

Präv Gesundheitsf 2022 · 17:59–66
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00828-x>
 Eingegangen: 23. September 2020
 Angenommen: 6. Januar 2021
 Online publiziert: 16. Februar 2021
 © Der/die Autor(en) 2021



Katharina Rathmann¹ · Loriane Zelf² · Anna Kleine² · Kevin Dadaczynski¹

¹ Public Health Zentrum Fulda (PHZF), Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

² Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung

Erste Ergebnisse einer Befragung in Leichter Sprache in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe

Die Gesundheitskompetenz steht seit einigen Jahren im Fokus der Public-Health-Forschung. Insbesondere seit der Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplans zur Gesundheitskompetenz (NAP GK) Anfang 2018 wird hierzu vielseitig geforscht. Neben der Gesundheitskompetenz gewinnt auch die Forschung zum Gesundheitsbewusstsein zunehmend an Bedeutung. Bisherige Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein und der Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung hin.

Der Begriff der Gesundheitskompetenz („health literacy“) beschreibt „die Fähigkeit ..., 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“ [27]. Studien weisen darauf hin, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko, Orientierungsproblemen im Gesundheitssystem und einem geringeren Verständnis gesundheitsbezogener Informationen einhergeht [8, 14, 19, 26]. Eine ausreichende Gesundheitskompetenz ist eine Voraussetzung, um die

eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern [23, 27].

Neben einer ausreichenden Gesundheitskompetenz kann auch ein hohes Gesundheitsbewusstsein zur Förderung der Gesundheit beitragen. Das Gesundheitsbewusstsein wird häufig als Grad, in dem gesundheitliche Belange in die täglichen Aktivitäten einer Person integriert sind [10], definiert und so indirekt über das Gesundheitsverhalten erfasst [12]. Das Gesundheitsbewusstsein ist jedoch ein komplexes und vielschichtiges Konstrukt, welches die Gesundheitsmotivation und die gesundheitliche Eigenverantwortung umfasst [10]. Unterschiedliche Konzeptionen von Gesundheitskompetenz weisen z. T. Überschneidungen mit dem Gesundheitsbewusstsein in den Bereichen Motivation und Eigenverantwortung auf. Allerdings werden im Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) Motivationsprozesse und die persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit nicht operationalisiert oder erfasst [27]. Häufig wird das Gesundheitsbewusstsein mittels einer einzigen Frage in repräsentativen Studien erhoben. In der vorliegenden Studie wird erstmals das Gesundheitsbewusstsein nach Hong [10] mittels drei Dimensionen verwendet. Dieses umfasst neben der Dimension „Gesundheitsmotivation“ auch die Dimensionen „Eigenverantwortung

für die Gesundheit“ sowie die Ebene „Achtsamkeit“.

Gesundheitsbewusste Personen sind sich ihres Gesundheitszustands bewusst, indem sie ihrer Gesundheit Aufmerksamkeit schenken, über ihre Gesundheit nachdenken, sich als verantwortlich für ihre Gesundheit fühlen und motiviert sind, ihre Gesundheit zu verbessern oder zu erhalten [10]. Studien konnten aufzeigen, dass ein gesundheitsbewusster Umgang mit dem eigenen Körper und der Psyche in Kombination mit dem Willen und der Motivation die Gesundheit zu erhalten, eine positive Wirkung auf eine gesunde Lebensführung haben kann. Beispielsweise weisen Personen mit einem höheren Gesundheitsbewusstsein eine bessere Fähigkeit des Suchens, Findens, der kritischen Reflexion und Anwendung gesundheitsbezogener Informationen auf [9, 11, 12].

Für Menschen mit Behinderung ist ein hohes Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz zum Verständnis und zur Anwendung gesundheitsbezogener Informationen besonders wichtig, da sie aufgrund bestehender Vulnerabilitäten eine höhere Wahrscheinlichkeit eines geringeren Gesundheitszustands und ein erhöhtes Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen aufweisen [8]. In Deutschland leben aktuell 7,8 Mio. Menschen mit

amtlich anerkannter Schwerbehinderung (9,4%), davon weisen rund 59,0% eine körperliche Behinderung, 21,4% Lernschwierigkeiten¹ und 8,2% eine psychische Erkrankung auf [30]. Aufgrund der gesundheitlichen Belastung von Menschen mit Behinderung ist gerade die Gesundheitskompetenz zur (kritischen) Bewertung und Auseinandersetzung mit Gesundheitsinformationen, Behandlungen und Therapien wichtig [6]. Erste Studienergebnisse zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen verdeutlichen, dass ein Großteil der Befragten, die in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe leben und arbeiten, Schwierigkeiten im Finden, Verstehen und der Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen berichten, da sie teilweise keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen haben oder diese nicht entsprechend ihrer spezifischen Bedarfe aufbereitet sind [20].

Trotz der vielfältigen Beeinträchtigungen wurden Menschen, die in institutionalisierten Lebenswelten wie der Eingliederungs- und Behindertenhilfe leben und arbeiten, in Studien zum Gesundheitsbewusstsein und zur Gesundheitskompetenz bislang selten berücksichtigt [8, 20]. Dies lässt sich auch auf den Mangel an adäquaten Erhebungsinstrumenten (u. a. in Leichter Sprache) und auf die Rekrutierungsstrategie repräsentativer Surveys zurückführen, die sich meist nur auf Menschen mit (körperlichen) Behinderungen, die in Privathaushalten leben, stützten [1]. Ziel des Beitrags ist daher, 1) das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Deutschland erstmalig durch Selbstbeurteilung mithilfe eines Fragebogens in Leichter Sprache zu erfassen und 2) Assoziationen zwischen

dem Gesundheitsbewusstsein und der Gesundheitskompetenz der Zielgruppe zu überprüfen.

Datenmaterial und Methode

Datenbasis

Es handelt sich bei der vorliegenden Datenbasis um eine Querschnittstudie mittels standardisiertem Erhebungsinstrument, die in 19 Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung im Zeitraum von Juni bis Juli 2019 in Bayern, Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen durchgeführt wurde. Es nahmen 351 Menschen mit Behinderung auf freiwilliger Basis teil. Das Erhebungsinstrument bestand aus 21 Fragenkomplexen in Leichter Sprache. Es wurden neben soziodemografischen, sozioökonomischen und behinderungsspezifischen Angaben die individuelle Gesundheitskompetenz, das Gesundheitsbewusstsein sowie verschiedene Gesundheitsindikatoren erfasst². Zunächst wurde der Fragebogen inklusive der Items zur Gesundheitskompetenz durch ein zertifiziertes Übersetzungsbüro in Leichte Sprache übersetzt. Zudem wurde das Layout des Fragebogens angepasst und Icons, wie z. B. verschiedenfarbige Daumen zur leichteren Verständlichkeit, eingearbeitet. Die übersetzte Version des Fragebogens wurde im nächsten Schritt von einer sog. Prüfgruppe für Leichte Sprache – bestehend aus Menschen mit Lernschwierigkeiten und anderen Beeinträchtigungen – durchgesehen und auf Verständlichkeit geprüft. Anschließend wurde der übersetzte Fragebogen durch eine Prüfgruppe bestehend aus Menschen mit Lernschwierigkeiten in zwei Durchgängen geprüft und jeweils sprachliche Anpassungen – in Absprache mit dem Projektteam – vorgenommen. Die Fragen wurden sinngemäß angepasst, sodass eine mögliche Verzerrung der ursprünglichen Items so gering wie

möglich gehalten wurde. Der finale Fragebogen wurde zur abermaligen Prüfung mit einer außenstehenden Person mit Behinderung (u. a. geistige Behinderung) getestet. Des Weiteren wurde der Fragebogen im Vorfeld an die teilnehmenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe geschickt, sodass auch auf die Einschätzung der Betreuenden der Teilnehmenden vertraut werden kann, dass der Fragebogen für die Zielgruppe verständlich war bzw. ist.

Die Durchführung der Befragung erfolgte durch das Studienteam persönlich vor Ort (Hessen und angrenzende Einrichtungen) oder wurde postalisch an die Einrichtungen versandt und durch Betreuungspersonen in den Einrichtungen durchgeführt. Um auch Menschen mit mehrfachen Behinderungen (Schwerst-mehrfachbehinderung) die Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen und deren Sichtweisen zu erheben wurden Stellvertreterbefragungen bei den Personen eingeschlossen, die nicht mit den Interviewenden direkt kommunizieren konnten. Die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz und zur Anonymität wurden strikt eingehalten. Zudem wurde vor Beginn der Befragung eine Einverständniserklärung von allen Befragten bzw. deren gesetzlichen Betreuungspersonen eingeholt.

Variablenbeschreibung

Das Gesundheitsbewusstsein wurde mittels der englischsprachigen Skala zum Gesundheitsbewusstsein nach Hong [10] erfasst und durch einen Muttersprachler ins Deutsche übersetzt. Die vierstufige Antwortskala von „stimme voll und ganz zu“ bzw. „stimme voll zu“ (d. h. „hohes Gesundheitsbewusstsein“) vs. „stimme nicht zu“ bzw. „stimme überhaupt nicht zu“ (d. h. niedriges Gesundheitsbewusstsein) wurde nach der Erhebung dichotomisiert. Anschließend wurde ein Gesamtindex aus allen elf Aussagen sowie drei Subindexe für die Dimensionen Achtsamkeit (vier Aussagen, z. B. „Ich achte auf meine Gesundheit“), Eigenverantwortung (vier Aussagen, z. B. „Ich spüre eigentlich immer, wie es meinem Körper geht“) und Gesundheitsmotivation (drei Aussagen, z. B. „Ich muss

¹ Lernschwierigkeiten zählen zu den geistigen Beeinträchtigungen [31]. Der Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ stammt aus der „People First“-Bewegung und meint Personen, die zuvor als „Menschen mit geistiger Behinderung“ oder „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ bezeichnet wurden [17].

² Der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz und zum Gesundheitsbewusstsein in Leichter Sprache ist bei der Erstautorin und Studienleitung auf Anfrage erhältlich.

Präv Gesundheitsf 2022 · 17:59–66 <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00828-x>
 © Der/die Autor(en) 2021

K. Rathmann · L. Zelfl · A. Kleine · K. Dadaczynski

Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. Erste Ergebnisse einer Befragung in Leichter Sprache in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe

Zusammenfassung

Hintergrund. Menschen mit Behinderung zählen zu Bevölkerungsgruppen in vulnerabler Lebenslage und wurden in der Forschung zum Gesundheitsbewusstsein und zur Gesundheitskompetenz bisher selten berücksichtigt. Ziel der Studie ist es daher, das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Deutschland erstmals durch Selbstbeurteilung mithilfe eines Fragebogens in Leichter Sprache zu erfassen. **Material und Methoden.** Das Datenmaterial wurde in 19 Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe bei Menschen mit Lernschwierigkeiten, psychischer, chronischer sowie körperlicher Behinderung in Deutschland erhoben

($N = 351$). Das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz wurden mittels Fragebogen in Leichter Sprache erfasst. Uni- und bivariate Analysen wurden durchgeführt. **Ergebnisse.** Ein niedriges Gesundheitsbewusstsein geben 38,9% der Befragten, insbesondere in der Dimension Eigenverantwortung und Achtsamkeit, an. Hinsichtlich der Gesundheitskompetenz berichten knapp 64,0% Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen, wobei der prozentuale Anteil in den Dimensionen Prävention und Krankheitsbewältigung der Gesundheitskompetenz am höchsten ausfällt. Befragte mit einem niedrigen Gesundheitsbewusstsein geben häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen an.

Schlussfolgerung. Die Studie verdeutlicht einen Bedarf zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitskompetenz im Setting der Eingliederungs- und Behindertenhilfe. Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitskompetenz sollten zielgruppenspezifisch und unter Beteiligung der Bedarfsgruppen (z. B. partizipative Entwicklung von Informationsmaterialien zu gesundheitsbezogenen Themen) erfolgen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsinformationen · Gesundheitsförderung · Krankheitsprävention · Krankheitsbewältigung · Achtsamkeit

Health consciousness and health literacy among people with disabilities. First results of a questionnaire in easy language in facilities for people with disabilities

Abstract

Background. People with disabilities are a vulnerable group and are underrepresented in research on health consciousness and health literacy. The aim of the study is to record the health consciousness and health literacy of respondents in the setting of integration and disability assistance in Germany for the first time by self-assessment using a questionnaire in easy language. **Materials and methods.** The data material was collected in 19 institutions of integration and disability assistance for people with learning difficulties, mental, chronic and physical disabilities in Germany ($N = 351$).

Health consciousness and health literacy were recorded using a questionnaire in easy language. Uni- and bivariate analyses were used for data analyses. **Results.** 38.9% of the respondents indicate a low level of health consciousness, especially in the dimension of self-responsibility and mindfulness. Almost 64.0% report limited health literacy, especially in the dimension of prevention and disease management. There is a difference between respondents with low and high health consciousness in terms of health literacy.

Conclusion. The results of the study highlight the need to promote health consciousness and health literacy in the setting of integration and disability assistance. Interventions should be target group-specific, including the participatory development of information materials on health-related topics.

Keywords

Health informations · Health promotion · Disease prevention · Coping with illness · Consciousness

auf mich aufpassen, damit ich gesund bleibe“) gebildet. Die interne Konsistenz reicht von fragwürdig bis gut mit Cronbachs Alpha für Achtsamkeit $\alpha = 0,70$, Eigenverantwortung $\alpha = 0,61$, Gesundheitsmotivation $\alpha = 0,74$ und für den Index Gesundheitsbewusstsein $\alpha = 0,80$. Die Gesundheitskompetenz wurde mit Hilfe des HLS-EU-Q16 [19] und 16 Aussagen zu Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informatio-

nen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung erfasst. Die vierstufige Antwortskala wurde nach der Erhebung dichotomisiert in „sehr leicht/ziemlich leicht“ vs. „ziemlich schwer/sehr schwer“. Personen, die mehr als 12,5% fehlende Antworten im Gesamtscore aufwiesen, wurden aus den Analysen ausgeschlossen [22]. Die interne Konsistenz ist mit $\alpha = 0,95$ exzellent.

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobengröße variierte in Abhängigkeit des Antwortverhaltens zwischen 230 und 337 gültigen Angaben. Fehlende Angaben resultierten aus der Nichtbeantwortung einzelner Fragen bzw. Items, die aus den Analysen ausgeschlossen wurden ($n = 14-121$ Fälle). Mehr als die Hälfte der Befragten waren weiblich (52,1%). 74,7% der Befragten berichteten eine Lernschwäche, die Hälf-

Tab. 1 Häufigkeit der Ausprägungen des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitskompetenz

	Häufigkeiten	
	%	n
<i>Gesundheitsbewusstsein (n = 301)</i>		
Hoch	61,1	184
Niedrig	38,9	117
<i>Gesundheitskompetenz (n = 296)</i>		
Umgang mit Gesundheitsinformationen: leicht/sehr leicht	36,1	107
Umgang mit Gesundheitsinformationen: ziemlich/sehr schwierig	63,9	189

te eine dauerhafte Erkrankung³, 44,8 % eine psychische Behinderung und 40,0 % eine körperliche Behinderung. Knapp zwei Drittel der Befragten (63,0 %) berichteten mindestens zwei Behinderungsarten. Die Mehrheit der Befragten (36,0 %) lebte in einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung, gefolgt von dem elterlichen Wohnumfeld (21,9 %) sowie dem ambulant betreuten Wohnen (19,6 %). 14,1 % der Befragten lebten alleine und 8,4 % lebten mit dem Lebens-/Ehepartner bzw. der Lebens-/Ehepartnerin. Fast die Hälfte der Befragten gibt an, über einen Förderschulabschluss (46,0 %) zu verfügen, gefolgt von gut einem Drittel ohne Abschluss (34,3 %) sowie knapp einem Fünftel mit einem Hauptschulabschluss (19,8 %).

Analysestrategie

Um die Häufigkeiten aller in die Analyse einbezogenen Variablen darstellen zu können, wurden zunächst univariate Häufigkeitsauswertungen durchgeführt. Anschließend erfolgte eine bivariate Analyse mittels Kreuztabelle. Zur Signifikanzprüfung erfolgte der χ^2 -Test nach Pearson mit einem 10 %-Signifikanzniveau (aufgrund der geringen Fallzahl). Die statistischen Analysen wurden mit

³ Eine dauerhafte bzw. chronische Erkrankung ist eine Erkrankung, die länger als 6 Monate andauert. Die Art bzw. Ursache der dauerhaften Erkrankung ist hierbei unerheblich. Eine dauerhafte Erkrankung gilt in Deutschland als Beeinträchtigungsart [28].

Tab. 2 Häufigkeiten der am häufigsten genannten Aussagen zum Gesundheitsbewusstsein für die Ausprägung „stimme (voll und ganz) zu“

	Stimme (voll und ganz) zu	
	%	n
<i>Achtsamkeit</i>		
Ich achte auf meine Gesundheit. (n = 326)	85,9	280
Ich höre auf meine Gefühle zu meiner Gesundheit. (n = 321)	83,5	268
<i>Eigenverantwortung</i>		
Ich spüre eigentlich immer, wie es meinem Körper geht. Zum Beispiel: Ich merke, wenn ich Hunger habe. Oder wenn ich müde bin. (n = 330)	91,5	302
Ich kann selbst etwas dafür tun, dass ich gesund bleibe. Zum Beispiel: Ich kann Sport machen. Oder ich kann gesund essen. (n = 329)	89,7	295
<i>Gesundheitsmotivation</i>		
Ich muss auf mich aufpassen, damit ich gesund bleibe. (n = 333)	94,3	314
Ich möchte so gesund wie möglich bleiben, das ist mir sehr wichtig. (n = 332)	95,2	316

Hilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 25 durchgeführt.

Ergebnisse

Nach Dichotomisierung der Items und Bildung der Gesamtskala weisen insgesamt 38,9 % der Befragten ein niedriges Gesundheitsbewusstsein auf und fast zwei Drittel der Befragten berichten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen (63,9 %, **Tab. 1**).

Gesundheitsbewusstsein

In **Tab. 2** sind je die zwei am häufigsten genannten Aussagen in den drei Dimensionen Achtsamkeit, Eigenverantwortung und Gesundheitsmotivation in Leichter Sprache dargestellt. Im Vergleich der drei Dimensionen zeigt sich, dass die Befragten im Bereich der Gesundheitsmotivation am häufigsten ein hohes Gesundheitsbewusstsein angeben, während im Bereich Achtsamkeit am seltensten ein hohes Gesundheitsbewusstsein berichtet wird.

Gesundheitskompetenz

In **Tab. 3** ist der prozentuale Anteil der Befragten in den am häufigsten mit „schwierig/sehr schwierig“ beantworteten Aussagen zum Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen in Leichter Sprache dargestellt. Im Detail sind die Häufigkeiten jener Befragten dargestellt, die Schwierigkeiten berichten, Informationen zur Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, differenziert nach den drei Dimensionen der Gesundheitskompetenz: Prävention, Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung. Im Vergleich der drei Dimensionen der Gesundheitskompetenz wird deutlich, dass die Befragten am häufigsten Schwierigkeiten im Bereich der Prävention und Krankheitsbewältigung berichten.

Differenziert nach der Ausprägung des Gesundheitsbewusstseins finden sich Unterschiede in der Gesundheitskompetenz: Hier zeigt sich in der Tendenz, dass über zwei Drittel (70,0 %) der Befragten mit einem niedrigen Gesundheitsbewusstsein auch Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Sinne der Gesundheitskompetenz angeben ($p = 0,102$).

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, Selbstausskünfte von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe in Deutschland zum Gesundheitsbewusstsein und zur Gesundheitskompetenz erstmals in Leichter Sprache zu erfassen. Insgesamt weisen mehr als ein Drittel der Befragten ein niedriges Gesundheitsbewusstsein auf. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen einer anderen Studie zur Gesundheitskompetenz mit gesetzlich Versicherten [33]. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass bisherige Studien das Gesundheitsbewusstsein meist mit der Frage „Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?“ erhoben haben. Ein mehrdimensionales Konstrukt zur Operationalisierung des Gesundheitsbewusstseins kam bisher nicht zum Einsatz [13, 33]. Hinsichtlich der Gesundheitskompetenz zeigen die Ergebnisse der

Tab. 3 Häufigkeiten der am häufigsten genannten Aussagen zur Gesundheitskompetenz für die Ausprägung „schwierig bzw. sehr schwierig“

Wie leicht oder schwer finden Sie es ...		Schwierig/sehr schwierig	
		%	n
Prävention			
...	Infos zu Hilfsangeboten bei seelischen Problemen zu finden? (n = 318)	45,0	158
...	zu entscheiden, ob Sie den Infos über Gefahren für Ihre Gesundheit aus dem Fernsehen, den Zeitungen oder dem Internet vertrauen können? (n = 319)	47,3	166
Krankheitsbewältigung			
...	Infos über Krankheiten zu finden, an denen Sie leiden? (n = 323)	41,0	144
...	zu entscheiden, ob Sie nach einem Arztbesuch noch einen zweiten Arzt nach seiner Meinung zu Ihrer Gesundheit fragen sollten? (n = 308)	41,3	145
Gesundheitsförderung			
...	Infos über Verhalten zu finden, das gut für Ihre Seele ist? (n = 318)	38,5	135
...	Bei der nächsten Frage geht es um Infos, die Sie aus dem Fernsehen, Zeitungen oder dem Internet bekommen. Und zwar um Infos darüber, wie Sie Ihre Gesundheit verbessern können. Wie leicht oder schwer finden Sie es, solche Infos zu verstehen? (n = 309)	38,7	136

vorliegenden Studie, dass fast zwei Drittel der Befragten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichten, während in Studien zur Allgemeinbevölkerung rund 50,0% der Befragten Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen angeben [25]. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in einer vergleichbaren Studie zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung, die in einer WfbM beschäftigt waren und wie in der vorliegenden Studie chronische, geistige und psychische Beeinträchtigungen, jedoch keine Schwerstmehrfachbehinderungen aufwiesen [20]. Wie in der vorliegenden Studie wurden insbesondere Schwierigkeiten in der Dimension „Prävention“ deutlich. Eine Studie zur Gesundheitskompetenz bei Menschen mit chronischer Erkrankung stellte bei >70,0% der Befragten eine niedrige bzw. eingeschränkte Gesundheitskompetenz fest [24].

Zweites Ziel der Studie war es, den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein und der Gesundheitskompetenz zu ermitteln. Allgemein zeigen Studien, dass sich gesundheitsbewusste Personen häufiger mit der Suche und Beschaffung, dem Verstehen und der Beurteilung sowie der Umsetzung von gesundheitsrelevanten Informatio-

nen beschäftigen [11, 12]. Hinsichtlich der selbstberichteten Gesundheitskompetenz zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass Befragte mit einem niedrigen Gesundheitsbewusstsein auch tendenziell häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichten. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen der „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA)-Studie, bei der allerdings nur die Dimension „Achtsamkeit“ zur Erfassung des Gesundheitsbewusstseins herangezogen wurde [12]. Aufgrund des Querschnittsdesigns ist allerdings zu beachten, dass die kausale Interpretationsrichtung offenbleibt, da die Annahme, dass gesundheitskompetente Personen durch das Erschließen von Informationen ein höheres Gesundheitsbewusstsein erlangen, auch möglich ist [12].

Stärken und Schwächen der Studie

Die Studie erfasst erstmals die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsbewusstsein von Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe leben, mit Hilfe eines Erhebungsinstruments in Leichter Sprache. Während der Erhebung kamen unterstützende Elemente und Materialien in Form von Piktogrammen als zusätzliche Ausdrucksmöglichkeit

bei der Beantwortung der Fragen zum Einsatz. Solche Hilfsmittel können bei einer Erhebung die Motivation zur Teilnahme steigern [18]. Die Erfassung der Gesundheitskompetenz durch Selbstauskünfte der Zielgruppe liefert erste Hinweise auf die individuellen Bedarfe zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in den unterschiedlichen Bereichen und Dimensionen. Durch die Selbstauskünfte von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe können langfristig zielgruppenadäquate und bedarfsgerechte gesundheits(kompetenz)fördernde Angebote entwickelt und umgesetzt werden.

Während der Befragungssituation mit den Teilnehmenden wurden einige Fragen individuell für die Befragten durch die Interviewenden erläutert, wodurch eine mögliche Verzerrung des Antwortverhaltens zustande gekommen sein könnte. Zusätzlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Fragen im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder der Tendenz zur Akquieszenz beantwortet wurden [3]. Um auch Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung die Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen und deren Sichtweisen zu erheben, wurden z. T. Stellvertreterbefragungen bei den Personen durchgeführt, die nicht mit den Interviewenden direkt kommunizieren konnten. Auch bei den postalischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass ggf. eine Beantwortung ausschließlich aus Fremdbeurteilerperspektive vorgenommen wurde. Dies birgt das Risiko, dass Betreuende (un)absichtlich die Fragen eher positiv oder negativ beantwortet haben könnten.

Implikationen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsbewusstseins bei Menschen mit Behinderung

Die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung weisen auf einen hohen Bedarf an Maßnahmen für Menschen mit Behinderung in institutionalisierten Lebenswelten der Behindertenhilfe hin, um das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz zu fördern. Bisherige Studien und Projekte zur Ge-

sundheitsförderung bei Menschen mit Behinderung wurden zwar nicht auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich des Gesundheitsbewusstseins überprüft, liefern dennoch wichtige Anhaltspunkte für die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins bei Menschen mit Behinderung. Beispielhaft kann hier das Praxisprojekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung – GESUND!“ genannt werden, welches sich an der partizipativen Gesundheitsforschung orientiert. Das Projekt GESUND! verfolgt u. a. das Ziel einer gesundheitlichen Bewusstseinsbildung, z. B. durch die Reflektion der Teilnehmenden hinsichtlich der eigenen Verantwortung gegenüber der Gesundheit oder dem Bewusstmachen gesundheitsförderlicher Lebensstile [4, 5]. Auch das Pilotprojekt „Kommunale Strukturen zur Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung – Beu-Ge“ setzt hier an und versucht über die Bewusstseinsvermittlung der eigenen Verantwortlichkeit für Gesundheit, das Gesundheitsbewusstsein von Menschen mit Behinderung zu stärken [29]. Diese Ansätze gilt es zu fokussieren, um den in den Ergebnissen dieser Studie festgestellten Bedarf zur Steigerung der Achtsamkeit von Menschen mit Behinderung hinsichtlich gesundheitsfördernder Lebensstile zu entsprechen.

Auch bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werden Menschen mit Behinderung kaum berücksichtigt [16]. Die Zielgruppe bringt Herausforderungen, wie eine langsamere Verarbeitung von Informationen und unterschiedliche Kommunikations- und Alphabetisierungsstufen mit, die daher in Maßnahmen berücksichtigt werden sollten [16]. In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass Menschen mit Behinderung am häufigsten Schwierigkeiten im Verstehen von Gesundheitsinformationen aus den Medien berichten. Hier kann das Betreuungs- und Fachpersonal helfen Kommunikationsbarrieren im Alltag abzubauen, indem Informationen z. B. in Leichter Sprache partizipativ mit der Bedarfsgruppe und Bezugspersonen entwickelt und bereitgestellt werden [8, 16]. Auch stellt das Betreuungs- und medizinische Personal eine professionelle Ressource

für die Gesundheitskompetenz dar, die Alltagsroutinen der Bedarfsgruppe unterstützen kann und in Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Beeinträchtigung berücksichtigt werden sollte. Mit Blick auf die Ergebnisse der vorliegenden Befragung sollte das medizinische Personal besonders darauf achten, Hilfestellungen im Finden und Beurteilen von Gesundheitsinformationen zu geben. Hierbei sollte die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung berücksichtigt und gestärkt werden [16]. Da Gesundheitskompetenz über die rein funktionale Ebene hinausgeht, sind neben der Vermittlung von Gesundheitswissen ebenfalls die Selbstwirksamkeit, Widerstandsressourcen, kommunikative und soziale Kompetenzen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen. Durch die vorliegende Erhebung wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung Schwierigkeiten im Treffen von Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit angeben. Daher sollten zusätzlich Handlungskompetenzen ausgebildet und gestärkt werden, die z. B. das Verhalten bei akuten Erkrankungen oder Arztbesuchen schulen [7, 15].

Insgesamt ist zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu empfehlen, dass Einrichtungen an die gesundheitsbezogenen Bedarfe angepasst und gesundheitsförderlich ausgerichtet sind [21]. Im Sinne der sog. organisationalen Gesundheitskompetenz ist es wichtig, dass sich Einrichtungen durch einen einfachen Zugang zu leicht verständlichen Gesundheitsinformationen, die Bereitstellung von barrierefreiem Informationsmaterial, einer gesundheitskompetenten Kommunikation mit den Menschen mit Behinderungen, Betreuungspersonen, Fachpersonal und Besucher*innen der Einrichtung, auszeichnen [2, 21]. Hierzu kann durch die Verankerung der Gesundheitskompetenz in der Einrichtungskultur und im Leitbild der Einrichtungen sowie durch die Unterstützung des Leitungs- und Fachpersonals ein Grundstein gelegt werden. Aufbauend können Maßnahmen entwi-

ckelt und angewendet werden, die das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Beeinträchtigung sowie des Fachpersonals schulen. Hierbei sind geeignete bspw. Kommunikationstechniken (z. B. „Ask Me 3“ – drei Fragen zur Gesundheit), die Verwendung von Piktogrammen, Feedback-Systemen oder Rollenspielen empfehlenswert [21]. Es reicht hierbei allerdings nicht aus, gesundheitsbezogene Informationen in Leichter Sprache zur Verfügung zu stellen, vielmehr bedarf es weitreichender, niedrigschwelliger und barrierefreier Unterstützungsmöglichkeiten z. B. durch Angehörige und durch (medizinisches) Fach- bzw. Betreuungspersonal. Gleichzeitig sollten Barrieren zur Teilhabe an Gesundheit von Menschen mit Behinderung vermindert werden, damit den Forderungen im WHO-Aktionsplan „Better health for all people with disabilities“ (2014–2021) Rechnung getragen wird [32]. Auch ist die bereichsspezifische Gesundheitskompetenz – wie u. a. im Bereich Ernährung, psychische Gesundheit, Substanzmittelkonsum, Vorsorge(-untersuchungen) oder Diabetes – in den Fokus weiterer Studien und Maßnahmen zu rücken.

Fazit für die Praxis

- Es wurden Menschen, die in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung leben und arbeiten, in Leichter Sprache zum Gesundheitsbewusstsein und zur Gesundheitskompetenz selbst befragt.
- Die Studienergebnisse verdeutlichen einen Bedarf zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins in den Bereichen Achtsamkeit und Eigenverantwortung sowie der Gesundheitskompetenz in den Bereichen Prävention und Krankheitsbewältigung.
- Zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitskompetenz sollten Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache partizipativ entwickelt und barrierefrei zugänglich sein.
- Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins und des Umgangs mit gesundheitsbezoge-

nen Informationen sollten die spezifischen Fähigkeiten und sozialen Kontextfaktoren von Menschen mit Behinderung berücksichtigen und durch geschultes Personal begleitet werden.

- Es bedarf der Einbindung nahestehender (Betreuungs-)Personen und der Berücksichtigung der organisationalen Gesundheitskompetenz in den jeweiligen Lebenswelten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Public Health Zentrum Fulda (PHZF),
Fachbereich Pflege und Gesundheit,
Hochschule Fulda
Fulda, Deutschland
katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de

Danksagung. Die Autorenschaft bedankt sich bei den Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe in Deutschland, die diese Studie ermöglicht haben. Dank gebührt auch den Studierenden des Projektseminars „PH5-GeKoMB“ des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda für ihr aktives Engagement und ihren Einsatz bei der Durchführung der Befragung. Durch diese Unterstützung konnten Menschen mit Behinderung im Landkreis und Umfeld von Fulda persönlich vor Ort und per Paketversand deutschlandweit befragt werden. Auch bedankt sich die Autorenschaft beim Projektteam bestehend aus Anna Kleine, Christina Krammer, Judith Lutz, Johanna Nickl, Theres Vockert, Lorena Wetzel und Loriane Zelfi für die Unterstützung. Durch diese Unterstützung konnten wertvolle Informationen gesammelt werden, welche zukünftig dazu beitragen werden, Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung in institutionalisierten Lebenswelten zu entwickeln.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Rathmann, L. Zelfi, A. Kleine und K. Dadaczynski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Personen liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsge-

mäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Boland M, Daly L, Staines A (2008) Methodological issues in inclusive intellectual disability research: a health promotion needs assessment of people attending Irish disability services. *J Appl Res Int Dis* 21(3):199–209
2. Brach C, Keller D, Hernandez L et al (2012) Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspect* 02(6):1–26
3. Budd E, Sigelman C, Sigelman L (1981) Exploring the outer limits of response bias. *Social Focus*. <https://doi.org/10.1080/00380237.1981.10570403>
4. Burtcher R (2014) Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. *Erwachsenenbild Behinderung* 25(2):4–11
5. Burtcher R (2019) Wirkungen und Gelingensbedingungen der Partizipativen Gesundheitsforschung. In: Walther K, Römsich K (Hrsg) *Gesundheit inklusive*. Springer, Wiesbaden, S 89–106
6. Chinn D (2011) Critical health literacy: a review and critical analysis. *Soc Sci Med* 73(1):60–67
7. Chinn D (2014) Critical health literacy health promotion and people with intellectual disabilities. *Asia Pac J Health Sport Phys Educ* 5(3):249–265
8. Geukes C, Bruland D, Latteck A-D (2018) Health literacy in people with intellectual disabilities: a mixed-method literature review. *Kontakt* 20(4):449–457
9. Gould S (1990) Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale. *Am J Prevent Med* 4(6):228–237
10. Hong H (2009) Scale development for Measuring health consciousness: reconceptualization. In: Yamamura K (Hrsg) 12th annual international public relation research conference, S 212–233
11. Iversen AC, Kraft P (2006) Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? *Health Educ Res* 21(5):601–610
12. Jordan S, Domanska O, Firnges C (2017) Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein: Überlegungen zu Konzeption von Gesundheitskompetenz unter Einbezug empirischer Daten aus der GEDA-Studie. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg) *Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, 1. Aufl. Hogrefe, Bern, S 221–233
13. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) (Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58(9):942–950
14. Kickbusch I, Pelikan J, Halsbeck J et al (2015) Gesundheitskompetenz. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf. Zugriffen: 5. Sept. 2019
15. Latteck A-D (2017) Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderungen und der Auswertung der vorliegenden Evidenz. *Ergebnisbericht*. GKV-Spitzenverband, Berlin
16. Latteck A-D, Bruland D (2020) Inclusion of people with intellectual disabilities in health literacy: lessons learned from three participative projects for future initiatives. *IJERPH* 17(7):2455. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072455>
17. Netzwerk People First Deutschland e.V. (2020) Mensch mit Lernschwierigkeiten. <http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/was-tun-wir/kampf-gegen-den-begriff-geistig-behindert.php>. Zugriffen: 4. Dez. 2020
18. Niediek I (2016) Wer nicht fragt, bekommt keine Antworten – Interviewtechniken unter besonderen Bedingungen. <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/323/275>. Zugriffen: 8. Okt. 2019
19. Pelikan JM, Ganahl K (2017) Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg) *Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, 1. Aufl. Hogrefe, Bern, S 93–125
20. Rathmann K, Nellen C (2019) Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. *Präv Gesundheitsf* 9:923
21. Rathmann K, Vockert T, Wetzel LD et al (2020) Organizational health literacy in facilities for people with disabilities: first results of an explorative qualitative and quantitative study. *IJERPH* 17(8):2886. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082886>
22. Röthlin F, Ganahl K, Nowak P (2017) Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS-Neu). *Diskussionspapier und Entscheidungshilfe*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
23. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U et al (2018) Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/nat_aktionsplan_gesundheitskompetenz.pdf. Zugriffen: 22.01.2021
24. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-Metal (2016) *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld
25. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-Metal (2017) *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
26. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 25(6):1053–1058
27. Sørensen K, van den Broecke S, Fullam J et al (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80
28. (2016) *Sozialgesetzbuch IX. SGB IX*
29. *Special Olympics Deutschland (2018) Vorhabensbeschreibung zum Pilotprojekt „Kommunale Strukturen zur Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung“*. Special Olympics Deutschland (Kooperationsprojekt zwischen der

- BZgA, dem GKV Bündnis für Gesundheit & Special Olympics Deutschland)
30. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) Statistik der schwerbehinderten Menschen. Kurzbericht 2017. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publikationen/Downloads-Behinderte-Menschen/sozial-schwerbehinderte-kb-5227101179004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 2. Sept. 2019
 31. BMAS (Hrsg) (2013) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
 32. Weltgesundheitsorganisation (2015) WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability. WHO, Geneva
 33. Zok K (2014) Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. Wido Monit 11(2):1–12