

Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund

Discussion Paper zu Konzept und Erfassung

Julia Klinger, Monika Mensing, Eva-Maria Berens

Projektleitung **Prof. Dr. Doris Schaeffer**

Universität Bielefeld
Interdisziplinäres Zentrum für
Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)

Bielefeld
2020

Impressum:

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, 2020

DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2951195>

Soweit nicht anders angegeben, wird diese Publikation unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY NC ND) veröffentlicht. Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> und

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>.

Wir bedanken uns bei Dr. Sarah Carol für sehr hilfreiche Anmerkungen.

Die Erarbeitung des vorliegenden Konzeptpapiers erfolgte im Rahmen des Projekts „Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund“ (HLS-MIG), welches durch die Robert Bosch Stiftung gefördert wird.

**Zitation:**

Klinger, J., Mensing, M., Berens, E.-M. (2020): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund – Discussion Paper zu Konzept und Erfassung. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2951195>

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	1
2	Forschung zur Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund	2
2.1	Konzeptualisierung und Definition eines Migrationshintergrunds.....	3
2.2	Messung und Ausprägung von Gesundheitskompetenz.....	3
2.3	Herausforderungen und Chancen im Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Bereichen Kommunikation, Navigation und digitale Information	7
2.4	Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz	9
2.4.1	Determinanten	9
2.4.2	Konsequenzen	13
3	Konzept zur Messung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund	15
4	Fazit.....	19
	Literaturverzeichnis	20
	Anhang.....	27

1 Hintergrund

Internationale Migration ist Teil der gesellschaftlichen Realität in Deutschland und die Integration und soziale Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund, die ein Viertel der Bevölkerung ausmachen, sind deshalb wichtige gesellschaftliche Themenfelder. Ein Ziel sollten die gleichen Chancen auf eine gute Gesundheit für alle Menschen sein. Allerdings bestehen in Deutschland nach wie vor große gesundheitliche Ungleichheiten (Richter & Hurrelmann 2009, Lampert et al. 2019). Als einer der Treiber solcher Ungleichheiten wird – in den USA seit längerem, in Europa und Deutschland erst seit einem guten Jahrzehnt – die Gesundheitskompetenz bzw. „Health Literacy“ diskutiert.

Das Konzept Health Literacy – hierzulande übersetzt mit Gesundheitskompetenz – entstammt der US-amerikanischen Alphabetisierungsdiskussion und bezog sich zunächst nur auf die literalen Fähigkeiten von Patienten, die zum Verständnis von schriftlichen, meist medizinischen Informationen (Rezepte, Hinweise zur Medikamenteneinnahme, Terminvereinbarungen etc.) benötigt werden und Voraussetzung für Compliance sind (Vogt et al. 2016). Schrittweise veränderte sich dieses Verständnis. Entscheidend war die Abwendung von einer rein medizinisch-klinischen und defizitorientierten hin zur gesundheitswissenschaftlichen bzw. Public Health Perspektive, nach der das Interesse nicht mehr nur der Gesundheitskompetenz von Patienten und Patientinnen, sondern aller Individuen, richtiger der Bevölkerung und einzelnen Bevölkerungsgruppen, gilt. Ihre Health Literacy wird als zu stärkende Ressource betrachtet, die neben der Krankheitsbewältigung auch für die Gesundheitserhaltung und -förderung durch informationsbasierte, gesundheitsbezogene Entscheidungen essentiell ist.

Spätestens seit Health Literacy im Jahr 1998 von der World Health Organization (WHO) in das „Health Promotion Glossary“ aufgenommen wurde, erhielt das Konzept internationale Aufmerksamkeit in den Gesundheitswissenschaften. Zugleich verschob sich – wie bereits angedeutet – der Fokus. Im deutschsprachigen Pendant des Glossars der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde Health Literacy als „Gesundheitskompetenz“ bezeichnet (Abel et al. 2010) – eine durchaus umstrittene Übersetzung (Vogt et al. 2016: 49), die sich jedoch anschließend rasch durchsetzte.

In der Zwischenzeit sind viele Definitionen entstanden, – und die Debatte dazu besteht weiterhin – von denen zwei hier exemplarisch aufgegriffen werden (Vogt et al. 2016). Don Nutbeam (2000) unterscheidet drei verschiedene Ebenen von Gesundheitskompetenz. Die (1) *funktionale Gesundheitskompetenz*, die Lese- und Schreibfähigkeiten umfasst, dient als Basis für den Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen. Die (2) *interaktive Gesundheitskompetenz* schließt weitergehende, auch soziale Fähigkeiten ein, die für den Austausch und die Interaktion von Gesundheitsproblemen benötigt werden. Für die (3) *kritische Gesundheitskompetenz* bedarf es darüber hinaus Fähigkeiten, die zur Verfügung stehenden Informationen kritisch zu hinterfragen und somit auch persönlich relevante Inhalte zu selektieren.

Mit der Definition des European Health Literacy Consortiums, das den ersten Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) koordinierte, hielt das Thema Gesundheitskompetenz verstärkt in die europäische Diskussion Einkehr.

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.“

(Sørensen et al. 2012: 3, dt. Fassung Pelikan & Ganahl 2017: 94)

Beide Definitionen machen deutlich, dass Gesundheitskompetenz ein mehrdimensionales Konzept ist, das den Umgang mit Gesundheitsinformation nicht nur bezogen auf das Individuum betrachtet, sondern auch die soziale und gesellschaftliche Umwelt einbezieht.

Um ein umfassendes Bild der Gesundheitskompetenz einer Bevölkerung zu bekommen und basierend auf diesen Erkenntnissen, Interventionsstrategien zu erarbeiten, ist es essentiell in Studien alle Bevölkerungsgruppen, also auch Menschen mit Migrationshintergrund, zu berücksichtigen. Das ist auch aus gesellschaftlicher Perspektive zu unterstreichen: „In order to ensure no one is left behind, it is essential to improve the health literacy of migrants so as to reduce ethnic disparities and improve the quality of healthcare delivery throughout the EU.“ (Ward et al. 2019: 92).

In Europa und speziell in Deutschland liegen bislang jedoch wenige Studien zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund vor, wie nachfolgend dargestellt wird. Zudem können bezüglich sozialer und ethnischer Diversität bisher nur wenige differenzierende konzeptionelle Ansätze von Gesundheitskompetenz festgemacht werden. Demnach besteht auch eine Forderung darin, dass „[n]eue Messansätze insbesondere darauf fokussieren [sollten], Gesundheitskompetenz kontext- und zielgruppenspezifisch und in ihrer Alltagsrelevanz zu erfassen, und dabei verzerrende Einflüsse von Sprachkompetenz, spezifischen kulturellen Wertesystemen u. a. möglichst minimieren [sollten]“ (Abel & Sommerhalder 2015: 927).

Die Umsetzung dieser Forderung ist ein Teilziel des Projektes „Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (HLS-MIG)“¹, in dessen Rahmen das vorliegende Discussion Paper als Grundlage für die darin durchgeführte quantitative Erhebung erarbeitet wurde. Das Projekt ist an die zweite deutsche Erhebung der Gesundheitskompetenz in Deutschland (HLS-GER 2)² geknüpft, die wiederum Teil der international vergleichenden Erhebung HLS₁₉ des Aktionsnetzwerks M-POHL der WHO European Region³ ist. Darüber hinaus soll das Paper auch als Orientierungshilfe für andere Forschungsprojekte dienen.

Dafür erfolgt zunächst ein Überblick über die internationale Forschung zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. ethnischen Minderheiten. Dabei werden auch die in diesen Studien verwendeten Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz beleuchtet und die bisher untersuchten Determinanten und Konsequenzen von Gesundheitskompetenz sowie Forschungslücken erläutert. Die aus dem bisherigen Forschungsstand abgeleiteten Hypothesen werden abschließend in einem Konzept zusammengefasst.

2 Forschung zur Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund

Um den aktuellen Stand der internationalen Forschung zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten zu ergründen, wurde eine umfangreiche Literaturrecherche in einschlägigen Fachdatenbanken durchgeführt und mittels Handsuche in Referenzen und Zitationen ergänzt. Dabei interessierten neben Ergebnissen zum Ausmaß der Gesundheitskompetenz, zu den Einflussfaktoren und Konsequenzen insbesondere die konkrete Operationalisierung von Gesundheitskompetenz und speziell die für diese Zielgruppe relevanten Aspekte. Es wurden deutsch- und englischsprachige Veröffentlichungen aus west- und nordeuropäischen sowie nordamerikanischen Ländern (aufgrund ähnlicher Migrations- und Sozialstruktur wie Deutschland) zum Thema berücksichtigt, wenn sie

¹ <https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/hls-mig.html>

² https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/health_literacy_deutschland_2.html

³ https://m-pohl.net/HLS19_Project

auf quantitativen Erhebungen der Gesundheitskompetenz von ethnischen Minderheiten basierten. Da in HLS-MIG für Deutschland eine erste bundesweite quantitative Studie zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt werden soll, wird der Fokus auf einer generischen, nicht auf einer spezifischen Gesundheitskompetenzmessung liegen. Deshalb wurden Publikationen ausgeschlossen, die nur die Gesundheitskompetenz für bestimmte Fachgebiete oder einzelne Krankheiten betrachten. Es wurde nur jeweils eine Publikation pro Studie/Datenerhebung einbezogen. Tabelle 1 im Anhang bietet einen Überblick über die berücksichtigten Veröffentlichungen mit Angaben zur jeweiligen Stichprobe, zum Messinstrument von Gesundheitskompetenz und einer Bewertung der Relevanz für die Verwendung in HLS-MIG, sowie die Determinanten und Konsequenzen von Gesundheitskompetenz, die in der Studie erfasst wurden.

2.1 Konzeptualisierung und Definition eines Migrationshintergrunds

Zunächst ist festzuhalten, dass es bei der Konzeption des Migrationshintergrundes keine Einheitlichkeit gibt; das gilt sowohl für die allgemeine Migrationsdebatte, als auch für die (europäische) Gesundheitskompetenzforschung (Nguyen et al. 2015, Ward et al. 2019). Das dürfte unter anderem an der starken Heterogenität innerhalb „der“ Migrationsbevölkerung liegen. Bisher bezieht sich die deutsche Migrationsforschung häufig auf die Definition und somit Konzeptualisierung des Statistischen Bundesamts von dem auch der Begriff stammt (der teilweise jedoch umstritten ist): „Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.“ (Destatis 2020: 19). Dies würde also im Extremfall auch Personen einschließen, deren Vorfahren seit mehreren Generationen in Deutschland leben, ohne die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen zu haben. Deshalb wird auch häufig eine Geburt im Ausland (die eigene oder die der Eltern) als bestimmendes Merkmal herangezogen. Hierbei wären dann allerdings auch Personen mit deutschen Vorfahren gemeint, die beispielsweise bei einem Auslandsaufenthalt ihrer Eltern geboren wurden und später ihren Wohnort nach Deutschland verlegten. Zudem kann bei der ausländischen Staatsangehörigkeit oder dem Geburtsland nach unterschiedlichen Ländern oder Regionen differenziert werden. So können je nach Forschungsgegenstand nur bestimmte Migrationsgruppen von Interesse sein. Personen mit österreichischer Staatsangehörigkeit oder in der Schweiz geborene Personen, die in Deutschland leben, sind aus Integrationsicht wohl weniger vulnerabel. Auch ob eine Person eine eigene Migrationserfahrung gemacht hat oder dies ihre Eltern oder sogar nur eins ihrer Elternteile oder die Großeltern etc. betrifft, sollte unterschieden werden, da sich auch hieraus verschiedene Integrationsbedarfe ergeben. Aber auch innerhalb der Gruppe der selbst Eingewanderten gibt es große Unterschiede. Beispielsweise können etablierte Gruppen, die bereits seit Jahrzehnten im Aufenthaltsland leben (z. B. Türkeistämmige), und kürzlich eingewanderte Gruppen (z. B. Syriestämmige) kontrastiert werden. Diese beiden Gruppen spiegeln zudem u. a. die unterschiedlich ausgeprägten Faktoren der Einwanderungsgründe und Bleibeabsichten wider. Hier bedarf es also einer genauen Überlegung, welche Aspekte aus Forschungssicht relevant sind.

2.2 Messung und Ausprägung von Gesundheitskompetenz

Messung

Meist in Übereinstimmung mit dem jeweiligen konzeptuellen Verständnis von Gesundheitskompetenz wurden unterschiedliche *Messinstrumente* entwickelt (Schulz & Hartung 2017). Sie unterscheiden sich neben ihrer definitorischen und konzeptuellen Orientierung auch nach (1) dem Messansatz, (2) der Reichweite und (3) der inhaltlichen Ausrichtung (Abel & Sommerhalder 2015: 926). Messansätze werden unterteilt in (1a) testbasierte Instrumente, die meist auf einem funktionalen Verständnis von Gesundheitskompetenz beruhen und mittels Aufgaben

und Testfragen zu medizinischen Begriffen, gesundheitsrelevanten Texten oder Szenarien objektiv richtige oder falsche Antworten generieren, und (1b) Selbsteinschätzungsinstrumente, die auf subjektiven Beurteilungen des Schwierigkeitsgrades von spezifischen gesundheitsrelevanten Situationen durch die Befragten basieren. Ihnen liegt im Gegensatz zu den meisten rein testbasierten Instrumenten ein mehrdimensionales Konzept von Gesundheitskompetenz zugrunde. Das gilt etwa für das Instrument HLS-EU-Q47 der HLS-EU-Studie (HLS-EU Consortium 2012). Bezüglich der Reichweite können Instrumente unterschieden werden, die (2a) Fragen der medizinischen Behandlung und Versorgung in den Mittelpunkt stellen, und insbesondere Fähigkeiten erfassen, die für die Navigation im Gesundheitssystem wesentlich sind, oder (2b) auf Fähigkeiten für den alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit fokussieren, und dabei auch die Gesundheitserhaltung im Blick haben. Zudem gibt es (3a) generische Messinstrumente mit allgemeinem inhaltlichen Bezug und (3b) spezifische Instrumente, bei denen die Fähigkeiten im Umgang mit Informationen in einem ausgewählten gesundheitsbezogenen Fachgebiet (z. B. Psychiatrie mit Mental Health Literacy, Zahnmedizin mit Dental/Oral Literacy, Medication Literacy oder Food Literacy) oder für einzelne Krankheiten (z. B. Diabetes) betrachtet werden.

Die Messung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund oder ethnischen Minderheiten wird in englischsprachigen Ländern, hauptsächlich den USA⁴, vorwiegend mit Instrumenten durchgeführt, die auf einem funktionalen Verständnis von Gesundheitskompetenz basieren (Nguyen et al. 2015). Dabei handelt es sich, wie in Tabelle 1 im Anhang zu sehen, häufig um den Test of Functional Health Literacy Assessment (TOFHLA)⁵ und den Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)⁶. Diese werden sinnvollerweise häufig auch in übersetzter Form der zielgruppenspezifischen Herkunftssprache eingesetzt, um auszuschließen, dass schlechtere Ergebnisse aufgrund geringerer Englischkenntnisse zustande kommen. Ein weiterer Fokus wird auf kritische Gesundheitskompetenz gelegt, die mit unterschiedlichen Instrumenten, z. B. dem Health Literacy Screening Questions von Chew et al. (2008) oder dem Health Literacy Questionnaire (HLQ) von Osborne et al. (2013) gemessen wird. In Deutschland, Österreich und der Schweiz wurde die Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund bisher hauptsächlich mithilfe der European Health Literacy Scale (HLS-EU-Q47) erfasst (Sørensen et al. 2013).

Neben diesen Messinstrumenten für die allgemeine Bevölkerung gibt es kaum Instrumente, die explizit Fragen für eingewanderte Personen enthalten und auf spezifische Herausforderungen abzielen, die sich dieser Gruppe im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen stellen (Nguyen et al. 2015). Ein Beispiel für ein solches Instrument findet sich in der in Österreich durchgeführten Studie unter den beiden größten Einwanderungsgruppen: Personen aus der Türkei sowie aus Ex-Jugoslawien, also Bosnien, Kroatien und Serbien (Ganahl et al. 2016). Hier wurde neben der Kurzversion des HLS-EU-Q47 eine 12 Items umfassende Skala für migrationspezifische Gesundheitskompetenz entwickelt. Mit der Skala werden ebenfalls erlebte Schwierigkeiten erhoben, wobei sprach- und navigationsbezogene Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem in den Vordergrund gestellt werden.

⁴ Viele US-amerikanische Studien beinhalten Messungen der Gesundheitskompetenz von Personen der afroamerikanischen Bevölkerung (im Vergleich zu Personen der weißen amerikanischen Bevölkerung). Diese Studien werden hier nicht berücksichtigt, da sie in den meisten Fällen bereits seit vielen Generationen in Nordamerika leben. Somit entspricht diese Bevölkerungsgruppe nicht unserer Definition der Zielpopulation, die sich insbesondere durch eine andere Herkunftssprache auszeichnet.

⁵ Hierbei handelt es sich um einen Lückentext mit Gesundheitsbezug, der das Leseverständnis überprüfen soll. Aus mehreren Vorschlägen soll ein Begriff ausgewählt werden (vgl. Parker et al. 1995).

⁶ Hierbei handelt es sich um einen Worterkennungstest, der die richtige Aussprache medizinischer Fachbegriffe überprüft (vgl. Davis et al. 1993).

Ausprägung

Wie eingangs beschrieben, gibt es nur wenige Studien zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund, vor allem im deutschsprachigen Raum. So konnten in der ersten deutschlandweiten Untersuchung der Gesundheitskompetenz (HLS-GER) bei Personen mit Migrationshintergrund größere Schwierigkeiten im selbstbeurteilten Umgang mit Gesundheitsinformationen festgestellt werden als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (Schaeffer et al. 2016: 41). Zu dem gleichen Ergebnis kam eine Befragung besonders vulnerabler Gruppen in Nordrhein-Westfalen (HLS-NRW). Sowohl bei gering gebildeten Jugendlichen als auch bei älteren Personen ließen sich bei den Teilgruppen mit Migrationshintergrund höhere Anteile mit inadäquater selbsteingeschätzter Gesundheitskompetenz erkennen (Quenzel & Schaeffer 2016: 24). Auch beim performanzbasierten Newest Vital Sign (NVS) Test⁷ konnte dieser Unterschied beobachtet werden (ebd.: 32f.). Für die Gruppe der älteren Einwanderer ließen sich im Bereich der Krankheitsbewältigung/Versorgung Unterschiede nach Herkunftsländern feststellen (Berens et al. 2021).

Die Daten der 2018/2019 durchgeführten ersten Befragungswelle der deutschen HINTS-Studie zum Thema Gesundheitsinformationen ließen auch Auswertungen für Personen mit eigener und (groß-)elterlicher Migrationserfahrung zu. Es zeigte sich, dass nur weniger als die Hälfte der Männer mit eigener Migrationserfahrung angegeben hatten, schon einmal gezielt nach Gesundheitsinformationen gesucht zu haben (Baumann et al. 2020b), deutlich weniger als bei Frauen der gleichen Migrationsgeneration und bei Menschen ohne eigene Migrationserfahrung. Insgesamt gaben Personen der 1. Migrationsgeneration häufiger an, es zu vermeiden, alles über ihre Gesundheit zu erfahren. Ferner war unter denjenigen Personen, die schon Gesundheitsinformationen gesucht hatten, der Anteil, der die Suche aufwendig und frustrierend fand, bei der Gruppe mit eigener Einwanderungserfahrung höher als bei den Vergleichsgruppen.

Zu deutlich anderen Ergebnissen kam die bereits erwähnte Untersuchung in Österreich. Hier zeigte sich bei den beiden Migrationsgruppen im Vergleich mit der einheimischen Mehrheitsbevölkerung wider Erwarten eine bessere Gesundheitskompetenz (Ganahl et al. 2016).⁸ Für die Skala der migrationsspezifischen Gesundheitskompetenz lagen logischerweise keine Vergleichszahlen der Personen ohne Einwanderungsgeschichte vor. Bei beiden Skalen ließ sich für die Gruppe der türkischen Befragten eine geringere Gesundheitskompetenz feststellen als für die ex-jugoslawische Gruppe (Ganahl 2016: 55 & 59).⁹

Bei einer an die HLS-EU-Studie angelehnten Untersuchung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz wurden zwei Teilstichproben der portugiesischen und türkischen Bevölkerung gezogen (Bieri et al. 2016). Bei fast allen Items des HLS-EU-Q47 gaben die portugiesischen Befragten durchschnittlich weniger Schwierigkeiten an als die Befragten der Stichprobe der Gesamtbevölkerung, die Angaben der türkischen Befragten sind hingegen in etwa gleich (ebd.: 93f.). Der auf diesen Items basierende Gesundheitskompetenz-Score beträgt im Mittel aufgrund größerer Heterogenität in der Gruppe der Allgemeinbevölkerung jedoch in etwa so viel wie in der portugiesischen Stichprobe, während der durchschnittliche Wert in der türkischen Stichprobe ca. 2 Punkte darunter liegt¹⁰ (ebd.: 97). Demzufolge wiesen fast zwei Drittel der

⁷ Hierbei handelt es sich um einen Test zum Lese- und Rechenverständnis, der Fragen enthält, die mithilfe eines ausgehändigten Lebensmittletiketts beantwortet werden sollen.

⁸ Weiterführende Analysen weisen darauf hin, dass dies nicht durch die sozial-ökonomischen Zusammensetzungen der Stichproben oder jeweiligen Populationen erklärbar ist.

⁹ Dies kann größtenteils durch höhere Anteile an Personen mit finanziellen Schwierigkeiten und geringeren Sprachkenntnissen zurückgeführt werden, siehe dazu Abschnitt „Determinanten“.

¹⁰ Auch nach Kontrolle relevanter Faktoren haben die türkischen Befragten eine geringere Gesundheitskompetenz, zwischen portugiesischen Befragten und denen der Allgemeinbevölkerung besteht kein signifikanter Unterschied.

türkischen Bevölkerung in der Schweiz eine limitierte Gesundheitskompetenz auf, während dieser Anteil in der portugiesischen Bevölkerung nur ca. 43% betrug (ebd.: 101).

Beim „Gesundheitsmonitoring von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz“ wurden einer türkischen, portugiesischen, serbischen und kosovarischen Stichprobe andere Fragen zum Umgang mit Gesundheitsinformationen (s. Anhang) gestellt (Guggisberg et al. 2011). Die Studie zeigt, dass die Interaktion mit dem Arzt kaum als schwierig erachtet wurde, während das kritische Hinterfragen von Empfehlungen und Informationen eher Probleme bereitete (ebd.: 52ff.). Hier gab es leider keine Vergleichszahlen mit der Mehrheitsbevölkerung, aber es zeigten sich Unterschiede zwischen den Gruppen der verschiedenen Herkunftsländer. Weibliche Befragte aus der Türkei hatten demnach die größten Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit dem Arzt. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass nur knapp ein Viertel der befragten Personen den ärztlichen Konsultationsbedarf bei einem Großteil der Symptome richtig einschätzen konnte¹¹, was auf ein angemessenes Inanspruchnahmeverhalten hinweist (ebd.: 50f.). Jedoch gab es auch hier große Abweichungen zwischen den Gruppen, aber auch zwischen den Geschlechtern.

Eine andere Befragung in der Schweiz enthielt drei auf Selbsteinschätzungen basierende Fragen zum Umgang mit Gesundheitsinformationen sowie eine Kurzform des TOFHLA zur Messung der funktionalen Gesundheitskompetenz (Mantwill & Schulz 2017). Hierbei wurden sowohl Personen mit und ohne Migrationshintergrund befragt. Außerdem erfolgte die Erhebung bei den eingewanderten Personen in ihrer jeweiligen Muttersprache. Somit konnten sowohl ein Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung gezogen als auch die unterschiedlichen Sprachkompetenzen berücksichtigt werden. Die Auswertung zeigte, dass die Migrationsbevölkerung auch in ihrer Muttersprache größere Probleme beim gesundheitsbezogenen Lese- und Rechenverständnis aufzuweisen scheint als die schweizerische Mehrheitsbevölkerung. Auch beim selbsteingeschätzten Umgang mit Gesundheitsinformationen gab es Unterschiede zwischen den Gruppen, allerdings nur im deutschsprachigen Teil der Schweiz. Hier gaben portugiesische Befragte die größten Schwierigkeiten an, was den beschriebenen Befunden von Bieri et al. (2016) entgegensteht.

Für eine Befragung unter Jugendlichen in den Niederlanden wurden die gleichen Fragen zur Selbsteinschätzung des Umgangs mit Gesundheitsinformationen in der jeweiligen Muttersprache verschiedener Herkunftsgruppen genutzt (Blom et al. 2018). Hier konnte im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung nur bei der Gruppe mit ghanaischer Herkunft eine schlechtere kritische Gesundheitskompetenz beobachtet werden.¹² Stattdessen wiesen die Ergebnisse für Jugendliche mit marokkanischer Einwanderungsgeschichte auf eine höhere Gesundheitskompetenz hin als für diejenigen ohne Migrationshintergrund. Die Messung mithilfe des objektiven Tests REALM wurde hingegen nur auf Niederländisch durchgeführt. So ist vielleicht durch unterschiedliche Sprachkompetenzen zu erklären, dass die Jugendlichen mit Migrationshintergrund hier schlechter abschnitten als diejenigen ohne Migrationshintergrund.

Weitere europäische Studien konnten zeigen, dass die Gesundheitskompetenz eingewanderter Personen mangelhaft ist (Wängdahl et al. 2014, Gele et al. 2016). Untersuchungen in den USA und Kanada weisen mehrheitlich auf große Anteile geringer Gesundheitskompetenz bei ethnischen Minderheiten hin (Brice et al. 2008, Todd & Hoffman-Goetz 2011, Sentell & Braun 2012, Smith et al. 2012, Dunn-Navarra et al. 2012, Geltman et al. 2013, Ng & Omariba 2014, Jacobson et al. 2016, Li et al. 2018).

¹¹ Es wurde nach der Notwendigkeit einer ärztlichen Konsultation bei 12 konkreten Symptomen gefragt.

¹² Allerdings waren diese Unterschiede nach Einbezug soziodemographischer Merkmale nicht mehr statistisch signifikant, sprich die Unterschiede in der Stichprobe zeigen sich so nicht unbedingt in der Gesamtbevölkerung.

2.3 Herausforderungen und Chancen im Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Bereichen Kommunikation, Navigation und Digitalisierung

Neben einer Untersuchung der allgemeinen Gesundheitskompetenz, ist auch eine Betrachtung neuer Themenbereiche von Bedeutung, die gesellschaftlich an Relevanz gewonnen haben. So wurden im Rahmen der Studien HLS₁₉ und HLS-GER 2 die Kommunikation und die Navigation im Gesundheitswesen sowie die digitale Gesundheitskompetenz als bedeutsam identifiziert und neu in den Blick genommen. Welche Herausforderungen und Chancen sich diesbezüglich über die generelle Relevanz hinaus speziell für Menschen mit Migrationshintergrund ergeben, wird im Folgenden dargelegt.

Kommunikation im Gesundheitswesen

Für eingewanderte Personen kann eine zentrale Herausforderung im Umgang mit der Sprache des Ziellandes bestehen. Da Ärztinnen und Ärzte eine der Hauptquellen für Gesundheitsinformationen darstellen (Baumann et al. 2020a, Schaeffer et al. 2016), muss besondere Aufmerksamkeit auf die Arzt-Patient-Kommunikation gelegt werden. Neben reinen Sprachbarrieren können auch kulturelle Aspekte zu Herausforderungen werden (Schott et al. 2015). Für Deutschland gibt es bisher wenige quantitative Untersuchungen, die die Probleme in der Kommunikation und Interaktion von eingewanderten Personen mit den Gesundheitsprofessionen, besonders den Ärztinnen und Ärzten, beleuchten. Ergebnisse aus qualitativen Studien lassen jedoch auf Probleme schließen (Adam & Carol 2020, Erdsiek et al. 2019, Schott et al. 2015, Bachmann et al. 2014, Yilmaz-Aslan et al. 2012, Gerlach et al. 2012). Durch umfassendere Studien aus den Niederlanden ist u. a. bekannt, dass eingewanderte (türkeistämmige) Personen eher mit ungestillten Informationsbedürfnissen aus der Konsultation mit ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt gehen (Schinkel et al. 2013). Dies könnte eine Folge inadäquater Kommunikation sein, wie eine Studie von Schouten et al. (2009) zeigte. Dieser zufolge werden Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund weniger in die Entscheidungsfindung einbezogen, und es wird unzureichend sichergestellt, dass das Besprochene verstanden wurde. Eine dänische Studie mit Schwangeren liefert Hinweise, dass eingewanderte Frauen mehr Schwierigkeiten haben, aktiv mit den Gesundheitsprofessionen zusammen zu arbeiten (Villadsen et al. 2020). In Dänemark geborene Frauen mit Eltern aus nicht-westlichen Herkunftsländern gaben hingegen weniger Schwierigkeiten an als Frauen dänischer Herkunft.

Navigation im Gesundheitswesen

Ein weiteres Hindernis kann die Orientierung in einem bisher fremden Gesundheitssystem darstellen, insbesondere wenn es sich durch eine andere Struktur und höhere Komplexität als das System des Herkunftslandes auszeichnet (vgl. Kostareva et al. 2020). Das deutsche Gesundheitssystem ist im positiven Sinne sehr umfangreich, stellt dadurch aber auch hohe Anforderungen an die Nutzenden: die Vielfalt an unterschiedlichen Versorgungsinstanzen und die zahlreichen Nutzungsmodalitäten müssen bekannt sein, um informierte Entscheidungen für eine adäquate Versorgung treffen zu können. Gerade Menschen, die aus Ländern mit schlechteren Versorgungssystemen nach Deutschland kommen, können hierbei überfordert sein. Zudem können sich auch ihre in Deutschland geborenen Kinder vor mehr Schwierigkeiten gestellt sehen, da keine entsprechende Wissensübermittlung durch die Eltern gegeben ist (s. „Family Health Literacy“ im Kapitel 2.3.1).

Bisher gibt es wenig Forschung zu diesem spezifischen Bereich der Gesundheitskompetenz, insbesondere mit Blick auf Personen mit Migrationshintergrund. Eine qualitative Studie aus Norwegen, in der Interviews mit polnischen Migrantinnen und Migranten geführt wurden, lässt schlussfolgern, dass Barrieren im Zugang zu Gesundheitsleistungen neben Kommunikationsproblemen auch durch fehlendes Wissen zur Navigation im Gesundheitssystem entstehen

(Czapka & Sagbakken 2016). In der bereits genannten dänischen Studie mit Schwangeren berichteten nur die Frauen aus nicht-westlichen Herkunftsländern mehr Schwierigkeiten mit der Navigation im Gesundheitssystem als Frauen dänischer Herkunft (Villadsen et al. 2020). Weitere Hinweise auf Probleme mit der Navigation im Gesundheitswesen lassen sich aus einer inadäquateren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ableiten, welche im nächsten Abschnitt als Konsequenz geringer Gesundheitskompetenz dargestellt wird. Ein Grund hierfür kann eine direkte Übertragung des aus dem Herkunftsland gewohnten Inanspruchnahmeverhaltens darstellen. Hinweise dafür fanden Ivanov & Buck (2002) bei russischsprachigen Frauen in den USA. Diese Hypothese ist empirisch allerdings schwer zu überprüfen; dies könnte der Grund dafür sein, dass dies (für Deutschland) bisher nicht erfolgt ist.

Digitale Gesundheitsinformation

Digitale Information und Informationsquellen stellen gerade für eingewanderte Personen mit geringeren Kenntnissen der Sprache des Ziellandes eine vielversprechende Ressource dar, u. a. weil sie über das Internet leichter an muttersprachliche Informationen, möglicherweise direkt aus dem Herkunftsland, gelangen können. Allerdings ist gerade wegen der Möglichkeit des breiten Zugangs zu ungefilterten Informationen aus unterschiedlichsten, auch nicht-seriösen Quellen eine hohe digitale Gesundheitskompetenz für sie besonders wichtig. Auch im Hinblick auf Empfehlungen, die sich auf Gesundheitssysteme aus anderen Ländern beziehen, können hier Schwierigkeiten in der Adaption auf das Gesundheitssystem des Aufenthaltslandes bestehen und somit zur inadäquaten Nutzung führen.

Die Chancen und Problematiken, die sich aus der leichten Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen durch digitale Angebote ergeben, sind bislang insbesondere für Deutschland kaum erforscht. In einer aktuellen quantitativen Studie, die auf Befragungsdaten aus ethnisch diversen Nachbarschaften in Bremen, Birmingham, Lissabon und Uppsala basiert, wird gezeigt, dass die Präferenz für das Internet als Quelle für bestimmte Gesundheitsinformationen bei selbst eingewanderten Personen geringer ist als bei den „einheimischen“ Befragten (Samkange-Zeeb et al. 2020). Hingegen scheint die Präferenz für das Internet bei Personen mit (groß-)elterlicher Einwanderungserfahrung höher zu sein. Letzteres konnte auch in einer qualitativen Studie bei Frauen der mittleren Migrationsgeneration festgestellt werden (Adam & Carol 2020). Sie gehen sehr versiert mit dem Internet als Informationsquelle um, nutzen die Vorteile, sehen aber auch die Risiken, die durch ungefilterte Informationen entstehen. Auch in der HINTS-Studie der Stiftung Gesundheitswissen gaben die Befragten der 2. und 3. Migrationsgeneration das Internet häufiger als bevorzugte Quelle bei der Suche nach Gesundheitsinformationen an, als Befragte mit eigener oder ohne Migrationserfahrung, nämlich rund 30 Prozent; in letztgenannten Gruppen liegen die Anteile hierfür etwa gleichauf bei rund 19 Prozent (Baumann et al. 2020b: 2).¹³ Vermutlich spielt hier jedoch das geringere Durchschnittsalter in der Gruppe mit (groß-)elterlicher Einwanderungserfahrung eine wichtige Rolle. Werden mithilfe der internationalen quantitativen Daten von Samkange-Zeeb et al. (2020) demographische und sozioökonomische, sowie migrationspezifische und gesundheitsbezogene Faktoren beim Vergleich mitberücksichtigt, bleibt die im Vergleich zu „einheimischen“ Personen geringere Präferenz des Internets als Quelle für Gesundheitsinformationen auch mit statistischer Signifikanz bestehen. Die stärkere Präferenz der Nachkommen der Eingewanderten ist dann jedoch im Mittel nicht statistisch signifikant. Werden nur die Befragten aus Bremen betrachtet, zeigt sich in der Tendenz ein ähnliches Bild, wobei sich hier aber beide Migrationsgenerationen nicht statistisch signifikant von der Gruppe ohne Einwanderungsgeschichte unterscheiden, da die Varianz innerhalb der Gruppen recht groß ist – es gibt Personen mit Migrationshintergrund,

¹³ In allen drei Gruppen sind jedoch Ärzte und Ärztinnen beim Großteil der Befragten (rund 60 bis 70%) die präferierte Informationsquelle.

die das Internet in Gesundheitsfragen präferieren und ebenso Personen, die das nicht tun. Interessant ist zudem, dass Personen mit schlechter selbsteingeschätzter Deutschkompetenz das Internet weniger präferieren und stattdessen z. B. eher Informationsangebote des Gesundheitssystems oder aus dem sozialen Umfeld nutzen würden. Dies steht der These entgegen, dass das Internet gerade bei Personen mit Problemen mit der Sprache des Aufnahmelandes für digitale Angebote in der Herkunftssprache genutzt wird.

2.4 Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz

Im folgenden Abschnitt soll zunächst der Forschungsstand zu Einflussfaktoren der Gesundheitskompetenz allgemein und spezifisch für Personen mit Migrationshintergrund dargestellt. Darüber hinaus werden auch Aspekte beleuchtet, die in der bisherigen Forschung nicht ausreichend berücksichtigt wurden, aber relevant erscheinen. Anschließend werden die gesundheitlichen Konsequenzen der Gesundheitskompetenz erläutert.

2.4.1 Determinanten

In der bisherigen Forschung zu den Determinanten von Gesundheitskompetenz werden die *sozioökonomischen Faktoren* Bildung und Sozialstatus in den Vordergrund gestellt (in Deutschland z. B. Jordan & Hoebel 2015, Schaeffer et al. 2016). Diese sind für manche Teile der Migrationsbevölkerung besonders relevant. Für die meisten westlichen Aufnahmeländer lässt sich feststellen, dass Menschen mit nicht-westlichem Migrationshintergrund, insbesondere mit eigener Einwanderungserfahrung, sozialökonomisch schlechter gestellt sind. Für Deutschland kann beispielsweise ein geringeres Bildungsniveau und eine schlechtere berufliche Stellung sowie – damit verbunden – ein geringeres Einkommen attestiert werden (Statistisches Bundesamt 2019). Folglich kann ein gewisser Teil des Unterschieds der Gesundheitskompetenz zwischen Eingewanderten und der Mehrheitsbevölkerung auf die unterschiedliche Sozialstruktur zurückgeführt werden. In empirischen Analysen konnte dementsprechend gezeigt werden, dass eine höhere **Bildung**, eine **Erwerbstätigkeit**, ein höherer **Sozialstatus** und eine gute **finanzielle Lage** von Personen mit Migrationshintergrund im positiven Zusammenhang mit ihrer Gesundheitskompetenz stehen und sich die Differenz der Gesundheitskompetenz zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund somit verringert (Berens et al. 2021, Quenzel & Schaeffer 2016, Ganahl et al. 2016, Wångdahl et al. 2014, Gele et al. 2016, Todd & Hoffman-Goetz 2011, Houston et al. 2019, Dunn-Navarra et al. 2012). Diese Beziehung bleibt auch nach Kontrolle weiterer Faktoren bestehen und lässt sich in vielen Untersuchungen mit unterschiedlichen Messinstrumenten finden. Eine Ausnahme bildet hier jedoch die Erhebung in der Schweiz, bei der in der Gruppe der portugiesischen Migrantinnen und Migranten weder das Bildungsniveau, noch die finanzielle Deprivation einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufwies und auch der selbsteingeschätzte Sozialstatus seine Erklärungskraft verlor, wenn für sportliche Aktivität und chronische Krankheit kontrolliert wurde (Bieri et al. 2016: 110).¹⁴ Bei der türkischen Gruppe konnte hingegen trotzdem eine substantielle Verbindung zwischen Gesundheitskompetenz und sozialem Status und zum Teil auch mit dem Bildungsniveau beobachtet werden (ebd.: 111).¹⁵

Ein bisher weniger betrachtetes Forschungsfeld im Rahmen von Gesundheitskompetenz sind *psychologische Faktoren*. In der österreichischen Studie konnten direkte Zusammenhänge

¹⁴ Bei dieser Gruppe war jedoch im Gegensatz zu türkischen Personen (und auch im Gegensatz zu anderen Studienergebnissen) auch nach Berücksichtigung weiterer Faktoren bei Frauen eine höhere Gesundheitskompetenz zu beobachten.

¹⁵ In dieser Gruppe blieb ein negativer Zusammenhang mit dem Alter bestehen.

von Gesundheitskompetenz und internaler **Kontrollüberzeugung**¹⁶ bei den türkeistämmigen Befragten und externaler Kontrollüberzeugung bei den Personen mit ex-jugoslawischer Herkunft gezeigt werden (Ganahl et al. 2016: 110-113). In einer israelischen Studie wurde die gesundheitsbezogene interne Kontrollüberzeugung (z. B. „Ich kann meine Gesundheit kontrollieren.“) als Konsequenz von Gesundheitskompetenz und Determinante von Gesundheit untersucht, also als Mediator der beiden Variablen (Baron-Epel et al. 2019). Interessanterweise bestätigte sich diese Vermutung bei der jüdisch-israelischen Stichprobe (sowohl für funktionale, als auch für kritische Gesundheitskompetenz), bei der arabischen hingegen nicht bzw. nur in geringerem Ausmaß. Dass bei dem Zusammenspiel von Kontrollüberzeugungen und Gesundheit auch Kultureffekte mitbedacht werden müssen, beschrieben Banti et al. (2020). Für Deutschland konnte in einer aktuellen Untersuchung gezeigt werden, dass die Überzeugung, die eigene Gesundheit stark beeinflussen zu können (was als gesundheitsbezogene interne Kontrollüberzeugung verstanden werden kann), in der Bevölkerung im Zeitverlauf zurückgegangen ist (Stiftung Gesundheitswissen 2020). Im Durchschnitt stimmten 35 % der Befragten dem zu, vier Jahre zuvor waren es noch 46 %. Es zeigte sich zudem eine starke Verbindung mit dem sozioökonomischen Status: jede zweite Person mit höherer Bildung und beruflicher Position sowie höherem Einkommen wies dieses Selbstvertrauen auf. Eng mit internaler Kontrollüberzeugung verknüpft ist das Konzept der **Selbstwirksamkeit**. Sie scheint ebenfalls in einem positiven Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsverhalten zu stehen, wie Guntzviller et al. (2017) anhand einer Untersuchung mit Hispanics in den USA zeigen konnten.

Ein anderer psychologischer Faktor, das individuelle **Gesundheitsbewusstsein**, steht laut einer Studie mit Daten aus Deutschland in Verbindung mit der Gesundheitskompetenz (Jordan & Hoebel 2015). Bei der Berücksichtigung von Alter und Geschlecht haben demnach Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz eine etwa 2,5-fach höhere Chance, stark oder sehr stark auf die eigene Gesundheit zu achten, als Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz. Jedoch erlaubt dieses Ergebnis keine Aussage darüber, was Ursache und was Wirkung ist.

Bisher ebenso eher vernachlässigte Aspekte in der Erforschung von Einflussfaktoren der Gesundheitskompetenz stellen soziale Unterstützung und Religiosität dar. Beide Faktoren sind jedoch wichtige psychosoziale Ressourcen bei der Bewältigung von Gesundheitsherausforderungen. **Soziale Unterstützung** wird als immaterielles Kapital angesehen, das von einem Netzwerk aus Individuen und sozialen Gruppen bereitgestellt wird. Dieses kann direkt auf die Gesundheit wirken (z. B. Kontakte als emotionale Stütze bei psychischer Belastung)¹⁷ oder indirekt, indem soziale Kontakte als Medium für Gesundheitsinformationen oder als Vorbilder beim Gesundheitsverhalten genutzt werden und somit die Gesundheitskompetenz verbessern bzw. eine geringe Gesundheitskompetenz ausgleichen (Lee et al. 2004, Edwards et al. 2015). Soziale Kontakte sind somit Ressourcen für emotionale Unterstützung (z. B. beim Umgang mit chronischer Krankheit), informationelle Unterstützung (Quelle für Gesundheitsinformationen oder Ansprechpartner bei Verständnisproblemen) und instrumentelle Unterstützung (z. B. Begleitung bei Arztbesuchen). In einer neuen Studie aus Dänemark kam das Forschungsteam

¹⁶ Mit Kontrollüberzeugungen sind die Erwartungen einer Person gemeint, inwieweit ein Ereignis oder ein Zustand abhängig vom eigenen Verhalten ist oder von äußeren Umständen beeinflusst wird.

¹⁷ Für Deutschland konnte anhand von zwei umfangreichen Datensätzen der starke positive Zusammenhang von sozialer Unterstützung und der gesundheitlichen Lage verdeutlicht werden, sowohl bei deutsch- als auch türkeistämmigen Befragten (Wengler 2013: 207f.). Insbesondere Personen mit elterlicher Migrationserfahrung profitieren, denn laut statistischer Befunde ist ihre Chance auf (sehr) gute Gesundheit bei bestehender sozialer Unterstützung mehr als doppelt so hoch. Einen Überblick über Theorie und Befunde zu Kultureffekten auf den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit bieten Banti et al. (2020).

zu dem Ergebnis, dass eine geringere soziale Unterstützung tatsächlich mit geringerer Gesundheitskompetenz zusammenhängt (Kirkeby et al. i. E.).

In diesem Kontext ist das Konzept der Family Health Literacy hervorzuheben. In der Gesundheitskompetenzstudie der Bevölkerung in Deutschland von 2014 nannten fast 30 Prozent der Befragten ihre Familie bei der Frage nach ihren drei persönlich relevantesten Anlaufstellen für Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten (Schaeffer et al. 2016: 66). Dies ist bei jüngeren Befragten häufiger der Fall, vermutlich, weil sie selbst noch nicht in allen Bereichen über eigene Erfahrungen und somit über Wissen verfügen und hierfür ihre Eltern oder andere ältere Familienmitglieder zu Rate ziehen. Horn et al. (2015) betonen zudem, dass Personen mit Migrationshintergrund (hier russlanddeutsche Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler) bei Gesundheitsfragen aufgrund eines höheren Vertrauens häufig zuerst die Familie hinzuziehen. Das Wissen über Gesundheit und Krankheit sowie auch über das Gesundheitssystem wird in hohem Maße also auch als soziale Praxis verstanden und so gesehen in sozialen Beziehungen mit- und reproduziert (Edwards et al. 2015, Samerski 2019). Insbesondere der Frau/Mutter wird die Rolle als Gesundheitsberaterin zugeschrieben (Horn et al. 2015). In der HINTS-Studie gaben Frauen häufiger an, für jemand anderen nach Gesundheitsinformationen gesucht zu haben (Baumann et al. 2019). Bei Personen mit eigener Einwanderungserfahrung ist dieser Geschlechterunterschied noch viel größer (Baumann et al. 2020). Aber die Vermittlung von Gesundheitsinformationen über Generationen muss nicht im Sinne klassischer Sozialisation von Alt nach Jung verlaufen. Bei Fokusgruppendifkussionen im Rahmen des Projektes HLS-MIG mit Frauen der mittleren Migrationsgeneration konnte festgestellt werden, dass diese nicht nur ihre Kinder gesundheitlich versorgen und aufklären, sondern auch sehr stark in die gesundheitlichen Belange ihrer Eltern eingebunden sind und sich für deren Gesundheit und adäquate Versorgung mitverantwortlich fühlen (Adam & Carol 2020). Ähnliches verdeutlicht auch Dolinga (2016) anhand des Fallbeispiels einer Spätaussiedlerfamilie. Hier ergibt sich besonderer Bedarf, wenn für die Eltern zusätzlich Übersetzungsarbeit geleistet werden muss. Zudem berichteten die Frauen in den Fokusgruppen von der Wichtigkeit von informell verbreiteten Informationen im sozialen Umfeld. Insbesondere bei selbst eingewanderten Personen, die nicht im deutschen Gesundheitssystem sozialisiert wurden, könnte somit die soziale Unterstützung von Personen, die mit dem System vertrauter sind, relevant sein. Neben in Deutschland geborenen und aufgewachsenen Kindern und Verwandten könnten dies auch deutschstämmige Bekannte und Freunde sein. Dies stellt eine Ressource bei eigener niedriger, insbesondere systembezogener Gesundheitskompetenz dar. Dieser ausgleichende Faktor wurde bei bisherigen empirischen Untersuchungen nach unserem Kenntnisstand nicht berücksichtigt.

Religiosität bietet neben dem sozialen Aspekt der Religionsgemeinschaft auch direkte gesundheitliche Vorteile. Mutmaßliche Mechanismen liegen insbesondere in Vorteilen für die psychische Gesundheit durch religiöse Praktiken (z. B. Gebete als Form spiritueller und mentaler Ruhe/Achtsamkeit, welche Stress reduzieren kann), Bewältigungsstrategien mithilfe vermittelter Werte (z. B. Vergebung, Empathie oder auch Dankbarkeit) sowie Bedeutung und Orientierung im Leben. In vielen Religionen ist ebenso ein gesundheitsbewusster Umgang mit dem Körper Teil der religiösen Praxis. So können sich Alkohol- und Drogenverbote (Banti et al. 2020), Reinigungsrituale (im weiteren Sinne z. B. Fasten) und andere Normen (z. B. ein Tag Ruhe in der Woche) positiv auf die Gesundheit auswirken. Die Mehrzahl bisheriger Studien zeigten, dass stärkere Religiosität mit geringerem Depressionsrisiko, weniger Suizidgedanken und -verhalten, weniger Alkohol- und Drogenmissbrauch und höherem Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit, Freude, Optimismus, Lebenssinn, etc.) assoziiert ist (z. B. Ahrenfeldt et al. 2017, Morawa & Erim 2018, Pawlikowski et al. 2019, Svensson et al. 2019). Diese Zusammenhänge blieben auch nach Kontrolle relevanter soziodemographischer Determinanten und

sogar sozialer Unterstützung, die durch die Eingliederung in eine religiöse Gemeinschaft neben der individuellen Religiosität ebenso positiv wirken kann, bestehen. Ob diese Beziehung auch über Gesundheitskompetenz vermittelt wird, ist unseres Wissens nach bisher nicht untersucht worden.

Neben diesen auch für die Gesamtbevölkerung relevanten Determinanten sollten bei der Erforschung der Gesundheitskompetenz von eingewanderten Personen *migrationspezifische Determinanten* in den Blick genommen werden. Hier ist insbesondere die **Sprachkompetenz** ein entscheidender Faktor, da Gesundheitsinformationen hauptsächlich in der jeweiligen Landessprache vermittelt werden. In diesem Sinne konnte in statistischen Analysen durch die Berücksichtigung der Sprachkompetenz ein Anteil der Unterschiede der Gesundheitskompetenz zwischen Personen mit und ohne Migrationsgeschichte erklärt werden (Berens et al. 2021, Quenzel & Schaeffer 2016: 55f., Ganahl et al. 2016: Kapitel 4.2, Houston 2019, Sentell et al. 2012, Todd & Hoffman-Goetz 2011). Hierbei kann es jedoch Unterschiede zwischen Migrationsgruppen geben, wie sich in der Schweizer Gesundheitskompetenzstudie zeigte (Bieri et al. 109ff.). Hier konnte nur bei türkischen Befragten ein Zusammenhang beobachtet werden, allerdings nicht bei den portugiesischen Befragten. Bei selbst eingewanderten Personen sind auch das *Alter bei der Einreise* und die **Dauer des Aufenthalts** im Aufnahmeland relevante Faktoren (Mantwill & Schulz 2017, Gele et al. 2016, Wängdahl et al. 2014). Wie die **Migrationsgeneration** sind dies jedoch selbst determinierende Faktoren für die Sprachkompetenz und auch andere *Akkulturationsindikatoren*. In einigen Studien wurden diese in Form von kultureller Identifikation/Orientierung, dem Gefühl von Heimat im Aufnahmeland und Beziehungen zur Mehrheitsbevölkerung berücksichtigt (Ganahl et al. 2016, Blom et al. 2018, Gele et al. 2016, Houston 2019, Todd & Hoffman-Goetz 2011). Berichtete **Benachteiligung** und **Diskriminierung** wurde mit den Daten aus Österreich in einen negativen Zusammenhang mit der migrationspezifischen Gesundheitskompetenz gestellt (Ganahl et al. 2016: Kapitel 4.2). Dieser blieb auch bei Berücksichtigung der sozioökonomischen und der migrationsbezogenen Faktoren bestehen (ebd.: 112f.). Für Deutschland wurde bisher nur der Zusammenhang zwischen berichteten Diskriminierungen im Allgemeinen und einem schlechteren psychischen wie auch physischen Gesundheitszustand gezeigt (Igel et al. 2010¹⁸, Schunck et al. 2015¹⁹). Möglicherweise wird ein Teil dieses Zusammenhangs durch eine niedrigere Gesundheitskompetenz mediiert. Es wird also angenommen, dass Diskriminierungserfahrungen einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz ausüben, und dies wiederum Einfluss nimmt auf die psychische wie physische Gesundheit.

Die Beziehung zwischen Gesundheitskompetenz und **Gesundheits- bzw. Krankheits- und Behandlungsverständnis** ist u. a. in den USA anhand von südamerikanischen und asiatischen Migrationsgruppen in den Vordergrund gestellt worden (Shaw et al. 2009). Es sollte jedoch auch vermehrt in europäischen Untersuchungen berücksichtigt werden (vgl. Yilmaz-Aslan et al. 2018).²⁰ Bachmann et al. (2014), Horn et al. (2015), Erdsiek et al. (2019) sowie Adam & Carol (2020) beschreiben anhand von qualitativen Interviews beispielsweise ein eher passives Patientenrollenbild und ein paternalistisches Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung bei türkisch- und russischsprachigen (älteren) Personen. Das Verständnis von Gesundheit bzw.

¹⁸ Interessanterweise blieb dieser Zusammenhang jedoch in nach Herkunftsländern getrennten Modellen für die mentale Gesundheit nur für Personen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und für die körperliche Gesundheit nur für Personen mit polnischer und italienischer Abstammung bestehen.

¹⁹ In dieser Studie konnten keine unterschiedlichen Zusammenhänge zwischen Diskriminierungserfahrungen und Gesundheit je nach Herkunftsregion festgestellt werden, obwohl es unterschiedliche Level an wahrgenommener Diskriminierung gibt (am höchsten bei Personen türkischer Abstammung).

²⁰ Allerdings sollte nicht angenommen werden, dass es hier nur Unterschiede zwischen der Mehrheits- und der Migrationsbevölkerung gibt. Beispielsweise könnten auch zwischen Alterskohorten oder Religionsgruppen diesbezüglich Varianz bestehen.

Krankheit wurde mithilfe gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen von Kirkcaldy et al. (2007) bei (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern untersucht. Im Vergleich mit Deutschen ohne Migrationshintergrund konnten bei ihnen in allen Dimensionen – internal ‚machtvolle Andere‘ und external ‚Zufall‘ – höhere Kontrollüberzeugungen gemessen werden. Insbesondere schienen die eingewanderten Personen machtvollen Anderen, beispielsweise Ärztinnen und Ärzten, mehr Bedeutung zuzusprechen als die Vergleichsgruppe. Dies sind jedoch nur deskriptive Befunde, die auf einer eher kleinen Befragung mit einigen methodischen Schwächen basieren. Diese latenten Konstrukte in einer quantitativen Befragung zu operationalisieren, geht mit einigen Schwierigkeiten einher. Bisher ist nach unserem Wissensstand keine Untersuchung im Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz erfolgt.

2.4.2 Konsequenzen

Viele Studienergebnisse unterstützen die Annahme, dass eine geringere Gesundheitskompetenz mit einem schlechteren (selbsteingeschätzten) **Gesundheitszustand** einhergeht, sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Migrationsgruppen und ethnischen Minderheiten (Jordan & Hoebel 2015, Schaeffer et al. 2016: 79ff., Ganahl et al. 2016: 127ff., Bieri et al. 2016: 125 – nur bei portugiesischen, nicht bei türkischen Migrantinnen und Migranten, Wängdahl et al. 2014, Sentell & Braun 2012). Somit könnte eine niedrigere Gesundheitskompetenz eine Ursache für die vielfach beobachtete schlechtere subjektive Gesundheit bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung sein (Rommel et al. 2015, Ganahl et al. 2016: 126f., Guggisberg et al. 2011, Wengler 2013, Spallek & Razum 2007, Kirkcaldy et al. 2005, Bachmann et al. 2015, Keller & Baune 2005). Daneben bestehen jedoch weitere theoretische Wirkmechanismen (siehe Spallek & Razum 2016). Insgesamt muss festgehalten werden, dass der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit mehrdimensional und sehr komplex ist. Insbesondere für Personen mit eigener Migrationserfahrung muss der gesamte Lebenslauf berücksichtigt werden, da sowohl Faktoren vor, während und nach der Migration für die gesundheitliche Lage relevant sein können. Dies umfasst u. a. umweltbedingte und kontextuelle Expositionen im Herkunftsland, belastende Migrationsgründe und -vorgänge sowie die Bedingungen im Aufnahmeland und die Herausforderungen im Integrationsprozess.

Gesundheit wird unter anderem durch das individuelle **Gesundheitsverhalten** beeinflusst. Es wird angenommen, dass darüber auch ein Teil des Zusammenhangs zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand erklärt werden kann. Dementsprechend besteht die Vermutung, dass vorrangig Personen, die Informationen zum gesundheitsförderlichen Verhalten finden, verstehen und anwenden können, die empfohlenen Maßnahmen auch tatsächlich praktizieren. Gesundheitsverhalten wird in den meisten Studien anhand der Indikatoren Ernährung, Bewegung, sowie Alkohol- und Tabakkonsum gemessen. Repräsentative Studien in Deutschland kommen zu dem Ergebnis, dass durchaus empirische Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und einzelnen Indikatoren existieren (Jordan & Hoebel 2015, Schaeffer et al. 2016). Dabei bestehen jedoch Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Über die Beziehung zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten bei Personen mit Migrationshintergrund können mithilfe der bisherigen empirischen Befunde jedoch keine allgemeinen Aussagen getroffen werden. In der österreichischen Studie konnten je nach Migrationsgruppe, nach betrachtetem Indikator und auch abhängig von der Messung der Gesundheitskompetenz unterschiedliche Zusammenhänge aufgezeigt werden (Ganahl et al. 2016: 120f.). Unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren konnte eine Korrelation mit dem Tabakkonsum beobachtet werden²¹, die bei Österreichern ohne Migrationshintergrund nicht zu bestehen scheint. Auch nur für diese Kompetenzmessung und nur in der ex-

²¹ Interessanterweise zeigt dieser Zusammenhang für die beiden Migrantengruppen in unterschiedliche Richtungen: die türkischen Eingewanderten mit höherer allgemeiner Gesundheitskompetenz sind seltener Raucher*innen,

jugoslawischen Stichprobe konnte ein positiver Zusammenhang mit gesundem Ernährungsverhalten festgestellt werden. Im Gegensatz zur Gruppe ohne Migrationshintergrund konnte jedoch keine Verbindung zwischen Gesundheitskompetenz und sportlicher Betätigung ermittelt werden. In der Studie zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen in Nordrhein-Westfalen konnte hingegen sowohl für gering gebildete Jugendliche als auch für ältere Personen, von denen jeweils die Hälfte einen Migrationshintergrund hatte, ein Zusammenhang zwischen höherer Gesundheitskompetenz und häufigerer körperlicher Aktivität sowie gesundheitsförderlichem Ernährungsverhalten beobachtet werden (Quenzel & Schaeffer 2016: 57-80). Tabak- und Alkoholkonsum wiesen keine Verbindung mit der Gesundheitskompetenz auf. In der Schweizer Studie zur Gesundheitskompetenz stand sportliche Betätigung ebenso bei allen Gruppen im positiven Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz, auch bei Berücksichtigung weiterer Faktoren (Bieri et al. 2016: 55 & 110f.). Unter gesundheitskompetenteren portugiesischen Befragten befanden sich mehr alkoholabstinente Personen, während diese bivariate Korrelation in der Stichprobe türkeistämmiger Personen und in der Allgemeinbevölkerung in die umgekehrte Richtung wies (ebd.: 118f.). Zudem scheint wie bei der Allgemeinbevölkerung in beiden Migrationsgruppen der Tabakkonsum mit steigender Gesundheitskompetenz abzunehmen.

Eine weitere in der Literatur betrachtete Konsequenz von Gesundheitskompetenz ist die **Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen**. Erst wenn Informationen zu Leistungen des Gesundheitssystems gefunden, verstanden und beurteilt wurden, können sie auch richtig angewendet werden. Sie erstrecken sich über die drei Themenbereiche Krankheitsbewältigung/versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. In einem systematischen Review wurde anhand von Studien, die mit Daten aus Deutschland erstellt wurden, untersucht, ob es generell Unterschiede im Nutzungsverhalten des Gesundheitssystems zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund gibt (Klein & v. d. Knesebeck 2018). Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass darüber keine generelle Aussage getroffen werden kann, sondern dass nach Sektoren unterschieden werden muss. Obwohl die Schlussfolgerungen zum Teil auf einer sehr kleinen Anzahl von Studien beruhen, stellen sie insbesondere bei Personen mit eigener Migrationserfahrung eine geringere Nutzung von Fachärzten und Präventionsprogrammen fest.²² Bezüglich der Inanspruchnahme von Allgemeinmediziner*innen, Krankenhausaufenthalten, Notfalldiensten und Impfungen liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Die Ergebnisse von zwei neueren Studien aus Deutschland weisen jedoch auf eine höhere, als nicht notwendig eingeschätzte²³ Nutzung der Notaufnahmeabteilungen in Krankenhäusern durch Personen mit Migrationshintergrund hin (Schwachenwalde et al. 2020, Scherer et al. 2017). In erstgenannter Studie kommen die Forschenden zu dem Schluss, dass diese inadäquate Nutzung möglicherweise auf fehlendes Wissen über Alternativen zur Notversorgung zurückzuführen ist. Laut den Ergebnissen der Gesundheitskompetenz-Studie aus Österreich werden ambulante medizinische Leistungen im Krankenhaus sowohl bei türkischen als auch bei ex-jugoslawischen Personen, die eine geringere allgemeine Gesundheitskompetenz aufwiesen, häufiger genutzt (Ganahl et al. 2016). Die Schweizer Daten zeigen hingegen, dass unter Berücksichtigung von

die ex-jugoslawischen hingegen öfter. Betrachtet man die migrationsspezifische Gesundheitskompetenz, lassen sich jedoch auch unter den türkeistämmigen Personen mit steigenden Werten mehr Raucher*innen finden.

²² Eine neuere, nicht im Review berücksichtigte Studie von Berens et al. (2019a) zur Inanspruchnahme von Brustkrebsscreenings liefert weitere Hinweise auf eine geringere Nutzung bei Migrantinnen. Dies steht im Einklang mit Berens et al. (2019b) Befunden, dass Frauen mit Migrationshintergrund auch bei Kontrolle relevanter Faktoren ein geringeres Wissen über Mammographie-Screenings haben. Ebenso konnten Brzoska et al. 2020a und Brzoska et al. 2020b kürzlich geringere Inanspruchnahmeraten von Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs (Pap-Test) unter Frauen mit Migrationshintergrund aufzeigen.

²³ Für diese Einschätzung wurden sowohl subjektive Angaben der Patient*innen als auch Angaben auf Systemebene (z. B. Empfehlung für Notaufnahme durch Arzt/Ärztin) einbezogen.

Gesundheitszustand und chronischer Erkrankung der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Häufigkeit von Arztbesuchen bei portugiesischen Befragten nicht auf statistisch signifikantem Niveau ($p < 0,05$) bestehen blieb und somit vermutlich nicht in der Gesamtpopulation existiert (Bieri et al. 2016: 133). Mit niederländischen Daten konnte die tendenziell höhere Anzahl der Besuche beim Allgemeinmediziner von ethnischen Minderheiten durch geringere Ausprägungen in einigen Gesundheitskompetenz-Bereichen erklärt werden, nämlich durch die Fähigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und Gesundheitsinformationen zu finden, zu lesen und zu verstehen (van der Gaag et al. 2017). Insgesamt ist die Studienlage zu Konsequenzen der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten allerdings recht dünn.

Weitere migrationspezifische Faktoren könnten die positiven Auswirkungen einer guten Gesundheitskompetenz jedoch aushebeln. Maier et al. (2009) geben einen Einblick in die möglichen Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Eingewanderte und ihre Nachkommen in Deutschland, und betrachteten dabei insbesondere Menschen mit russischer und türkischer Herkunft. Die Nicht-Inanspruchnahme gliedert sich ihnen zufolge vor allem in „Sprach- und informationsbezogene Gründe“ und „negative Erfahrungen mit bzw. Einstellungen zur Gesundheitsversorgung“. Bei ersterem sorgen also unzureichende Deutschkenntnisse für Defizite in der kommunikativen und funktionalen Kompetenz, was eng mit Defiziten der Gesundheitskompetenz verknüpft ist. Der zweite Bereich ist jedoch unabhängiger von den individuellen Fähigkeiten. Vielmehr können negative Erfahrungen und Einstellungen die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Gesundheitskompetenz sogar ausbremsen. Die Autoren benennen das Gefühl vieler ethnischer Minderheiten, sich aufgrund ihrer kulturellen Identität, zu der auch eine abweichende Auffassung von Gesundheit und Krankheit gehören kann, von Gesundheitsdienstleistenden im westlichen Gesundheitssystem unverstanden und diskriminiert zu fühlen. Dies führe insgesamt zum Misstrauen in das Gesundheitssystem und einer Unternutzung von Gesundheitsleistungen (Bachmann et al. 2014, Benjamins & Whitmans 2014, Bermejo et al. 2012, Maier et al. 2009, Shaw et al. 2009, Lee et al. 2009). Des Weiteren können Traditionen des Herkunftslandes und (religiöse) Werte und Überzeugungen (z. B. Rollen- und Geschlechterverständnis, familiäre Bindungen, eine eher kollektivistische Weltanschauung, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit u. ä.) einen großen Einfluss darauf haben, wie die westliche Schulmedizin verstanden und akzeptiert wird und ob ärztliche Ratschläge und Instruktionen verstanden und befolgt werden (Samerski 2019, Kagawa Singer et al. 2016, Bermejo et al. 2012, Brzoska & Razum 2009, Brandes et al. 2009).

3 Konzept zu Messung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund

Nachfolgend soll zunächst die beschriebene Studienlage zusammenfassend bewertet und darauf aufbauend Schlussfolgerungen für die Konzeptualisierung gezogen werden. Zur Messung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund kann zunächst festgehalten werden, dass prinzipiell das gleiche Instrument verwendet werden sollte wie für die Gesamtbevölkerung, da grundsätzlich für alle Personen, die sich im gleichen Land aufhalten bzw. die das gleiche Gesundheitssystem nutzen, die gleiche Informationsumgebung und damit einhergehende Herausforderungen bestehen. Darüberhinausgehend können durch eine detaillierte Erfassung von Ressourcen und Risiken Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit Personen ohne Migrationshintergrund untersucht werden. Dabei sollten die unterschiedlichen Lebensumstände der Personen in den Fokus gerückt werden, da Gesundheitskompetenz als relationales Konzept verstanden werden muss.

Für die Messung der Gesundheitskompetenz gibt es verschiedene Ansätze, deren Erkenntnisgewinn sich beim Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet. Der Einsatz performanzbasierter Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz in deutscher Sprache gibt vorrangig Auskunft über bestehende literale und sprachliche Defizite bei Menschen mit Migrationshintergrund, weniger über ihre Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Kritisiert wird an solchen Messinstrumenten zudem, dass mit den bestehenden Tests nicht alle Dimensionen und Informationsschritte des umfassenden Konzepts von Gesundheitskompetenz erfasst werden können (Schulz & Hartung 2017: 81). Unter anderem fehlt bei vielen Instrumenten ein Fokus auf die psychischen und sozialen Aspekte im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Dennoch können objektive Tests die Messung der Gesundheitskompetenz vervollständigen, da sie den Bereich der funktionalen Gesundheitskompetenz abbilden. Hierbei sollte ein Instrument verwendet werden, das grundlegende literale und mathematische Fähigkeiten mittels alltagsrelevanter gesundheitsbezogener Aufgaben messen kann (z. B. NVS-Test). Für die Untersuchung von Menschen mit Migrationshintergrund aus einem anderen Sprachkreis ist unbedingt zu bedenken, ob muttersprachliche Testmaterialien eingesetzt werden können, um auszuschließen, dass nur die Sprachkompetenz gemessen wird. Dies liefert jedoch keine Erkenntnisse zu möglichen Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen in der Sprache des Aufenthaltslandes.

Mithilfe von Befragungsinstrumenten, die auf einer subjektiven Selbsteinschätzung basieren (z. B. HLS-EU-Q47), ist es möglich, Schwierigkeiten und Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen ganzheitlich zu erfassen. Daneben kann auch der relationale Charakter des Konzepts der Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden. Damit ist gemeint, dass Schwierigkeiten nicht nur durch einen Mangel an persönlichen Fähigkeiten zustande kommen können, sondern auch durch den sozialen und gesellschaftlichen Kontext und die Komplexität der Anforderungen in den Lebenswelten bedingt werden. Probleme im Einsatz entstehen, wenn die Selbsteinschätzung bei verschiedenen Personen und Gruppen unterschiedlich valide und reliable Aussagen produziert (Hartung & Schulz 2017: 81). In der österreichischen Studie wurde beispielsweise diskutiert, dass Menschen mit Migrationshintergrund möglicherweise andere Erwartungen bei gesundheitsrelevanten Aufgaben haben, da sie mehr Schwierigkeiten im Alltag gewöhnt sein könnten (Ganahl 2016: 88). Angemerkt wird auch, dass bei ihnen aufgrund eines wahrgenommenen Integrationsdrucks der Effekt der sozialen Erwünschtheit in Befragungen noch stärker sein könnte als bei der „einheimischen“ Bevölkerung, und damit erlebte Schwierigkeiten nicht oder nicht in vollem Umfang berichtet werden.

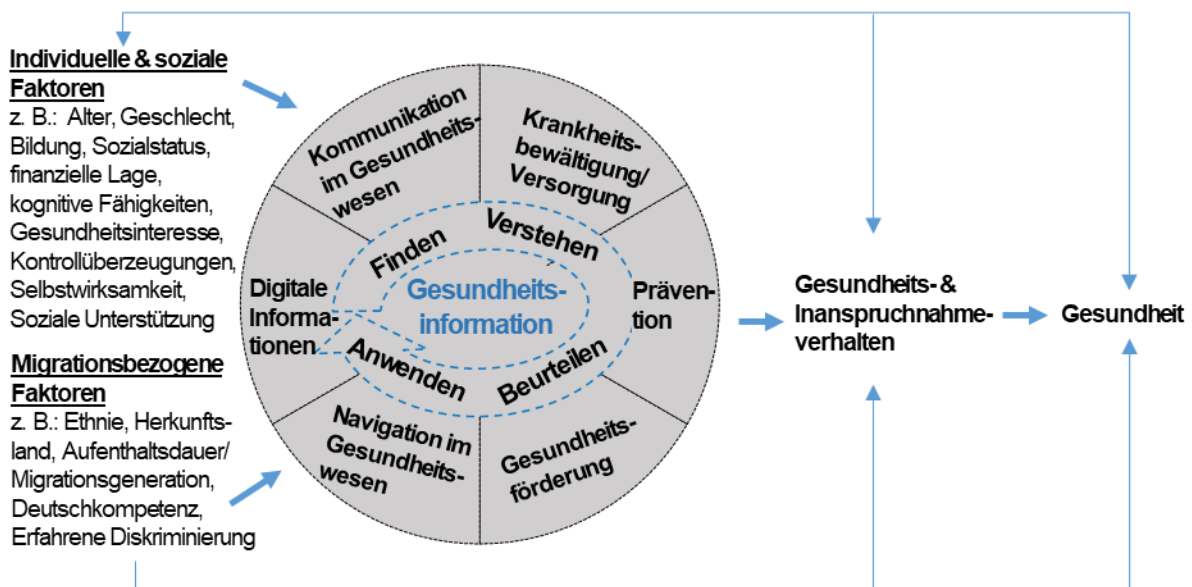
Neben der generellen Gesundheitskompetenz sollten weitere Dimensionen untersucht werden, die auch für die Gesamtbevölkerung bedeutsam sind, und für Menschen mit Migrationshintergrund besondere Relevanz haben. Dazu zählen die Bereiche Navigation und Kommunikation im Gesundheitswesen sowie der Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen.

Um die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund detailliert erfassen und interpretieren zu können, ist es zudem notwendig, migrationsspezifische Kompetenzen, Ressourcen und Herausforderungen stärker zu diskutieren und zu berücksichtigen. Empfehlenswert ist daher u. a. die wahrgenommene Schwierigkeit beim Finden von fremdsprachigen Gesundheitsinformationen und bei der Nutzung von Übersetzungsdiensten bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus zu untersuchen. Hier wird ersichtlich, dass diese Form der Kompetenzmessung auch deutlich vom Kontext, also der Systemseite, abhängig ist und nicht nur von den persönlichen Fähigkeiten der Individuen. Denn wenn keine fremdsprachigen Informationen oder Übersetzungsdienste zur Verfügung stehen, wird das Finden oder Nutzen selbstverständlich erschwert. Mit diesen Fragen können Bedarfslücken identifiziert werden, die u. a.

dazu führen, dass Menschen mit Migrationshintergrund das Gesundheitssystem nicht adäquat nutzen können.

Zudem besteht die Notwendigkeit einer umfangreichen Berücksichtigung von Einflussfaktoren der Gesundheitskompetenz, auch um die Heterogenität der Migrationsbevölkerung zu beachten. Dies bezieht sich neben den für die Gesamtbevölkerung geltenden soziodemographischen und -ökonomischen Merkmalen (z. B. Alter, Bildung, Sozialstatus, finanzielle Lage, etc.) auch auf migrationspezifische Konzepte. Im Rahmen eines Projekts zur Entwicklung eines migrations-sensiblen Gesundheitsmonitorings (IMIRA) des Robert Koch-Instituts schlugen Schumann et al. (2019) diverse Faktoren vor, die mitbedacht und in Studien erhoben werden sollten. Diese sind auch für die Untersuchung der Gesundheitskompetenz relevant und umfassen Migrationsgeschichte, Sprache, Zugehörigkeitsgefühl, soziale Unterstützung, Diskriminierung, Religionszugehörigkeit/Religiosität und subjektiven sozialen Status.

Abbildung 1: Modell der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund



In der Abbildung wird das auf den vorangegangenen Überlegungen basierende Konzept zur Erhebung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund veranschaulicht. Die Grundlage bilden die Definition und das Konzept von Gesundheitskompetenz, welches im HLS-EU-Projekt erarbeitet wurde (Sørensen et al. 2012). Dieses wurde für das Projekt HLS-MIG erweitert. In der Mitte der Abbildung sind die Komponenten der Gesundheitskompetenz dargestellt, die das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen in den vier Schritten der Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen umfassen. Neben den drei im HLS-EU-Modell inkludierten Gesundheitsbereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung sollte auch der Umgang mit Gesundheitsinformationen in Bezug auf Navigation und Kommunikation im Gesundheitswesen als auch die Erfahrungen und Kompetenzen mit digitalen Informationsangeboten berücksichtigt werden. Auf der linken Seite werden einerseits die allgemein gültigen individuellen und sozialen Determinanten von Gesundheitskompetenz gelistet, sowie zusätzlich die erläuterten migrationsbezogenen Faktoren. Die durch diese Determinanten beeinflusste Gesundheitskompetenz kann dann genutzt werden, um die oben dargestellten Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Konsequenzen, die auf der rechten Seite abgebildet sind, zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund zu erklären. Hierzu zählen zunächst das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, die wiederum die Gesundheit determinieren. Zusätzlich können die Determinanten auch als Barrieren oder Ressourcen gesehen werden, die selbst auf

die gesundheitlichen Merkmale wirken oder auf die Beziehung zwischen der Gesundheitskompetenz und den Konsequenzen Einfluss nehmen können.

Die bisherige Studienlage und theoretischen Überlegungen führen zu folgenden Annahmen. Es können keine generalisierenden Aussagen über „die“ Migrationsbevölkerung getroffen werden. Notwendig ist ein differenzierter Blick auf diese äußerst heterogene vermeintliche Bevölkerungsgruppe und auch auf ihre Gesundheitskompetenz, um Risiken und Potenziale im Umgang mit Gesundheitsinformationen aufzudecken. Für selbst eingewanderte Personen mit geringeren Sprachkenntnissen des Aufenthaltslandes, die in Ländern mit abweichend strukturierten Gesundheitssystemen sozialisiert wurden, werden größere Schwierigkeiten vermutet, besonders bei der Kommunikation und Navigation im Gesundheitssystem. Im Hinblick auf den Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen sollten Altersaspekte berücksichtigt werden. Unter den Personen mit familiärer Einwanderungserfahrung befinden sich überproportional viele jüngere Menschen, die zu den sogenannten ‚Digital Natives‘ zählen und versiert sind im Umgang mit digitalen Medien. Ihre Kompetenzen könnten in ihrer Rolle als Informationsvermittler auch ihren älteren Familienangehörigen zugutekommen. Auch hier ist also ein differenzierter Blick notwendig.

Die bisherigen Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass höhere allgemeine und spezifische Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund genau wie in der Gesamtbevölkerung insbesondere bedingt werden durch:

- mittleres Alter
- bessere kognitive Fähigkeiten und Literalität (funktionale Gesundheitskompetenz)
- höhere Bildung
- höherer sozialer Status
- gute finanzielle Lage
- höhere interne Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit
- höheres Interesse an Gesundheitsinformationen,
- bessere soziale Unterstützung.

Für diese Bevölkerungsgruppe sind darüber hinaus vermutlich noch folgende spezifische Faktoren förderlich für eine hohe Gesundheitskompetenz:

- längere Aufenthaltsdauer bzw. das Aufwachsen im Aufenthaltsland
- gute Kompetenz der Sprache des Aufenthaltslands
- Ähnlichkeit zwischen Gesundheitssystemen des Herkunfts- und Aufenthaltslands.

Erfahrene (ethnische) Diskriminierung, insbesondere im Gesundheitsbereich, erschwert hingegen wahrscheinlich den Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Unter Berücksichtigung der individuellen, sozialen und migrationsspezifischen Faktoren wird erwartet, dass die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund durchschnittlich nicht generell niedriger ist als die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Es wird angenommen, dass schlechte Gesundheit, riskantes Gesundheitsverhalten und inadäquate Nutzung des Gesundheitssystems von eingewanderten Personen und ihren (direkten) Nachkommen genau wie in der Gesamtbevölkerung zum Teil durch eine geringere Gesundheitskompetenz erklärt werden können.

4 Fazit

Der Umgang mit Gesundheitsinformationen stellt viele Menschen vor große Herausforderungen. Bislang wurde bei der Untersuchung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund zumeist eine defizitorientierte Perspektive eingenommen, die besonders Sprachprobleme und mangelnde Integration in den Vordergrund stellt. Entgegen der bisher vorherrschenden Ansicht sollten sie jedoch nicht generell als vulnerable Gruppe betrachtet werden. Allein aufgrund der großen Heterogenität dieser Gruppe ist eine differenzierte Betrachtung notwendig. Während bei Personen mit eigener Migrationserfahrung durchaus Aspekte wie geringere Sprachkompetenz und Bildung, Unerfahrenheit mit einem fremden Gesundheitssystem und weiteres eine große Relevanz für den Umgang mit Gesundheitsinformationen haben könnten und zu einer Erhöhung der allgemeinen Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen beitragen, nimmt die Bedeutung dieser auf den eigentlichen Migrationsprozess bezogenen Aspekte in nachfolgenden Generationen ab. Insbesondere bei etablierten Migrationsgruppen, deren Einwanderung schon länger zurückliegt und deren Nachkommen im Aufenthaltsland geboren und aufgewachsen sind, ist eine solche defizitfokussierte Betrachtungsweise nicht zielführend. Vielmehr sollte die Gesundheitskompetenz wie in der Gesamtbevölkerung auch bei Menschen mit Migrationshintergrund, unabhängig von der eigenen Migrationserfahrung, wesentlich umfassender untersucht werden und auch potentielle Ressourcen einbeziehen, um detaillierte Ansatzpunkte für politische Implikationen und praktische Interventionen zu identifizieren. Hierzu sollte die Gesundheitskompetenz mit einem allgemeinen Messinstrument erfasst werden und neben den allgemeinen und den besonderen Herausforderungen auch unbedingt förderliche Ressourcen für den Umgang mit Gesundheitsinformationen in Betracht gezogen werden.

Literaturverzeichnis

- Abel, T., Jordan, S., Sommerhalder, K., & Bruhin, E. (2010). Health Literacy/Gesundheitskompetenz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, 582–587. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i065-2.0>
- Abel, T., & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(9), 923–929. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2>
- Adam, Y. & Carol, S. (2020): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund – Perspektive und Erfahrungen von türkisch- und russischsprachigen Frauen. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung: Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2949096>
- Ahrenfeldt, L. J., Möller, S., Andersen-Ranberg, K., Vitved, A. R., Lindahl-Jacobsen, R., & Hvidt, N. C. (2017). Religiousness and health in Europe. *European Journal of Epidemiology*, 32(10), 921–929. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0296-1>
- Bachmann, V., Völkner, M., Bösner, S., & Donner-Banzhoff, N. (2014). The experiences of Russian speaking migrants in primary care consultations. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, 871–876. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0871>
- Bachmann, V., Teigeler, K., Hirsch, O., Bösner, S., & Donner-Banzhoff, N. (2015). Comparing health-issues of Russian-speaking immigrants, Germans and Russians. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 11(1), 45–56. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-02-2014-0005>
- Banti, M., Demirci, A., Funke, F., & Hoang, L.-T. (2020). Risiko- und Schutzfaktoren der Gesundheit – allgemeingültig oder kulturspezifisch? In Runge, R. (Hrsg.): *Anders krank? Die Rolle von Kultur und kultureller Diversität bei Gesundheit und Krankheit*, 63–88. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:hil2-opus4-11367>
- Baron-Epel, O., Levin-Zamir, D., Cohen, V., & Elhayany, A. (2019). Internal locus of control, health literacy and health, an Israeli cultural perspective. *Health Promotion International*, 34(2), 248–257. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax078>
- Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seeling, M. & Suhr, R. (2020a). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsblatt*. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Großmann, U. & Calhoun, K. (2020b). Wie informieren sich Menschen mit Migrationshintergrund zum Thema Gesundheit? Teilergebnisse der Studie „HINTS Germany“ zum Gesundheitsinformationsverhalten in Deutschland. *Trendmonitor*, 3. https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2020_12_22_Trendmonitor_03_Migration_SGW.pdf
- Benjamins, M., & Whitman, S. (2014). Relationships between discrimination in health care and health care outcomes among four race/ethnic groups. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), 402–413. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9496-7>
- Berens, E.-M., Mohwinkel, L.-M., van Eckert, S., Reder, M., Kolip, P., & Spallek, J. (2019a). Uptake of Gynecological Cancer Screening and Performance of Breast Self-Examination Among 50-Year-Old Migrant and Non-migrant Women in Germany: Results of a Cross-Sectional Study (InEMA). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(3), 674–677. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0785-7>
- Berens, E.-M., Kaucher, S., van Eckert, S., Reder, M., Kolip, P., & Spallek, J. (2019b). Knowledge about mammography screening in Germany by education and migrant status –

- results of a cross-sectional study (InEMa). *Applied Cancer Research*, 39(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s41241-019-0076-1>
- Berens, E.-M., Ganahl, K., Vogt, D., & Schaeffer, D. (2021). Health literacy in the domain of healthcare among older migrants in Germany (North Rhine-Westphalia). Findings from a cross-sectional survey. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, vorzeitige Online-Publikation. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-09-2019-0078>
- Biddle, L., Menold, N., Bentner, M., Nöst, S., Jahn, R., Ziegler, S., & Bozorgmehr, K. (2019). Health monitoring among asylum seekers and refugees: A state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerging Themes in Epidemiology*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12982-019-0085-2>
- Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C. et al. (2016). Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“. Schlussbericht. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/uploads/152131_geskomp_sb_def.pdf
- Blom, I. M., Cohen, E. S., Eshuis, L. V., Woudstra, A. J., Snijder, M. B., Kunst, A. E., & Fransen, M. P. (2018). Ethnic Differences in Health Literacy Among Young Adults in Amsterdam. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(4), e192–e204. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180926-01>
- Brandes, I., Gerken, U., & Walter, U. (2009). Einflüsse auf das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten türkischsprachiger Migranten. *Das Gesundheitswesen*, 71(8/9), A158. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1239208>
- Brice, J. H., Travers, D., Cowden, C. S., Young, M. D., Sanhueza, A., & Dunston, Y. (2008). Health literacy among Spanish-speaking patients in the emergency department. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1326–1332. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31512-1](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31512-1)
- Brzoska, P., & Razum, O. (2009). Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18. <https://content.iospress.com/articles/zeitschrift-fur-medizinische-psychologie/zmp18-3-4-09>
- Brzoska, P., Aksakal, T., & Yilmaz-Aslan, Y. (2020a). Utilization of cervical cancer screening among migrants and non-migrants in Germany: Results from a large-scale population survey. *BMC Public Health*, 20, 5. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8006-4>
- Brzoska, P., Aksakal, T., & Yilmaz-Aslan, Y. (2020b). Disparities in the use of regular pap smears among migrant and non-migrant women in Austria: A population-based survey of 7633 women. *Journal of Medical Screening*. <https://doi.org/10.1177/0969141320953450>
- Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A. & Vanryn, M. (2008). Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 561–566. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0520-5>
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W. et al. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2020). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Fachserie 1 Reihe 2.2. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile
- Dolinga, M. (2016). „Meine Kinder sind weiter als ich ...“. Intergenerationeller Wissenstransfer und geschlechtsspezifischer Wandel des Gesundheitsverhaltens von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. In Fendl, E., Karsten, T., Mezger, W., Prosser-Schnell, M., & Retterath, H.-W. (Hrsg.): *Jahrbuch für deutsche und*

- osteuropäische Volkskunde - Gesundheit und Krankheit bei russlanddeutschen (Spät-)Aus-siedlerInnen*, 37-57. Münster: Waxmann.
- Dominick, G. M., Dunsiger, S. I., Pekmezi, D. W., & Marcus, B. H. (2013). Health Literacy Predicts Change in Physical Activity Self-efficacy Among Sedentary Latinas. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(3), 533–539. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9666-7>
- Dunn-Navarra, A.-M., Stockwell, M. S., Meyer, D., & Larson, E. (2012). Parental Health Literacy, Knowledge and Beliefs Regarding Upper Respiratory Infections (URI) in an Urban Latino Immigrant Population. *Journal of Urban Health*, 89(5), 848–860. <https://doi.org/10.1007/s11524-012-9692-8>
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2015). 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations*, 18(5), 1180-1193. <https://doi.org/10.1111/hex.12093>
- Erdsieck, F., Aksakal, T., Özcebe, H., Üner, S., Caman, O., Czabanowska, K., Gershuni, O., Westerling, R., & Brzoska, P. (2019). Antibiotikanutzung bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Wissen, Einstellungen und Interaktion mit ÄrztInnen und ApothekerInnen. *Das Gesundheitswesen*, a-0820-4397. <https://doi.org/10.1055/a-0820-4397>
- Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (2021). Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Berlin.
- Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F., Alpagu, F., Sikic-Fleischhacker, A., Peer, S., & Pelikan, J. (2016). Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. <http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/gesundheitskompetenz-von-menschen-mit-migrationshintergrund-aus-der-tuerkei-und-ex-jugoslawien-in-osterreich-2013-die-wichtigsten-ergebnisse-der-studie>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: The missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Geltman, P. L., Adams, J. H., Cochran, J., Doros, G., Rybin, D., Henshaw, M., Barnes, L. L., & Paasche-Orlow, M. (2013). The Impact of Functional Health Literacy and Acculturation on the Oral Health Status of Somali Refugees Living in Massachusetts. *American Journal of Public Health*, 103(8), 1516–1523. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300885>
- Gerlach, H., Abholz, H., Koc, G., Yilmaz, M., & Becker, N. (2012). „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“: Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. *ZFA*, 88, 77–85. https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2012/02/20851162-0D79-4AEA-9349-DBC67E62FD5C/208511620D794AEA9349DBC67E62FD5C_abholz_gerlach_migrant_1_original.pdf
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., Rüesch, P., Abel, T., Ackermann, S., & Müller, C. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht*. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-360161>
- Guntzviller, L. M., King, A. J., Jensen, J. D., & Davis, L. A. (2017). Self-Efficacy, Health Literacy, and Nutrition and Exercise Behaviors in a Low-Income, Hispanic Population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(2), 489–493. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0384-4>
- HLS-EU Consortium (2012). Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht. https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf

- Horn, A., Vogt, D., Messer, M., & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken: Ergebnisse einer qualitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *58*(6), 577–583. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2147-0>
- Housten, A. J., Hoover, D. S., Correa-Fernández, V., Strong, L. L., Heppner, W. L., Vinci, C., Wetter, D. W., Spears, C. A., & Castro, Y. (2019). Associations of Acculturation with English- and Spanish-Language Health Literacy Among Bilingual Latino Adults. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, *3*(2), e81–e89. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190219-01>
- Igel, U., Brähler, E., & Grande, G. (2010). Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. *Psychiatrische Praxis*, *37*(4), 183–190. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223508>
- Jacobson, H. E., Hund, L., & Mas, F. S. (2016). Predictors of English Health Literacy among U.S. Hispanic Immigrants: The importance of language, bilingualism and sociolinguistic environment. *Literacy and Numeracy Studies*, *24*(1), 43–64. <https://doi.org/10.5130/lms.v24i1.4900>
- Jordan, S., & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *58*(9), 942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
- Kagawa Singer, M., Dressler, W., George, S., Baquet, C. R., ... & Williams, D. (2016). Culture: The missing link in health research. *Social Science & Medicine*, *170*, 237–246. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.015>
- Keller, A., & Baune, B. T. (2005). Impact of social factors on health status and help seeking behavior among migrants and Germans. *Journal of Public Health*, *13*(1), 22–29. <https://doi.org/10.1007/s10389-004-0082-x>
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, R. G., Wittig, U., Schüller, A., Brähler, E., & Merbach, M. (2005). Health and emigration: Subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants. *Stress and Health*, *21*(5), 295–309. <https://doi.org/10.1002/smi.1068>
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, R. G., Merbach, M., Rutow, N., Brähler, E., & Wittig, U. (2007). A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(3), 364–379. <https://doi.org/10.1080/13548500600594130>
- Kirkeby, M. J., Svendsen, M. T., Bak, C. K., Hansen, C. D., Andersen, J. H., & Torp-Pedersen, C. (i. E.). The impact of social support and living alone on health literacy – A national population study from Denmark. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-26473/v1>
- Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2018). Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, *17*(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0876-z>
- Kostareva, U., Albright, C. L., Berens, E.-M., Levin-Zamir, D., Aringazina, A., Lopatina, M., Ivanov, L. L., & Sentell, T. L. (2020). International Perspective on Health Literacy and Health Equity: Factors That Influence the Former Soviet Union Immigrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(6), 2155. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062155>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. & Waldhauer, J. (2019). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Springer: Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_14

- Lee, C., Ayers, S. L., & Kronenfeld, J. J. (2009). The Association between Perceived Provider Discrimination, Health Care Utilization, and Health Status in Racial and Ethnic Minorities. *Ethnicity & disease*, 19(3), 330–337.
- Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1309–1321. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00329-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00329-0)
- Li, C.-C., Matthews, A. K., & Dong, X. (2018). The Influence of Health Literacy and Acculturation on Cancer Screening Behaviors Among Older Chinese Americans. *Gerontology and geriatric medicine*, 4. <https://doi.org/10.1177/2333721418778193>
- Maier, I., Ruf, D., Pessentheiner, J., Walter-Hamman, R., Serio, A., Boss, H., Barth, W., Berger, M., Härter, M., & Bermejo, I. (2009). Barrieren von Migrantinnen und Migranten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Gesundheitswesen*, 71(08/09), A159. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1239209>
- Mantwill, S., & Schulz, P. J. (2017). Does acculturation narrow the health literacy gap between immigrants and non-immigrants—An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 760–767. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.021>
- Morawa, E., & Erim, Y. (2018). Health-Related Lifestyle Behavior and Religiosity among First-Generation Immigrants of Polish Origin in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph15112545>
- Ng, E., & Omariba, D. W. R. (2014). Immigration, generational status and health literacy in Canada. *Health Education Journal*, 73(6), 668–682. <https://doi.org/10.1177/0017896913511809>
- Nguyen, T. H., Park, H., Han, H.-R., Chan, K. S., Paasche-Orlow, M. K., Haun, J., & Kim, M. T. (2015). State of the science of health literacy measures: Validity implications for minority populations. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.013>
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1), 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537-541.
- Pawlikowski, J., Białowolski, P., Węziak-Białowolska, D., & VanderWeele, T. J. (2019). Religious service attendance, health behaviors and well-being—An outcome-wide longitudinal analysis. *European Journal of Public Health*, 29(6), 1177–1183. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz075>
- 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*, 93-125. Hogrefe Verlag, Bern.
- Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016). Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld. https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Rommel, A., Saß, A. C., Born, S., & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status: Erste Ergeb-

- nisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(6), 543–552. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2145-2>
- Samerski, S. (2019). Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. *Social Science & Medicine*, 226, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. - M., & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29081112>
- Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H., & Schäfer, I. (2017). Patients Attending Emergency Departments. A Cross-sectional Study of Subjectively Perceived Treatment Urgency and Motivation for Attending. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(39), 645–652. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0645>
- Schneider, S. L., Briceno-Rosas, R., Ortmanns, V., & Herzing, J. M. E. (2018). Measuring Migrants' Educational Attainment: The CAMCES Tool in the IAB-SOEP Migration Samples. In D. Behr (Hrsg.): *Surveying the Migrant Population: Consideration of Linguistic and Cultural Issues*, 43-74. Köln: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-58550-6>
- Schott, T., Reutin, B. & Yilmaz-Aslan, Y. (2015). Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? *Public Health Forum* 23(2), 79–81. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0029>
- Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WldO-monitor* 15(1), 1-20. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/WldOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf
- Schulz, P. J., & Hartung, U. (2017). The Future of Health Literacy. In Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, 79–91. Hogrefe Verlag, Bern.
- Schumann, M., Kajikhina, K., Polizzi, A., Sarma, N., Hoebel, J., Bug, M., Bartig, S., Lampert, T., & Santos-Hövenner, C. (2019). Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring. *Journal of Health Monitoring*, 4(3), 51–67. <https://doi.org/10.25646/6071>
- Schunck, R., Reiss, K., & Razum, O. (2015). Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: Evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity & Health*, 20(5), 493–510. <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.932756>
- Schwachenwalde, S., Sauzet, O., Razum, O., Sehouli, J., & David, M. (2020). The role of acculturation in migrants' use of gynecologic emergency departments. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(1), 24–30. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13099>
- Sentell, T., & Braun, K. L. (2012). Low Health Literacy, Limited English Proficiency, and Health Status in Asians, Latinos, and Other Racial/Ethnic Groups in California. *Journal of Health Communication*, 17(sup3), 82–99. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712621>
- Shaw, S. J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., & Vivian, J. (2009). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(6), 460–467. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9135-5>
- Smith, P. C., Brice, J. H., & Lee, J. (2012). The Relationship Between Functional Health Literacy and Adherence to Emergency Department Discharge Instructions Among Spanish-Speaking Patients. *Journal of the National Medical Association*, 104(11–12), 521–527. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)30218-2](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30218-2)

- 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.H., Brand, H. (2013). 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Spallek, J., & Razum, O. (2007). Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik*, 102(6), 451–456. <https://doi.org/10.1007/s00063-007-1058-8>
- Spallek, J. & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. In: Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, S. 153–166. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_10
- Svensson, N. H., Hvidt, N. C., Nissen, S. P., Storsveen, M. M., Hvidt, E. A., Søndergaard, J., & Thilsing, T. (2019). Religiosity and Health-Related Risk Behaviours in a Secular Culture—Is there a Correlation? *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00919-2>
- Todd, L., & Hoffman-Goetz, L. (2011). Predicting Health Literacy Among English-as-a-Second-Language Older Chinese Immigrant Women to Canada: Comprehension of Colon Cancer Prevention Information. *Journal of Cancer Education*, 26(2), 326–332. <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0162-2>
- van der Gaag, M., van der Heide, I., Spreeuwenberg, P. M. M., Brabers, A. E. M., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2017). Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 17(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2276-2>
- Vogt, D., Messer, M., Quenzel, G., Schaeffer, D. (2016): „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung* 11, 46-52. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0519-9>
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 1030. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>
- Ward, M., Kristiansen, M., & Sørensen, K. (2019). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, 78(1), 81–95. <https://doi.org/10.1177/0017896918792700>
- 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.
- Wengler, A. (2013). *Ungleiche Gesundheit: Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland*. Campus Verlag.
- Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., & Brzoska, P. (2018). Die Bedeutung subjektiver Krankheitsvorstellungen in der Gesundheitsversorgung am Beispiel von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund. *Ethik in der Medizin*, 30(3), 237–250. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0499-3>

Anhang

Tabelle 1: Begutachtete Studien zur Gesundheitskompetenz (GK) bei Menschen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten

Studie/Publication Land	Stichprobe und Fragebogensprache	Messinstrument der Gesundheitskompetenz	Items	Bewertung	Berücksichtigte Determinanten GK	Berücksichtigte Konsequenzen GK
(1) Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016): Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen Deutschland (NRW)	1.000 Personen wohnhaft in Nordrhein-Westfalen, Hälfte 15-25 Jahre mit höchstens Hauptschulabschluss, Hälfte 65-80 Jahre; jeweils Hälfte mit Migrationshintergrund Fragebogen in Deutsch, Türkisch und Russisch	HLS-EU-Q47 Newest Vital Sign Test (NVS)	47 Items zu erlebten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Bereichen 1) Krankheitsbewältigung 2) Prävention 3) Gesundheitsförderung NVS: Test der numerischen, mathematischen und Abstraktionsfähigkeiten anhand der Angaben auf einer Lebensmittelverpackung	HLS-EU-Q47 und NVS werden in HLS-MIG aufgenommen	Geschlecht, Alter, Bildung (der Eltern), Einkommen/Wohlstand, Familienstand, Kinder, Staatsangehörigkeit, Migrationserfahrung, zuhause gesprochene Sprache, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Coping-Strategien	Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, Gesundheitswissen, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Umgang mit den Angeboten des Gesundheitssystems, Informationsquellen
(2) Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F.; Alpaga, F.; Sikic-Fleischhacker, A.; Peer, S.; Pelikan, J. M. (2016): Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. Österreich	625 Personen mit Migrationshintergrund (1. & 2. Generation); davon 300 Eingewanderte aus der Türkei und Nachkommen, 325 Eingewanderte aus Ex-Jugoslawien (Bosnien, Kroatien, Serbien) und Nachkommen Fragebogen in Deutsch, Türkisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch	Migrationspezifische Gesundheitskompetenz	Wie schwierig oder leicht ist es für Sie... 1. herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden? 2. sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen? 3. einen gesunden Lebensstil umzusetzen? 4. zu verstehen, warum Sie eine verordnete Diät einhalten sollten? 5. zu verstehen wie das österreichische Gesundheitssystem organisiert ist? 6. zu entscheiden, ob Sie in eine Arztpraxis oder eine Spitalambulanz gehen sollten? 7. eine/n muttersprachliche/n Ärztin/Arzt zu finden? 8. einen Antrag auf eine Sozialleistung zu stellen? 9. ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?	Gegen eine mögliche Verwendung dieser Skala im HLS-MIG spricht, dass nicht alle Items auf Deutschland übertragbar bzw. zielführend sind: • Items 1, 2 & 5 werden so ähnlich in den Dimensionen Navigationale und Kommunikative GK abgefragt • Item 3 sehr allgemein • Item 4, 8 & 12 nur für spezielle Zielgruppe • Item 6: Eine Wissensfrage zur Notaufnahmeverwendung wird aufgenommen • Items 7, 9, 11 & 12 beziehen sich auf sprachliche Probleme und sind daher nur für Personen mit geringeren Deutschkenntnissen relevant. Personen, auf die das	Geschlecht, Alter, Bildung, sozialer Status, finanzielle Schwierigkeiten, Migrationsgeneration, Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse, Gefühl von Heimat und Benachteiligung, Selbstwert, Kontrollüberzeugungen	Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme und Erfahrungen im Krankenbehandlungssystem, Wertschätzende Kommunikation im, Vertrauen in das und kultursensible Angebote im Krankenbehandlungssystem, Kultursensible Präferenzen und Angebote im Krankenbehandlungssystem

			<p>10. in der Nähe Gesundheitsangebote zu finden, die MigrantInnen in Anspruch nehmen können?</p> <p>11. Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?</p> <p>12. Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?</p>	<p>nicht zutrifft, haben womöglich gar keinen Bedarf. Die sprachliche Komponente wird in HLS-MIG anders erfasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> Item 10 impliziert, dass es auch Gesundheitsangebote gibt, die nicht von Migrant*innen wahrgenommen werden können, das ist aber in Deutschland nicht der Fall 		
		HLS-EU-Q16 Kurzskala des HLS-EU-Q47	<p>16 Items zu erlebten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Bereichen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Krankheitsbewältigung 2) Prävention 3) Gesundheitsförderung 	HLS-EU-Q47 wird in HLS-MIG aufgenommen		
(3) Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C. et al. (2016): Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015"	<p>Stichprobe 1: 1.107 Schweizer Einwohner*innen</p> <p>Stichprobe 2: 255 portugiesische Einwohner*innen der Schweiz</p> <p>Stichprobe 3: 250 türkische Einwohner*innen der Schweiz</p> <p>Fragebogen neben Deutsch, Französisch und Italienisch auch in Türkisch und Portugiesisch</p>	HLS-EU-Q47	Siehe oben	HLS-EU-Q47 wird in HLS-MIG aufgenommen	Geschlecht, Alter, Bildung, sozialer Status, finanzielle Deprivation, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund, Muttersprache/Sprachkompetenz, Schweizer Sprachregion, Siedlungsart	Gesundheitsverhalten, selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Nutzung medizinischer Leistungen
(4) Biddle, L., Menold, N., Bentner, M., Nöst, S., Jahn, R., Ziegler, S., & Bozorgmehr, K. (2019): Health monitoring among asylum seekers and refugees: A state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. Deutschland	<p>412 Asylsuchende und Geflüchtete in Aufnahmezentren in Baden-Württemberg</p> <p>Fragebogen in Deutsch, Englisch, Albanisch, Arabisch, Farsi, Französisch, Russisch, Serbisch, Türkisch</p>	3 Fragen von HLS-EU-16	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie einfach oder schwer fällt es Ihnen herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? 2. Wie einfach oder schwer fällt es Ihnen Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden? 3. Wie einfach oder schwer fällt es Ihnen Informationen über 	Siehe oben	GK hier keine abhängige Variable	GK hier keine unabhängige Variable

			Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?			
(5) Schröder, H., Zok, K. & Faulbaum, F. (2018): Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. Wissenschaftliches Institut der AOK Deutschland	2.021 Asylsuchende aus Syrien, Irak und Afghanistan ab 18 Jahre, die höchstens 2 Jahre in Deutschland und in Erstaufnahmeeinrichtungen leben Fragebogen in Arabisch, Farsi, Kurmanci	5 Fragen der Migrationsspezifischen Gesundheitskompetenz von Ganahl et al. (2016)	Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach für Sie... 1. eine(n) muttersprachliche(n) Ärztin oder Arzt zu finden? 2. sich in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus verständlich zu machen? 3. Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen? 4. in Ihrer Nähe Gesundheitsangebote zu finden, die Sie in Anspruch nehmen könnten? 5. herauszufinden, ob Sie in eine Arztpraxis oder in ein Krankenhaus gehen sollen?	Siehe oben	GK hier keine abhängige Variable	GK hier keine unabhängige Variable
(6) Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I. et al. (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht. Schweiz	2.214 Eingewanderte aus Portugal, Türkei, Kosovo und Serbien; 404 Asylsuchende aus Somalia und Sri Lanka Fragebogen in Deutsch, Französisch, Portugiesisch, Türkisch, Albanisch, Serbisch, Tamilisch und Somali	Gesundheitskompetenz "Symptomeinschätzung"	Glauben Sie, jemand in Ihrem Alter sollte ärztliche oder psychologische Hilfe aufsuchen bei einer der folgenden Beschwerden? (Physische Symptome:) 1. Gelegentliches Magenbrennen nach schweren Mahlzeiten (nein) 2. Husten während 3 oder mehr Wochen (ja) 3. 1 oder 2 Tage Halsschmerzen oder Schnupfen mit Fieber bis 38 Grad Celsius (nein) 4. Durchfall während 4 oder 5 Tagen (ja) 5. Atemnot selbst nach leichter Arbeit (ja) 6. Wiederholtes Erbrechen an einem Tag (nein) (Psychologische Symptome:) 7. Häufig sich selber zum Erbrechen bringen (ja) 8. Traurigkeit nach einer Beziehungskrise (nein) 9. Traurigkeit während der meisten Zeit des Tages (ja) 10. Sich seit Wochen nicht mehr für Sachen interessieren, die	Skala wird als zu unspezifisch erachtet. Stattdessen wird eine Frage zur adäquaten Nutzung der Notaufnahme aufgenommen (zum Vergleich auch in HLS-GER 2).	GK hier keine abhängige Variable	GK hier keine unabhängige Variable

			sonst Freude bereitet haben (ja) 11. Sich verfolgt fühlen (ja) 12. Manchmal Alpträume in der Nacht haben (nein)			
		Objektivierbare Einzelfragen Gesundheitskompetenz	1. Spontanwissen der Ambulanznummer 2. Heilbarkeit HIV/AIDS	Aufnahme anderer Wissensfragen in HLS-MIG und HLS-GER 2		
		Subjektive Einschätzung der Gesundheitskompetenz	1. Wie sicher fühlen Sie sich bei der Auswahl des Arztes? 2. Können Sie Ihre eigenen Anliegen beim Arzt verständlich machen? 3. Wie gut verstehen Sie die Informationen des Arztes? 4. Wie ist das bei Ihnen, wenn Sie zu einem Arzt oder einer Ärztin gehen – tauschen Sie sich vor oder nach dem Arztbesuch mit anderen Personen dazu aus, egal ob persönlich, per Telefon oder im Internet etc.? 5. Denken Sie über Vor- und Nachteile der Empfehlungen des Arztes nach? 6. Sammeln Sie vor wichtigen Entscheidungen zur Gesundheit Informationen? 7. Suchen Sie weitere Informationen, wenn die Informationen des Arztes Sie nicht überzeugen?	Fragen nicht migrations-spezifisch und ähneln HLS-EU-Q47, werden deshalb nicht zusätzlich aufgenommen		
(7) Mantwill, S. & Schulz, P. (2017): Does acculturation narrow the health literacy gap between immigrants and non-immigrants – An explorative study Schweiz	1.146 Eingewanderte aus Portugal, Kosovo, Albanien, Mazedonien, Serbien, Bosnien Fragebogen in jeweiliger Muttersprache (keine genauere Angabe)	Short Test of Functional Health Literacy Assessment (S-TOFHLA) Health Literacy Screening Questions von Chew et al. (2008)	S-TOFHLA: Lese- und Rechenverständnis gesundheitsbezogener Inhalte (36 Items) Health Literacy Screening Questions: 1. How often do you have problems learning about your health because of difficulty understanding written information that would be written in German or Italian? 2. How confident are you filling out medical forms by yourself?	S-TOFHLA: vielmehr ein reiner Lese- oder Sprachtest als ein Test der Gesundheitskompetenz, wird daher nicht verwendet Health Literacy Screening Questions: Fragen nicht migrations-spezifisch und ähneln HLS-EU-Q47, werden deshalb nicht zusätzlich aufgenommen	Geburtsland, Aufenthaltsdauer, Alter bei Ankunft	Gesundheitszustand

			3. How often do you have someone help you read letters from your general practitioner, the hospital, or other health care institutes?			
(8) van der Gaag, Marieke, Iris van der Heide, Peter M. M. Spreeuwenberg, Anne E. M. Brabers, und Jany J. D. J. M. Rademakers (2017): Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. Niederlande	612 Personen aus dem Dutch Health Care Consumer Panel, davon 532 Personen ohne Einwanderungsgeschichte und 89 Personen aus nicht-westlichen ethnischen Gruppen Fragebogen in Niederländisch	Health Literacy Questionnaire (HLQ) von Osborne et al. (2013)	44 Items in 9 Bereichen: Teil 1: Zustimmung zu Aussagen in den Bereichen 1) "Feeling understood and supported by health care providers", 2) "Having sufficient information to manage my health", 3) "Actively managing my health", 4) "Social support for health", 5) "Critical appraisal of health information" (Beispiele: "I have enough information to help me deal with my health problems"; "I always compare health information from different sources and decide what's best for me.") Teil 2: Schwierigkeiten bei bestimmten Aufgaben in den Bereichen 6) "Ability to actively engage with health care providers", 7) "Navigating the health care system", 8) "Ability to find good health information" and 9) "Reading and understanding health information enough to know what to do". (Beispiele: "How easy or difficult is it for you to have good discussions about your health with doctors?"; "... to read and understand written health information?")	Allgemeine und umfassende Messung der Gesundheitskompetenz soll in HLS-MIG wie in HLS-GER 2 mithilfe des HLS-EU-Q47 erfolgen	Geschlecht, Alter, Bildung, Ethnie	Besuche beim Hausarzt
(9) Blom, I. M., Cohen, E. S., Eshuis, L. V., Woudstra, A. J., Snijder, M. B., Kunst, A. E., & Fransen, M. P. (2018): Ethnic Differences in Health Literacy Among Young Adults in Amsterdam. Niederlande	2.215 18-25-Jährige wohnhaft in Amsterdam; Herkunftsland Niederlande n=338, Südasien/ Surinam n=260, Ghana n=197, Türkei	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) in Niederländisch Health Literacy Screening Questions von Chew et al.	REALM: Erkennen und Aussprache von gesundheitsbezogenen Wörtern (66 Items) Health Literacy Screening Questions: 3 Fragen, Beschreibung s.o.	REALM: Eher reiner Les- und Sprachtest, daher nicht geeignet um Gesundheitskompetenz als Umgang mit Gesundheitsinformationen zu messen.	Alter, Geschlecht, Bildung, finanzielle Schwierigkeiten, Herkunftsland, Sprachkompetenz (Schwierigkeit in Konversationen und beim Lesen), subjektive	keine

	n=527, Marokko n=586 Fragebogen in Niederländisch, Englisch und Türkisch	(2008) in jeweiliger Muttersprache		Health Literacy Screening Questions: Fragen nicht kulturspezifisch und ähneln HLS-EU-Q47, werden deshalb nicht zusätzlich aufgenommen	ethnische Identität, kulturelle Orientierung, soziale Beziehungen mit Niederländern	
(10) Wängdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L., Westerling, R. (2014): Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study Schweden	455 Erwachsene mit Fluchthintergrund und Muttersprache Arabisch, Dari, Somali oder Englisch Fragebogen in Schwedisch, Arabisch, Somali, Dari und Englisch	Swedish functional health literacy scale (S-FHL) HLS-EU-Q16 (leicht modifiziert, mit "weiß nicht" Option)	S-FHL 1. Do you think that it is difficult to read health information because the text is difficult to see (even if you have glasses or contact lenses)? 2. Do you think that it is difficult to understand words or numbers in health information? 3. Do you think that it is difficult to understand the message in health information? 4. Do you think that it takes a long time to read health information? 5. Do you ever ask someone else to read and explain health information?		Geburtsland, Alter, Geschlecht, Bildung, Aufenthaltsdauer, Religionszugehörigkeit	Gesundheitszustand, chronische Krankheit, Inanspruchnahme letzte 3 Monate
(11) Gele, A., Pettersen, K., Torheim, L., Kumar, B. (2016): Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo Norwegen	302 Frauen aus Somalia über 25 Jahre und wohnhaft in Oslo Keine Information zur Fragebogensprache	HLS-EU-Q16	16 Items zu erlebten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Bereichen 1) Krankheitsbewältigung 2) Prävention 3) Gesundheitsförderung	HLS-EU-Q47 wird in HLS-MIG aufgenommen	Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit, Aufenthaltsdauer, Akkulturation/soziale Integration (Angabe zur konkreten Operationalisierung fehlt)	keine
(12) Sentell, T., & Braun, K. L. (2012): Low Health Literacy, Limited English Proficiency, and Health Status in Asians, Latinos, and Other Racial/Ethnic Groups in California. USA	48.427 Personen wohnhaft in Kalifornien, davon 32.339 weiße Amerikaner, 466 Vietnamesen, 622 Koreaner, 1.234 Chinesen, 5.724 Lateinamerikaner, 8.042 andere Ethnien (Afroamerikaner, Japaner, Philippiner, u. a.)	2 Fragen des California Health Interview Survey (CHIS) In Englisch, Spanisch, Mandarin, Kantonesisch, Koreanisch und Vietnamesisch	1. When you get written information at a doctor's office, would you say that it is very easy, somewhat easy, somewhat difficult, or very difficult to understand? 2. When you read the instructions on a prescription bottle, would you say that it is very easy, somewhat easy, somewhat difficult, or very difficult to understand?	Fragen sind so ähnlich in HLS-EU-Q47 enthalten und werden daher nicht zusätzlich aufgenommen	Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, Armut, Wohnort ländlich/städtisch, Gesundheitsversicherungsstatus, Geburtsland, selbsteingeschätzte Englischkompetenz	Gesundheitsstatus
(13) Brice, J. H., Travers, D., Cowden, C. S., Young, M.	86 gematchte Paare Englisch- und Spanischsprachige	Test of Functional Health Literacy Assessment (TOFHLLA)	Leseverständnis von gesundheitsbezogenen Inhalten (67 Items)	Ist eher ein Leseverständnis- oder Sprachtest als ein Test der funktionalen	Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, finanzielle	keine

D., Sanhueza, A., & Dunston, Y. (2008): Health literacy among Spanish-speaking patients in the emergency department. USA		in Englisch und Spanisch		Gesundheitskompetenz, wird daher nicht verwendet	Situation, Selbsteingeschätzte Lesekompetenz, Herkunftsland	
(14) Dominick, G. M., Dunsinger, S. I., Pekmezi, D. W., & Marcus, B. H. (2013): Health Literacy Predicts Change in Physical Activity Self-efficacy Among Sedentary Latinas. USA	89 lateinamerikanische Frauen	TOFHLA in Spanisch			Alter, Ethnie, Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus, Familienstand, Anzahl Kleinkinder im Haushalt, Geburtsland, gesprochene Sprache zuhause	Selbstwirksamkeit bzw. Vertrauen in die eigene Fähigkeit zu physischer Aktivität in schwierigen Situationen (z. B. bei Müdigkeit), tatsächliche physische Aktivität
(15) Jacobson, H. E., Hund, L., & Mas, F. S. (2016): Predictors of English Health Literacy among U.S. Hispanic Immigrants: The importance of language, bilingualism and sociolinguistic environment. USA	144 Hispanics, geboren außerhalb USA	TOFHLA in Englisch			Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Bildung, gesprochene Sprache zuhause, Jahre im US-Bildungssystem, Dauer Englischunterricht	keine
(16) Todd, L. & Hoffman-Goetz, L. (2010): Predicting Health Literacy among English-as-a-Second-Language Older Chinese Immigrant Women to Canada: Comprehension of Colon Cancer Prevention Information Kanada	106 Frauen mit chinesischem Migrationshintergrund, Alter > 50 Jahre	S-TOFHLA in Englisch Informationsblatt über Krebs als Lückentext in Englisch oder Chinesisch	Leseverständnis von gesundheitsbezogenen Inhalten (36 Items)		Alter, Bildung, Familienstand, Erwerbsstatus, Einkommen, Aufenthaltsdauer, Selbsteingeschätzte Lesekompetenz, Akkulturation/Identifikation Heimatland vs. Herkunftsland	Gesundheitszustand
(17) Smith, P., Brice, J., Lee, J. (2012): The relationship between functional health literacy and adherence to emergency department discharge instructions among Spanish-speaking patients USA	50 gematchte Paare bestehend aus englisch- und spanisch-sprechenden Teilnehmern	S-TOFHLA in Englisch oder Spanisch			Alter, Geschlecht, Bildung, Ethnie, Einkommen, finanzielle Situation, Selbsteingeschätzte Lesekompetenz, Krankenversicherungstatus	Einhaltung der Anweisungen für die Entlassung aus der Notaufnahme, Gesundheitszustand
(18) Guntzwiller, L. M., King, A. J., Jensen, J. D., & Davis, L. A. (2017):	100 Hispanics mit geringem Einkommen	S-TOFHLA in Spanisch			GK hier keine abhängige Variable	Ernährungs- und Bewegungsverhalten

Self-Efficacy, Health Literacy, and Nutrition and Exercise Behaviors in a Low-Income, Hispanic Population. USA							
(19) Geltman, P. L., Adams, J. H., Cochran, J., ... Paasche-Orlow, M. (2013): The impact of functional health literacy and acculturation on the oral health status of Somali refugees living in Massachusetts. USA	439 somalische Flüchtlinge, die seit höchstens 10 Jahren in den USA leben	S-TOFHLA in Englisch				Alter, Geschlecht, Ethnie, Bildung, Einkommen, Aufenthaltsdauer, Akkulturation, Scores für Posttraumatisches Stress Syndrom und Depression	Zahnhygieneverhalten, Zahngesundheit, Gesundheitszustand
(20) Dunn-Navarra, A.-M., Stockwell, M. S., Meyer, D., & Larson, E. (2012): Parental Health Literacy, Knowledge and Beliefs Regarding Upper Respiratory Infections (URI) in an Urban Latino Immigrant Population. USA	154 Eltern lateinamerikanischer Herkunft	S-TOFHLA NVS (Newest Vital Sign) in Englisch oder Spanisch	Beschreibung s.o.	NVS wird in HLS-MIG und HLS-GER 2 aufgenommen		Alter, Geschlecht, Bildung, Ethnie, Geburtsland, Aufenthaltsdauer, selbsteingeschätzte Englischkompetenz, Gesundheitsversicherungsstatus, Gesundheitsstatus, präferierte Sprache für Informationen und Kommunikation mit Gesundheitsdienstleister	Wiedererkennen von Antibiotika und Einstellungen zur Nutzung für Infektionen der oberen Atemwege
(21) Housten, A. J., Hoover, D. S., Correa-Fernández, V., ... Castro, Y. (2019): Associations of Acculturation with English- and Spanish-Language Health Literacy Among Bilingual Latino Adults. USA	142 zweisprachige Erwachsene lateinamerikanischer Herkunft	REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) in Englisch und der darauf basierende SAHLSA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults) in Spanisch	Aussprache 66 medizinischer Begriffe Worterkennung und Assoziation von 50 medizinischen Begriffen	Dient eher als Sprach- und Wissenstest und soll daher nicht verwendet werden. Aufnahme von selbst erstellten Wissensfragen in HLS-MIG und HLS-GER 2	Alter, Geschlecht, Bildung, Beziehungsstatus, Erwerbsstatus, Haushaltseinkommen, Geburtsland, Englisch- und Spanischkompetenz, Kulturelle Identifikation	keine	
(22) Li, C. C., Matthews, A. K., & Dong, X. (2018): The Influence of Health Literacy and Acculturation on Cancer Screening Behaviors Among Older Chinese Americans. USA	3.157 Amerikaner mit chinesischer Herkunft ab 60 Jahre	REALM-R in Chinesisch	Aussprache von 8 medizinischen Begriffen	Eher Sprachtest	GK hier keine abhängige Variable	Inanspruchnahme Krebsvorsorgeuntersuchungen	



Kontakt

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

Tel.: +49 521 106-3896
gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de