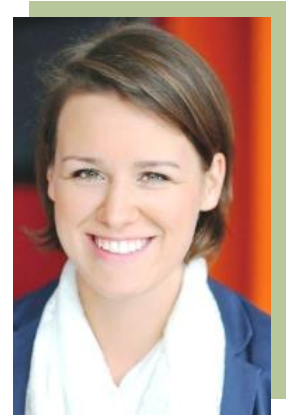




Interview mit

Dr. Hanna Lütke Lanfer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Bielefeld, Fakultät für
Gesundheitswissenschaften
AG4 Prävention und
Gesundheitsförderung



Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist eine politische Aufgabe

Kurzvita: Hanna Lütke Lanfer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und beschäftigt sich mit zielgruppenorientierter Gesundheitskommunikation. Sie ist derzeit in einem Forschungsprojekt zur Entwicklung digitaler Angebote und eines Live-Chats zu familiärem Krebsrisiko in Zusammenarbeit mit dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Patientengruppe BRCA-Netzwerk beschäftigt.

Zuvor promovierte sie an der Universität Erfurt zu den Bedingungen und Anforderungen für Gesundheitskommunikationskampagnen in ressourcenarmen Kontexten.

Mit Frau Dr. Lütke Lanfer (**HLL**) sprach Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: Das interdisziplinäre Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung in Bielefeld hat in einer großen Studie 2021 (Schaeffer D et al.) festgestellt, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland sich verschlechtert hat und in der Corona Pandemie nur gering angestiegen ist. Was sind die Ursachen für dieses eher schlechte Ergebnis?

HLL: Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass ich die Studie zwar kenne, aber nicht an ihr beteiligt war und daher nur bedingt Aussagen treffen kann. Zudem beschäftige ich mich in meiner Arbeit hauptsächlich mit (strategischer) Gesundheitskommunikation, die zum Ziel hat, zielgruppenorientierte Gesundheitsinformationen zu entwickeln. Dabei spielt die Gesundheitskompetenz der Zielgruppe eine Rolle, jedoch nicht nur.

Nun zurück zur Frage. Das Gesundheitssystem und unsere Informationssysteme haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten stark verändert und sind komplexer geworden.

Denken wir allein an die Digitalisierung und die damit einhergegangene Veränderung der Informationsdistribution und -suche. Die große Menge gesundheitlicher Informationen mit unterschiedlicher Qualität und Wahrheitsgehalt, mit denen Suchende im Internet konfrontiert werden, machen die Suche und Beurteilung nach verlässlichen, evidenzbasierten und verständlichen Informationen herausfordernd und für viele Teile der Bevölkerung sogar überfordernd. Ich sehe die Ursachen und Verantwortung für unzureichende Gesundheitskompetenz also eher in den Strukturen als in bestimmten Gruppen der Bevölkerung, denen diese nachgewiesen wird.

JFR: Können Sie uns erklären, was wir unter Gesundheitskompetenz zu verstehen haben?

HLL: Eine gängige Definition von Gesundheitskompetenz nach Sørensen und Kollegen aus dem Jahr 2012 besagt, dass diese Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene im Alltag Entscheidungen anzuwenden, umfasst. Diese bezieht sich auf die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung.

JFR: Es gibt sicher in der Bevölkerung eine ungleiche Verteilung. In welchen Altersgruppen ist die mangelnde Gesundheitskompetenz besonders ausgeprägt?

HLL: Es lassen sich Aussagen über bestimmte soziale Merkmale treffen, die mit niedrigerer Gesundheitskompetenz einhergehen. Wichtiger als Alter, so zeigen Studien, sind die Faktoren Bildung, Sozialstatus und das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung. Wichtig ist jedoch, innerhalb großer Bevölkerungsgruppen mit diesem geteilten sozialen Merkmal zu differenzieren und sich nicht nur dieses zu konzentrieren. Lange wurde beispielsweise ‚Migrationshintergrund‘ per se mit niedriger Gesundheitskompetenz assoziiert. In Deutschland leben rund 21,2 Millionen Personen mit Migrationshintergrund. Sie repräsentieren damit etwa ein Viertel der in Deutschland lebenden Bevölkerung, sind aber angesichts sprachlicher, kultureller und sozioökonomischer Unterschiede des Herkunftslands, eigener versus familiärer, nicht-eigener Migrationserfahrung, Alter zum Zeitpunkt der Migration und Aufenthaltsdauer in Deutschland sehr heterogen. Eine auch in Bielefeld durchgeführte Studie zur Gesundheitskompetenz unter Menschen mit Migrationshintergrund von 2022 (Berens et al.) zeigt nun, dass die Gesundheitskompetenz sehr divers verteilt ist. Um Stigmatisierungen bestimmter Gruppen zu vermeiden, sollten wir eine intersektionale Perspektive wählen und das Ineinandergreifen verschiedener sozialer Faktoren

und ebendie Strukturen, die ungleiche Entwicklungen von Gesundheitskompetenz fördern, betrachten.

JFR: Wie wird Gesundheitskompetenz erfasst und gemessen? Was sind die Zielgrößen?

HLL: Messungen der Gesundheitskompetenz erfolgen meist über standardisierte Fragebögen, die Fragen zur Selbsteinschätzung enthalten, zum Teil auch Anwendungsaufgaben zum Beispiel zum Text- oder Zahlenverständnis. Die Items der Fragebögen operationalisieren die in der oben genannten Definition Konstrukte wie das Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen in verschiedenen Bereichen. Neben Erhebungen, die Gesundheitskompetenz im Allgemeinen erheben, gibt es auch spezifische Erhebungsinstrumente, die sich auf bestimmte Erkrankungen (z.B. Krebs) oder Versorgungsleistungen (z.B. digitale Gesundheitskompetenz) beziehen.

JFR: Was sind aus Ihrer Sicht wichtige Informationsquellen für Gesundheitsinformationen? Gibt es in der Bevölkerung Präferenzen auch in Abhängigkeit vom Lebensalter?

HLL: Wichtig bei Gesundheitsinformationsquellen ist, dass sie evidenzbasiert und zielgruppenorientiert sind. Da sich strukturelle Zugänge zu Gesundheitsinformationen, Mediennutzungsverhalten, Bildungs- und Kulturhintergrund sowie individuelle Einstellung und Motivation in der Bevölkerung unterscheiden, sollten Informationsquellen diese Vielfalt widerspiegeln, um eine Verstärkung sozialer Ungleichheiten zu verhindern. Im Hinblick auf das Alter ist zum Beispiel das Mediennutzungsverhalten relevant. Studien aus Medien- oder Kommunikationswissenschaften können Gesundheitswissenschaftlern Einblicke liefern, über welche Kanäle bestimmte Altersgruppen eher als andere erreicht werden können. Ältere Menschen können nach wie vor über traditionelle Kanäle wie Printmedien (z.B. in Apotheken ausliegende Hefte) oder Fernsehen erreicht werden, doch sie sind auch digital aktiv. Für entsprechende Kanäle müssen die Informationen dann entsprechend der Zielgruppe aufbereitet werden; neben inhaltlichen Komponenten gehören für die Zielgruppe ältere Menschen in Printmedien beispielsweise auch stärkere Kontraste und größere Schrift zu den Anforderungen für zielgruppenorientierten Gesundheitsinformationen.

JFR: Welche unmittelbaren und mittelbaren Folgen kann mangelnde Gesundheitskompetenz nach sich ziehen?

HLL: Eine unzureichende Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass Personen für sie relevante Informationen nicht finden, verstehen oder umsetzen, sich schlechter im Gesundheitssystem zurechtfinden, weniger Angebote zur Prävention und Früherkennung wahrnehmen und Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung und Eigenmedikation haben. Dies begünstigt das (verfrühte) Eintreten chronischer Erkrankungen und Co-Morbidität und verstärkt bereits bestehende soziale Ungleichheiten.

JFR: Wo müsste man grundsätzlich ansetzen, um die Gesundheitskompetenz zu verbessern? Wie sollten Informationsangebote gestaltet sein, um sie verständlich und attraktiv zu machen? Sind soziale Medien ein Hilfsmittel oder verhindern sie eher eine adäquate Information?

HLL: Wir sollten uns davon entfernen, mangelnde Gesundheitskompetenz als ein individuelles Problem zu sehen. Denn dies schreibt diesen Mangel der Verantwortung bestimmter Personengruppen zu und kann zu Stigmatisierungen führen oder diese verstärken. Vielmehr ist es Aufgabe der Politik, Ungleichheiten in der Auffindbarkeit und Aufbereitung von Gesundheitsinformationen zu reduzieren. Damit dies gelingen kann, sollten die jeweiligen Zielgruppen partizipativ in diese Prozesse einbezogen werden, denn sie wissen am besten, welche Art und Aufbereitung von Informationen sie brauchen und welchen Barrieren sie im Alltag begegnen. Ich war bereits in zwei partizipativen Projekten tätig und kann nicht genug empfehlen, wie wertvoll Input und Feedback der Zielgruppe für die Erstellung von Gesundheitsinformationen sind.

Soziale Medien sind ein Informationskanal, der weder gut noch schlecht ist. Es gilt zu wissen, wie welche Zielgruppe sie nutzt und wie sich dieses Wissen im Informationsangebot widerspiegeln kann. Hier auch wieder: Den zu erreichenden Personenkreis befragen und am besten in Co-Kreation in die Informationsgestaltung einbeziehen.

JFR: Für die Stiftung LebensBlicke sind Aufklärung und Information ein essenzieller Bestandteil ihrer Arbeit. Wir wissen aus früheren Studien, dass zum Beispiel der Bekanntheitsgrad der Darmkrebspräventionsangebote recht groß ist; dennoch ist die Entscheidung darüber, ob und was in Anspruch genommen wird, eher mäßig ausgeprägt. Gibt es aus der Verhaltensforschung Ansätze, um diese Kluft zu erklären bzw. zu verkleinern?

HLL: Die „Intention-Behavior-Gap“, also die von Ihnen genannte Kluft zwischen Verhaltensabsicht, die durch

Informationen beeinflusst werden kann, und der Verhaltensumsetzung oder -änderung ist ein bekanntes Phänomen in der Verhaltens- und Gesundheitsforschung. Ansatzpunkte, diese zu überbrücken, sind zum einen eine Exploration, ob die Gesundheitsinformationen sich an den wahrgenommenen Barrieren und Vorteilen des Angebots für die Zielgruppe orientieren. Zudem gilt es für die Erstellung von Gesundheitsinformationen zu berücksichtigen, dass diese nicht in einem Vakuum existieren, sondern von anderen Anbietern kontestiert werden. Ich habe beispielsweise letzstens einen Vortrag einer dänischen Kollegin (Pedersen et al., 2020) zu einer Impfkampagne zur HPV-Impfung von Kindern und Teenagern gehört. Ausgangspunkt war, dass nach Medienberichten zur Sicherheit der Impfung eine Wahrnehmung des Impfangebots 2015 massiv zurückging. Das Team der Forschenden analysierte über Monate den Austausch einer großen Facebookgruppe, die eine negative Impfeinstellung hatte, und entwickelte basierend darauf eine komplett neue Informationskampagne, die sie als ‚heart-brain communication‘ bezeichnete. Es wurden also emotionale und faktenbasierte Botschaften kombiniert, die explizit auf die Ängste der Eltern eingingen und nachweislich die Impfbereitschaft erhöhten, sodass diese heute sogar höher liegt als vor der Medienkampagne.

Das gewünschte Verhalten so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, ist eine weitere Möglichkeit, die Kluft zu verkleinern. Das wird beispielsweise beim Mammographie-Screening gemacht, indem Frauen einen Einladungsbrief mit bereits für sie vereinbartem Termin erhalten.

JFR: Die Information hat sicher auch eine soziale Dimension. Gerade in prekären Bevölkerungsschichten besteht ein großes Defizit. Der Bundesgesundheitsminister plant, in entsprechenden Stadtteilen Gesundheitskioske zu installieren, um den Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erleichtern. Ist das eine gute Idee? Wie müssten Personen, die in diesem Umfeld arbeiten, qualifiziert sein?

HLL: Ob diese Kioske eine gute Idee sind oder nicht, kann ich nicht beantworten, da es in Deutschland keine Langzeitdaten gibt, die Schlussfolgerungen zu ihrer Wirksamkeit stützen würden. Die Kioske zielen darauf ab, niedrigschwellige Anlaufstellen für Gesundheitsinformationen zu sein, was per se positiv zu bewerten ist. Ob diese Angebote genutzt und als vertrauenswürdig wahrgenommen werden und ob sie für ebendie Bevölkerungsgruppen, die mit bestehenden Informationsangeboten weniger erreicht werden, ein Anlaufpunkt sein werden, muss sich erst zeigen. Ein wichtiger Punkt könnte das Personal der Kioske sein, wozu

aber auch Daten benötigt werden, welchen Personen die Zielgruppe im Hinblick auf Gesundheitsinformationen vertraut. Über Menschen der ersten Zuwanderungsgeneration, die also nicht in Deutschland geboren sind, wissen wir aus einigen Studien, dass sie generell Vertrauen in medizinisches Personal in Deutschland haben, insbesondere Ärzt*innen und Apotheker*innen, kulturelle Unterschiede in der Arzt-Patienten-Kommunikation und sprachliche Barrieren jedoch auch zu Unzufriedenheit in der Versorgung führen. Kioskpersonal, das einen ähnlichen kulturellen und sprachlichen Hintergrund wie die Zielgruppe hat, könnte eine Brücke darstellen. Im Idealfall gilt es daher, zu differenzieren, welche Bedarfe und Erwartungen die zu erreichende Zielgruppe hat, ob dies jedoch praktisch und wirtschaftlich umsetzbar ist, weiß ich nicht.

JFR: Die Digitalisierung hält derzeit auf breiter Front auch Einzug in die Medizin. Vor allem Gesundheitsapps verbreiten sich in Windeseile. Wie können Nutzer solche Apps bewerten und erkennen, ob sie einem Basisstandard entsprechen? Wer könnte Hilfestellung geben?

HLL: Zunächst muss differenziert werden, über welche Art Apps wir sprechen und wie ein jeweiliger Basisstandard definiert werden kann. Gesundheitsapps sind ein Oberbegriff und umfassen ein breites Angebot wie Apps, die zur Diagnose oder zur Therapie eingesetzt werden, aber auch solche, die das Management einer chronischen Krankheit oder einen gesunden Lebensstil (z.B. Schrittzähler, Empfehlungen für gesunde Ernährung) unterstützen. Für erstere gilt das Medizinproduktegesetz, das heißt, Anwender solcher Apps müssen ihr Produkt zertifizieren lassen und bieten Nutzenden somit einen Anhaltspunkt, dass bestimmte Qualitätsnormen erfüllt wurden. Für die zweite genannte Kategorie von Gesundheitsapps gibt es keine staatliche Zertifizierungsverpflichtung, weshalb hier ein, wie Sie es nennen, Basisstandard wünschenswert wäre. Schaut man sich an, welche Kriterien eine solche App erfüllen sollte – neben evidenzbasierten, aktuellen Informationen sind auch Datensicherheit, Usability und technische Funktionsfähigkeit Qualitätsmerkmale – zeigt sich, dass es komplex ist, einen solchen Standard zu entwickeln. Es gibt bereits Initiativen, die Kriterienkataloge entwickeln und zum Teil Siegel oder Zertifizierungen vergeben. Ein Beispiel ist HealthOn, eine Bewertungsplattform für Gesundheits- und Medizin-Apps. Auch für Apps rund um Diabetes gibt es mit DiaDigital eine eigene Bewertungsplattform, wo Nutzende sich zur Qualität von Apps informieren können. Sind Nutzende sich hinsichtlich der Informationen und Empfehlungen einer App unsicher, sollten sie diese zudem mit ihren Ärztinnen und Ärzten

besprechen.

JFR: Das berührt das weite Feld der Kommunikationskompetenz. Hier gibt es sicher Veränderungsbedarf. Wie könnte der aussehen?

HLL: Wie eingangs gesagt sehe ich besonderen Handlungsbedarf seitens politischer und anderer Akteure, die Gesundheitsinformationen erstellen, diese partizipativ und im Dialog mit Zielgruppen zu erstellen. Denn darum geht es doch bei Kommunikation – nicht nur sicherzustellen, dass eine Information irgendwie übermittelt wird, sondern dass sie aufgefunden, verstanden und nutzbar wird – und das gelingt nur, wenn wir wissen, welchen Ressourcen und Barrieren unsere Zielgruppen begegnen und wie wir Wissen darüber in Kommunikationsstrategien einbeziehen können.

JFR: Herzlichen Dank für dieses aufschlussreiche Gespräch!