

STRATEGIEPAPIER #8

ZU DEN EMPFEHLUNGEN DES NATIONALEN AKTIONSPLANS

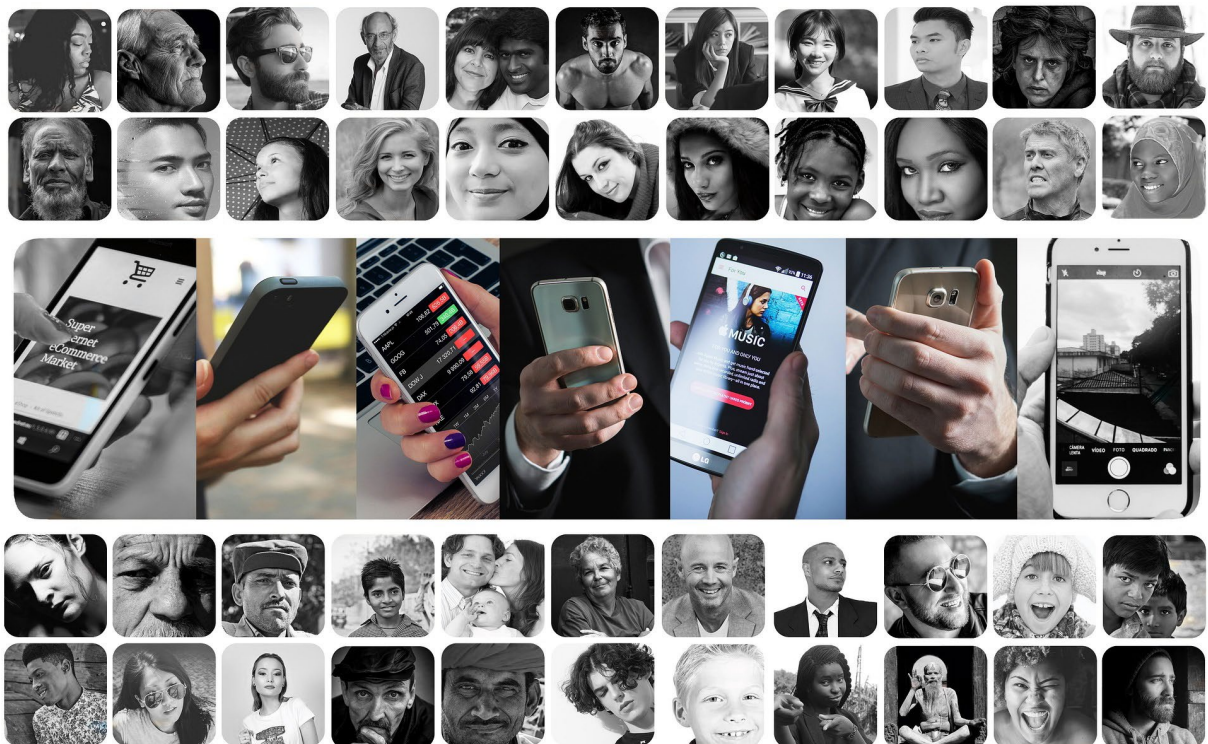


Foto: Gerd Altmann auf Pixabay

Digitale Gesundheitskompetenz und Migration. Empfehlungen für die Interventionsentwicklung

Herausgeber:

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz
Hertie School
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
Telefon: +49 (0)30 259 219 393
Internet: www.nap-gesundheitskompetenz.de

Die Geschäftsstelle des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz wird von der Universität Bielefeld und der Hertie School gemeinschaftlich betrieben.



AutorInnen und Autoren:

Eva-Maria Berens, Alexander Haarmann, Julia Klinger, Doris Schaeffer

Bitte wie folgt zitieren:

Berens, E.-M., Haarmann, A., Klinger, J., Schaeffer, D.:
Strategiepapier #8 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Digitale Gesundheitskompetenz und Migration. Empfehlungen für die Interventionsentwicklung. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2022.
DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2967580>

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>.

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz wird aus Mitteln der Robert Bosch Stiftung gefördert.



Workshop-TeilnehmerInnen und Teilnehmer:

Yvonne Adam (AMIKO Institut für Migration, Kultur und Gesundheit), Sandra Baumeister (Bundesministerium für Gesundheit), Dr. Eva-Maria Berens (Universität Bielefeld), Miriam Blume (Robert Koch Institut), Steve Burkhardt (Bundesministerium für Gesundheit), Prof. Dr. Kevin Dadaczynski (Hochschule Fulda), Dr. Saskia De Gani (Careum Schweiz), Natalia Dengler (Die Sputniks e.V. Berlin, Selbsthilfverein russischsprachiger Eltern von Kindern mit Behinderung), Lennert Griese (Universität Bielefeld), Dr. Alexander Haarmann (Hertie School), Prof. Dr. Jan Paul Heisig (WZB/Freie Universität Berlin), Stephanie Hoffmann (Brandenburgische TU Cottbus-Senftenberg), Ansgar Jonietz („Was hab ich?“ gGmbH), Julia Klinger (Universität zu Köln), Dr. Klaus Koch (IQWiG), Daniel Männlein (Robert Bosch Stiftung), Susanne Melin (Robert Bosch Stiftung), Dr. Inga Münch (Bertelsmann Stiftung), Ramazan Salman (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.), Corinna Schaefer (ÄZQ), Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld), Tobias Stapf (Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung gGmbH), Dr. Dominique Vogt (DLR Projektträger), Marcel Weigand (UPD gGmbH)

Wir danken zudem Prof. Dr. Theda Borde (Alice Salomon Hochschule Berlin), Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler (Bertelsmann Stiftung) und Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann (Hertie School – University of Governance, Berlin) für die Kommentierung und die wertvollen Hinweise.

Digitale Gesundheitskompetenz und Migration. Empfehlungen für die Interventionsentwicklung

Aktuell haben rund 27 % der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund¹ – das sind insgesamt 22 Millionen Menschen. Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine sehr heterogene Gruppe dar, die sich aus unterschiedlichsten Herkunftsländern zusammensetzt. Rund 14 Millionen von ihnen haben eigene Migrationserfahrungen, sind also selbst nach Deutschland eingewandert. Weitere 8 Millionen sind direkte Nachkommen.

Die Beweggründe für eine Migration nach Deutschland sind sehr unterschiedlich. Beispielsweise sind hier Bildungs- und Arbeitsmigration, Flucht und/oder Familiennachzug zu nennen, womit jeweils unterschiedliche Bleibeabsichten, Rechte und Zukunftsplanungen einhergehen.

Auch die Alters-, Sozial- und Bildungsstruktur ist sehr heterogen. Wenngleich ein Teil der Menschen mit Migrationshintergrund den oberen Bildungs- und Sozialschichten angehört, sind sie insgesamt sozial tendenziell schlechter gestellt als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Aus all dem ergeben sich unterschiedliche gesundheitliche Bedarfs- und Bedürfnislagen und andere Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem.

Obschon Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland einen großen Teil der Bevölkerung ausmachen, ist das Wissen über ihre Gesundheitskompetenz – verstanden als

Fähigkeit, Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können – gering. Zwar gibt es auch in Deutschland inzwischen quantitative Studien zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Meist enthalten sie ebenfalls Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund, der Fokus liegt jedoch auf der Bevölkerung insgesamt. Sie zeigen, dass die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz aufweist und dies einmal mehr für Menschen mit Migrationshintergrund gilt.²

Erst die Studie HLS-MIG³ widmete sich gezielt Menschen mit Migrationshintergrund – dies mit dem Anspruch, der Diversität dieser Bevölkerungsgruppe Rechnung zu tragen und eine differenzierte Betrachtung zu ermöglichen. Um das zu realisieren, wurden die zwei größten Migrationsgruppen in Deutschland in den Blick genommen: Dies sind Menschen, die aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion oder aus der Türkei eingewandert sind, und deren Nachkommen.

Die HLS-MIG Studie zeigt als zentrales Ergebnis, dass die Gesundheitskompetenz in diesen Gruppen entgegen der Erwartung nicht geringer als in der Allgemeinbevölkerung ist, und sie daher nicht per se vulnerabel für geringe Gesundheitskompetenz sind. Zugleich verdeutlicht die Studie aber auch, dass gut die Hälfte der befragten Personen über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügt.

¹ Der Begriff „Migrationshintergrund“ wird als schwierig angesehen. Aktuell empfiehlt z. B. der Sachverständigenrat Integration Migration von „eingewanderten Menschen und ihren Nachkommen“ zu sprechen. Auch der Begriff „Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“ findet vermehrt Zuspruch. Das Statistische Bundesamt nutzt nach wie vor den Begriff „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ (vgl. Kluge, U., Rau, L.: Kritische Betrachtung des Begriffes und der Definition eines „Migrationshintergrundes“. In: Spallek, J., Zeeb, H. (Hg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Hogrefe Verlag: Bern 2021, S. 29–36).

² ex. Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Hurrelmann, K.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld 2016. https://pub.uni-bielefeld.de/download/2908111/2908198/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf

³ Berens, E.-M., Klinger, J., Mensing, M., Carol, S., Schaeffer, D.: Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ergebnisse des HLS-MIG. Universität Bielefeld 2022. https://pub.uni-bielefeld.de/download/2960131/2960568/HLS-MIG-Bericht_web.pdf

Die *digitale Gesundheitskompetenz* ist noch schlechter ausgeprägt – jeweils gut zwei Drittel beider Migrationsgruppen weisen eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf. Diese ist zwar tendenziell etwas besser als in der Allgemeinbevölkerung.⁴ Doch sieht sich auch die Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor zahlreiche Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Anforderungen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen gestellt – egal, ob in schriftlicher, mündlicher oder eben in digitaler Form. Die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund stellt daher eine wichtige Aufgabe dar.

Die daraus erwachsenen Konsequenzen für die Entwicklung und Umsetzung von Interventionen waren Thema eines Expert:innenworkshops, dessen Ergebnisse Gegenstand dieses Strategiepapiers sind. Es knüpft an das vorangegangene Strategiepapier #6 des Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz mit dem Titel „Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken“⁵ an und nimmt besonders die Herausforderungen im Bereich der digitalen Gesundheitskompetenz in den Blick.

Dabei wird zu sehen sein, dass viele der Empfehlungen nicht allein für Menschen mit Migrationshintergrund relevant sind, sondern auch für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

1. Förderung der Gesundheitskompetenz vorantreiben und dabei soziale Unterschiede beachten

Wie die Studie HLS-MIG zeigt, verfügt etwa die Hälfte der befragten Personen über eine geringe allgemeine Gesundheitskompetenz. Menschen mit niedrigem Bildungs- oder Sozialstatus und geringen finanziellen Ressourcen sowie Menschen mit geringer Literalität oder

im höheren Alter sind jedoch stärker von geringer Gesundheitskompetenz betroffen – alleinstammigen Gruppen, die zu den ohnehin benachteiligten Gruppen in der Bevölkerung gehören. Hinzu kommen migrationspezifische Aspekte: So weist auch ein großer Anteil an Menschen mit geringen Deutschkenntnissen und/oder eigener Migrationserfahrung eine geringere Gesundheitskompetenz auf. All diese Gruppen müssen bei der Förderung der Gesundheitskompetenz besondere Aufmerksamkeit erhalten – auch mit Blick auf die Sicherung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Zugleich sind mögliche Problemkumulationen zu beachten. So wird beispielsweise der Umgang mit Gesundheitsinformationen zusätzlich erschwert, wenn geringe Lese- und Schreibfähigkeiten und geringe Deutschkenntnisse zusammenkommen. In diesem Fall kann auch eine Übersetzung schriftlicher Materialien keine Abhilfe schaffen. Überdies können bei eingewanderten Menschen andere Nutzungsgewohnheiten und -erfahrungen aus dem Herkunftsland Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Aufnahmeland verstärken. Ebenso können abnehmende kognitive oder eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeiten im Alter den Umgang mit Gesundheitsinformationen erschweren.

Erforderlich sind daher *zielgruppenspezifische Interventionen*, die auf *eine Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz* von Menschen mit Migrationshintergrund zielen und dabei die demografischen und sozioökonomischen Merkmale aufgreifen. Wichtig ist ebenfalls, das Thema ‚Problemkumulationen‘ mitzudenken und die Potentiale zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit auszuschöpfen. Gleichzeitig sind *strukturelle Maßnahmen* notwendig, die den Umgang mit Gesundheitsinformation erleichtern, wie z. B. die Bereithaltung leicht verständlicher,

⁴ Schaeffer et al.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Universität Bielefeld 2021. https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950305/2950403/HLS-GER%202_Ergebnisbericht.pdf

⁵ Zu finden unter: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/8109898563/NAP%20Strategiepapier%20Nr.%206.pdf?t=1669190913>

zuverlässiger (mehrsprachiger) digitaler Gesundheitsinformationen, Informationen zur ersten Einführung in das Gesundheitssystem für neu eingewanderte Personen, flächendeckende Angebote zur (digitalen) Sprachmittlung und sprachliche Vereinfachung von Informationen bzw. Bereitstellung von Informationen in verschiedenen Sprachen, Formaten und über unterschiedliche Kanäle. Zu den strukturellen Maßnahmen gehört auch, den Themen Usability und Nutzerfreundlichkeit größere Aufmerksamkeit zu schenken und dies nicht nur auf Ebene der Endnutzer:innen, sondern auch beim Design zugrundeliegender digitaler Strukturen.⁶

2. Den unterschiedlichen lebensweltlichen Bedingungen Aufmerksamkeit widmen

Die vorliegenden Studienbefunde deuten an, dass das Herkunftsland offenbar eine weniger bedeutsame Rolle für die Ausprägung der Gesundheitskompetenz spielt. Wichtiger scheinen die unterschiedlichen lebensweltlichen, biographischen und sozialstrukturellen Bedingungen zu sein. Um diese Vermutung zu erhärten, ist weitere Forschung nötig.

Dennoch erwachsen daraus schon jetzt Konsequenzen für die Interventionsentwicklung: Bei der Konzipierung von zielgruppenspezifischen Strategien und Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz wie auch bei dem Zuschnitt von Informationen sollten die Diversität der Lebenswege und die Vielfalt der Biographien sowie die jeweiligen lebensweltlichen und soziokulturellen Bedingungen besonders berücksichtigt werden.

Auch die Informationsbedarfe und -bedürfnisse sind stark durch die jeweiligen Lebenswelten geprägt, was ebenfalls relevant für die Interventionsentwicklung ist. So sind beispielsweise Schüler:innen mit elterlicher Migrationserfahrung anders zu adressieren als kürzlich eingewanderte Menschen in prekären

Lebensverhältnissen oder Menschen, die fest in Glaubensgemeinschaften eingebettet sind, oder als gut situierte eingewanderte Akademiker:innen mit internationalen Familien und Netzwerken. Die Beispiele verdeutlichen, wie sehr sich die lebensweltlichen Bedingungen und auch die Lebensgeschichten von Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden. Sie stärker zu beachten, ist eine Voraussetzung, um die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen zu verbessern und zugleich die Akzeptanz und das Vertrauen in die Zuverlässigkeit von Gesundheitsinformationen zu stärken.

Wichtig ist dabei die *inhaltliche* Berücksichtigung der Lebenswelten. So sind nutzerfreundliche, diversitätssensible Informationsmaterialien nötig, in denen die unterschiedlichen Bedarfslagen der jeweils anvisierten Zielgruppen einbezogen werden. Der bestehende Fundus an qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen muss also beispielsweise an die unterschiedlichen ökonomischen, soziokulturellen oder auch aufenthaltsrechtlichen Bedingungen, durch sie geprägte Verhaltensweisen und sprachliche bzw. begriffliche Gewohnheiten angepasst werden.⁷ Dabei muss diskriminierungs- und stigmatisierungsfreie Sprache verwendet werden.

3. Bestehende Informationsangebote bekannter machen und gezielter verbreiten

Eine weitere Herausforderung für die Förderung der Gesundheitskompetenz erwächst aus der anhaltenden digitalen Transformation. Im Zuge dieser Entwicklung sind zahlreiche Informationsmöglichkeiten und -chancen entstanden und haben digitale Medien und digitale Informationsangebote immer weiter an Bedeutung gewonnen. So rangiert das Internet mittlerweile auf Platz 2 der Informationsquellen für gesundheitliche Fragen.³

⁶ Schmidt-Kaehler, S. et al. Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd. Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz. Das Gesundheitswesen 2021, 83(5). <https://doi.org/10.1055/a-1451-7587>

⁷ Dabei sind u. a. unterschiedliche Ernährungsweisen zu beachten, so beispielsweise die Information, ob zur Herstellung der Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 Bestandteile von Schweinen genutzt werden.

Doch zugleich haben Fehl-, Falsch- oder gezielte Desinformationen sprunghaft zugenommen – besonders im Internet. Verbunden damit ist die Informationslandschaft unübersichtlicher geworden, sodass das Finden gesicherter und zuverlässiger Informationen und auch die Beurteilung speziell von digitalen Informationen schwieriger geworden ist. Damit sind die Anforderungen an den Umgang mit Information gestiegen und zugleich sind die Akzeptanz und das Vertrauen in Gesundheitsinformation tendenziell gesunken. Daher ist nicht verwunderlich, dass die digitale Gesundheitskompetenz geringer als die allgemeine Gesundheitskompetenz ist.^{3,4} Ebenso wenig erstaunt, dass die Beurteilung digitaler Informationen vielfach schwerfällt und dass viel an existenter Information nicht bekannt ist und daher die Adressat:innen nicht erreicht.

Für die Förderung der Gesundheitskompetenz bedeutet dies, die Unübersichtlichkeit nicht ungewollt weiter zu erhöhen und nach dem Gießkannenprinzip immer neue, vermeintlich zielgruppenspezifische oder adressatengerechte Informationsangebote zu schaffen. Vielmehr sollten die bestehenden Informationsangebote leichter auffindbar gemacht werden – sei es durch Navigationshilfen, Lots:innen oder aber durch gebündelte Informationen, beispielsweise in Portalen und auf Plattformen, oder durch individuell zugeschnittene Informationen in der elektronischen Patientenakte. Vor allem aus Nutzer:innensicht werden gebündelte, einfach zugängliche und dabei zugleich vertrauenswürdige Informationen als wünschenswert erachtet.^{8,9,10}

Neben den klassischen Pull-Angeboten, wie Portalen oder Internetseiten, ist es deshalb

wichtig, die Möglichkeiten zugehender Informationsverbreitung/-vermittlung (Push-Prinzip) intensiver zu nutzen: Informationen also nicht nur bereitzustellen, in der Hoffnung dass sie gefunden und abgerufen werden, sondern, anders herum, Informationen zu den anvisierten Nutzer:innengruppen zu bringen – sie etwa aktiv über verschiedene Kanäle oder direkt in den Lebenswelten zu verbreiten und dort präferierte Informationswege und -möglichkeiten zu nutzen. Empfehlenswert ist außerdem, stärker als bislang, nicht-schriftliche Formate auszubauen, z. B. Formen des Edutainments und der Gamification, die insbesondere für junge Menschen geeignet sind¹¹, zu berücksichtigen, ebenso interaktive und individualisierte Ansätze.

Die Zeit während der Corona-Pandemie ist ein gutes Beispiel dafür, wie die erhöhte Verfügbarkeit von Informationen und ein großes Informationsangebot über verschiedene Kanäle zu einer verbesserten Information der Bevölkerung beigetragen hat: Über Monate hinweg kam man als Nutzer:in – unabhängig, in welchem Medium – nicht umhin, Informationen über Symptome einer Corona-Infektion, die Wichtigkeit von Impfungen sowie die Entwicklung und den Einsatz von Impfstoffen, die Krankenhausauslastung und vorhandene Präventionsmaßnahmen zu erhalten. Diese omnipräsente Information, ohne nach ihnen suchen zu müssen, dürfte einer der Faktoren für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in dieser Zeit sein.¹² Die einfache Verfügbarkeit dürfte zudem geholfen haben, auch Menschen zu erreichen, die sich mit dem Thema normalerweise nicht auseinandergesetzt hätten.

⁸ Gille, S., Griese, L., Schaeffer, D.: Preferences and Experiences of People with Chronic Illness in Using Different Sources of Health Information. Results of a Mixed-Methods Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 13185. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413185>

⁹ Adam, Y., Carol, S.: Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund. Perspektive und Erfahrungen von türkisch- und russischsprachigen Frauen. Universität Bielefeld 2020. <https://doi.org/10.4119/unibi/2949096>

¹⁰ ex. Minor - Projektkontor für Bildung und Forschung (Hg.): Neuzugewanderte Frauen besser informieren und beraten. Chancen und Möglichkeiten der Nutzung digitaler Medien.

Berlin 2022. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/neuzugewanderte-frauen-besser-informieren-und-beraten>

¹¹ Edutainment meint ein unterhaltsames Lernen; Gamification ist eine konkrete Anwendungsform, bei der spielerische Elemente für den Wissenserwerb genutzt werden. Ex. Daczynski, K., Schiemann, S., Paulus, P. (Hg.): Gesundheit spielend fördern. Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2016.

¹² Schaeffer, D. et al.: Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie. *Das Gesundheitswesen* 2021, 83(10). <http://dx.doi.org/10.1055/a-1560-2479>

4. Besonderheiten des Informationsverhaltens beachten

Wichtig ist bei der Verbreitung von Informationen, die Präferenzen und Verhaltensweisen der anvisierten Zielgruppe zu berücksichtigen. Denn Menschen mit Migrationshintergrund informieren sich nicht nur auf etablierten Internetseiten. Vielmehr haben für sie über persönlichere, interaktive Kanäle, wie soziale Medien, Chatgruppen oder Videoplattformen, verbreitete und diskutierte Informationen eine hohe Bedeutung.⁹

Zudem bevorzugt ein großer Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund Gesundheitsinformationen in der Erstsprache³ und zieht dazu auch digitale Informationsquellen aus dem Herkunftsland (der Eltern) heran, weshalb sie auch als digitale Wanderer zwischen den Welten bezeichnet werden.⁸ Dies dürfte u. a. dazu beitragen, dass die digitale Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund besser ausfällt als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Zugleich gehen damit Herausforderungen einher: Denn die Informationen, Deutungsmuster und Erklärungen aus dem Herkunftsland und die daraus abgeleiteten Empfehlungen können sich von den hiesigen unterscheiden, miteinander konkurrieren oder sich sogar widersprechen. Bei der Konzipierung von Interventionen und Informationen muss das stärker als bislang beachtet werden.

Damit eine bedarfsgerechte Verbreitung gelingt, ist erforderlich, bestehende Netzwerke und bekannte Strukturen der Lebenswelten zu nutzen und Informationen gezielt über dort *etablierte digitale Kanäle* zu distribuieren. Auf diese Weise kann das vorhandene Vertrauen in diese Kanäle genutzt werden, um gezielt qualitativ hochwertige (digitale) Gesundheitsinformationen zu verbreiten.

Vereinen, Glaubensgemeinschaften, Selbsthilfegruppen, aber auch Schulen und Stadtteilzentren etc. kommt dabei eine wichtige Multiplikatorenrolle zu.⁵ Damit sie diese auch ausfüllen können, bedarf es für sie allerdings gebündelter und verlässlicher Informationen, die sie in ihre Kanäle bei sozialen Medien einspeisen und ggf. für die jeweilige Zielgruppen anpassen können.

5. Digitale und analoge Ansätze kombinieren

Zielgruppenorientierung bedeutet zudem, analoge Ansätze nicht aus dem Blick zu verlieren und nach dem Prinzip *„Digital first, but leave no one behind“* zu agieren. Denn digitale Informationsquellen rangieren zwar bereits auf dem zweiten Platz in der Hierarchie der Informationsquellen, doch sind personale Informationsquellen wie Ärzt:innen und andere Gesundheitsprofessionen oder auch die Familie und Freunde mitunter ebenso wichtig.

Zugleich sind nicht alle Zielgruppen gleichermaßen digital gesundheitskompetent. Wenn gleich Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt digital aktiver sind als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, gilt der *„digital divide“* auch für sie. Um Menschen mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz, wie beispielsweise ältere Menschen oder Menschen aus niedrigen Bildungs- und Sozialschichten, besser zu erreichen, ist daher empfehlenswert, verstärkt *Mittler:innen* und sogenannte *Knowledge Broker* auszubilden und einzusetzen, die digitale Informationen in die analoge Welt überführen bzw. solche Informationen offline nutzbar machen. Zugleich können sie in die digitale Welt einführen, Zugangswege zu gesuchten Informationen erklären oder erläutern, wie qualitativ gesicherte von fragwürdiger bzw. falscher Information unterschieden werden kann. Als Mittler:innen sind Personen aus den digitalen wie analogen Communities oder erwachsene Angehörige geeignet.¹³ Sie nehmen häufig die Rolle des Informationsmanagers ein und sollten deshalb

¹³ ex. Berens, E-M., Adam, Y.: Gesundheitskompetenz für die Familie: Frauen mit Migrationshintergrund als Mittlerinnen.

gezielt als solche adressiert, qualifiziert und in die Förderung der Gesundheitskompetenz eingebunden werden.

6. Interventionsentwicklung partizipativ gestalten und strukturell berücksichtigen

Damit Maßnahmen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund Erfolg haben, sollten sie partizipativ und interdisziplinär entwickelt werden – darüber herrscht mittlerweile Konsens. Nur so kann sichergestellt werden, dass Informationen nutzerorientiert sind und nicht am Bedarf und den Bedürfnissen vorbeigehen und dass auch die Verbreitungswege nutzerkonform sind.

Das bedeutet, Menschen mit Migrationshintergrund bereits in die Konzipierung von Informationen und Interventionen einzubeziehen und sie nicht nur als Rezipient:innen und „Verbreitungsinstanz“ zu begreifen. Dabei spielen neben Migrantenselbstorganisationen und Ansprech-/Kontaktpersonen verschiedener einschlägiger Communities auch Gesundheitsfachpersonen mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle. Damit kann auch stigmatisierenden Inhalten entgegengewirkt werden.

Wichtig ist außerdem, Strukturen für die Sicherstellung von Partizipation bei der Entwicklung von Informationsstrategien und der Informationsverbreitung zu schaffen. Denn bislang wird zwar die Erstellung und Qualitätssicherung von Informationen z.B. auf Portalen finanziert, nicht aber die Anpassung an unterschiedliche Zielgruppen und die Verbreitung in verschiedenen Netzwerken bzw. über

verschiedene Kanäle oder die Aktualisierung der Informationen. Zudem werden Kompetenzen oft über befristete Projekte ausgebildet, sodass das gesammelte Erfahrungswissen nach Auslauf der Förderphase verloren geht. Wünschenswert sind daher finanziell nachhaltige Strukturen, damit Partizipation sichergestellt werden kann.

7. Weitere Forschung/Bedarfserhebungen notwendig

Um die Sichtweise, Erwartungen und Bedürfnisse beachten und in die Interventionsentwicklung einbeziehen zu können, ist ausreichendes *empirisches Wissen* über die Adressat:innen oder anvisierten Zielgruppen, ihre Bedürfnisse, Bedarfe, Gewohnheiten und Präferenzen der Informationsnutzung und -verarbeitung Voraussetzung.

Zudem herrscht heute Einigkeit darüber, dass auch die Interventionsentwicklung empirisch fundiert, also evidenzbasiert, erfolgen sollte. Das gilt auch für Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Damit das – wie im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz gefordert – ermöglicht werden kann, ist notwendig, die Forschung zur Gesundheitskompetenz in Deutschland auszubauen und zu intensivieren.¹⁴ Mit der Studie HLS-MIG wurde dieser Forderung für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in einem ersten Schritt entsprochen. Notwendig sind jedoch auch hier weitere Anstrengungen. Dazu ist allerdings unerlässlich, die Forschung im Bereich Gesundheitskompetenz auszubauen, was auch die Bereitstellung ausreichender Fördermittel umfasst.

¹⁴ NAP Strategiepapier #5: Gesundheitskompetenz systematisch erforschen. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/8068934963/NAP%20Strategiepapier%20Nr.%205.pdf?t=1669190913>