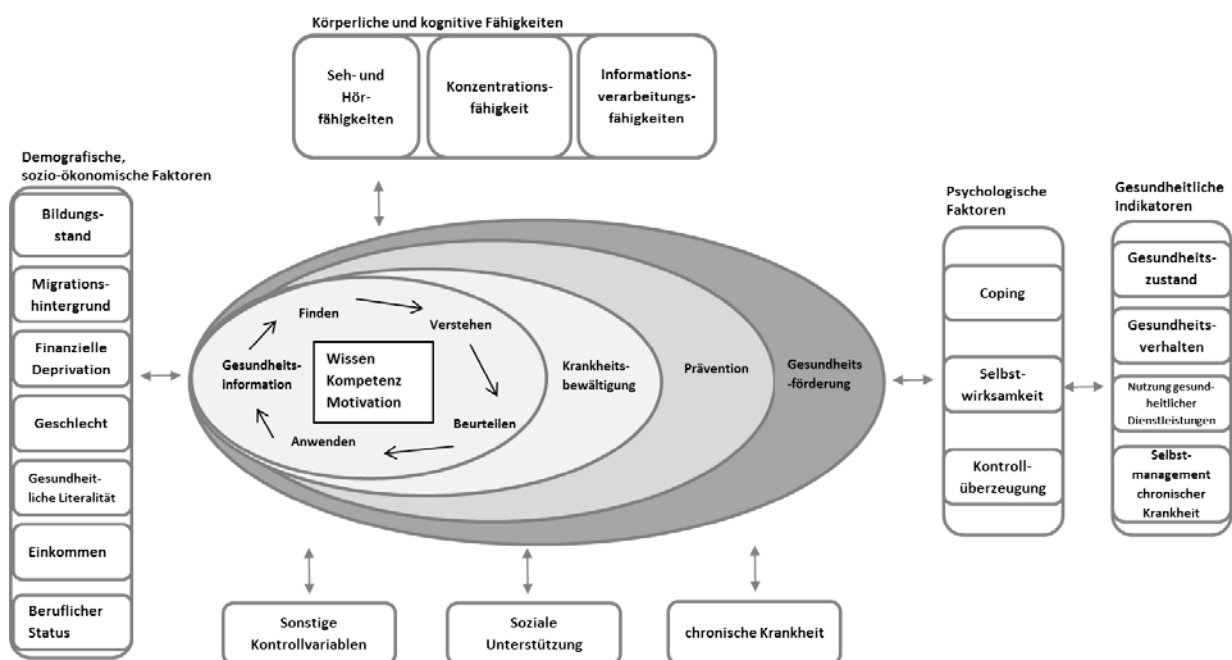


Abbildung 3: Modifiziertes konzeptuelles Modell zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen; basierend auf (Sørensen et al. 2012; Messer et al. 2016; Schaeffer et al. 2016)

Darüber hinaus wird in dem modifizierten Modell gesundheitlichen Indikatoren stärkere Beachtung geschenkt. Dabei wird zwischen gesundheitlichen Indikatoren wie dem Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten, der Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen und ergänzend Indikatoren des Selbstmanagements chronischer Krankheit unterschieden.

Wünschenswert wäre, diesen weiterentwickelten und modifizierten Modellvorschlag zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen künftig als Basis für weitere Studien zu nutzen, um noch offene Fragen beantworten und Forschungslücken schließen zu können.

Schlussfolgerungen auf methodischer Ebene

Auch für die Weiterentwicklung der Messinstrumente scheint es – vor dem Hintergrund der Befunde – ratsam, eine zielgruppenspezifische Ausrichtung anzustreben. Nutbeam forderte bereits vor einigen Jahren die Erarbeitung von Teilinstrumenten für die unterschiedlichen Altersgruppen oder Lebensstadien (Nutbeam 2008, S.2076). Die Umsetzung dieser Idee würde bedeuten, dass ein Messinstrument wesentliche Basiselemente zur Erfassung von Health Literacy enthält, aber zusätzlich Items für spezielle Zielgruppen entwickelt werden. In Anlehnung an das soeben skizzierte modifizierte Modell, müssten in einem an älteren Menschen ausgerichteten Health-Literacy-Instrument, die kognitiven und körperlichen Faktoren sowie die Selbstmanagement-Fähigkeiten berücksichtigt werden.

Darüber hinaus wird zu diskutieren sein, welche Art von Instrumenten für Menschen im höheren Lebensalter zur Erfassung von Gesundheitskompetenz geeignet sind: Gegenüber stehen sich Selbsteinschätzungs- und Performance-basierte Erhebungsinstrumente (Al Sayah et al. 2012). Health Literacy wurde in der vorliegenden Untersuchung mit Hilfe des HLS-EU-Q47, einem Selbsteinschätzungsinstrument, erfasst, das die subjektive Einschätzung von Situationen und Anforderungen misst. Darunter fallen die selbst wahrgenommenen Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen in drei unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung (Krankheitsbewältigung/-versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung). Instrumente, die auf der Selbsteinschätzung von Befragten beruhen, haben den Vorteil, dass nicht nur tatsächlich vorhandene persönliche Fähigkeiten, sondern auch die Schwierigkeit bzw. Komplexität, der an sie gestellten Aufgaben, erfasst wird (HLS-EU Consortium 2012; Sørensen et al. 2013). Zu betonen ist, dass der Einsatz eines Selbsteinschätzungsinstruments bei älteren, alten und hochaltrigen Menschen einen wesentlichen Vorteil bietet. Im Gegensatz zu performance-basierten Instrumenten kann ihren Besonderheiten eher Rechnung getragen werden (Baker et al. 2000). Denn viele performancebasierte Instrumente machen zeitliche Vorgaben, die von älteren Menschen oftmals nicht eingehalten werden können. Zudem basieren die meisten performancebasierten Instrumente auf einem funktionalen Konzeptverständnis, sodass mit ihnen ausschließlich Daten über funktionale Lese-, Rechen- und Schreibfähigkeiten im gesundheitlichen Kontext erhoben werden können (Haun et al. 2012). Dies trifft beispielsweise auch auf die zwei in der englischsprachigen Health-Literacy-Forschung am häufigsten eingesetzten performancebasierten Instrumente zu: Der „*Rapid Es-*

timate Adult Literacy in Medicine“ (REALM) (Davis et al. 1993)³⁵ und der „*Test of Functional Health Literacy in Adults*“ (TOFHLA)³⁶ (Parker et al. 1995).

Allerdings darf beim Einsatz des HLS-EU-Q47 bei der Zielgruppe älterer Menschen nicht vergessen werden, dass sie häufig unter chronischer Krankheit leiden, die fast immer mit einem hohen Versorgungsbedarf einhergeht. Um diesen abzudecken, müssen sie zahlreiche Instanzen in unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitssystems anlaufen und sind mit vielen Kommunikations- und Koordinationsproblemen konfrontiert (SVR 2007; 2009; 2014). Bedingt durch ihre Erfahrungen mit verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems und Gesundheitsprofessionen antworten sie vermutlich auf die Fragen des HLS-EU-Q47 anders als Befragte, die sich selten(er) im Gesundheitssystem bewegen. Zu vermuten ist, dass gerade ältere Menschen – als Vielnutzer des Gesundheitssystems – die situativen Anforderungen und Aufgaben realistischer und häufig infolge zunehmender Komplexität als schwierig einschätzen (Berens et al. 2016; Schaeffer et al. 2017b). Dabei spielen auch Faktoren wie Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und die Fähigkeit, Situationen reflektieren oder sich hypothetisch vorstellen zu können, eine wichtige Rolle (Frisch et al. 2012; Ishikawa et al. 2008).

Auch die Erhebungsmethode bedarf summierend der Reflexion: In der vorliegenden Untersuchung wurden die Daten mit Hilfe computer-assistierter persönlicher Interviews (CAPI) erhoben. Diese Erhebungsmethode ist für ältere Menschen eher geeignet, da potenzielle Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens oder der kognitiven Leistungsfähigkeiten, schriftliche Befragungen oder Telefoninterviews erschweren könnten (ex. Reuband 2006). Zudem werden Unklarheiten und Missverständnisse in face-to-face Befragungen eher vermieden als beispielweise in postalischen, schriftlichen Befragungen oder Telefoninterviews. Kühn und Porst berichten in ihrem Literaturbericht zudem, dass ältere Menschen deutlich seltener an Telefoninterviews teilnehmen als jüngere Menschen (Kühn/Porst 1999). Zwar treten bei persönlichen Befragungen aufgrund antizipierter Erwartungshaltung nicht selten Phänomene sozialer Erwünschtheit auf (Hefner et al. 2007), jedoch überwiegen die Vorteile von face-to-

³⁵ Der REALM wird zur Erfassung von Health Literacy bei unterschiedlichen Patientengruppen in klinischen Settings und Querschnittstudien eingesetzt. Dabei wird den Befragten eine Liste mit 66 medizinischen und gesundheitsbezogenen Begriffen vorgelegt, die sie vorlesen und laut aussprechen sollen. Die Anzahl der korrekt ausgesprochenen Begriffe gibt Auskunft über das Niveau der funktionalen Health Literacy (Davis et al. 1993).

³⁶ Der TOFHLA beinhaltet 36 Items, die sich auf gesundheitsrelevante Materialien wie Beipackzettel von Medikamenten oder ärztliche Terminvereinbarungen beziehen (Parker et al. 1995).

face Befragungen in der Zielgruppe älterer Menschen, sodass diese Erhebungsmethode auch zukünftig angewendet werden sollte.

Der Erwähnung bedarf abschließend, dass es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Querschnitterhebung handelt. Um Kohorteneffekte ausschließen zu können, sind zukünftig Längsschnittstudien erforderlich.

Schlussfolgerungen auf forschungsrelevanter Ebene

Auch für die Ebene der Forschung lassen sich aus den dargestellten Untersuchungsergebnissen wichtige Schlussfolgerungen ableiten. Mit der vorliegenden Untersuchung wurde ein erster Beitrag zur Schaffung einer empirischen Datengrundlage geleistet. Dennoch bestehen in Deutschland weiterhin noch weitreichende Forschungslücken, die es zukünftig zu schließen gilt. Dabei sind weitere vertiefende und altersdifferenzierte Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz im Alter notwendig. Ebenfalls zu klären ist, mit welchen gesundheitlichen Indikatoren ein niedriges Health-Literacy-Niveau im Alter zusammenhängt. Ferner sind Studien notwendig, die Auskunft darüber geben können, welche Folgen eine niedrige Gesundheitskompetenz für die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten, das Selbstmanagement chronischer Krankheit und auch für die Nutzung des Gesundheits- und Versorgungssystems hat. Auch in diesen Studien ist wichtig, die Lebensphase ‚Alter‘ differenziert zu betrachten und zwischen älteren, alten und hochaltrigen Menschen zu unterscheiden. In diesen Studien sollte außerdem dem Thema chronische Krankheit, insbesondere der Verlaufsdynamik, den unterschiedlichen Phasen und ebenso der Art und Dauer der Krankheiten, mehr Beachtung geschenkt werden, wobei wichtig ist, dass den Untersuchungen ein umfassendes Konzeptverständnis von Health Literacy zugrunde gelegt wird. Dies betrifft sowohl Untersuchungen zur Prävalenz niedriger Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter als auch solche, in denen Zusammenhänge mit sozio-ökonomischen Determinanten und gesundheitlichen Indikatoren betrachtet werden.

Schließlich gilt es, der Digitalisierung im Gesundheitssystem zukünftig mehr Aufmerksamkeit in der Forschung zukommen zu lassen. Zunehmend mehr Gesundheitsinformationen sind online zugänglich und erfordern von den Nutzern entsprechende Kompetenzen (eHealth Literacy) (Norman/Skinner 2006). Doch liegen zur eHealth Literacy der Bevölkerung und ebenso von vulnerablen Gruppen wie älteren, alten und hochaltrigen Menschen bislang kaum empirische Erkenntnisse vor. Sie sind auch für die Erarbeitung von weiteren Interventionskonzepten

unverzichtbar, bei der außerdem – wie zuvor erläutert – der Ausdifferenzierung des Alters künftig hohe Bedeutung zu schenken ist.

7 FAZIT

Abschließend sollen die wissenschaftlichen Herausforderungen noch einmal summierend dargestellt werden. Mit der vorgestellten Untersuchung konnte ein wichtiger Beitrag zur Schließung bestehender Forschungsdesiderate geleistet werden. Darauf aufzubauen gilt es künftig, die Health-Literacy-Forschung und -diskussion weiter voranzutreiben. Denn sowohl auf theoretisch-/konzeptioneller als auch auf methodischer und forschungsrelevanter Ebene bestehen noch zahlreiche anzugehende Aufgaben. Die in der Forschung notwendigen Schritte setzen allerdings voraus, dass dem Thema Gesundheitskompetenz auch auf politischer Ebene entsprechende Aufmerksamkeit und die erforderlichen finanziellen Ressourcen zuteilwerden. Dies wurde bereits mit der Initiierung eines Nationalen Aktionsplans zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Deutschland angestoßen und gilt es weiterzuführen und zu implementieren.

Mit dem konzeptuellen Modell der europäischen Health-Literacy-Studie wurde die Diskussion enorm gefördert und die Möglichkeit geschaffen, in Deutschland empirische Daten zur Gesundheitskompetenz zu erheben (Jordan/Hoebel 2015; Quenzel/Schaeffer 2015; Schaeffer et al. 2016; Zok 2014). Eine wichtige Aufgabe wird es künftig sein, die Konzeptdiskussion weiterzuführen und dabei die in den Untersuchungen gesammelten empirischen Erkenntnisse für die theoretische Diskussion zu nutzen und eine zielgruppenspezifische Ausrichtung des Konzepts zu diskutieren. Neben der Lebensphase ‚Alter‘ sind dabei auch andere Phasen im Lebensverlauf in den Blick zu nehmen (z.B. Kindes- und Jugendalter; mittleres Erwachsenenalter). Ähnliches gilt für vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit chronischer Krankheit, Menschen mit Migrationshintergrund oder auch pflegenden Angehörigen.

Die Weiterführung der Konzeptdiskussion hat zugleich Konsequenzen für die Messinstrumente von Gesundheitskompetenz. Denn nur auf der Basis eines fundierten konzeptionellen Rahmens kann ein valides Instrument entwickelt werden, sodass durch die Generierung normierter Kerndaten auch die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen unterschiedlicher Zielgrup-

pen, Länder und Hintergründe ermöglicht (Pleasant et al. 2011; Sørensen et al. 2012). Dies ist aufgrund der zahlreichen existierenden Definitionen und Messinstrumente bisher nur begrenzt möglich.

Angesichts der zahlreichen, in Deutschland noch bestehenden Forschungslücken, ist die Ausweitung und Intensivierung der Grundlagenforschung nötig. Hierbei ist die Durchführung von Studien, in denen empirische Daten über die Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung gewonnen werden, unabdingbar. Daran anknüpfend empfiehlt sich ein systematisches Vorgehen, mit dem unterschiedliche Lebensphasen, Bevölkerungsgruppen und Gruppen nach weiteren Merkmalen (z.B. Migrationshintergrund, gesundheitliche Vulnerabilität) fokussiert werden, um so sukzessive eine wissenschaftliche Datengrundlage schaffen zu können. Denn bislang liegen in Deutschland nur partielle Befunde zur Gesundheitskompetenz in den Bevölkerungsgruppen vor (ex. Quenzel/Schaeffer 2016).

Parallel dazu gilt es bereits jetzt die Entwicklung Interventionen anzustoßen, um die Nutzer und besonders vulnerable Gruppen in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken (Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017a,b). Gefordert sind, wie deutlich geworden sein sollte, ganz unterschiedliche Maßnahmen, die von der Verbesserung gesundheitsrelevanter Informationen, über die Stärkung persönlicher Gesundheits- und Nutzerkompetenz bis zur Erhöhung der Nutzerfreundlichkeit des Gesundheitssystems und seiner Einrichtungen bis hin zur Verbesserung der kommunikativen und vermittelnden Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen reicht. Dies erfordert vor allem die Erarbeitung neuer Strategien und Methoden für die Gestaltung und Vermittlung von Informationen. Dabei gilt es auch bisher gesammelte empirische Erkenntnisse zu nutzen und in die seit Jahren geführte Diskussion zur Patienten-/Nutzerorientierung im Gesundheitssystem zu integrieren.

LITERATURVERZEICHNIS

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1999): Report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Medical Association* 281(6): 552-557.

Al Sayah, F./Williams, B. (2012): An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes* 36(1): 27-31.

Altin, S./Stock, S. (2015): Health Literate Healthcare Organizations and their Role in Future Healthcare. *Journal of Nursing and Care* 4: 238, DOI: 10.4172/2167-1168-1000238.

Australian Bureau of Statistics (Hrsg.) (2008): Adult Literacy and Life Skills Survey 2006. Summary Results. Australia.

Baker, D.W./Wolf, M.S./Feinglass, J./Thompson, J.A./Gazmararian, J.A./Huang, J. (2007): Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine* 167(14): 1503-1509.

Baker, D.W./Gazmararian, J.A./Williams, M.V./Scott, T./Parker, R.M./Green, D./Ren, J./Peel J. (2002): Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health* 92(8): 1278-1283.

Baker, D.W./Gazmararian, J.A./Sudano, J./Patterson, M. (2000): The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 55(6): 368-374.

Baker, D.W./Parker, R.M./Williams, M./Clark, W.S. (1998): Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *Journal of General Internal Medicine* 13(12): 791-798.

Barlow, J./Wright, C./Sheasby, J./Turner, A./Hainsworth, J. (2002): Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 48(2): 177-87.

Bauer, U./Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Badura, B./Iseringhausen, O. (Hrsg.): *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung*. Bern: Huber, 187-201.

Baumann, E./Czerwinski, F. (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, J./Braun, B./Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 57-79.

Bennett, I./Chen, J./Soroui, J./White, S. (2009): The Contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine* 7(3): 204-2011.

- Bennett, C.L./Ferreira, M.R./Davis, T.C./Kaplan, J./Weinberger, M./Kuzel, T./Seday, M. A./Sartor, O. (1998): Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology* 16(9): 3101-3104.
- Berens, E./Vogt, D./Messer, M./Hurrelmann, K./Schaeffer, D. (2016): Health literacy among different age groups in Germany. Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 16 (1): 1151.
- Berkman, N. D./Sheridan, S. L./Donahue, K. E./Halpern, D. J./Viera, A./Crotty, K./Holland, A./Brasure, M./Lohr, K. N./Harden, E./Tant, E./Wallace, I./Viswanathan, M. (2011): Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report Technology Assessment (Full Rep)* (199): 1-941.
- Bieri, U./Kocher, J. P./Gauch, C./Tschöpe, S./Venetz, A./Hagemann, M./Schwab, J./Schüpbach, S./Frind, A. (2016): Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015". Schlussbericht. Bern.
- Bohanny, W./Wu, S.F./Liu, C.Y./Yeh, S.H./Tsay, S.L./Wang, T.J. (2013): Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 25(9): 495-502.
- Bostock, S./Steptoe, A. (2012): Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *British Medical Journal* 344(e1602): 1-10.
- Brach, C./Keller, D./Hernandez, L. M./Baur, C./Parker, R./Dreyer, B./Schyve, P./Lemerise, A. J./Schillinger, D. (2012): Ten attributes of health literate health care organizations. New York: Institute of Medicine.
- Brainard, J./Loke, Y./Salter, C./Koós, T./Csizmadia, P./Makai, A./Gács, B./Szepes, M. and on behalf of the Irohla Consortium (2016): Healthy ageing in Europe: prioritizing interventions to improve health literacy. *BMC Research Notes* 9: 270.
- Büscher, A./Wingenfeld, K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 107-119.
- Chen, A.M./Yehle, K.S./Plake, K.S./Murawski, M.M./Mason, H.L. (2011): Health literacy and self-care of patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 26(6): 446-51.
- Chesser, A.K./Keene Woods, N./Smothers, K./Rogers, N. (2016): Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine* 2: 1-13
- Chinn, D. (2011): Critical health Literacy: A Review and critical analysis. *Social Science & Medicine* 73(1): 60-67.
- Choi, N.G./DiNitto, D.M. (2011): Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. *Journal of Medical Internet Research* 15(5): e97.

Cornett, S. (2009): Assessing and Addressing Health Literacy. The Online Journal of Issues in Nursing 14 (3): Manuscript 2. URL: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Assessing-Health-Literacy-.html> (letzter Zugriff: 23.03.2017).

Cornett, S. (2006). The effects of aging on health URL: http://medicine.osu.edu/sitetool/sites/pdfs/ahecpublish/HL_Module_Elderly.pdf. (letzter Zugriff 22.03.2017).

Craik, F./Byrd, M. (1982): Aging and Cognitive Deficits. The Role of Attentional Resources. In: Craik, F./Trehub, S. (Hrsg.): Ageing and Cognitive Processes. Plenum Publishing Corporation, 191-210.

Cutilli, C. (2007): Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. Orthopaedic nursing / National Association of Orthopaedic Nurses 26(1): 43-48.

Davis, T.C./Michielutte, R./Askov, E.N./Williams, M.W./Weiss, B.D. (1998): Practical assessment of adult literacy in health care. Health Education Behaviour 25(5): 613-624.

DeWalt, D.A./Berkman, N.D./Sheridan, S./Lohr, K./Pignone, M. (2004): Literacy and health outcomes. A systematic review of the literature. Journal of General Internal Medicine 19(12): 1228-1239.

Dierks, M.L./ Schwartz, F.W. (2003): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig überarb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer.

Dietscher, C./Pelikan, J. (2017): Health-literate hospitals and healthcare organizations Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 303-313.

Eichler, K./Wieser S./Brügger U. (2009): The costs of limited health literacy: a systematic review. International Journal of Public Health 54(5): 313-324.

Ewers, M./Schaeffer, D./Meleis, A. (2017): „Teach more, do less“ – Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 237-259.

Fang, M.C./Machtiger, E.M./Wang, F./Schillinger, D. (2006): Health Literacy and Anticoagulation-related Outcomes Among Patients Taking Warfarin. Journal of General Internal Medicine 21(8): 841-846.

Federman, A.D./Wolf, M.S./Sofianou, A./O'Connor, R./Martyntenko, M./Halm, E.A./Leventhal, H./Wisnivesky, J.P. (2014): Asthma outcomes are poor among older adults with low health literacy. The Journal of Asthma: Official Journal of the Association for the Care of Asthma 51(2): 162-167.

- Federman, A.D./Sano, M./Wolf, M.S./Siu, A.L./Halm, E.A. (2009): Health Literacy and Cognitive Performance in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(8): 1475-1480.
- Freedman, A.M./Miner, K.R./Echt, K.V./Parker, R./Cooper, H.L. (2011): Amplifying diffusion of health information in low-literate populations through adult education health literacy classes. *Journal of Health Communication* 16(3):119-33.
- Frisch, A.-L./Camerini, L./Diviani, N./Schulz, P.J. (2012): Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International* 27(1): 117–126.
- Ganzer, C.A./Insel, K.C./Ritter, L.S. (2012): Associations Between Working Memory, Health Literacy, and Recall of the Signs of Stroke Among Older Adults. *Journal of Neuroscience Nursing* 44(5): 236-243.
- Garcia, C.H./Espinoza, S.E./Lichtenstein, M./Hazuda, H. (2013): Health Literacy Associations Between Hispanic Elderly Patients and Their Caregivers. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 18(1): 256-272.
- Garms-Homolová, V. (2008): Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 263-275.
- Gausman Benson, J./Foreman, W.B. (2002): Comprehension of Written Health Care Information in an Affluent Geriatric Retirement Community: Use of the Test of Functional Health Literacy. *Gerontology* 48(2): 93-97.
- Gazmarmarian, J./Williams, D./Peel, J./Baker, D. (2003): Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling* 51(3): 267-275.
- Gazmararian, J.A/Baker, D.W./Williams M.V. (1999): Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of the American Medical Association* 281(6):545–551.
- Gerber, B.S./Cano, A.I./Caceres, M.L./Smith, D.E./Wilken, L.A./Michaud, J.B./Ruggiero, L.A./Sharp, L.K. (2010): A pharmacist and health promoter team to improve medication adherence among Latinos with diabetes. *The Annals of Pharmacotherapy* 44(1): 70-79.
- Gerlinger, T. (2009): Nutzerorientierung im Gesundheitswesen - Probleme und Perspektiven. In: Mozygemba, K./Mümken, S./Krause, U./Zündel, M./Rehm, M./Höfling-Engels, N./Lüdecke, D./Qurban, B. (Hrsg.): *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheits-sicherung*. 1. Auflage. Bern: Huber, 17-31.
- Haslbeck, J. (2017): Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronischer Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 259-275.

Haslbeck, J./Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege* 20(2): 82-92.

Haun, J./Luther, S.L./Dodd, V./ Donaldson, P. (2012): Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *Journal of Health Communication* 17(3): 141-159.

Hefner, D./Klimmt, C./Daschmann, G. (2007): Typisch Türke? Die Folgen der Nationalitätsnennung für die Bewertung von Akteuren in der Nachrichtenrezeption. *Medien & Kommunikationswissenschaft* 55: 575-592.

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). Verfügbar unter: http://lbihpr.lbg.ac.at.w8.netzwerk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf (letzter Zugriff 31.03.2017)

Horch, K./Ryl, L./Hintzpetter, B./Dierks, M.-L. (2011): Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen. Die Nutzerperspektive. *GBE kompakt* 2. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Berlin.

Howard, D.H./Sentell, T./Gazmararian, J.A. (2006): Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of General Internal Medicine*. 21(8): 857-861.

Huisman, M./Read, S./Towriss, C.A./Deeg, D.J./Grundy, E. (2013): Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. *Epidemiologic Reviews* 35(1): 84-97.

Ipsos Public Affairs (2014): Health Literacy als Ausgangspunkt nutzerorientierter Beratung (HLS-GER). Interner Methodenbericht. Berlin.

Ishikawa, H./Takeuchi, T./Yano, E. (2008): Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care* 31(5): 874-879.

Jopp, D./Rott, C./Wozniak, D. (2010): Psychologische Stärken im Alter. In: Kruse, A. (Hrsg): *Potenziale im Altern – Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft*. Akademische Verlagsgesellschaft, Heidelberg, 51-74.

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.

Kirk, J.K./Grzywacz, J.G./Arcury, T.A./Ip, E.H./Nguyen, H.T./Bell, R.A./Saldana, S./Quandt, S.A. (2012): Performance of health literacy tests among older adults with diabetes. *Journal of General Internal Medicine* 27(5): 534-40.

Kirsch, I.S./Jungeblut, A./Jenkins, L./Kolstad, A. (2002): Adult Literacy in America. A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.

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

Kobayashi, L.C./Wardle, J./Wolf, M.S./Von Wagner, C. (2016): Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 71(3): 445-57.

Kobayashi, L.C./Wardle, J./Wolf, M.S./Von Wagner, C. (2015): Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. *Journal of General Internal Medicine* 30(7): 958-64.

Kutner, M./Greenberg, E./Jin, Y./Paulsen, C. (2006): The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistic, U.S. Department of Education.

Kümpers, S. (2012): Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit im. Alter. *Public Health Forum* 20(1): 4.e1-4.e3.

Kwan, B./Frankish, J./Rootman, I./Zumbo, B./Kelly, K./Begoray, D./Kazanijan, A./Mullet, J. Hayes, M. (2006): The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations. UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research.

Lampert, T./Hoebel, J./Kuntz, B./Fuchs, J./Scheidt-Nave, C./Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. *GBE kompakt* 7(1). Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Berlin.

Levinthal, B.R./Morrow, D.G./Tu W./Murray, M.D. (2008) Cognition and Health Literacy in Patients with Hypertension. *Journal of General Internal Medicine* 23(8): 1172-1176.

Lorig, K./Holman, H.R. (2003): Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioural Medicine* 26(1): 1-7.

Mackert, M./Champlin, S./Su, Z./Guadagno, M. (2015): The Many Health Literacies: Advancing Research or Fragmentation? *Health Communication* 30(12): 1161-1165.

Malloy-Weir, L. J./Charles, C./Gafni, A./Entwistle, V. (2016): A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy* 37(3): 334-352.

Manafa, E./Wong, S. (2012): Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research* 27(6): 947-960.

McDougall G.J./Mackert, M./Becker, H. (2012): Memory performance, health literacy, and instrumental activities of daily living of community residing older adults. *Nursing Research* 61: 70-75.

Mosher, H.J./Lund, B.C./Kripalani, S./Kaboli, P.J. (2012): Association of Health Literacy With Medication Knowledge, Adherence, and Adverse Drug Events Among Elderly Veterans. *Journal of Health Communication* 17(3): 241-251.

Müller-Mundt, G. (2012): Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa, 705-726.

Nielsen-Bohlman, L./Kindig, D. A./Panzer, A. M. (Hrsg.) (2004): *Health Literacy. A Prescription to End Confusion*. Washington: National Academies Press.

Nutbeam, D. (2008): The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 67(12): 2072-2078.

Norman, D./Skinner, H.A. (2006): eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal Medical Internet Research* 8(2): e9.

Nowossadeck, E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. *GBE kompakt* 3(2). Robert Koch-Institut (Hrsg.): Berlin.

Nowossadeck, S./Nowossadeck, E. (2011): *Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter. Report Altersdaten 1-2/2011*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin.

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

Nutbeam, D. (1998): Health Promotion glossary. In: *Health Promotion International* 13(4): 349-364.

Osborne, H. (2013): *Health literacy from A to Z. Practical Ways to Communicate Your Health Message*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Osborn, C.Y./ Bains, S.S./ Egede, L.E. (2010): Health Literacy, Diabetes Self-Care, and Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics* 12(11): 913-919.

Ozdemir, H./Alper, Z./Uncu, Y./Bilgel, N. (2010): Health literacy among adults. A study from Turkey. *Health Education Research* 25(3): 464-477.

Paasche-Orlow, M. K./Wolf, M. S. (2007): The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior* 31(1): 19-26.

Parker, R. M. (2009): Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In: Hernandez, L. (Hrsg.): *Measures of Health Literacy*. Washington, DC: National Academic Press, 91-98.

- Parker, R./Ratzan, S.C. (2010): Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans, *Journal of Health Communication* 15(2): 20-33.
- Parker, R.M./Baker, D.W./Williams, M.V./Nurss, J.R. (1995): The test of functional health literacy in adults. a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 10(10): 537-541.
- Parsons, T. (1968): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt.
- Patel, P.J./Joel, S./Rovena, G./Pedireddy, S./Saad, S./Rachmale, R./Shukla, M./Deol, B.B./Cardozo, L. (2011): Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients. *Patient Education and Counseling* 85(3): 505-507.
- Pelikan, J.M./Ganahl, K. (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 93-125.
- Pleasant, A./McKinney, J./Rikard, R.V. (2011): Health literacy measurement: a proposed research agenda. *Journal of Health Communication* 16(3): 11-21.
- Protheroe, J./Whittle, R./Bartlam, B./Estacio, E.V./Clark, L./Kurth, J. (2017): 'Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: A cross-sectional survey', *Health Expectations* 20(1): 112-119.
- Powell, C.K./Hill, E.G./Clancy, D.E. (2007): The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Education* 33(1): 144-51.
- Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): *Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*. Ergebnisbericht, Bielefeld. DOI: 10.13140/RG.2.1.2509.1604.
- Read, S./Grundy, E./Foverskov, E. (2016): Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & Mental Health* 20(5): 529-542.
- Reuband, K. (2006): Postalische Befragungen alter Menschen: Kooperationsverhalten, Beantwortungsstrategien und Qualität der Antworten. *ZA-Information / Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung* 59: 100-127.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«*. Berlin.
- Rootman, I./Gordon-El-Bihbety, D. (2008): *A Vision for a Health Literate Canada*. Report of the Expert Panel on Health Literacy. Canadian Public Health Association.

Rott, C./Jopp, D.S. (2012): Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsschutz – Gesundheitsforschung 55:474-480.

Röthlin, F./Pelikan J.M./Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).

Rudd, R.E./Anderson, J.E. (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Boston: Department of Society, Human Development, & Health.

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, New York.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn: SVR.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Berlin: SVR.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. Berlin: SVR.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bonn: SVR.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2000/01): Gutachten: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Schaeffer, D. (2017): Health Literacy und Chronische Krankheit. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 129-143.

Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Auflage. Bern: Huber.

Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. 1. Auflage. Bern: Huber.

Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe.

Schaeffer, D./Berens, E./Vogt, D. (2017a): Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Deutsches Ärzteblatt 114(4): 53-60.

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017b): Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 129-143.

Schaeffer, D./Berens, E.-M./Weishaar, H./Vogt, D. (2017c): Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan. Public Health Forum 25(1): 13-15.

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht, Bielefeld. DOI: 10.2391/0070-pub-29081112.

Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (2012): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Erkrankung – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen. Pflege 25(1), 33-48.

Scheidt-Nave, C. (2010): Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Public Health Forum 66: 2.e1-2.e4.

Schillinger, D./Bindman, A./Wang, F./Stewart, A./Piette, J. (2004): Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. Patient Education and Counseling 52(3): 315-323.

Schmidt-Kaehler, S./Vogt, D./Berens, E.M./Horn, A./Schaeffer, D. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Schneider, S./Kogan, I. (2008): The International Standard Classification of Education 1997: challenges in the application to national data and the implementation in cross-national surveys. MZES, Mannheim.

Scott, T.L./Gazmararian, J.A./Williams, M.V./Baker, D.W. (2002): Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Medical Care 4(5): 395-404.

Selden, C./Zorn, M./Ratzan, S./Parker, R. (2000): Health literacy [bibliography online]. National Library of Medicine. URL: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/hliteracy.html>. (letzter Zugriffen 06. Mai 2015).

Shaw, B.A./McGeever, K./Vasquez, E. (2014): Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame? Social Science & Medicine 101: 52-60.

Sheridan, S.L./Halpern, D.J./Viera, A.J./Berkman, N.D./Donahue, K.E./Crotty, K. (2011) Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 16:30-54.

Smith, S.G./Curtis, L.M./O'Connor, R./Federman, A.D./Wolf, M.S. (2015): ABCs or 123s? The independent contributions of literacy and numeracy skills on health task performance among older adults. *Patient Education and Counseling* 98(8): 991-997.

Sørensen, K./Pelikan, J.M./Röthlin, F./Ganahl, K./Slonska, Z./Doyle, G./Fullam, J./Kondilis, B./Agrafiotis, D./Uiters, E./Falcon, M./Mensing, M./Tchamov, K./van den Broucke, S./Brand, H./HLS-EU Consortium (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25: 1053-8.

Sørensen, K./Van Den Broucke, S./Pelikan, J./Fullam, J./Doyle, G./Zofia, S./Kondilis, B./Stoffels, V./Osborne, R./Brand, H. (2013): HLS-EU Consortium. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13: 948.

Sørensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health. a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80.

Speros, C. (2011): Promoting health literacy. a nursing imperative. *The Nursing Clinics of North America* 46(3): 321-33, vi-vii.

Speros, C. (2009): More than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *The Online Journal of Issues in Nursing* 14(3), Manuscript 5.

Speros, C. (2005): Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 50(6): 633-640.

Squiers, L./Peinado, S./Berkman, N./Boudewyns, V./McCormack, L. (2012): The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication* 17(3): 30-54.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2016): Internationale Bildungsindikatoren im Ländervergleich. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschland bis 2060. 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Sudore, R./Yaffe, K./Satterfield, S./Harris, T./Mehta, K./Simonsick, E./Newman, A./Rosano, C./Rooks, R./Rubin, S./Ayonayon, H. (2006): Limited Literacy and Mortality in the Elderly. The Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of General Internal Medicine* 21(8): 806-812.

Tang, Y.H./Pang, S.M./Chan, M.F./Yeung, G.S./Yeung, V.T. (2008): Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 74-83.

Tiller, D./Herzog, B./Kluttig, A. et al (2015): Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health* 15(1): 259

United Nations (2015): *World Population Prospects: The 2015 Revision: Key Findings and Advance Tables*.

Vogt, D./Messer, M./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): "Health Literacy" - ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung* 11(1): 46-52.

Weiss, B.D./Mays, M.Z./Merriam Castro, K./DeWalt, D.A./Pignone, M.P./Mockbee, J./Hale, F.A. (2005): Quick Assessment of Literacy in Primary Care. *The Newest Vital Sign. The Annals of Family Medicine* 3(6): 514-522.

WHO - World Health Organization (2015) *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.

Williams, M. V./Parker, R. M./Baker, D. W./Parikh, N. S./Pitkin, K./Coates, W. C./Nurss, J. R. (1995): Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *The Journal of the American Medical Association* 274 (21), 1677-82.

Wolf, M.S./Feinglass, J./Thompson, J./Baker, D.W. (2010): In search of "low health literacy": Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Social Science & Medicine* 70: 1335-1341.

Zamora, H./Clingerman, E.M. (2011): Health literacy among older adults: a systematic literature review. *Journal of Gerontological Nursing* 37(10): 41-51.

Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WiDO monitor* 11(2): 1-12.

ANHANG

Erklärungen

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe.

Zudem erkläre ich, dass ich keine weiteren früheren Promotionsversuche unternommen habe. Die vorliegende Dissertation wurde nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht.

Bielefeld, April 2017

Dominique Vogt

Danksagung

Nach all den Jahren ist es nun an der Zeit sich bei den Menschen zu bedanken, ohne die diese Dissertation niemals zustande gekommen wäre. Dazu möchte ich mich als Erstes und im Besonderen bei Prof. Dr. Doris Schaeffer bedanken. So ist sie mehr als meine Doktormutter, die mich während meiner Promotionszeit begleitet und in gleichem Maße gefordert und gefördert hat. Sie hat mir damit die großartige Möglichkeit zur persönlichen Weiterqualifikation und beruflichen Weiterentwicklung geschaffen und zugleich die Tür eröffnet an weiteren Forschungsprojekten und zahlreichen Aktivitäten mitwirken und gemeinsam mit ihr an diesem Thema arbeiten zu dürfen. Dadurch habe ich zukunftsweisende, fachliche und inhaltlich so unersetzliche Einblicke erhalten und zugleich so vieles lernen und mitgestalten dürfen. Ich danke ihr von ganzem Herzen für diese Chance. Auch möchte ich Prof. Dr. Doris Schaeffer für ihren äußerst kompetenten, kreativen und immer konstruktiven Rat danken. Ich durfte so unendlich viel von ihr als Wissenschaftlerin, die sie mit Leib und Seele ausfüllt, lernen. Im Besonderen möchte ich mich bei ihr für ihre unendliche Geduld, fortwährende Ermutigung und Förderung sowie ihre liebevolle Unterstützung auf persönlicher und zwischenmenschlicher Ebene in den letzten Jahren bedanken!

Ein großer Dank kommt auch meiner lieben Freundin und Arbeitskollegin Dr. Annett Horn zu. Sie hat mich von Beginn an begleitet und war während der letzten Jahre stets an meiner Seite. Sie hat immer an mich geglaubt und keinen Zweifel gehegt, dass ich die Promotion abschließen werde. Sie hat mit mir jedes Hoch gefeiert und jedes Tief durchlitten und durchgestanden. Gleiches gilt für Dr. Eva-Maria Berens und Britta Kelch, die mich auf allen Ebenen ebenso unterstützt und immer wieder ermutigt haben! Besonders Eva hat mir trotz Projektarbeit und ihrer beiden Mäuse Lea und Lars immer den Rücken freigehalten und mir Diss-Zeit ermöglicht. Solche Kolleginnen und Freunde zu haben – unbezahlbar!

Auch möchte ich mich bei all meinen anderen lieben Kolleginnen und Kollegen für viele anregende Diskussionen, hilfreiche Unterstützungen und ausreichend Schokoladennachschub bedanken. Dazu gehören auch meine NuV-Kolleginnen: Ihnen wünsche ich auch für die letzte Phase ihrer Dissertation ganz viel Kraft und Puste.

Der wohl größte Dank gilt meiner Familie: Ich habe das Glück eine großartige Familie zu haben, die mich zu jeder Zeit hundertprozentig unterstützt, mir den nötigen Rückhalt gibt und an mich glaubt. Papa, Dennis, Christiane, Philipp, Fabian, Marina und Maike – um sie zumindest einmal alle zu nennen. Ich danke Euch für ALLES! All jene, die bereits länger mit mir zusammengearbeitet haben, wissen dass vor allem mein Papa eine unglaublich wichtige Rolle spielt. Ihm möchte ich an dieser Stelle nicht nur für die liebevolle Unterstützung, den Rückhalt und Glauben an mich während der Promotionszeit danken, sondern auch für die letzten 30 Jahre. Denn mehr davon kann ein Kind sich nicht wünschen. Mein Papa ist auch ein großes Vorbild dafür sein Bestes zu geben, Sachen durchzuziehen, Durchhaltevermögen und Ausdauer, immer das Beste aus Situationen zu machen und dabei stets den nötigen Humor nicht zu verlieren – etwas was meine ganze Familie teilt und zusammenschweißt. Gleiches gilt für meinen Bruder Dennis. Er steht immer hinter mir und mit Gewissheit kann ich sagen, dass ich mich zu 100 Prozent auf ihn verlassen kann. Dies ist etwas, das ich über alle Menschen in meiner Familie mit Bestimmtheit sagen kann. So war auch Christiane in den vergangenen Jahren immer für mich da und hat mir bei absolut allem geholfen und zur Seite gestanden. Auch Philipp und Marina möchte ich danken. Besonders für die schönen Ablenkungswochenenden und -stunden, die wir in den letzten Monaten und Jahren zusammen erlebt haben. Ich habe immer eine tolle Zeit mit euch und hoffe es folgt noch viel mehr davon – Gruß an Antonio!

Ebenso wichtig wie meine Familie sind meine unfassbar tollen, loyalen und krisenfesten Freunde. Allein über Eure Unterstützung und Liebe könnte man eine ganze Buchreihe verfassen! Artjom, Rieke, Annalena, Nina und Julian, Sabrina, Denise, Sarah, Marie, Isa, Charlotte, Nora und Janina. Die meisten von Euch kenne ich bereits mein halbes Leben oder sogar länger. Ich danke Euch von ganzem Herzen für jedes ermutigende Wort, jedes Lachen, jede Umarmung, jedes solidarisch genervt sein und so vieles mehr! Ihr seid immer für mich da, ertragt jede meiner Launen und bestärkt mich trotzdem. Jeden Morgen wache ich auf und denke: Es ist ein riesiges Glück Euch zu haben!