

Universität Bielefeld



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

GESUNDHEITSKOMPETENZ der Bevölkerung in Deutschland

Ergebnisbericht

Autorenteam

Doris Schaeffer, Dominique Vogt, Eva-Maria Berens, Klaus Hurrelmann

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Bielefeld, Dezember 2016

Gesundheitskompetenz
HEALTH LITERACY in Deutschland

Die Untersuchung ist Teil des Projekts „Die Nutzerorientierung in der Patientenberatung evidenzbasiert erhöhen: Entwicklung eines Material- und Methodenkoffers“, Laufzeit 12/2013 bis 12/2016, gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV).

Wir danken Prof. Dr. Gudrun Quenzel und Melanie Messer, die in der Anfangsphase in dem Projekt als Mitarbeiterinnen tätig waren.

Unterstützt wurde die Datenerhebung und Auswertung von Jürgen Pelikan, Florian Röhlin und Kristin Ganahl (Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Wien) und Ipsos Operations GmbH.

Zusammenfassung

Unter Gesundheitskompetenz wird das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die Gesundheit erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Gesundheitssystem sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung beteiligen und die dazu nötigen Entscheidung treffen zu können. International wird diese basale Kompetenz als ‚Health Literacy‘ bezeichnet (u.a. Sørensen et al. 2012) und ist seit langem Gegenstand der Forschung. In Deutschland wird der Begriff mit Gesundheitskompetenz übersetzt.

Bislang ist das empirische Wissen über die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland recht gering. Das zeigt sich unter anderem daran, dass die Zahl an Studien zur Gesundheitskompetenz noch übersichtlich ist. Auch an der ersten Europäischen Studie, dem European Health Literacy Survey (HLS-EU), hat Deutschland nur mit einem Bundesland (NRW) teilgenommen. Mit der hier vorgestellten Studie (HLS-GER) werden erste repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vorgelegt. Damit wird zugleich die in der Europäischen Studie (HLS-EU Consortium 2012) für Deutschland bestehende Datenlücke geschlossen. Außerdem wird mit ihr eine Grundlage für die Entwicklung von empirisch fundierten Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz geschaffen.

Erhoben wurde die Gesundheitskompetenz in dieser Studie mit einem international vielfach erprobten Fragebogen, dem HLS-EU-Q47, mit dem 2.000 Menschen persönlich befragt wurden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen: 54,3 Prozent der Deutschen verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Mehr als die Hälfte der Deutschen sieht sich somit vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt, wenn es darum geht, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen, um gesundheitliche Belastungen und Krankheiten zu bewältigen, sich im Alltag stellende Herausforderungen der Gesundheitserhaltung anzugehen und dazu erforderliche Entscheidungen zu treffen. Über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu verfügen bedeutet außerdem, größere Orientierungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem zu haben, häufiger nicht zu wissen, an wen man sich bei gesundheitlichen Problemen wenden soll, häufiger in das Krankenhaus eingewiesen zu werden, öfter den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch zu nehmen und häufiger vor Kommunikationsschwierigkeiten mit den Gesundheitsprofessionen gestellt

zu sein. Zudem verfügen Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz nach ihrer eigenen Einschätzung häufiger über einen schlechten Gesundheitszustand.

Die Studie macht auf soziale Ungleichheiten zwischen Bevölkerungsgruppen aufmerksam. Vor allem Menschen mit Migrationshintergrund (71 %), mit geringem Bildungsniveau (62 %), mit niedrigem Sozialstatus (78%), mit chronischer Krankheit (73 %) und in höherem Alter (66 %) weisen eine vergleichsweise eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf.

Die Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland ist und dazu eine gesamtgesellschaftliche Strategie gefordert ist. Zugleich bilden sie eine Grundlage dafür, passgenaue und auf einzelne Bevölkerungsgruppen zugeschnittene Interventionsmaßnahmen entwickeln zu können, denn sie liefern wichtige Erkenntnisse über die Informations- und Kompetenzvoraussetzungen der Bevölkerung. Aus ihnen lassen sich wichtige Hinweise darüber ableiten, welche Interventionsmaßnahmen besonders aussichtsreich sein dürften. Dass Interventionen auf die Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz zielen sollten, steht außer Frage – doch ebenso, dass dies allein nicht ausreichend ist. Vielmehr ist erforderlich, auch das Gesundheitssystem viel stärker als bisher auf die Stärkung von Gesundheitskompetenz auszurichten und es informations- und nutzerfreundlicher zu gestalten. Auf der Basis der Studienergebnisse wurde als ein erster Schritt bereits eine Material- und Methodensammlung erarbeitet, die Patienten- und Verbraucherberater, aber auch die Gesundheitsprofessionen nutzen können, um zu einem besseren und fördernden Umgang mit Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz zu gelangen (Schmidt-Kaehler et al. 2017).

Inhalt

1	Gesundheitskompetenz in Deutschland.....	1
2	Gesundheitskompetenz/Health Literacy – Definition und Konzept	3
2.1	Health Literacy – Definition und Konzept in der internationalen Diskussion.....	3
2.2	Health Literacy-Konzept in Deutschland.....	6
3	Health Literacy in der Bevölkerung – Studienlage	9
3.1	Prävalenz und Folgen limitierter Health Literacy – internationale Befunde	9
3.2	Studienlage in Europa und Deutschland	10
4	Konzept der Studie	17
4.1	Konzeptionelles Modell HLS-GER.....	18
5	Methoden	21
5.1	Studiendesign.....	21
5.2	Messung der Health Literacy/Gesundheitskompetenz	21
5.3	Konstruktion der Health Literacy Indices	24
5.4	Bildung von Health Literacy-Niveaus.....	24
5.5	Identifizierung relevanter sozio-demografischer Gruppen	25
5.6	Erfassung weiterer relevanter Variablen.....	28
5.7	Grundgesamtheit und Stichprobenziehung	31
5.8	Durchführung der Befragung	31
5.9	Datenauswertung	33
5.9.1	Transformation und Gewichtung der Daten	33
5.9.2	Statistische Analysen.....	33
5.10	Reliabilität und Validität der Health Literacy-Indices.....	34
5.11	Stichprobenbeschreibung und Repräsentativität	34
6	Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland.....	39
7	Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.....	41
	Exkurs – Sozio-demografische Determinanten und Gesundheitskompetenz.....	47
8	Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung	49
8.1	Allgemeinbevölkerung	49
8.2	Bevölkerungsgruppen.....	54
9	Schritte der Informationsverarbeitung.....	59
9.1	Allgemeinbevölkerung	59
9.2	Bevölkerungsgruppen.....	60
10	Informationsverhalten	65
10.1	Informationsquellen	65
10.2	Verständlichkeit von gesundheitsrelevanten Informationen	67
10.3	Informationsdefizite	70
10.4	Orientierung im Gesundheitssystem.....	73
10.5	Patientenrechte	76

11 Folgen eingeschränkter Gesundheitskompetenz.....	79
11.1 Gesundheitszustand.....	79
11.2 Gesundheitsverhalten	82
11.3 Nutzung des Gesundheitssystems	89
12 Fazit: Konsequenzen für die Förderung von Gesundheitskompetenz	96
13 Literatur.....	103
Abbildungsverzeichnis.....	111
Tabellenverzeichnis.....	113
ANHANG	114

1 Gesundheitskompetenz in Deutschland

Gesundheitskompetenz – international meist als Health Literacy bezeichnet – ist in den vergangenen Jahren auch in Deutschland zu einem zunehmend wichtigen Thema geworden. In der englischsprachigen Forschung kann das Thema bereits auf eine jahrzehntelange Tradition blicken. Die World Health Organization (WHO) erklärte Health Literacy schon vor mehr als einer Dekade zum ‚*key factor in health promotion*‘ (IOM 2004; WHO 2000). Health Literacy wird zudem als ‚*six vital sign*‘ der Nutzer/Patienten des Gesundheitssystems deklariert und in der Diskussion über soziale und gesundheitliche Ungleichheit als stärkerer Einflussfaktor auf die Gesundheit diskutiert als Alter, Einkommen, Beschäftigungsstatus, Bildungsstand und Ethnizität (Ad hoc Committee 1999; Bennett et al. 2009).

Auch in Europa und in Deutschland ist Health Literacy mittlerweile in den Fokus gesundheitswissenschaftlicher Forschungsaktivitäten gerückt und knüpft hier an die Diskussion über Gesundheitsförderung wie auch zur Stärkung der Nutzerkompetenz an, also der Fähigkeit von Patienten, Verbrauchern und Nutzern informierte Entscheidungen treffen, sich souverän im Gesundheitswesen bewegen und konstruktiv für die Wiedererlangung und Erhaltung der Gesundheit engagieren zu können (Bauer 2005; Dierks/Schwartz 2003; SVR 2003, 2012). Die bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der Nutzerkompetenz – etwa durch Bereitstellung von Information oder den Ausbau der Patienten- und Verbraucherberatung – erfolgten allerdings meist ohne hinreichende empirische Kenntnis der Kompetenzvoraussetzungen. Sie stehen damit in Gefahr, ihre Adressaten nicht zu erreichen und ihr Ziel zu verfehlen. Mit den Health Literacy-Studien¹ besteht die Chance zur Kurskorrektur, denn sie intendieren, die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitswissen der Bevölkerung empirisch zu messen. Dadurch liefern sie Erkenntnisse über die Ausgangs- und Lernvoraussetzungen der Bevölkerung, auf die Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufbauen können.

Lange Zeit lagen jedoch fast nur internationale Daten zur Gesundheitskompetenz vor. Mit dem Europäischen Health Literacy-Survey (HLS-EU), mit dem erstmals die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in acht europäischen Ländern erhoben wurde (HLS-EU Consortium 2012), änderte sich dies partiell. Denn auch Deutschland war am HLS-

¹ In dem vorliegenden Bericht werden die Begriffe Health Literacy und Gesundheitskompetenz synonym verwendet.

EU beteiligt, hatte aber nur mit dem Bundesland Nordrhein-Westfalen an der Studie teilgenommen. Nach wie vor fehlt es daher an repräsentativen Daten über die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Diese Forschungslücke zu schließen, war und ist Ziel der vorliegenden Untersuchung (HLS-GER). Sie knüpft konzeptionell und methodisch an den HLS-EU an und ergänzt ihn somit – zeitlich verzögert – um repräsentative Daten über die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Zugleich liefert sie eine empirische Grundlage für die Entwicklung passgenauer Interventionen zur Stärkung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz. Im Einzelnen sollte sie folgende Fragen beantworten:

- Wie stellt sich die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen in Deutschland dar?
- Wie ist das Informationsverhalten von Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz?
- Welche Konsequenzen hat eine niedrige Gesundheitskompetenz für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten sowie die Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen?
- Welche Konsequenzen erwachsen daraus für die Förderung von Gesundheitskompetenz?

Die Ergebnisse der zur Beantwortung dieser Fragen durchgeführten Untersuchung werden im Folgenden dargestellt.

2 Gesundheitskompetenz/Health Literacy – Definition und Konzept

2.1 Health Literacy – Definition und Konzept in der internationalen Diskussion

Health Literacy ist international – besonders in den USA – ein seit vielen Jahrzehnten etabliertes Konzept, das auf die US-amerikanische Alphabetisierungsdebatte zurückgeht². Gegen Ende der 1980er Jahre kam in ihr die Frage auf, über welche *literalen Fähigkeiten* die US-amerikanische Bevölkerung verfügt, denn es fehlten aussagefähige populationsbezogene Daten über die durch (Schul)bildung erworbenen Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten der Amerikaner (U.S. Department of Education 1990). Der zu diesem Zweck initiierte *National Adult Literacy Survey (NALS)*³ lieferte dazu erste repräsentative Daten.

Die Ergebnisse fanden große Beachtung – auch in der Medizin (Rudd/Anderson 2006). Denn zwischen 21 und 23 Prozent der befragten Erwachsenen – hochgerechnet auf die gesamte Bevölkerung betrifft dies 40 bis 44 Millionen Menschen in Amerika – erreichten lediglich das niedrigste Niveau (Level 1) und hatten große Schwierigkeiten, schriftliche und numerische Informationsmaterialien zu verstehen (Kirsch et al. 2002). Ziemlich bald entstand die Frage, welche Konsequenzen eine eingeschränkte Literalität für den Umgang mit Gesundheitsthemen⁴ hat. Um sie beantworten zu können wurden weitere Studien durchgeführt. Dabei lassen sich grob zwei Arten von Studien unterscheiden: Zum einen solche, in denen die literalen Fähigkeiten von Patienten in unterschiedlichen gesundheitlichen Kontexten analysiert wurden. Sie zeigten, dass es für einen erheblichen Anteil der Amerikaner schwierig ist, medizinische Behandlungs- und Therapiehinweise zu lesen oder zu verstehen (ex. Bennett et al. 1998; Weiss et al. 1992; Williams et al. 1995). Zum anderen entstanden Untersuchungen, die sich den Folgen eingeschränkter Health Literacy widmeten. Sie wiesen nach, dass eingeschränkte literale Fähigkeiten ein Gesundheitsrisiko darstellen und mit einem schlech-

² Ausführlicher siehe Vogt et al. 2016. Unsere Ausführungen basieren auf den dort publizierten Überlegungen.

³ Begrifflich und konzeptionell basierte der Survey auf der Definition des National Assessment of Educational Progress (NAEP). Literalität wird dort als Fähigkeit bezeichnet, schriftliche Informationen nutzen zu können, um sich individuell in seinen Potenzialen entfalten und um gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen zu können (U.S. Department of Education 1990).

⁴ In zuvor durchgeführten Studien wurde in erster Linie der Einfluss des (formalen) Bildungsniveaus auf den Gesundheitszustand untersucht. Im NALS wurde der Fokus dagegen auf einzelne (durch Bildung erworbene) literale Fähigkeiten gerichtet (Speros 2005).

teren selbsteingeschätzten Gesundheitszustand assoziiert sind (ex. DeWalt et al. 2004). Diese Studien werden in der Literatur häufig als ‚erste‘ Health Literacy Studien bezeichnet.

Diesen ersten Studien lag meist ein funktionales Verständnis von Health Literacy zugrunde, demzufolge Menschen in der Lage sein sollten:

[...] to apply literacy skills to health-related materials such as prescriptions, appointment cards, medicine labels, and directions for home health care“ (Parker et al. 1995: 537).

Im Zentrum dieser Definition von Parker et al. steht die Kompetenz, literale Fähigkeiten angemessen bei medizinischen Informationen (wie Rezepten, Terminvereinbarungen oder medizinischen Therapiehinweisen) anzuwenden, sodass Patienten die an sie gestellten Erwartungen erfüllen und Compliance zeigen können (Tones 2002). Dieses funktionale Begriffsverständnis änderte sich in den darauf folgenden Jahren. Exemplarisch sei die Definition der *American Medical Association (AMA)* herangezogen. Sie definiert Health Literacy als:

„[...] a constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health care environment. Patients with adequate health literacy can read, understand, and act on health care information“ (Ad hoc Committee 1999: 553).

Von der Fähigkeit, literale Kompetenzen auf Gesundheitsinformation anzuwenden, wurde Health Literacy – wie diese Definition zeigt – jetzt zu einem ‚Bündel‘ an (auch literalen) Fähigkeiten, die Patienten benötigen, um das Gesundheits- und Versorgungssystem nutzen zu können sowie dort erhaltene Informationen zu lesen, zu verstehen und – das ist ebenfalls eine Erweiterung – auf der Basis dieser Informationen zu handeln. Weitere Definitionen folgten.

Auch in der Public Health Diskussion fand das Konzept um die Jahrtausendwende zunehmend Beachtung – besonders im Bereich der Gesundheitsförderung. Health Literacy wird hier nicht mehr aus der Defizitperspektive betrachtet, sondern als zu stärkende Ressource verstanden, die für die Gesundheitserhaltung und -förderung essentiell ist. Diesem Verständnis zufolge repräsentiert Health Literacy:

“[...] the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointment. By improving peoples’ access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment” (Nutbeam 1998: 357).

Nach dieser Definition von Nutbeam, die auch von der World Health Organization (WHO) aufgegriffen wurde, ist Health Literacy ein Bestandteil von Empowerment – also der Befähigung des Individuums zu gesundheitlicher Autonomie und eigenständiger Gesundheitssicherung – und schließt die kognitiven und sozialen Fähigkeiten dazu ein, die Individuen benötigen, um Information zu erschließen, zu verstehen und effektiv zur Gesundheitserhaltung zu nutzen. Health Literacy umfasst hier ebenfalls weitaus mehr als funktionale Fähigkeiten, zielt generell auf den kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformation und wird zudem als Voraussetzung der Gesundheitserhaltung bezeichnet und damit an die Diskussion über Gesundheitsförderung angeschlossen.

In den nachfolgenden Jahren unterlag das Health Literacy-Konzept weiteren Veränderungen. Der Erwähnung bedarf hier etwa der Konzeptionalisierungsvorschlag, den Nutbeam mit seinem Drei-Ebenen-Modell vorgelegt hat (2000; 2008)⁵. Anzuführen ist auch das Modell von Paasche-Orlow et al. (2007). Ähnlich wie bei Nutbeam bilden funktionale literale Fähigkeiten ein Kernelement, werden aber durch soziodemografische Faktoren, wie Alter, Bildung, Ethnie und Faktoren, wie soziale Unterstützung und Einkommen, die eine Rolle für Health Literacy spielen, ergänzt. Erwähnenswert ist das Modell auch deshalb, weil es einen weiteren wichtigen Schritt in der Konzeptdebatte über Health Literacy verdeutlicht. Betont wird, dass der *soziale Kontext*, in dem das Individuum seine Fähigkeiten und Kompetenzen nutzt, ebenso zu berücksichtigen ist wie seine Fähigkeiten und Fertigkeiten selbst (Paasche-Orlow 2007: 20). Damit wird den Kontextbedingungen eine entscheidende Bedeutung für die Be-

⁵ Nutbeam unterscheidet darin zwischen der funktionalen, kommunikativen und kritischen Ebene von Health Literacy. Mit der ersten Form wird der Anschluss an die bis dahin geführte, durch ein funktionales Verständnis geprägte Auseinandersetzung gesucht, die vornehmlich auf die individuelle Ebene zielt. Bei der kommunikativen Ebene von Health Literacy geht es um jene kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die Menschen benötigen, um autonom mit den Gesundheitsprofessionen zu kommunizieren und interagieren, sich kompetent im Gesundheitswesen bewegen und mit der sozialen Umwelt austauschen zu können. Die dritte Ebene zielt auf veränderte gesellschaftliche Bedingungen, konkret den Wandel der Patientenrolle und den Zuwachs an Autonomie und Mitgestaltungsmöglichkeiten, die die Nutzer mit neuen und hohen Anforderungen konfrontieren, denn sie benötigen zusehends kritische und reflexive Fähigkeiten, die ihnen ermöglichen, sich autonom für den Erhalt ihrer Gesundheit zu engagieren.

trachtung von Health Literacy zugeschrieben (ebd., 20) – eine Sichtweise, die auf Rima Rudd zurückgeht. Sie kritisiert die Fokussierung auf das Individuum in vielen Health Literacy Definitionen und Konzepten und fordert, der sozialen Umgebung – besonders den Organisations- und Prozessabläufen in den Institutionen des Gesundheitswesens sowie den Kommunikationsbedingungen und -kompetenzen der Gesundheitsprofessio-nen – mehr Beachtung zu schenken (Rudd 1999).

Ein ähnlicher konzeptioneller Ansatz wurde ursprünglich von Parker (2009) entwickelt und später von Pelikan und Ganahl (2017) aufgegriffen. Danach ist Gesundheitskom-petenz als *relationales Konzept* zu verstehen: Gesundheitskompetenz beruht auf den persönlichen Fähigkeiten, ist aber gleichzeitig durch die an das Individuum gestellten situativen Anforderungen bzw. die Komplexität der Systeme und Lebenswelten, in denen das Individuum agiert, bestimmt (Pelikan/Ganahl 2017: 100).

Die hier nur skizzierte Entwicklung⁶ zeigt, dass sich Health Literacy von einem ur-sprünglich auf funktionale Fähigkeiten fokussierten Konzept zu einem *multidimensiona-len* Konzept weiterentwickelt hat, das persönliche Kompetenzen wie auch den sozialen Kontext und andere Bestandteile einschließt (ex. Malloy-Weir et al. 2016).

2.2 Health Literacy-Konzept in Deutschland

In Deutschland wurde das Health Literacy-Konzept erst mit einiger Zeitverzögerung aufgegriffen und war von Beginn an durch ein weit gefasstes Begriffs- und Konzeptver-ständnis geprägt, in dem Gesundheitskompetenz – so der deutsche Begriff für Health Literacy – als Teil von Gesundheitsförderung verstanden wird. So definierten Abel und Bruhin (2003) Health Literacy Anfang der 2000er Jahre als wissensbasierte Kompetenz „[...] für eine gesundheitsförderliche Lebensführung“. Ähnlich Kickbusch und Maag (2005: 8). Sie bezeichnen Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz, um „[...] im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswir-ken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene“. Gesundheitskompetenz ist demzufolge in nahezu allen Le-bensbereichen relevant. Kickbusch und Maag verstehen Gesundheitskompetenz damit

⁶ Die internationale Konzeptdebatte hält bis heute an – wie vorliegende Übersichtsarbeiten und systema-tische Reviews belegen (ex. Malloy-Weir et al. 2016; Sørensen et al. 2012; Squiers et al. 2012).

als ein sehr weit gefasstes Konzept, das nicht allein im Gesundheitswesen oder im Rahmen von Gesundheitsförderung von Bedeutung ist⁷.

Im Rahmen der von 2009 bis 2012 durchgeführten Europäischen Health Literacy Studie (HLS-EU) wurde eine neue Definition erarbeitet – dies mit dem Anspruch, die bisherigen Definitionsversuche zu integrieren. Health Literacy ist demzufolge

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

Nach dieser Definition ist Literalität Grundlage und wesentliche Voraussetzung von Gesundheitskompetenz. Ebenso von Bedeutung sind die Motivation, das Wissen und die Kompetenzen, die Individuen den Zugang, das Verstehen, die Beurteilung und die Nutzung von Gesundheitsinformationen ermöglichen, damit sie in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung informierte Entscheidungen treffen können, die zur Erhöhung der Lebensqualität beitragen.

Diese an die internationale Diskussion anknüpfende Definition lässt ebenfalls ein breiteres Begriffs- und Konzeptverständnis von Health Literacy erkennen, mit dem zugleich der Anschluss an existierende gesundheitswissenschaftliche Diskussionen (etwa über Gesundheitsförderung, gesundheitliche und soziale Ungleichheit, soziale Determinanten der Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Empowerment, Partizipation etc.) hergestellt wird.

Die eigens für den HLS-EU entwickelte Definition und das darauf basierende Health Literacy Messinstrument, in dem die Definition sowie das konzeptionelle Rahmenmodell operationalisiert sind, haben international die Forschung zur Gesundheitskompetenz stark inspiriert. Seither sind etliche Studien entstanden, die sich konzeptionell auf das multidimensionale Konzeptverständnis des HLS-EU stützen. Das gilt auch für den deutschsprachigen Raum, also Österreich, die Schweiz und auch Deutschland (Über-

⁷ Soellner et al. (2009) legten eine aus gesundheitspsychologischer Perspektive erarbeitete Definition vor. Auch sie fokussieren neben Wissensaspekten auf Faktoren wie der Motivation von Individuen und ordnen Gesundheitskompetenz eine Handlungsdimension zu.

sicht siehe Schaeffer/Pelikan 2016). Auch die hier vorgestellte Studie (HLS-GER) steht in dieser Tradition.

Bevor das Konzept des HLS-GER vorgestellt wird, soll zunächst ein Blick auf vorliegende empirische Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gerichtet werden.

3 Health Literacy in der Bevölkerung – Studienlage

3.1 Prävalenz und Folgen limitierter Health Literacy – internationale Befunde

In Einklang mit der längeren Diskussion und Forschungstradition im anglo-amerikanischen Raum über Health Literacy verwundert nicht, dass auch die vorliegenden empirischen Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung meist aus dieser Tradition stammen. Wichtige erste Befunde zur Prävalenz limitierter Health Literacy der US-amerikanischen Bevölkerung lieferte der National Assessment of Adult Literacy (NAAL), der 2003 durchgeführt wurde. Ihm zufolge verfügte etwa die Hälfte der mehr als 19.000 Befragten im Alter ab 16 Jahren über ein durchschnittliches Health Literacy-Niveau, weitere 22 Prozent lediglich über grundlegende Fähigkeiten (Basic Health Literacy-Level) und weitere 14 Prozent wiesen ein niedriges Health Literacy-Niveau auf. Letztere hatten erhebliche Schwierigkeiten mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen (Kutner et al. 2006: 10). Sie waren beispielsweise nicht in der Lage, aus einem ihnen ausgehändigten Terminzettel das Datum eines Termins zu identifizieren oder einer schriftlichen medizinischen Information oder Anleitung zu folgen (Kutner et al. 2006: 10).

Auch in anderen Ländern folgten Untersuchungen mit dem Ziel, empirische Daten über die gesundheitlichen Kompetenzen der Bevölkerung zu ermitteln. So auch in Kanada: Die Ergebnisse des hier durchgeführten International Adult Literacy and Skills Survey (IALSS) zeigten, dass es mehr als der Hälfte der kanadischen Bevölkerung an ausreichenden Kompetenzen fehlt, um sich adäquat im Gesundheitssystem zu bewegen. Der Anteil niedriger Health Literacy in der kanadischen Bevölkerung lag bei ca. 60 Prozent (CCL 2008). Ähnlich sind die Ergebnisse des Adult Literacy and Life Skills Survey (ALLS) in Australien: Auch große Teile der australischen Bevölkerung verfügen über eine eingeschränkte Health Literacy (Australian Bureau of Statistics 2008).

Die Ergebnisse aller Surveys deuten außerdem auf soziale Ungleichheiten. Denn der Anteil niedriger Health Literacy ist in einzelnen Bevölkerungsgruppen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dazu gehören ethnische Minderheiten, Menschen mit niedriger Bildung, Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und ältere Menschen (Australian Bureau of Statistics 2008; Beauchamp et al. 2015; CCL 2008; Kutner et al. 2006).

Neben solchen landesweiten repräsentativen Untersuchungen entstanden kleinere Studien, in denen das Health Literacy-Niveau in verschiedenen Bevölkerungsgruppen analysiert wurde. Solche Studien existieren aus Japan (Suka et al. 2015; Tokuda et al. 2009), Taiwan (Lee et al. 2010), der Türkei (Ozdemir et al. 2010) und neuerlich auch aus Albanien (Toçi et al. 2016). Sie stärken die These, dass niedrige Health Literacy kein seltenes, sondern ein weitverbreitetes Phänomen ist.

Analysiert wurden in vielen Studien zudem – besonders den US-amerikanischen Untersuchungen – nicht nur das Ausmaß und die Prävalenz limitierter Health Literacy in der Bevölkerung, sondern auch der Zusammenhang mit der Gesundheit der Bevölkerung. Denn niedrige Health Literacy ist – wie die Untersuchungen durchgängig belegen – mit einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand (Berkman et al. 2011), schlechterer körperlicher Funktion/Mobilität (Smith et al. 2015), einem geringeren Wissen über eigene Erkrankungen (Fang et al. 2006; Lindau et al. 2002), einer höheren Hospitalisierungs- (Baker et al. 1998) und Mortalitätsrate (Baker et al. 2007; Sudore et al. 2006) sowie einer geringeren Nutzung von Präventions- und Vorsorgeuntersuchungen (Berkman et al. 2011; Scott et al. 2002) assoziiert.

3.2 Studienlage in Europa und Deutschland

In Europa und auch in Deutschland hat das Thema Health Literacy zunächst nur sporadisch das Interesse der Forschung auf sich gezogen (ex. Abel 2008; Kickbusch/Marstedt 2008; Soellner et al. 2009). Zu den wenigen Untersuchungen, die sich dem Thema Health Literacy in Deutschland widmeten, gehört der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung, bei dem in der 2008 durchgeführten Befragung auch erstmals Daten zum Gesundheitswissen der deutschen Bevölkerung erhoben wurden (Kickbusch/Marstedt 2008). Gezeigt wurde, dass die deutsche Bevölkerung erhebliche Defizite im Bereich gesundheitlichen Basiswissens hat und auch Fehlinformationen über gesundheitliche Themen weit verbreitet sind (Kickbusch/Marstedt 2008: 14). Dennoch fand das Thema keine große Resonanz.

Das änderte sich mit dem Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU Consortium 2012). Mit dem HLS-EU wurden erstmals repräsentative Daten über Health Literacy in acht⁸ europäischen Ländern vorgelegt. Ihnen zufolge verfügt etwa jeder Zehnte (12,4

⁸ Die teilnehmenden Länder waren Bulgarien, Deutschland (NRW), Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen und Spanien (HLS-EU Consortium 2012).

Prozent) EU-Bürger über ein inadäquates Health Literacy-Niveau und mehr als jeder Dritte (35,2 Prozent) weist eine problematische Health Literacy auf (ebd., 35). Große Teile der europäischen Bevölkerung sind somit vor Schwierigkeiten gestellt, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen.

Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den beteiligten Ländern: In den Niederlanden ist der Anteil an Befragten mit eingeschränkter Health Literacy am geringsten. Bulgarien hat mit über 60 Prozent den höchsten Anteil an Befragten, die Schwierigkeiten haben, mit Gesundheitsinformationen umzugehen (HLS-EU Consortium 2012, 32). Deutschland bzw. das beteiligte Bundesland Nordrhein-Westfalen schnitt im Ländervergleich durchschnittlich ab: 46,3 Prozent der hier Befragten wies ein eingeschränktes Health Literacy-Niveau auf. Deutschland (NRW) bewegt sich damit auf einer Ebene mit Polen und Griechenland (ebd.).

Auch im HLS-EU werden – analog zu den angloamerikanischen Befunden – erhebliche soziale Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen sichtbar: Der prozentuale Anteil niedriger Health Literacy ist auch in Europa bei bestimmten Bevölkerungsgruppen höher als in der Allgemeinbevölkerung. Zudem belegen die Ergebnisse, dass sozio-demografische Faktoren, wie ein höheres Lebensalter, ein niedriges Bildungsniveau, Vorhandensein eines Migrationshintergrunds, ein niedriger Sozialstatus und niedrige funktionale Gesundheitskompetenz mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz assoziiert sind (HLS-EU Consortium 2012).

Der HLS-EU liefert auch erste Daten für Europa zu den Folgen limitierter Health Literacy: So schätzen beispielsweise Befragte des HLS-EU mit einer inadäquaten oder problematischen Gesundheitskompetenz im Vergleich zu Befragten mit ausreichendem oder exzellentem Health Literacy-Niveau ihren Gesundheitszustand schlechter ein (ebd.). Etwa 44 Prozent der Befragten mit exzellentem Health Literacy-Niveau und einem Punktwert zwischen >45-50 (Skala von 0-50) beurteilen ihren Gesundheitszustand als sehr gut (HLS-EU Consortium 2012, 72). Auch zeigten die Ergebnisse der europäischen Studie, dass limitierte Gesundheitskompetenz mit Gesundheits-/Risikoverhaltensweisen, wie geringerer körperlicher Aktivität und häufigerem Alkoholkonsum, zusammenhängt (ebd.).

Diese Befunde wurden durch die GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts bestätigt. Sie kam zu ähnlichen Ergebnissen: Health Literacy war auch in ihrer Studie signifikant mit

dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand der Befragten assoziiert (Jordan/Hoebel 2015). Menschen mit niedriger Health Literacy hielten ihren Gesundheitszustand seltener für „sehr gut“ oder „gut“: Gleichzeitig war die Prävalenz chronischer Krankheiten, depressiver Symptome, starker Schmerzen und weiterer lang andauernder Gesundheitsprobleme bei den Befragten mit niedriger Health Literacy höher (ebd.). Zugleich ließen die Ergebnisse auf einen Zusammenhang zwischen eingeschränkter Gesundheitskompetenz und verhaltensbezogenen Risikofaktoren schließen (Jordan/Hoebel 2015).

Die Befunde des HLS-EU haben international – besonders in den DACH Ländern (Deutschland, Österreich, Schweiz) – die Forschung zum Thema Health Literacy stimuliert. In Österreich wurde beispielsweise eine Zusatzerhebung in der österreichischen Bevölkerung (HLS-Österreich), eine vertiefende Untersuchung zur Health Literacy von Jugendlichen (HLS-Jugend) und auch eine Studie zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt (Ganahl et al. 2017; Röthlin et al. 2015). In der Schweiz wurden im Anschluss an den HLS-EU ebenfalls repräsentative Daten zur Health Literacy der Schweizer Bevölkerung erhoben (Bieri et al. 2016).

Auch in Deutschland sind angeregt durch den HLS-EU erste Forschungsinitiativen entstanden. So wurde beispielsweise eine vertiefende Studie zum HLS-EU in NRW durchgeführt, in der einige im HLS-EU als vulnerabel identifizierte Gruppen, konkret bildungsferne Jugendliche und ältere Menschen mit Migrationshintergrund, im Mittelpunkt standen. Gezeigt werden konnte, dass der Migrationshintergrund ein bedeutsamer Faktor ist. Von allen Befragten schnitten ältere Menschen mit Migrationshintergrund am schlechtesten ab. Bei ihnen liegt der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz bei über 80 Prozent (Quenzel/Schaeffer 2016; Quenzel et al. 2016).

Durchgeführt wurde außerdem eine telefonische Befragung gesetzlich Versicherter im Alter ab 18 Jahren durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Dort hatten knapp die Hälfte der Befragten ein problematisches und weitere ca. 15 Prozent ein inadäquates Health Literacy-Niveau. Faktoren, wie Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus und Alter der Befragten spielten eine wichtige Rolle für die Gesundheitskompetenz der Befragten (Zok 2014). Darüber hinaus wurde Health Literacy Teil der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Untersuchung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (Jordan/Hoebel 2015). Auch hier lag der Anteil eingeschränkter Health Literacy bei über 40 Prozent (ebd.).

Die angeführten Studien geben erste wichtige Hinweise zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Sie konzentrieren sich allerdings entweder nur auf Subpopulationen wie gesetzlich Versicherte oder ältere Menschen mit und ohne Migrationshintergrund oder erfassen Health Literacy nur schriftlich oder telefonisch und mit einem Kurzinstrument.

Mit dem HLS-GER, der hier im Mittelpunkt steht, folgt ein weiterer Schritt, denn mit ihm erfolgte erstmals eine repräsentative Erhebung zum Ausmaß und zur Verteilung von Health Literacy in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland – dies auf der Basis des Vollinstruments des HLS-EU und einer face-to-face Befragung. Denn nur dies ermöglicht einen Vergleich mit den bereits 2012 vorgestellten Daten des HLS-EU, der bislang aussteht. Auch zum Thema Konsequenzen niedriger Health Literacy fehlen in Deutschland repräsentative Daten. Auch dazu soll der HLS-GER wichtige Erkenntnisse liefern und überdies soll er den Anschluss an die internationale Diskussion sichern.

Tabelle 3-1: Studienübersicht: Health Literacy in der Bevölkerung

Jahr	Land	Studie	Studienpopulation	Prävalenz niedriger Gesundheitskompetenz
1993	USA	National Adult Literacy Survey (NALS)	ca. 13.600 Teilnehmer im Alter ab 16 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - Zwischen 21-23% der Befragten erreichten Level 1 (niedrigstes Level) (hochgerechnet auf die gesamte Bevölkerung sind das 40 bis 41 Millionen Menschen). - 25-28% der Befragten erreichten Level 2 - Vulnerable Bevölkerungsgruppen wiesen schlechtere
2003	USA	National Adult Assessment of Adult Literacy (NAAL)	ca. 19.000 Teilnehmer im Alter ab 16 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - 14% hatten keine ausreichende Gesundheitskompetenz (Level 1) - 22% der Befragten wurden in Level 2 eingestuft - erstmals auch Daten zu den Bereichen ‚clinical‘, ‚prevention‘ und ‚navigation of the health care system‘ erfasst - ethische Minderheiten, bildungsferne Menschen, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, ältere Menschen hatten eine schlechtere Health Literacy als die Allgemeinbevölkerung
2003-2008	1. Erhebung Bermuda, Italien, Kanada, Norwegen, Schweiz, USA 2. Erhebung Australien, Neuseeland, Niederlande, Ungarn	Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL)	jedes teilnehmende Land wählte eine Stichprobe, die repräsentativ für die Bevölkerung ist, ausgenommen Personen, die in Institutionen (z.B. Krankenhäuser) arbeiten. In den USA nahmen 3,420 Personen im Alter von 16-65 Jahren teil.	<p>Kanada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fast 55% der kanadischen Bevölkerung weisen eine limitierte Health Literacy auf. - ältere Menschen wiesen eine niedrigere Health Literacy auf, als jüngere Altersgruppen <p>USA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25,1% der Befragten erreichten Level 1. - 38,6% der Befragten erreichten Level 2.
2012	Bulgarien, Deutschland (NRW), Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen, Spanien	The European Health Literacy Project (HLS-EU)	pro Land etwa 1.000 Teilnehmer im Alter ab 15 Jahren und älter. Insgesamt ca. 8.000 Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> - insgesamt haben 12,4% eine inadäquate und weitere 35,2% eine problematische Gesundheitskompetenz - zusammengenommen sind 47,6% der Befragten in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt - bildungsferne Menschen, Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, ältere Menschen und Menschen mit chronischer Krankheit wiesen eine niedrige Gesundheitskompetenz auf und wurden als vulnerable Gruppen identifiziert.
2012	Österreich	„Österreichische Gesundheitskompetenz Jugendstudie“ im Rahmen der HBSC-Studie	571 jugendliche in Österreich wohnhafte Teilnehmer im Alter von 15 Jahren.	<ul style="list-style-type: none"> - 58% der Jugendlichen wiesen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. - Im Vergleich zu der HLS-EU Studie waren die Antwortmuster der Jugendlichen denen der Erwachsenen sehr ähnlich.

Jahr	Land	Studie	Studienpopulation	Prävalenz niedriger Gesundheitskompetenz
2013	Deutschland	„Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), vom Robert Koch-Institut (RKI)	4.952 Teilnehmer ab 18 Jahren; repräsentativ für die volljährige Wohnbevölkerung in Privathaushalten	- 31,9% der befragten Personen haben eine problematische und weitere 12,3% eine inadäquate Gesundheitskompetenz - Besonders hinsichtlich der Bildung wurden signifikante Unterschiede bei den Health Literacy-Niveaus festgestellt.
2013	Deutschland	Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO)	2.010 Teilnehmer aus der Grundgesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten ab 18 Jahren	- 45% der Befragten wiesen eine problematische Health Literacy und weitere 14,5% eine inadäquate Health Literacy auf.
2015	Schweiz	„Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“	1.105 Teilnehmer im Alter ab 15 Jahren Ergänzende Stichproben: 255 Teilnehmer mit portugiesischem Pass und 250 mit türkischem Pass	- 45% verfügen über ein problematisches und weitere 9% der Befragten über ein inadäquates Health Literacy-Niveau.

4 Konzept der Studie

Konzeptionell und methodisch stützt sich der HLS-GER auf die Europäische Health Literacy Studie (HLS-EU). Im Rahmen dieser Studie wurde ein umfassendes Konzept zur Gesundheitskompetenz entwickelt, das auf bereits existierenden Definitionen und Konzepten aufbaut und überdies ermöglichen sollte, Gesundheitskompetenz zu messen. Daher wurde im Rahmen des HLS-EU zunächst ein systematisches Review durchgeführt, das als Grundlage dazu diente, zentrale Elemente von Health Literacy zu identifizieren und auf dieser Basis ein neues konzeptuelles Modell zu kreieren, das für die Entwicklung eines neuen Instruments zur Messung der Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung nutzbar gemacht werden kann (Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2012).

Kern des konzeptuellen Modells (vgl. Abbildung 4-1) bildet das umfassende Health Literacy Konzeptverständnis des HLS-EU, das – wie zuvor erläutert – auf Literalität basiert und darüber hinaus das Wissen, die Motivation und Kompetenzen von Menschen einschließt, um mit Gesundheitsinformationen umgehen zu können und im Alltag in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können (Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2012). Dabei stehen folgende vier Kompetenzen im Mittelpunkt:

- (1) **Gesundheitsinformationen finden** und erschließen,
- (2) Gesundheitsinformationen **verstehen**,
- (3) Gesundheitsinformationen **beurteilen** und
- (4) Gesundheitsinformation kommunizieren und für die eigene Gesundheit **nutzen und anwenden zu können** (ebd.).

Diese Kompetenzen ermöglichen Individuen, sich Wissen und Fähigkeiten anzueignen, die sie befähigen sich im Gesundheitssystem – konkret in den Bereichen der **Krankheitsbewältigung/-versorgung**, **Prävention** und der **Gesundheitsförderung** – zu bewegen (Sørensen et al. 2012).

Health Literacy wird diesem Konzeptverständnis zufolge als eine Ressource des Individuums verstanden, der weitere Aszendenten und Konsequenzen zugeordnet werden können. Zu Aszendenten, die mit Health Literacy zusammenhängen bzw. diese beeinflussen können, gehören demografische und sozio-ökonomische Determinanten. Zu-

gleich liegt dem Health Literacy-Modell des HLS-EU die Annahme zugrunde, dass gesundheitliche Outcomes, wie Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Nutzung des Gesundheits- und Versorgungssystems mit Health Literacy zusammenhängen bzw. von diesem beeinflusst werden können (Sørensen et al. 2012).

Diese Annahmen über die Zusammenhänge zwischen Health Literacy und weiteren Faktoren beruhen auf vorliegenden Erkenntnissen aus der internationalen Health Literacy-Forschung, die in Kapitel 3 bereits dargestellt wurden (Berkman et al. 2011; Kutner et al. 2006).

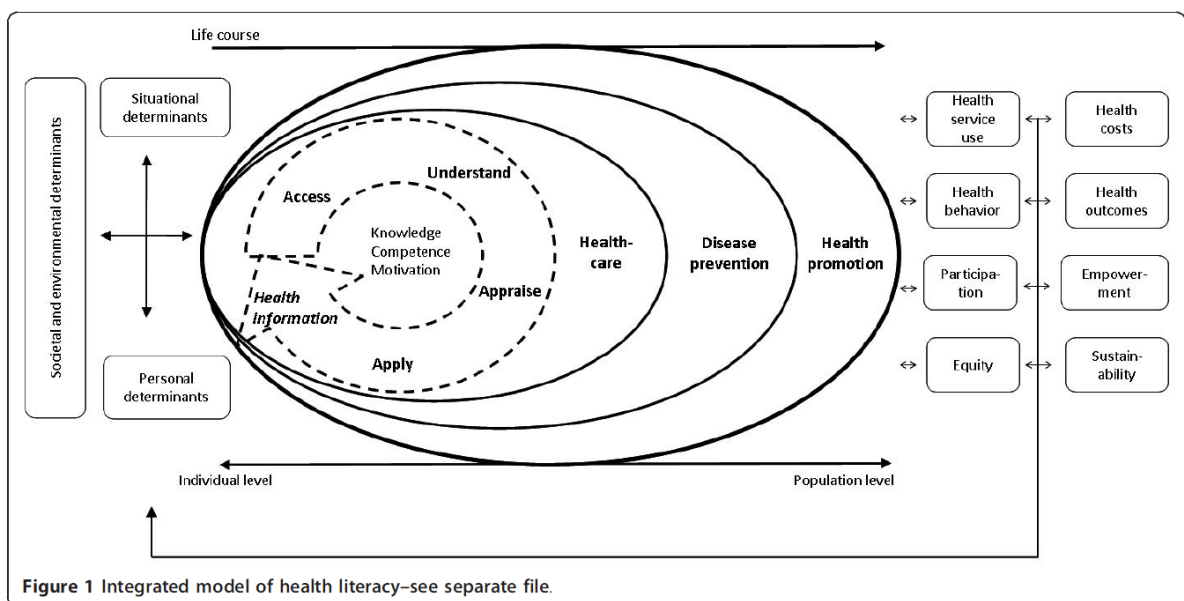


Abbildung 4-1: Integriertes Modell von Health Literacy (Sørensen et al. 2012: 9)

4.1 Konzeptionelles Modell HLS-GER

Das für den HLS-GER entworfene konzeptionelle Modell baut auf dem Ansatz des HLS-EU auf und wurde leicht modifiziert.

Abbildung 4-2 veranschaulicht das Modell des HLS-GER sowie das zugrunde liegende Verständnis von Health Literacy mit seinen Dimensionen und den angenommenen Zusammenhängen. Zur ersten Dimension zählen demografische und sozio-ökonomische Faktoren sowie die funktionale Gesundheitskompetenz/Lese- und Rechenfähigkeiten im gesundheitlichen Kontext. Bei diesen Faktoren wird auf der Basis

bisheriger empirischer Erkenntnisse davon ausgegangen, dass sie Health Literacy beeinflussen bzw. mit dieser assoziiert sind. Darin eingeschlossen sind beispielsweise Alter, Bildungsstatus, selbsteingeschätzter Sozialstatus und Migrationshintergrund.

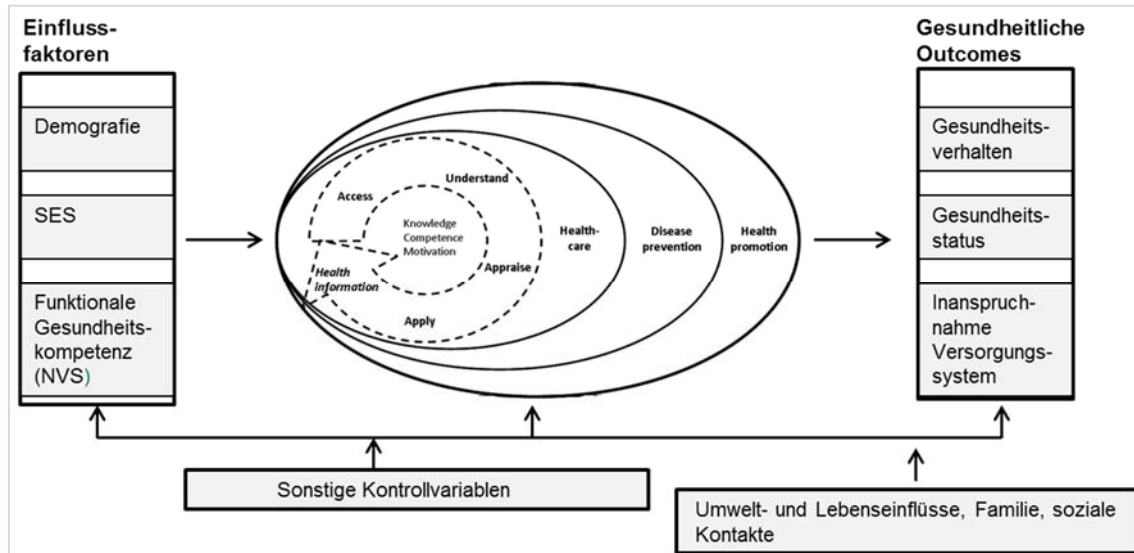


Abbildung 4-2: HLS-GER Modell in Anlehnung an Sørensen et al. (2012) und Squiers et al. (2012)

Die zweite Dimension beinhaltet die Gesundheitskompetenz, die – wie bereits erwähnt – in Anlehnung an Sørensen et al. (2012) verstanden und konzeptualisiert wird. Da es in Deutschland – auch dazu mit welchen gesundheitlichen Konsequenzen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz assoziiert ist – noch an empirischen Befunden mangelt, wurde diese Dimension ebenfalls in das HLS-GER Modell integriert. Zu gesundheitlichen Konsequenzen zählen der Gesundheitszustand (z.B. subjektiver Gesundheitszustand; Vorliegen einer chronischen Erkrankung), das Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum), die Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen (z.B. Inanspruchnahme des ärztlichen Notfalldienstes) sowie das Informationsverhalten (z.B. Wunsch nach Gesundheitsinformationen, erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem). Darüber hinaus wurden weitere Faktoren, wie Umwelt- und Lebensinflüsse, Familie und sozialer Kontakt in das Modell aufgenommen.

Wie die dargestellten Dimensionen im HLS-GER operationalisiert wurden, wird im folgenden Abschnitt näher erläutert.

5 Methoden

5.1 Studiendesign

Im Rahmen der HLS-GER-Studie erfolgte analog zur europäischen Studie eine quantitative Befragung von 2.000 deutschsprachigen Personen ab 15 Jahren in ganz Deutschland mittels computer-assistierter persönlicher Interviews (CAPI) zu ihrer Gesundheitskompetenz und der mit ihr assoziierten Faktoren. Eine genaue Beschreibung der erhobenen sozio-demografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren findet sich in den folgenden Abschnitten. Die HLS-EU Studie erweiternd, wurden im Rahmen des HLS-GER Variablen wie beispielsweise Informationsquellen und Informationsbedarf erhoben, die im Zusammenhang mit Health Literacy vor allem für die Verbraucher- und Patientenberatung von Bedeutung sind.

5.2 Messung der Health Literacy/Gesundheitskompetenz

Zur Messung von Health Literacy wurde das im HLS-EU entwickelte Erhebungsinstrument HLS-EU-Q47 in seiner deutschsprachigen Version eingesetzt. Insgesamt besteht das HLS-EU-Q-Instrument aus 47 Items.

Die Gesundheitskompetenz wurde analog zum konzeptionellen Modell (vgl. Kapitel 4.1) in den Bereichen Krankheitsbewältigung (KB), Prävention (PV), Gesundheitsförderung (GF) erfragt. Im Zentrum standen die vier Schritte der Informationsrezeption – Informationen finden (IF), Informationen verstehen (IV), Informationen beurteilen (IB), Informationen anwenden/nutzen (IA). Zusammen bilden die beiden Dimensionen eine Matrix (vgl. Tabelle 5-1). Jede der 12 Zellen dieser Matrix wurde mit mindestens drei und maximal fünf Items operationalisiert (vgl. Tabelle 5-2).

Tabelle 5-1: Matrix der Items des Health Literacy-Messinstruments

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

Die Items wurden als direkte Fragen formuliert, die die Schwierigkeit der Durchführung ausgewählter gesundheitsrelevanter Aufgaben oder Tätigkeiten ermitteln (vgl. Tabelle 5-2). Leitkriterium ist dabei die subjektiv eingeschätzte Schwierigkeit einer Person, bei der Bewältigung gesundheitsrelevanter Anforderungen. Diese Art der Formulierung der Fragen hat zur Folge, dass nicht nur unterschiedliche persönliche Kompetenzen und Erfahrungen in die Beantwortung eingehen, sondern auch die Unterschiede in der „objektiven“ Schwierigkeit verschiedener Situationen, Kontexte oder Systeme, innerhalb derer die Aufgaben bewältigt werden müssen. Daher misst das HLS-EU-Gesundheitskompetenz-Maß nicht nur die individuelle Kompetenz, sondern auch die relative Schwierigkeit von Gesundheitssystemen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Diese Relativität oder Kontextualität bzw. Subjektivität des Messinstruments ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Tabelle 5-2: Fragen des HLS-EU Q47 und Zuordnung zu Bereichen

Wie einfach/schwierig ist es....	HL- Ges	HL- KB	HL- PV	HL- GF	HL- IF	HL- IV	HL- IB	HL- IA
1 Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	✓	✓			✓			
2 Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	✓	✓			✓			
3 herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?	✓	✓			✓			
4 herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	✓	✓			✓			
5 zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	✓	✓				✓		
6 die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?	✓	✓				✓		
7 zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?	✓	✓				✓		
8 die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	✓	✓				✓		
9 zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?	✓	✓					✓	
10 Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	✓	✓					✓	
11 zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	✓	✓					✓	
12 zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?	✓	✓					✓	
13 mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	✓	✓						✓
14 den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?	✓	✓						✓
15 im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?	✓	✓						✓
16 den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	✓	✓						✓
17 Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?	✓		✓		✓			
18 Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	✓		✓		✓			
19 Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?	✓		✓		✓			
20 Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel?			✓		✓			
21 Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	✓		✓			✓		
22 zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?	✓		✓			✓		
23 zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	✓		✓			✓		
24 zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z. B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?	✓		✓				✓	
25 zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?	✓		✓				✓	
26 zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?	✓		✓				✓	
27 zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?	✓		✓				✓	
28 zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	✓		✓				✓	
29 zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?	✓		✓					✓
30 aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	✓		✓					✓
31 aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	✓		✓					✓
32 Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden?	✓			✓	✓			
33 Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	✓			✓	✓			
34 Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte?	✓			✓	✓			
35 etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten?	✓			✓	✓			
36 sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in der Schule oder Kommune/Gemeinde zu informieren?	✓			✓	✓			
37 Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	✓			✓		✓		
38 Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?	✓			✓		✓		
39 Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	✓			✓		✓		
40 Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?	✓			✓		✓		
41 zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt?	✓			✓			✓	
42 zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?	✓			✓			✓	
43 zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	✓			✓			✓	
44 Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	✓			✓				✓
45 einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?	✓			✓				✓
46 Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen?	✓			✓				✓
47 sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?	✓			✓				✓
Minimal notwendige Anzahl von validen Antworten für Indexkalkulation								
Anzahl	43	15	14	15	11	9	9	10
Neue Metrik der Indices								
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	50	50	50	50	50	50	50	50

Beantwortet werden konnten die Fragen auf einer vorgegebenen vierstufigen Antwortskala (sehr einfach, ziemlich einfach, ziemlich schwierig, sehr schwierig). Wenn eine Frage nicht beantwortet wurde, bestand zusätzlich die Möglichkeit, „keine Antwort“ zu kodieren.

5.3 Konstruktion der Health Literacy Indices

Für die Kalkulation der Health Literacy Indices wurden den Antwortkategorien numerische Werte zugewiesen 1= sehr schwierig, 2= ziemlich schwierig, 3= ziemlich einfach, 4= sehr einfach. Damit ein Index berechnet werden konnte, mussten mindestens 80 Prozent der zum (Sub-)Index gehörenden Items beantwortet werden (vgl. Tabelle 5-2).

Um Berechnungen, Vergleiche und die Interpretation zwischen den einzelnen Indices (Gesamt, Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung, Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen, Informationen anwenden) zu vereinfachen, wurden diese in eine gemeinsame Metrik (zwischen den Werten 0 und 50) transformiert. Die Transformation wurde mit folgender Formel durchgeführt:

$$I = (X - 1) * \frac{50}{3}$$

Wobei:

- I... = Berechneter Index
- X... = Mittelwert berechnet aus allen (valide beantworteten) Items, die der Index zusammenfasst
- 1... = Kleinster valider Wert, den ein Item annehmen kann
- 50... = Gewähltes Maximum der neuen Index-Metrik
- 3... = Spannweite der Item-Werte

Höhere Werte drücken eine bessere Health Literacy aus (HLS-EU Consortium 2012).

5.4 Bildung von Health Literacy-Niveaus

Auf Basis der Gesundheitskompetenz-Indices wurden analog zum HLS-EU vier unterschiedliche Kompetenz-Niveaus festgelegt (vgl. HLS-EU Consortium 2012: 29-30). Um die Schwierigkeitsunterschiede bei den einzelnen Indices besser vergleichen zu können, wurden bei allen vier Indices für die Grenzwerte dieselben numerischen Punkt-

werte gewählt. Leichte empirische Unterschiede zwischen den Mittelwerten der einzelnen Indices wurden bei der Festlegung der Levels somit nicht berücksichtigt.

Tabelle 5-3: Übersicht über Health Literacy Kennwerte

Index	Niveaus	Niveaus (dichotomisiert)
0-50 Punkte	inadäquat 0-25 Punkte	eingeschränkt 0-33 Punkte
	problematisch >25-33 Punkte	
	ausreichend >33-42 Punkte	nicht eingeschränkt >33-50 Punkte
	exzellent >42-50 Punkte	

Festgelegt wurden drei Grenzwerte für die Indexwerte, die vier unterschiedliche Kompetenz-Levels definieren: ‚inadäquat‘, ‚problematisch‘ (die zu der Kategorie ‚limitierte/eingeschränkte‘ Health Literacy zusammengefasst werden können), ‚ausreichend‘ und ‚exzellent‘ (vgl. Tabelle 5-3). Die Grenzwerte wurden so gewählt, dass der ‚externe‘ Informationsverlust gegenüber den metrischen Indices minimiert wurde. Das heißt, die Health Literacy-Level produzieren sehr ähnliche Korrelationsmuster wie die entsprechenden metrischen Indices mit wichtigen Kovarianten wie funktionaler Literalität, Alter, sozialer Status, selbsteingeschätzte Gesundheit oder die Häufigkeit von Arztbesuchen. Außerdem wurden die Health Literacy-Level so festgelegt, dass der ‚interne‘ Informationsverlust ebenfalls reduziert wurde, also die Korrelationen zwischen den Health Literacy-Levels und den entsprechenden metrischen Indices möglichst groß sind. Die Korrelationsmuster wurden jeweils an der internationalen 8-Länder-Stichprobe der HLS-EU-Studie getestet (HLS-EU Consortium 2012) und für diese Auswertungen übernommen.

5.5 Identifizierung relevanter sozio-demografischer Gruppen

Neben Health Literacy wurden – gemäß dem theoretischen Modell sowie der bislang vorliegenden Studienlage – Daten zu sozio-demografischen Determinanten erhoben. Dazu gehören das Alter der Befragten, Bildungsstatus, selbsteingeschätzter Sozialstatus, Migrationshintergrund und zudem das Vorliegen einer chronischen Erkrankung.

Der **Migrationshintergrund** wurde auf Basis des eigenen sowie des elterlichen Geburtslandes definiert. Als Menschen mit Migrationshintergrund wurden demnach Befragte kategorisiert, die selbst oder deren Eltern in einem anderen Land geboren sind. Das **Bildungsniveau** wurde mit Hilfe der „International Standard Classification of Education 1997“ (ISCED-97) erhoben (vgl. Tabelle 5-4).

Tabelle 5-4: Inhalte der ISCED-Klassifikation und Einteilung in Bildungsniveaus

ISCED-Level	Beschreibung
Niedriges Bildungsniveau	
0	Ohne Schulbesuch
1	Ohne allgemeinen Schulabschluss; ohne beruflichen Abschluss
2	1. Hauptschul-/Realschulabschluss/POS (incl. Anlernausbildung, Berufliches Praktikum oder Berufsvorbereitungsjahr) 2. Ohne Hauptschulabschluss; Anlernausbildung; Berufliches Praktikum, Berufsvorbereitungsjahr
Mittleres Bildungsniveau	
3 A	Fachhochschulreife/Hochschulreife; ohne beruflichen Abschluss
3 B	Abschluss einer Lehrausbildung
4 A	Fachhochschulreife/Hochschulreife und Abschluss einer Lehrausbildung
4 B	Berufsqualifizierender Abschluss an Berufsfachschulen/Kollegschulen, Abschluss einer einjährigen Schule des Gesundheitswesens
Hohes Bildungsniveau	
5 A	Fachhochschulreife/Hochschulreife und Berufsqualifizierender Abschluss an Berufsfachschulen/Kollegschulen, Abschluss einer einjährigen Schule des Gesundheitswesens
5 B	1. Meister-/Technikerausbildung oder gleichwertiger Fachschulabschluss, Abschluss einer 2- oder 3-jährigen Schule des Gesundheitswesens, Abschluss einer Fachakademie oder einer Berufsakademie, Abschluss einer Verwaltungsfachhochschule 2. Abschluss der Fachschule der ehemaligen DDR
5 A	1. Fachhochschulabschluss (auch Ingenieurschulabschluss, ohne Abschluss einer Verwaltungsfachhochschule) 2. Hochschulabschluss
6	Promotion

Mit der ISCED Skala wird der höchste erworbene Bildungsabschluss beschrieben. Sie ist in sieben Bildungsniveaus gegliedert. Da die ISCED Skala neben schulischer auch die berufliche Bildung einschließt, findet sie erst bei abgeschlossener schulischer Bildung Anwendung. Im Datensatz vorhandene Schüler, die sich in der Schulform Förderschule, Hauptschule, Realschule oder Sonstige Schulform befinden, wurden daher

in ISCED Level 1 zusammengefasst. Auch Schüler in berufsbildender Maßnahme wurden in Level 1 einsortiert. Bei derzeitiger Schulform Gymnasium oder Gesamtschule wurden Schüler, die jünger als 17 Jahre sind in Level 1 einsortiert. Schüler, die 17 Jahre und älter sind, wurden hingegen dem Level 2 zugewiesen, da sie voraussichtlich die 10. Klasse bereits abgeschlossen haben und somit einen Haupt- oder Realschulabschluss haben.

Für die weiteren Auswertungen wurden die ISCED-Kategorien 0 bis 2 (u. a. ohne Schulbesuch; ohne allgemeinen Schulabschluss; ohne beruflichen Abschluss; Haupt- und Realschulabschluss ohne beruflichen Abschluss oder Anlernausbildung) in ‚niedriges Bildungsniveau‘ zusammengefasst. Als ‚mittleres Bildungsniveau‘ wurden mit den Kategorien 3 und 4 u. a. Personen mit Fach-/Hochschulreife ohne beruflichen Abschluss oder eine abgeschlossene Lehre definiert. Als ‚hohes Bildungsniveau‘ wurden die ISCED-Kategorien 5 und 6 zusammengefasst (u. a. Personen mit Hochschulbildung; Abschluss einer Berufsfachschule oder Meister- und Techniker Ausbildung; Promotion). Diese Unterteilung entspricht der Kategorisierung wie im HLS-EU.

Zur Erfassung **chronischer Krankheit** wurden die Studienteilnehmer wie folgt befragt: „Haben Sie eine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit lang andauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden.“ Befragte, die dies bejahten, wurden als chronisch krank eingruppiert, alle anderen als nicht chronisch krank.

Zudem wurde das **Geschlecht** der Befragten, männlich oder weiblich, erfasst.

Das **Alter** wurde in vier Gruppen zusammengefasst. Die jüngste Altersgruppe umfasst Personen zwischen 15 und 29 Jahren. Als weiteres werden Befragte zwischen 30 und 45 Jahren sowie Studienteilnehmer zwischen 46 und 64 Jahren zusammengefasst. Die vierte Altersgruppe bilden Personen ab 65 Jahren.

Für die Ermittlung des selbsteingeschätzten **Sozialstatus** wurden die Befragten analog zum HLS-EU gebeten, ihre gesellschaftliche Stellung auf einer 10-Punkte Skala selbst einzuschätzen. Werte von 1 bis 4 wurden als geringer Sozialstatus, Werte von 5 bis 7 als mittlerer und Werte größer als 7 als hoher Sozialstatus zusammengefasst.

5.6 Erfassung weiterer relevanter Variablen

Dem Health Literacy Modell zufolge sind neben sozio-demografischen Faktoren auch verschiedene Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens mit Gesundheitskompetenz assoziiert. Sie werden im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

Im Bereich Informationsverhalten wurden die Befragten unter anderem nach **Informationsquellen** gefragt. Konkret lautete die Frage: „Wohin wenden Sie sich am ehesten, wenn Sie Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten suchen?“ Dabei konnten die Befragten aus den zehn Antwortoptionen maximal drei auswählen (Notaufnahme im Krankenhaus; Beratungsstelle; Bücher, Broschüren oder Zeitschriften; Gesundheitsamt; Familie, Freunde oder Bekannte; Apotheke; Internet; Hausarzt; Facharzt).

Außerdem wurden Daten zum **Verständnis von gesundheitsrelevanten Informationen** erhoben. Um dem Effekt der sozialen Erwünschtheit positiver Antworten bei der Unverständlichkeit von Informationen entgegen zu wirken, wurde das Thema zunächst eingeleitet: „Manchmal ist es für Fachleute nicht einfach, etwas so zu erklären, dass normale Menschen es verstehen können.“ Anschließend wurde konkret gefragt: „Wenn Sie noch einmal an die letzten 12 Monate denken. Ist es vorgekommen, dass Sie Erklärungen nicht richtig verstanden haben?“. Die Frage wurde jeweils separat für die Gesundheitsinstanzen Hausarzt, Krankenkasse, Beratungsstelle, Facharzt, Apotheke, Gesundheitsamt und Andere beantwortet. Ergänzend wurden die Studienteilnehmer dazu befragt, ob es in den letzten 12 Monaten vorgekommen ist, dass sie sich falsch durch eine dieser Anlaufstellen informiert gefühlt haben.

Informationsdefizite wurden mit Hilfe folgender Items erhoben. Die Befragten wurden gebeten anzugeben, wie gut informiert sie sich über ein Thema fühlen. Die Antworten erfolgten jeweils auf einer 5-Punkte Skala von ‚sehr gut‘ bis ‚sehr schlecht‘. Die erfragten Themengebiete sind dem Ergebnisteil zu entnehmen. Außerdem wurden Wünsche nach Informationen mit folgender Frage erfasst: „Zu welchen Themen wünschen Sie sich von Ärzten oder anderen Fachleuten mehr Informationen?“. Auch hierzu erhielten die Befragten eine Liste mit Themen, zu denen sie mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ ihren Informationswunsch mitteilen konnten.

Erfragt wurde des weiteren die **Orientierung im Gesundheitssystem**. Dazu wurden die Befragten gebeten, auf folgende Frage zu antworten: „Hatten Sie schon mal gesundheitliche Probleme und Sorgen, ohne zu wissen, an wen Sie sich wenden sollten?“.

In den Fragebogen wurde auch das Thema **Patientenrechte** aufgenommen. Hier wurden die Befragten mit vier Aussagen konfrontiert, die sie jeweils als zutreffend oder nicht zutreffend bewerten konnten.

Der **subjektive Gesundheitszustand** wurde in Anlehnung an den HLS-EU mit Hilfe einer Selbsteinschätzungsfrage erhoben, mit der gemessen wurde, wie die Befragten ihren Gesundheitszustand allgemein einschätzen. Die Antwortskala war 5-stufig und reichte von ‚sehr gut‘ bis ‚sehr schlecht‘. Ergänzend wurden die Befragten gebeten, ihren Gesundheitszustand ebenfalls auf einer 5-stufigen Skala (‚viel besser‘; ‚etwas besser‘; ‚gleich‘; ‚etwas schlechter‘; ‚viel schlechter‘) im Vergleich zur Gesundheit von anderen Menschen gleichen Alters einzuschätzen. Ebenso wurde zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Befragten erfasst, ob sie durch mögliche gesundheitliche Probleme in ihrem Alltag eingeschränkt sind. Dazu wurden sie gebeten, an die letzten 6 Monate zurückzudenken und einzuschätzen, wie stark gesundheitliche Probleme ihre alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt haben. Wie im HLS-EU wurden drei Antwortoptionen vorgegeben: ‚erheblich eingeschränkt‘; ‚eingeschränkt, aber nicht erheblich‘; ‚überhaupt nicht eingeschränkt‘.

Das **Gesundheitsverhalten** der Befragten wurde mit Items zu Ernährung, körperlichen Aktivität, Body Mass Index (BMI), Rauchen, Alkoholkonsum und Medikamentenutzung erhoben.

Bei der Erfassung des Ernährungsverhaltens wurde danach gefragt, wie oft in der Woche die Befragten die folgenden Dinge normalerweise essen oder trinken (Obst, Früchte; Gemüse, Salat; Schokolade oder andere Süßigkeiten; Chips, Pommes und andere Knabbereien; Cola oder andere zuckerhaltige Limonade). Die Antwortskala war 6-stufig ‚täglich‘, ‚fast täglich‘, ‚jede Woche‘, ‚jeden Monat‘, ‚seltener als einmal im Monat‘, ‚nie‘.

Die Häufigkeit körperlicher Aktivität wurde mit folgendem Item erfasst: Wie oft haben Sie im letzten Monat mindestens 30 Minuten lang Sport getrieben (z.B. Laufen, Spaziergang/Walking oder Radfahren)? Auch hier wurde eine 5-stufige Antwortskala ver-

wendet. Den Befragten wurden folgende Antwortoptionen gegeben, ‚fast jeden Tag‘; ‚ein paar Mal pro Woche‘; ‚ein paar Mal im letzten Monat‘; ‚überhaupt nicht‘; ‚ich konnte keinen Sport machen‘.

Der Body Mass Index (BMI) der Befragten wurde mit Hilfe ihrer Körpergröße und ihrem Körpergewicht ermittelt.

Der Faktor Rauchen wurde mit der Frage erhoben, welche der folgenden Aussagen auf die Befragten in Bezug auf das Rauchen von Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zutrifft: Sie sind Raucher; sie haben früher geraucht, aber damit aufgehört; oder sie haben nie geraucht.

Der Alkoholkonsum der deutschen Bevölkerung wurde mit mehreren Items erhoben. Hierzu wurden die Befragten in Anlehnung an den HLS-EU zunächst danach befragt, ob sie während der letzten 12 Monate Alkohol (u.a. Wein, Spirituosen, Apfelwein oder andere alkoholische Getränke) getrunken haben. Anschließend wurde mit Hilfe von Filterfragen die Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums der Befragten näher erfasst.

Die Medikamenteneinnahme wurde mit Hilfe von drei Items erhoben. Die Befragten wurden zunächst gebeten die Anzahl verschiedener ärztlich verordneter Medikamente anzugeben, die sie an einem durchschnittlichen Tag einnehmen. Damit sind Medikamente aus verschiedenen Packungen gemeint – inbegriffen auch Insulin, Salben, Pillen, Hormonersatzpräparate oder länger wirkende Depotmittel.

Darüber hinaus wurde die **Nutzung und Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen** der Befragten erfasst. Dazu wurden die Studienteilnehmer danach gefragt, wie oft sie in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufsuchen, als Patient in ein Krankenhaus, Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten, wie z.B. Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker in Anspruch nehmen mussten. Zu jeder Aussage wurde der Befragte gebeten, auf der 4-stufigen Antwortskala zu antworten (0; 1 bis 2 Mal; 3 bis 5 Mal; 6 Mal oder öfter). Gefragt wurde außerdem, wie oft die Befragten in den letzten 12 Monaten einen Zahnarzt aufgesucht haben. Die Inanspruchnahme des ärztlichen Notfalldienstes wurde mit der gleichen Frageformulierung erfasst, wobei die Befragten hier nach den letzten 2 Jahren gefragt wurden. Zudem wurden Daten darüber erhoben, ob bei den Studienteilnehmern schon

einmal eine Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde. Dabei hatten die Befragten die Möglichkeit, ‚ja‘, ‚nein‘ und ‚weiß ich nicht‘ zu antworten.

5.7 Grundgesamtheit und Stichprobenziehung

Die Grundgesamtheit der Befragung bildeten deutschsprachige Personen ab 15 Jahren, die in einem Privathaushalt in der Bundesrepublik Deutschland wohnhaft sind. Da in Deutschland kein öffentlich zugängliches Verzeichnis von Privathaushalten existiert, erfolgte die Rekrutierung der Studienteilnehmer über einen dreistufigen Prozess aus dem ADM-Auswahlrahmen⁹ für persönliche Befragungen. In einem ersten Schritt wurden 258 so genannte Sample-Points aus einer systematischen Einteilung der gesamten Bundesrepublik Deutschland ausgewählt und für jeden dieser Sample-Points eine Startadresse bestimmt. Ausgehend von diesem Startpunkt wurden in einem zweiten Schritt die zu befragenden Haushalte nach festen Begehungsregeln (Random-Route-Prinzip) ermittelt. Abschließend wurden die Zielpersonen innerhalb der Haushalte mit dem Geburtstagsschlüssel ermittelt. Unter allen im Haushalt lebenden Personen wurde diejenige Person befragt, die als letztes Geburtstag hatte. Personen, die nur zufällig anwesend waren, konnten somit nicht ausgewählt werden. Bei Nichterreichen dieser Person bemühten sich die Interviewer, innerhalb von vier Kontaktversuchen zu unterschiedlichen Zeiten und an unterschiedlichen Tagen (dabei mindestens ein Kontaktversuch an einem Samstag), einen persönlichen Kontakt mit der Zielperson herzustellen und das Interview durchzuführen.

5.8 Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde in Form computerassistierter, persönlicher Face-to-Face-Interviews (CAPI) durchgeführt¹⁰. Im Juli und August 2014 wurden insgesamt 3.082 Privathaushalte von 269 Interviewern kontaktiert. Dabei waren 507 ausgewählte Personen mehrfach nicht anzutreffen. Weitere 526 Personen verweigerten die Teilnahme an der Befragung und bei 32 Personen lagen sonstige Gründe für die Nichtteilnahme vor. Über sie existieren jedoch keine näheren Informationen. Des Weiteren waren 17 fehlerhafte Interviews zu verzeichnen (vgl. Tabelle 5-5).

⁹ Die ADM (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V.) vertritt als Verband die Interessen der wirtschaftlichen Forschungsinstitute in Deutschland.

¹⁰ Die Datenerhebung wurde unter wissenschaftlicher Leitung der Universität Bielefeld von Ipsos Public Affairs übernommen.

Somit konnten insgesamt 2.000 Nettointerviews realisiert werden, was einer Ausschöpfungsquote von 65 Prozent entspricht. 28 Prozent der Befragten konnten beim ersten Kontaktversuch und 37 Prozent beim zweiten Kontaktversuch erreicht werden. Weitere 23 Prozent konnten beim dritten und 12 Prozent beim vierten Kontaktversuch rekrutiert werden. Eine Übersicht über Kennzahlen der Interviewdurchführung gibt Tabelle 5-5.

Tabelle 5-5: Übersicht Parameter Interviewdurchführung

Erhebungszeitraum	
Feldbeginn	23.07.2014
Feldende	29.08.2014
Stichprobengröße	
Bruttostichprobe	3.096
Neutrale Ausfälle insgesamt:	14
<i>davon keine Zielperson im Haushalt</i>	0
<i>davon Interviewerausfälle</i>	14
Nettostichprobe (bereinigte Bruttostichprobe)	3.082
Systematische Ausfälle insgesamt:	1.082
<i>davon mehrfach nicht anzutreffen</i>	507
<i>davon Verweigerung</i>	526
<i>davon sonstige Befragtengründe</i>	32
<i>davon fehlerhafte Interviews</i>	17
Realisierte Interviews	2.000
Ausschöpfung	64,9%
Anzahl Kontaktversuche bis Interview	
1 Kontaktversuch	562 (28%)
2 Kontaktversuche	737 (37%)
3 Kontaktversuche	462 (23%)
4 Kontaktversuche	239 (12%)

Quelle: IPSOS (2014)

Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 53 Minuten. Dabei sind zwischen den verschiedenen Befragungsgruppen leichte Unterschiede festzustellen. Während für die Gruppe der 31- bis 40-Jährigen mit 52 Minuten die kürzeste mittlere Interviewdauer registriert wurde, dauerten die Interviews in der Gruppe ab 71 Jahre im Schnitt mit 54 Minuten am längsten. Kaum Unterschiede gibt es hingegen zwischen den Geschlechtern.

5.9 Datenauswertung

5.9.1 Transformation und Gewichtung der Daten

Da das hier verwendete ADM-Stichproben-System (siehe dazu Kapitel 5.7) auf Haushaltsstichproben basiert, hat zwar jeder Haushalt die gleiche Chance in die Stichprobe zu gelangen, aufgrund unterschiedlicher Haushaltsgrößen gilt dies jedoch nicht gleichermaßen für die einzelnen Haushaltsmitglieder. So ist beispielsweise die Auswahlchance einer Person aus einem Einpersonenhaushalt deutlich größer als die einer Person, die mit vier weiteren Personen in einem Haushalt lebt. Aus diesem Grund wurde die Haushaltsstichprobe rechnerisch in eine Personenstichprobe überführt, in der alle Personen die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit besaßen. Dies geschah durch den Schritt der Transformation, in dem die Fälle mit dem Kehrwert ihrer Auswahlwahrscheinlichkeit gewichtet wurden.

Um die Repräsentativität der Daten zu gewährleisten, wurde darüber hinaus die Stichprobenstruktur rechnerisch an die amtliche Statistik (Mikrozensus 2012; Statistisches Bundesamt 2015) angeglichen. Dabei wurde die empirische Verteilung von Alter, Geschlecht und Bundesland in der Nettostichprobe mit den amtlichen Zielwerten dieser Variablen verglichen (vgl. Tabelle 5-7) und mittels IPF-Gewichtung (Iterative Proportional Fitting nach Deming) an diese angeglichen. Die Daten können somit als repräsentativ für Alter, Geschlecht und Bundesland angesehen werden.

5.9.2 Statistische Analysen

Für die Analysen¹¹ wurde die Software SPSS 23.0 verwendet. Berichtet werden grundlegende Werte wie Prozentverteilungen der Gesundheitskompetenzniveaus und Einzelitems allgemein sowohl in den Subbereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung als auch in den vier Schritten der Informationsverarbeitung. Die Daten werden zudem stratifiziert nach Migrationshintergrund, Bildungsniveau, chronischer Erkrankung, Geschlecht, Altersgruppen und Sozialstatus dargestellt. Zudem werden deskriptive Daten zur Assoziation von Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Konsequenzen, Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen und Informationsverhalten berichtet. Die dargestellten Ergebnisse erlauben somit keine Rück-

¹¹ Die Auswertung der Daten wurde durch das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) unter der Leitung von Jürgen Pelikan unterstützt.

schlüsse auf die Kausalität oder die Gültigkeit des theoretischen Modells. Dennoch bieten die Daten eine erste, wichtige Grundlage für weitere Analysen.

5.10 Reliabilität und Validität der Health Literacy-Indices

Die Reliabilität der Health Literacy-Indices wurde durch Alpha-Koeffizienten nach Cronbach überprüft. Die daraus berechneten Cronbach's Alpha-Koeffizienten für alle Indices liegen deutlich über dem Schwellenwert von 0,7 (vgl. Tabelle 5-6) und die interne Konsistenz gilt daher als akzeptabel.

Tabelle 5-6: Cronbach's Alpha für die Health Literacy-Indices für die Gesamtstichprobe mit Vergleichswerten für NRW (HLS-EU Erhebung) und EU

	HLS-GER	HLS-EU-NRW	HLS-EU
Gesamt	0,93	0,96	0,97
Krankheitsbewältigung	0,87	0,91	0,91
Prävention	0,85	0,91	0,91
Gesundheitsförderung	0,85	0,90	0,92
Informationen finden	0,84	0,88	-
Informationen verstehen	0,80	0,86	-
Informationen beurteilen	0,78	0,83	-
Informationen anwenden	0,81	0,87	-

Die Content- und Face-Validity des HLS-EU wurden durch eine systematische Prozessgestaltung der Itementwicklung und -auswahl durch ein internationales Expertenteam in einem schrittweisen und partizipativen Prozess gesichert (Sørensen et al. 2012).

5.11 Stichprobenbeschreibung und Repräsentativität

Von den im Rahmen der Studie insgesamt 2.000 befragten Personen sind knapp 20 Prozent im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. Weitere ca. 25 Prozent sind 30-45 Jahre alt. Der größte Anteil der Befragten ist in der Altersgruppe der 46-64-Jährigen zu finden (31,6 Prozent). Etwa jeder Fünfte der Stichprobe ist 65 Jahre oder älter. Differenziert

nach ihrem Bildungsniveau hat etwas mehr als ein Drittel der Befragten ein niedriges Bildungsniveau. Der größte Anteil an Befragten verfügt somit über ein mittleres Bildungsniveau (48,9 Prozent). Ein verhältnismäßig geringer Anteil an Befragten hat einen Migrationshintergrund (7,9 Prozent). Mehr als 90 Prozent der Studienteilnehmer oder deren Eltern sind nicht in einem anderen Land geboren. Ein Viertel der Befragten hat mindestens eine lang andauernde Erkrankung (vgl. Tabelle 5-7).

Aufgrund der Gewichtung der Daten nach Alter, Geschlecht und Bundesland, können die Daten für diese Variablen als repräsentativ angesehen werden.

Menschen ohne Migrationshintergrund sind in der Studienbevölkerung mit 92,1 Prozent im Vergleich zur deutschen Bevölkerung mit 79,7 Prozent überrepräsentiert. Menschen mit Migrationshintergrund sind folglich im Vergleich zur deutschen Bevölkerung, in der 20,3 Prozent einen Migrationshintergrund haben, mit 7,9 Prozent unterrepräsentiert (Statistisches Bundesamt 2015). Eine mögliche Ursache dafür ist darin zu sehen, dass die Befragung auf Deutsch durchgeführt wurde. Demzufolge haben Menschen mit Migrationshintergrund in der vorliegenden Studie – so ist zu vermuten – ausreichende Deutschkenntnisse.

Auch der Anteil an Personen mit niedrigem Bildungsniveau ist in der HLS-GER Stichprobe überrepräsentiert. So haben 33,6 Prozent der Studienteilnehmer ein niedriges Bildungsniveau. In der deutschen Bevölkerung traf dies im Jahr 2014 auf 13 Prozent zu. Dagegen ist das mittlere Bildungsniveau in der Studienbevölkerung unterrepräsentiert: Nur 48,9 Prozent der Studienbevölkerung haben ein mittleres Bildungsniveau; in der deutschen Bevölkerung sind es 60 Prozent. Über ein hohes Bildungsniveau verfügen 17,5 Prozent der Studienbevölkerung und 27 Prozent der Bevölkerung in Deutschland (Statistische Ämter des Bundes und Länder 2016).

Tabelle 5-7: Stichprobenbeschreibung des German Health Literacy Surveys (HLS-GER)

Variable	Nettostichprobe/ ungewichtete Stich- probe (%)	Fallzahl (n)	Grundgesamtheit/ ge- wichtete Stichprobe (%)	Fallzahl (n)*
Geschlecht				
Männer	46,9	938	48,9	977
Frauen	53,1	1062	51,1	1022
Alter (Jahren)				
15-29 Jahre	16,6	332	19,7	394
30-45 Jahre	25,2	504	24,9	499
46-64 Jahre	35,4	707	31,6	631
65 Jahre und älter	22,9	457	23,8	476
Bundesland				
Schleswig-Holstein	3,5	79	3,4	68
Hamburg	2,4	47	2,2	44
Niedersachsen	9,3	185	9,6	192
Bremen	0,8	15	0,8	16
Nordrhein-Westfalen	21,5	429	21,8	435
Hessen	7,2	145	7,4	149
Rheinland-Pfalz	4,6	91	4,9	98
Baden-Württemberg	13,0	259	13,0	261
Bayern	15,0	300	15,3	307
Saarland	1,2	24	1,3	25
Berlin	4,8	95	4,4	87
Brandenburg	3,2	64	3,1	62
Mecklenburg-Vorpommern	2,4	47	2,0	41
Sachsen	5,9	118	5,1	103
Sachsen-Anhalt	3,2	63	2,8	57
Thüringen	2,4	48	2,8	55
Bildungsniveau				
Niedrig	33,6	672	33,6	669
Mittel	48,7	973	48,9	972
Hoch	17,3	347	17,5	349
Fehlende Werte	0,4	8	-	-
Migrationshintergrund				
Nein	92,4	1844	92,1	1836
Ja	7,6	151	7,9	158
Fehlende Werte	0,3	5	-	-
Chronische Erkrankung				
Nein	73,3	1466	75,0	1495
Ja	26,4	527	25,0	499
Fehlende Werte	0,4	7	-	-
Sozialstatus				
Niedrig	14,6	285	12,9	252
Mittel	68,4	1334	68,6	1337
Hoch	17,0	332	18,5	360
Fehlende Werte	2,5	49	-	-

n=2000; *gewichtete Angaben auf Basis von Alter, Geschlecht und Bundesland des Mikrozensus 2012, ohne fehlende Werte

Durch den größeren Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund wie auch an Menschen mit niedrigen Bildungsniveaus in der Stichprobe wird das Niveau an Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung in dieser Untersuchung leicht verzerrt. Aus vorliegenden Studien der internationalen Health Literacy Forschung liegen bereits Erkenntnisse darüber vor, dass sowohl das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds als auch ein niedriges Bildungsniveau mit Gesundheitskompetenz zusammenhängen (vgl. Kapitel 3.1). Der Anteil geringer Health Literacy wird in der Allgemeinbevölkerung demnach vermutlich leicht geringer ausfallen als es die Ergebnisse dieser Studie zeigen. Um den Unterschieden im Gesundheitskompetenzniveau in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen Rechnung zu tragen, werden die Ergebnisse auch stratifiziert für diese dargestellt.

Menschen mit chronischer Krankheit sind in der HLS-GER Stichprobe ebenfalls unterrepräsentiert. So sind 25 Prozent der Studienteilnehmer, dagegen 40,8 Prozent der deutschen Bevölkerung von einer chronischen Krankheit betroffen. Dementsprechend sind Menschen ohne chronische Krankheit in der Studie mit 75 Prozent im Vergleich zur deutschen Bevölkerung mit 59,2 Prozent überrepräsentiert (RKI 2014). Dies erklärt sich möglicherweise durch die unterschiedliche Erhebungsmethode chronischer Krankheit. Während im GEDA chronische Krankheiten als lang andauernd und ständiger Verwiesenheit auf Behandlung und Kontrolle definiert werden, ist in dieser Studie lediglich ein Zeitfenster von mindestens sechsmonatiger Dauer angegeben.

Im Bereich Sozialstatus unterscheiden sich die Daten des HLS-GER unterschiedlich stark von der deutschen Bevölkerung. Bei Menschen mit hohem Sozialstatus zeigen sich kaum Unterschiede zur Vergleichsgruppe in Deutschland. 18,5 Prozent der Stichprobe und 20,1 Prozent der deutschen Bevölkerung haben einen hohen Sozialstatus. Etwas größere Unterschiede zeigen sich beim mittleren und niedrigen Sozialstatus. 68,6 Prozent der Studienteilnehmer und 59,9 Prozent der deutschen Bevölkerung haben einen mittleren Sozialstatus, während 12,9 Prozent der Studienteilnehmer und 19,8 Prozent der deutschen Bevölkerung über einen niedrigen Sozialstatus verfügen (Lampert et al. 2013). Personen mit mittlerem Sozialstatus sind demnach leicht überrepräsentiert und Personen mit niedrigem Sozialstatus leicht unterrepräsentiert.

6 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland

Im Folgenden werden die Ergebnisse des HLS-GER dargestellt, mit denen erstmals repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz in Deutschland vorgelegt werden. Dabei wird zunächst der Frage nachgegangen, wie sich das Gesundheitskompetenzniveau der Bevölkerung in Deutschland darstellt.

Von den insgesamt 2.000 Befragten des deutschen Health Literacy-Survey verfügen 7,3 Prozent über eine exzellente Gesundheitskompetenz. Damit hat nur jeder siebte von 100 Deutschen keine Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen (vgl. Abbildung 6-1). Deutlich größer ist der Anteil an Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz: 38,4 Prozent der Befragten verfügen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

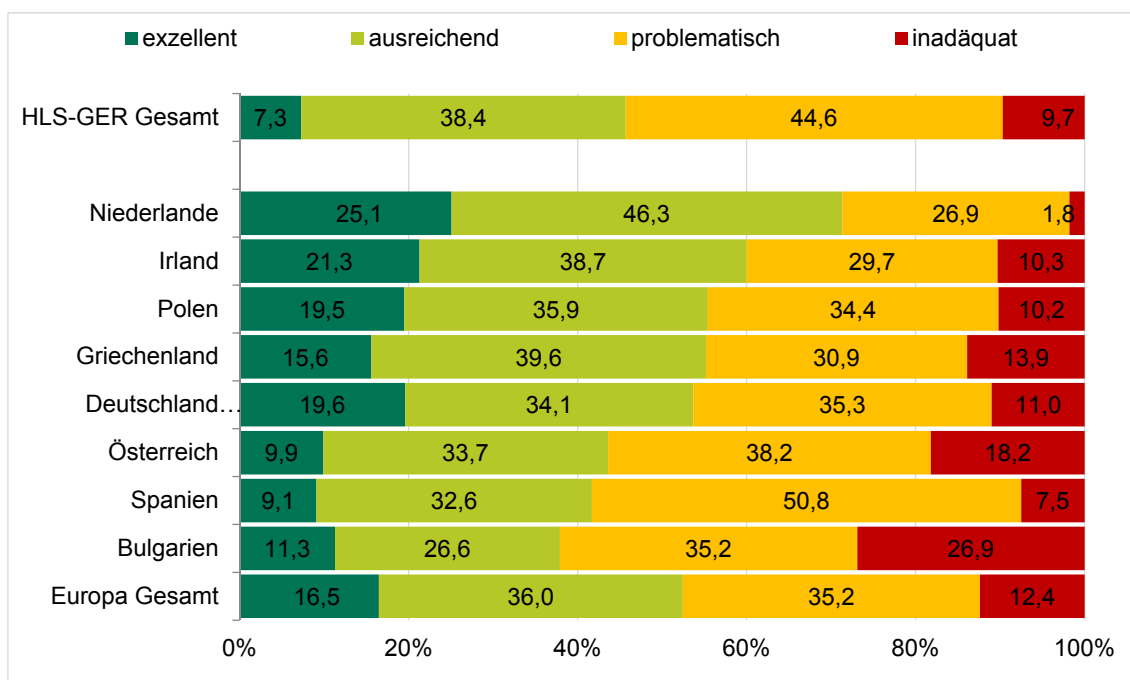


Abbildung 6-1: Health Literacy-Niveaus des Gesamtindex in der HLS-GER und der HLS-EU Stichprobe in Prozent

Insgesamt verfügen jedoch 54,3 Prozent¹² – also mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung – über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung sind dies etwa 40 Millionen Bürger. Von ihnen haben 44,6 Prozent eine problematische und weitere 9,7 Prozent eine inadäquate Gesundheitskompetenz, d.h. sie haben in allen drei erfragten Bereichen erhebliche Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, verstehen, beurteilen und nutzen.

Mit diesen Ergebnissen des HLS-GER kann an die Ergebnisse des HLS-EU angeknüpft werden, denn mit ihnen liegen nun erstmals repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor. Ein Vergleich mit den Befunden aus der europäischen Studie zeigt, dass Deutschland lediglich im Mittelfeld rangiert. In den Niederlanden, Irland und Polen ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung deutlich niedriger als in Deutschland. Auch im Vergleich mit den am HLS-EU beteiligten Ländern schneidet Deutschland nicht besonders gut ab. So ist der Anteil an problematischer Gesundheitskompetenz in Deutschland höher als im EU-Gesamtdurchschnitt und zugleich ist hier der niedrigste Anteil an exzellenter Gesundheitskompetenz zu finden. Mit 7,3 Prozent liegt er deutlich unter dem europäischen Gesamtdurchschnitt (16,5 Prozent) und rangiert hinter allen am HLS-EU beteiligten Ländern und ebenso hinter Nordrhein-Westfalen, das seinerzeit für Deutschland am HLS-EU teilgenommen hatte. Lediglich Österreich und Spanien verfügen über einen ähnlich geringen Anteil an Befragten, denen der Umgang mit Gesundheitsinformationen keine besonderen Schwierigkeiten bereitet. Bei einer Interpretation ist allerdings zu beachten, dass sich die Gesundheitssysteme der beteiligten Länder teilweise erheblich unterscheiden.

¹² Im Durchschnitt erreichen die Befragten der Gesamtstichprobe einen Health Literacy-Wert von 32,8 bei möglichen Werten von 0 bis 50 (Standardabweichung 6,2) (Tabelle A-1 Anhang). Dieser liegt im Vergleich zum europäischen Durchschnittswert etwas niedriger (33,8; SD=8,0). Die Befragten in dieser Studie haben demnach häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen als im europäischen Vergleich.

7 Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse differenziert nach Bevölkerungsgruppen betrachtet, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Bevölkerungsgruppen vor besondere Herausforderungen gestellt sind.

Eine solche Betrachtung fördert deutliche Unterschiede zutage und zeigt, dass die Gesundheitskompetenz in Deutschland sozial ungleich verteilt ist¹³. Besonders

- Menschen mit Migrationshintergrund,
- Menschen mit niedrigem Bildungsniveau,
- Menschen mit chronischer Krankheit,
- Menschen im höheren Lebensalter und
- Menschen mit niedrigem Sozialstatus

weisen ein niedrigeres Health Literacy-Niveau auf als die Allgemeinbevölkerung und können somit als vulnerable Gruppen bezeichnet werden. Sie verfügen oft nicht über die nötigen Ressourcen, um sich problemlos im Gesundheitssystem zu bewegen.

Im Detail zeigt sich, dass **Menschen mit Migrationshintergrund** besonders große Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben. Hier liegt der Anteil an inadäquater Gesundheitskompetenz bei 17,5 Prozent – bei Menschen ohne Migrationshintergrund sind es hingegen nur 9,0 Prozent. Auch der Anteil problematischer Gesundheitskompetenz ist bei Menschen mit Migrationshintergrund deutlich höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (53,0 vs. 43,8 Prozent). So fällt es beispielsweise 56,9 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund schwer zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind. Bei Menschen ohne Migrationshintergrund trifft dies dagegen auf 44,6 Prozent zu (vgl. Abbildung 7-1). Ursachen für den höheren Anteil limitierter Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund sind oftmals Sprachbarrieren und fehlende Kenntnisse über das Gesundheitssystem in Deutschland. Zudem ist zu vermuten, dass auch das Bildungsniveau eine Rolle spielt. Menschen mit Migrationshintergrund verfü-

¹³ Detailanalysen hierzu sind dem Exkurs zu entnehmen, der diesem Kapitel folgt.

gen häufig über einen niedrigeren Bildungsgrad und auch das beeinflusst den Umgang mit Gesundheitsinformationen (Borde 2009; Spallek/Razum 2008).

Interessant ist zugleich, dass mit 10,6 Prozent ein etwas größerer Anteil der Befragten mit Migrationshintergrund eine exzellente Health Literacy aufweist im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund (7,0 Prozent). Zu vermuten ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund mit vielen erfragten Situationen und Anforderungen, Bereichen Präventionen und Gesundheitsförderung, noch nicht konfrontiert wurden und diese daher anders und vermutlich einfacher einschätzen.

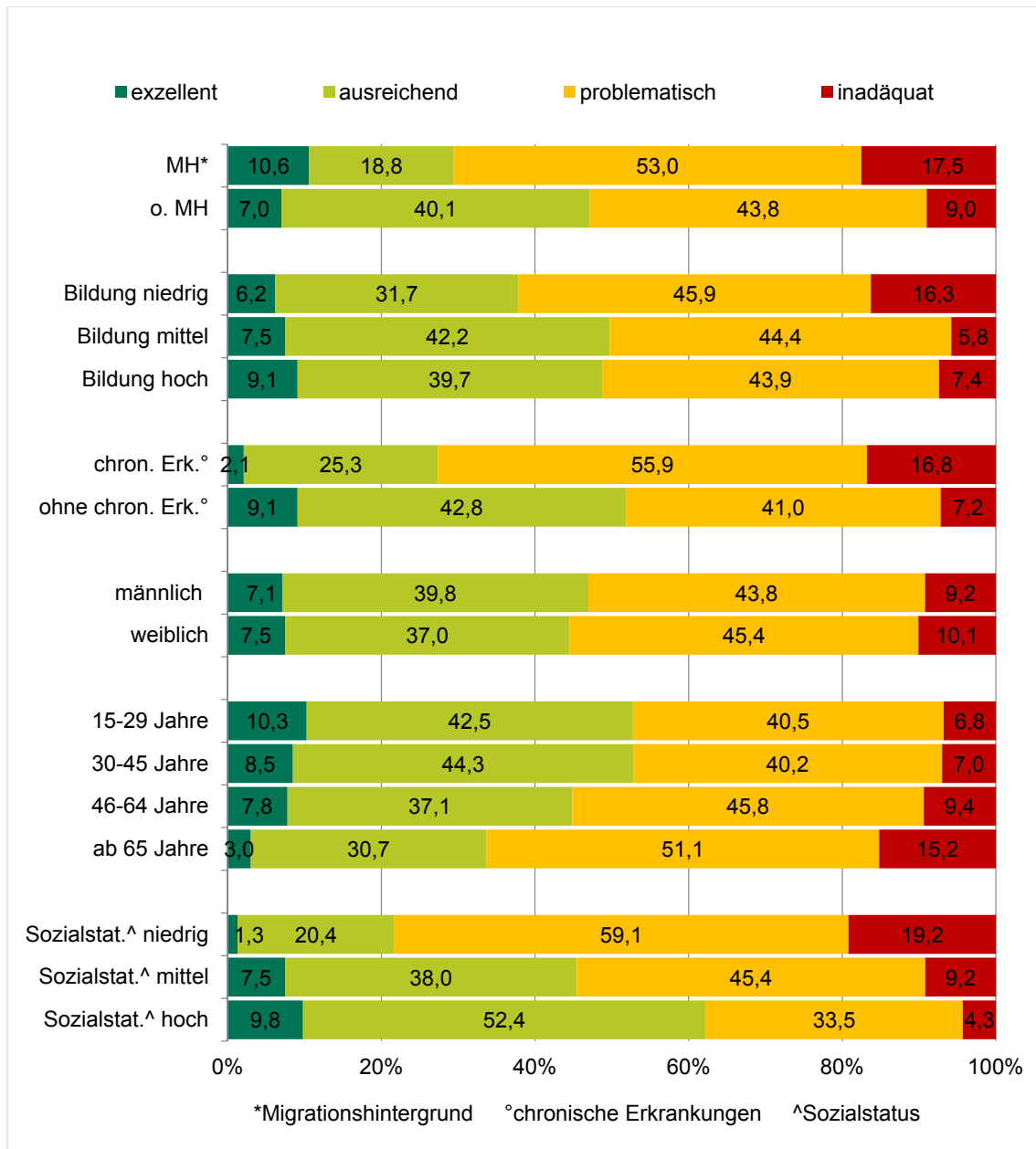


Abbildung 7-1: Health Literacy-Niveaus des Gesamtindex nach Subgruppen in Prozent

Auch Menschen mit niedrigem **Bildungsniveau** weisen häufig eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Beispielsweise ist es für mehr als die Hälfte (53,4 Prozent) der Menschen mit niedrigem Bildungsniveau schwer, sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in der Schule oder Gemeinde zu informieren. Werden alle 47 Fragen zur Gesundheitskompetenz zusammengenommen, verfügen 16,3 Prozent der Befragten mit niedrigem Bildungsniveau über ein inadäquates und weitere 45,9 Prozent über ein problematisches Health Literacy-Niveau. Bei den Befragten mit hohem oder mittlerem Bildungsniveau sind es hingegen deutlich weniger: Hier weisen

lediglich 7,4 bzw. 5,8 Prozent eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. Auch der Anteil problematischer Gesundheitskompetenz ist mit 43,9 bzw. 44,4 Prozent etwas niedriger (vgl. Abbildung 7-1). Die Daten deuten somit an, dass niedrige Bildung ein wichtiger Faktor für die Gesundheitskompetenz ist.

Auch Menschen mit **chronischer Krankheit** können als vulnerable Gruppe bezeichnet werden. Von ihnen verfügen 16,8 Prozent über eine inadäquate und weitere 55,9 Prozent über eine problematische Gesundheitskompetenz. Lediglich 2,1 Prozent der Befragten mit chronischer Krankheit, weist eine exzellente Gesundheitskompetenz auf und findet es ‚sehr einfach‘ sich relevante Gesundheitsinformationen zu verschaffen, zu verstehen und für die eigene gesundheitliche Situation zu nutzen (vgl. Abbildung 7-1). Gesundheitskompetenz ist für Menschen mit chronischer Krankheit besonders wichtig (Schaeffer 2017). Daher gilt es sie bei der Interventionsentwicklung besonders zu beachten.

Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach **Geschlecht** zeigen sich keine deutlichen Unterschiede. Der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt bei den männlichen Befragten bei 53,8 Prozent und bei den befragten Frauen mit 55 Prozent nur etwas höher. Vor dem Hintergrund zahlreicher gesundheitlicher Unterschiede zwischen Männern und Frauen überrascht dieses Ergebnis – steht jedoch in Einklang mit nationalen und internationalen Health Literacy-Studien (ex. HLS-EU Consortium 2012; Kutner et al. 2006).

Die Gruppe der **älteren Menschen ab 65 Jahren** zählt auch in Deutschland zu den vulnerablen Gruppen, die über einen hohen Anteil niedriger Gesundheitskompetenz verfügen. 15,2 Prozent der Befragten ab 65 Jahren weisen eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. Weitere 51,1 Prozent haben eine problematische Gesundheitskompetenz und sehen sich oftmals vor Probleme im Gesundheitssystem gestellt. Nur 3,0 Prozent der Befragten ab 65 Jahren weisen ein exzellentes Health Literacy-Niveau auf und finden es einfach, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, verstehen, beurteilen und zu nutzen (vgl. Abbildung 7-1). So haben beispielsweise 52,0 Prozent der älteren Befragten Schwierigkeiten, die Beipackzettel von Medikamenten zu verstehen. Dieses Ergebnis bedarf Beachtung, weil ältere Menschen aufgrund von (chronischen) Krankheiten und anderen Einschränkungen ihrer Gesundheit häufig auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen sind und eine niedrige Gesundheitskompetenz meist auch mit geringeren Ressourcen für das Selbstmanagement von Gesund-

heitseinbußen und auch chronischer Krankheit einhergeht (Berkman et al. 2011; Haslbeck 2017).

Auch bei Menschen mit niedrigem **Sozialstatus** ist mit 19,2 Prozent ein sehr hoher Anteil inadäquater Health Literacy zu finden. Bei Menschen mit mittlerem Sozialstatus sind dies 9,2 Prozent und bei Menschen mit hohem Sozialstatus lediglich 4,3 Prozent. Weitere 59,1 Prozent der Befragten mit niedrigem Sozialstatus haben eine problematische Gesundheitskompetenz. Bei Befragten mit mittlerem Sozialstatus betrifft dies 45,4 Prozent; und von Befragten mit hohem Sozialstatus haben 33,5 Prozent ein problematisches Health Literacy-Niveau (vgl. Abbildung 7-1). Beispielsweise ist es für 61,5 Prozent der Befragten mit niedrigem Sozialstatus schwer, Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen.

Exkurs – Sozio-demografische Determinanten und Gesundheitskompetenz

Die Ergebnisse weiterführender Analysen belegen einen sozialen Gradienten bei der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung Deutschlands.

So hängt den Ergebnissen multivariater logistischer Regressionen zufolge ein niedriger Sozialstatus, ein Migrationshintergrund und hohes Alter auch nach Kontrolle für andere sozio-demografische Faktoren mit niedriger Gesundheitskompetenz zusammen. Besonders bei Befragten mit niedrigem selbsteingeschätzten Sozialstatus ist die Chance einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz hoch (OR:5,25; 95% KI: 3,57-7,72). Auch ältere Menschen ab 65 Jahren haben eine erhöhte Chance, eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz im Vergleich zu jüngeren Menschen zu haben (OR:1,83; 95% KI: 1,36-2,48). Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist die Chance unabhängig von ihren (auf Deutsch gemessenen) funktionalen literalen Fähigkeiten 1,87 mal so hoch (95% KI: 1,27-2,75). Eine weitere Auswertung zeigt, dass die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung zudem einem deutlichen Altersgefälle unterliegt. Dabei zeigen die Ergebnisse multivariater, logistischer Regressionen, dass eine eingeschränkte Health Literacy in allen Altersgruppen mit niedrigem Sozialstatus zusammenhängt. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen eingeschränkter Gesundheitskompetenz bei Befragten mittleren Alters mit Migrationshintergrund.

Ein wichtiger Faktor für die Gesundheitskompetenz scheint neben sozio-demografischen Aspekten die Literalität zu sein. Denn 70 Prozent der Befragten mit eingeschränkter funktionaler Literalität haben eine geringe Gesundheitskompetenz. Auch unabhängig vom formalen Bildungsstand und anderen sozio-demografischen Faktoren hat Literalität einen Effekt auf die Gesundheitskompetenz. Wie die multivariate, logistische Regression belegt, haben Menschen mit geringen literalen Fähigkeiten eine etwa zweimal so hohe Chance, eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu haben, wie Befragte mit ausreichender funktionaler Literalität, wobei die Ergebnisse in verschiedenen Altersgruppen leicht variieren.

Detaillierte Ergebnisse und Überlegungen können den Originalpublikationen entnommen werden:

Schaeffer, D./Berens, E.-M./ Vogt, D. (2017): Health literacy in the German population—results of a representative survey. Deutsches Ärzteblatt International 2017; 114: 53-60.

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

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass niedrige Gesundheitskompetenz auch in Deutschland ein Public Health Problem darstellt, denn mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und hat erhebliche Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. Zugleich verfügen ältere Menschen, Menschen mit niedrigem Sozialstatus, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und Menschen mit (mehreren) lang andauernden Erkrankungen über einen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höheren Anteil an niedriger Gesundheitskompetenz und können daher als vulnerable Gruppen bezeichnet werden. Sie bestätigen damit Studienergebnisse aus den USA und Kanada wie auch des HLS-EU (ex. HLS-EU Consortium 2012; Nielsen-Bohlman et al. 2004).

Zugleich zeigen sich zwischen den Ergebnissen des HLS-EU und der deutschen Studie, dem HLS-GER, deutliche Unterschiede: Der Anteil an eingeschränkter Gesundheitskompetenz ist bei Menschen mit chronischer Krankheit in Deutschland höher als in Europa. Ähnliches gilt für Menschen mit niedrigem Sozialstatus. Während in der EU-Studie 75 Prozent der Befragten mit sehr geringem Sozialstatus und 60 Prozent der Befragten mit geringem Sozialstatus eine problematische oder inadäquate Health Literacy aufwiesen (HLS-EU Consortium 2012), sind es im HLS-GER 78,3 Prozent der Befragten mit niedrigem Sozialstatus. Im Vergleich zur EU-Studie liegt auch der Anteil inadäquater und problematischer Health Literacy bei älteren Menschen in Deutschland höher, denn im EU-Durchschnitt wiesen 58 Prozent der 66-bis 75-Jährigen eine eingeschränkte Health Literacy auf. Im HLS-GER sind es sogar 66,3 Prozent der Befragten über 65 Jahren¹⁴.

Dies unterstreicht den in Deutschland bestehenden Handlungsbedarf. Die Bevölkerung hier in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, stellt eine zukünftig wichtige Public Health Aufgabe dar, die verhaltens- wie auch verhältnisorientierte Ansätze und Strategien erfordert. Dass bestimmte, hier als vulnerabel bezeichnete, Gruppen dabei besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, sollte deutlich geworden sein. Denn soziodemografische Faktoren, wie ein höheres Lebensalter, niedrige Bildung, Migrationshintergrund und niedriger Sozialstatus sind zugleich mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz assoziiert und bedürfen auch bei der Interventionsentwicklung der Beachtung.

¹⁴ Dass besonders häufig Menschen mit Migrationshintergrund über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen, belegt zudem die HLS-NRW Studie. Danach haben Jugendliche und ältere Menschen mit Migrationshintergrund ein niedrigeres Health Literacy-Niveau als ältere und jüngere Menschen ohne Migrationshintergrund (Quenzel/Schaeffer 2016).

8 Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung

Im nächsten Abschnitt werden die einzelnen Health Literacy Subbereiche näher in den Blick genommen. Sie geben Auskunft darüber, welche Anforderungen für die deutsche Bevölkerung einfach zu bewältigen sind oder aber Schwierigkeiten aufwerfen. Dabei wird zwischen Krankheitsbewältigung/-versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung differenziert.

8.1 Allgemeinbevölkerung

Eine erste Betrachtung der Ergebnisse für die Allgemeinbevölkerung weist auf deutliche Unterschiede zwischen den genannten drei Subbereichen hin. Im Vergleich der drei Bereiche ist es für die Bevölkerung in Deutschland am einfachsten, Informationen aus dem Bereich Krankheitsbewältigung/-versorgung zu verarbeiten (vgl. Abbildung 8-1).

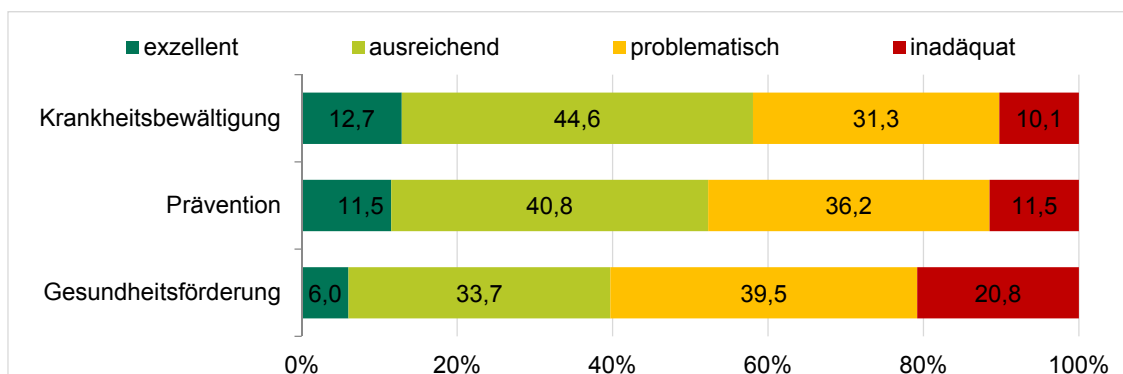


Abbildung 8-1: Health Literacy-Niveaus nach Bereichen in Prozent

Mit 12,7 Prozent ist im Bereich **Krankheitsbewältigung/-versorgung** der höchste Anteil exzellenter Gesundheitskompetenz zu finden. Beispielsweise ist es für 94,6 Prozent der Befragten sehr einfach oder ziemlich einfach, im Notfall einen Krankenwagen zu rufen (vgl. Abbildung 8-2). Auch den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen, stellt keine Aufgabe dar, die die Befragten überfordert oder in eine schwierige Situation bringt.

Im Gegensatz dazu ist es für knapp die Hälfte der Deutschen sehr oder ziemlich schwierig zu beurteilen, ob Gesundheitsinformationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind. Auch Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen, wird als nicht einfach empfunden. Insgesamt beträgt der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/-versorgung 42,0 Prozent. Gleichwohl ist der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz in diesem Bereich geringer als in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung.

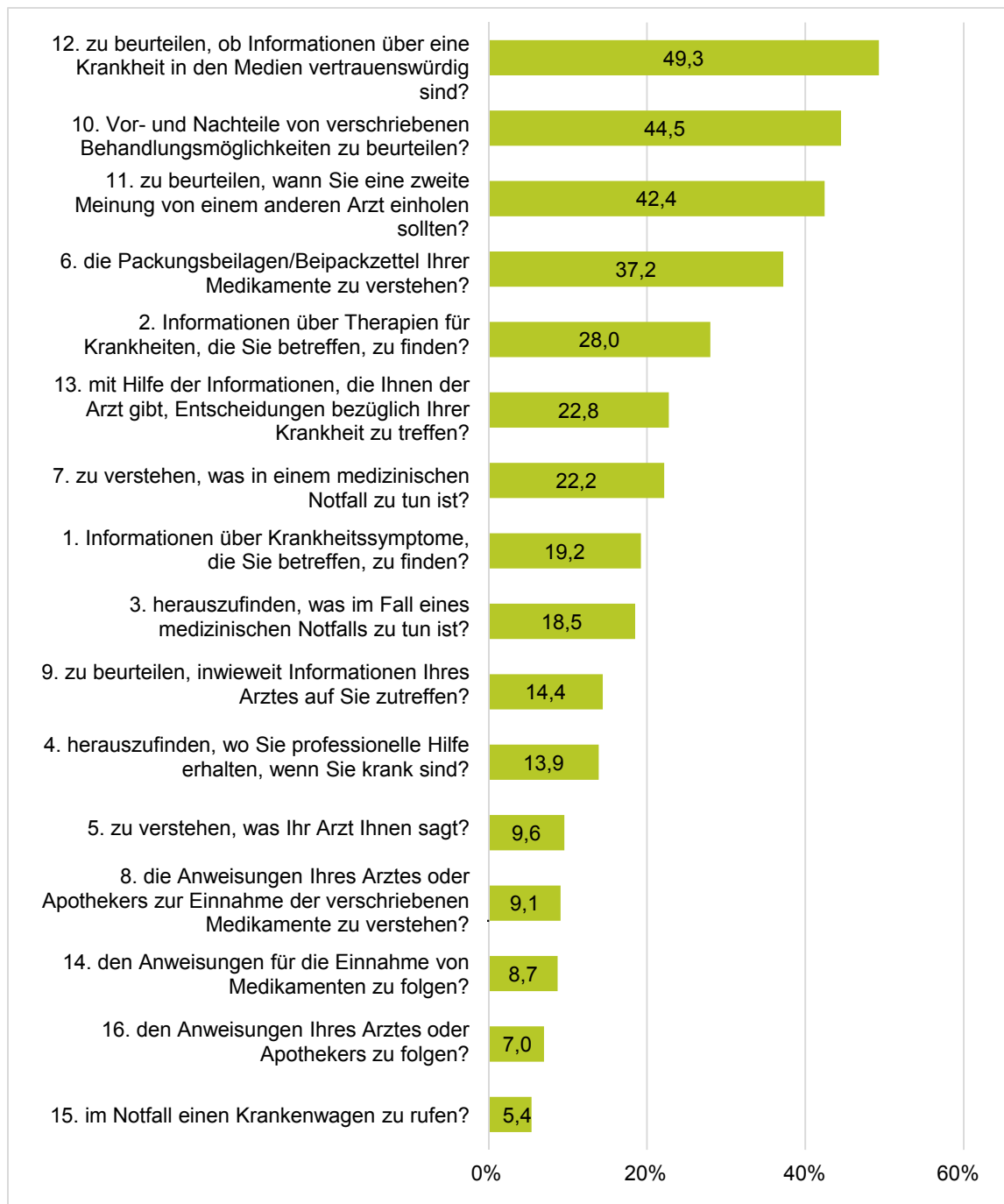


Abbildung 8-2: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Krankheitsbewältigung, Anteil ‚sehr schwierig‘ und ‚ziemlich schwierig‘ in Prozent

Im Bereich **Prävention** hat knapp die Hälfte der Befragten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 8-1).



Abbildung 8-3: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Prävention, Anteil ‚sehr schwierig‘ und ‚ziemlich schwierig‘ in Prozent

Beispielsweise bereitet es fast 46 Prozent der Befragten Schwierigkeiten, Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden. Dies ist vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl psychischer Erkrankungen ein beachtenswertes Ergebnis, das der Diskussion bedarf. Auch die Beurteilung, welche Impfungen eventuell gebraucht werden, fällt einem Drittel der Befragten schwer (vgl. Abbildung 8-3). Der Anteil an Befragten, denen es keine oder kaum Schwierigkeiten bereitet, mit präventionsbezogenen Gesundheitsinformationen umzugehen, ist mit 11,5 Prozent eher gering.

Während sich die Health Literacy Subbereiche Krankheitsbewältigung und Prävention nur gering voneinander unterscheiden, lassen sich im dritten Subbereich größere Unterschiede erkennen. Knapp 60 Prozent der Befragten verfügen lediglich über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz im Bereich **Gesundheitsförderung**, der sich auf den Umgang mit Informationen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit bezieht (vgl. Abbildung 8-1). Beispielsweise ist es für die Befragten besonders schwierig, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Dies bewerten 57,3 Prozent der Befragten als ‚schwierig‘ oder ‚sehr schwierig‘. Auch sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern, empfinden 4 von 10 Befragten als schwierig (vgl. Abbildung 8-4). Auffällig ist, dass besonders solche Aufgaben und Informationen schwerer einzuschätzen sind, die über die individuelle Ebene hinausgehen und beispielsweise politische Entscheidungen betreffen.

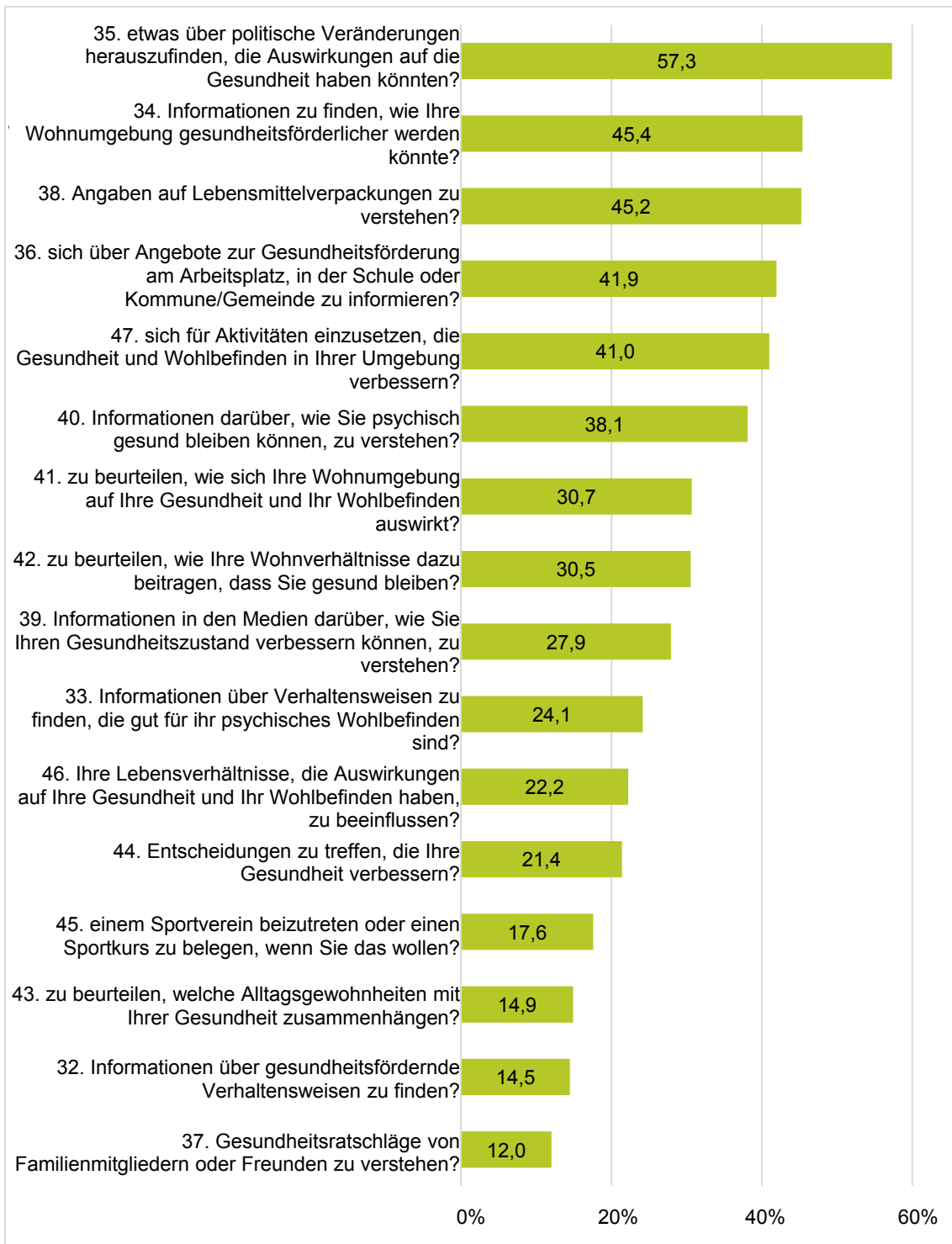


Abbildung 8-4: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Gesundheitsförderung, Anteil ‚sehr schwierig‘ und ‚ziemlich schwierig‘ in Prozent

Die Ergebnisse zu den einzelnen Subbereichen bestätigen vorliegende Erkenntnisse aus dem HLS-EU. Auch in den am HLS-EU beteiligten Ländern ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung am höchsten (HLS-EU Consortium 2012). Zugleich zeigt ein Vergleich, dass der Anteil exzellenter Health Literacy im Bereich Krankheitsbewältigung/-versorgung in Deutschland niedri-

ger ist als in den anderen Ländern. Außer Österreich und Spanien haben die am HLS-EU beteiligten Länder einen höheren Anteil an Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz. Der Anteil problematischer und inadäquater Health Literacy ist dagegen in Deutschland in allen drei Subbereichen geringer als im HLS-EU (ebd.). Deutschland ordnet sich somit auch differenziert nach den Subbereichen im Vergleich mit Europa im unteren Drittel ein.

8.2 Bevölkerungsgruppen

Wenn die Ergebnisse differenziert nach Bevölkerungsgruppen betrachtet werden, zeigen sich ebenfalls Unterschiede zwischen den erfragten Subbereichen.

Im Bereich **Krankheitsbewältigung/-versorgung** fällt auf, dass sich besonders Menschen mit niedrigem Sozialstatus, mit chronischer Krankheit und die Gruppe der älteren Menschen vor Schwierigkeiten gestellt sehen mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. Doch machen gerade sie in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung einen Großteil der Patienten aus und sind daher besonders auf Gesundheitskompetenz angewiesen (vgl. Abbildung 8-5).

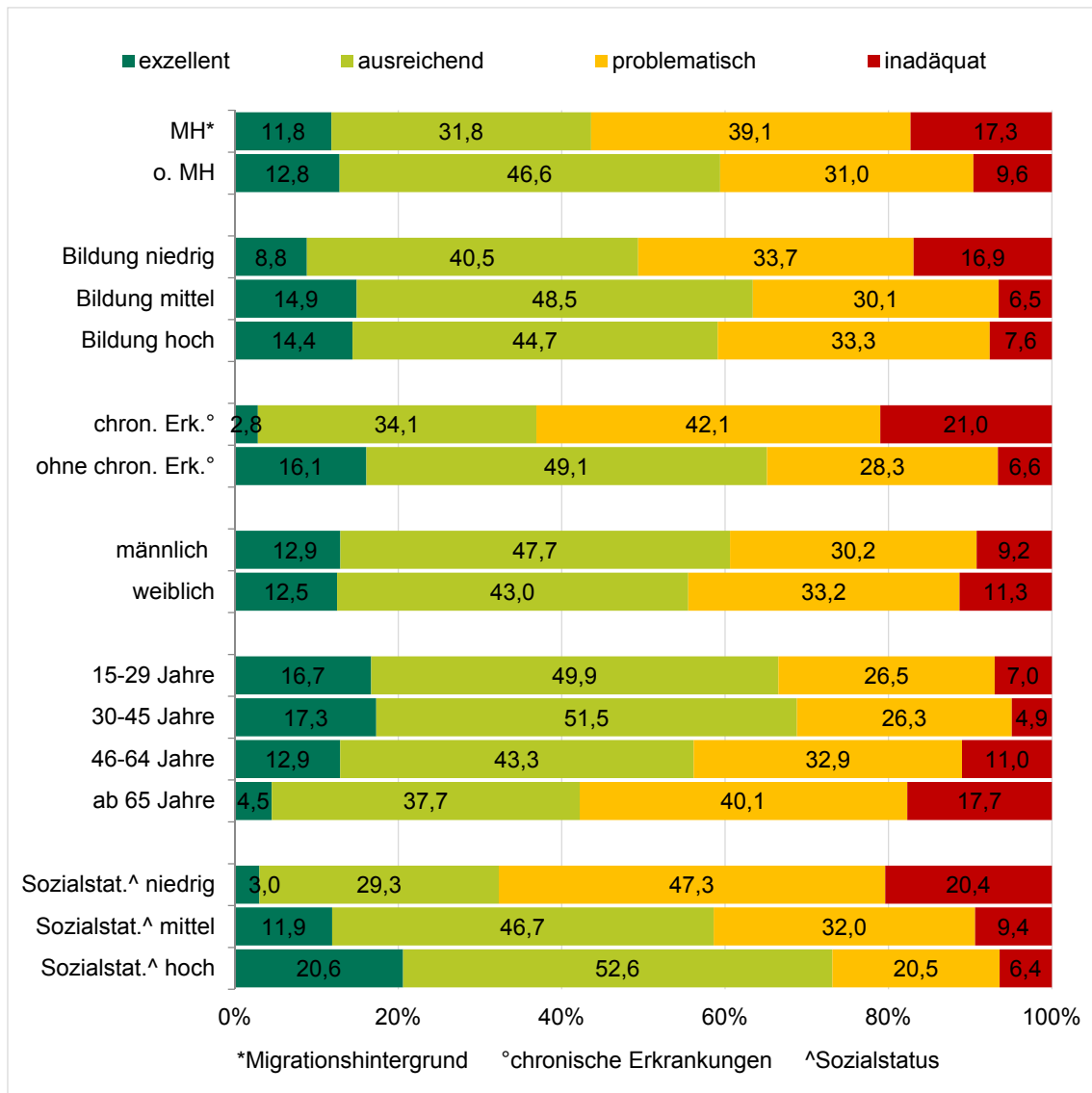


Abbildung 8-5: Health Literacy-Niveaus im Bereich Krankheitsbewältigung nach Subgruppen in Prozent

Im Bereich **Prävention** weisen Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus, Ältere und chronisch Kranke eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf (vgl. Abbildung 8-6). Die Unterschiede zwischen diesen Gruppen sind hier allerdings geringer als im Bereich Krankheitsbewältigung/-versorgung.

Auffällig ist, dass im Bereich Prävention kaum Unterschiede im Anteil inadäquater Health Literacy zwischen Menschen mit (12,7 Prozent) und ohne chronischer Krankheit (12,7 Prozent) sowie zwischen den Altersgruppen (10,7 bis 12,4 Prozent) erkennbar sind, während im Bereich Krankheitsbewältigung noch deutliche Unterschiede zu verzeichnen sind. Menschen, die häufig mit Anforderungen der Krankheitsbewältigung/-versorgung konfrontiert sind, wie Ältere und chronisch Kranke, schätzen diese vermutlich schwieriger ein als diejenigen, die seltener solchen Aufgaben ausgesetzt sind.

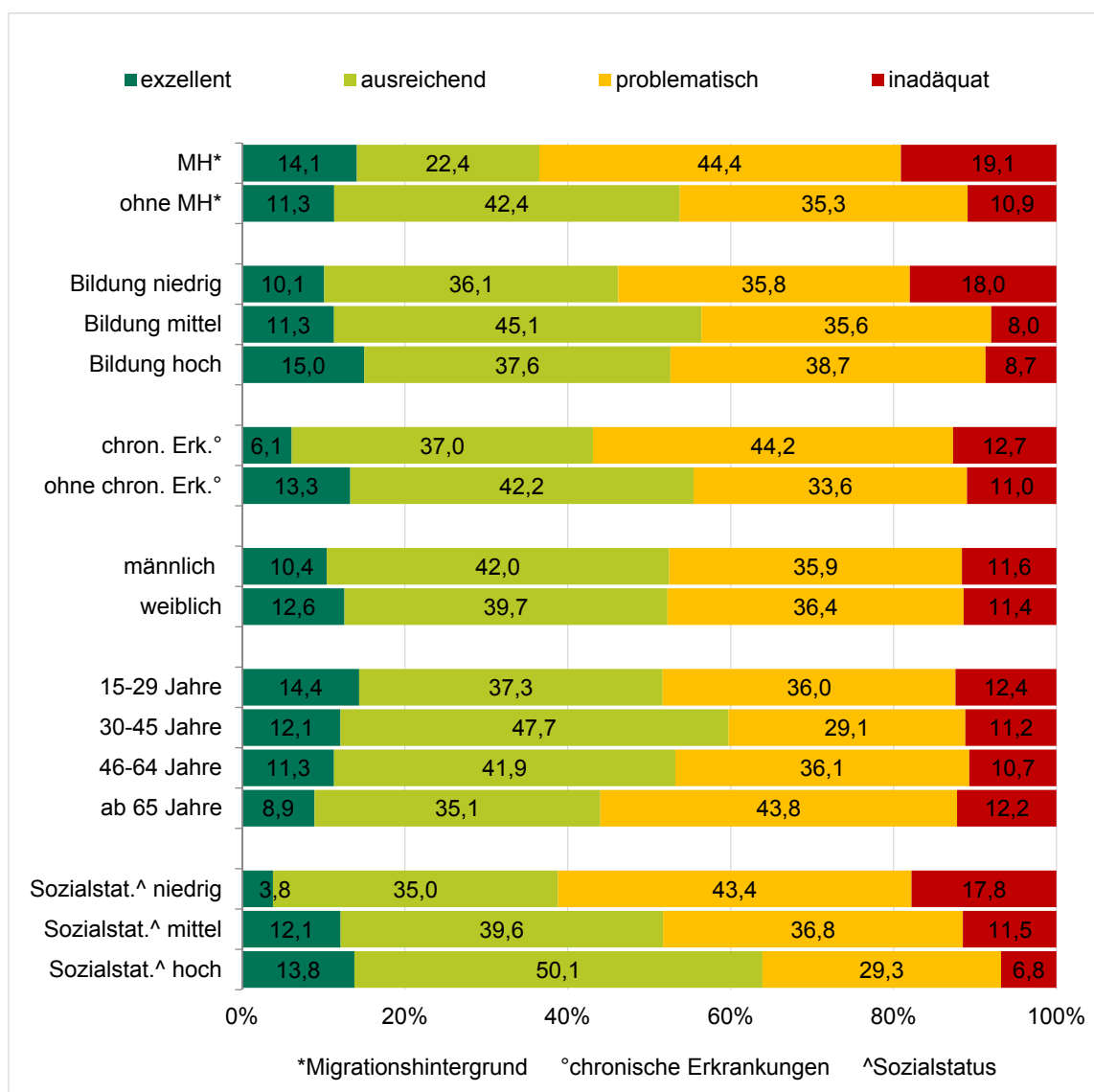


Abbildung 8-6: Health Literacy-Niveaus im Bereich Prävention nach Subgruppen in Prozent

Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention besonders hoch. Dies lässt sich vermutlich durch kulturelle Unterschiede im Umgang mit Gesundheit und Krankheit erklären, denn Prävention wird oft geringere Relevanz beigemessen (Berens et al. 2016b) und Präventionsangebote seltener in Anspruch genommen (Spallek et al. 2010).

Im Bereich **Gesundheitsförderung** sind auch differenziert nach Bevölkerungsgruppen betrachtet die höchsten Anteile eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu finden. Der Anteil inadäquater Gesundheitskompetenz liegt hier analog zur Gesamtstichprobe deutlich höher als in den Bereichen Krankheitsbewältigung/-versorgung und Prävention (vgl. Abbildung 8-7). Besonders hoch ist der Anteil inadäquater Health Literacy bei Be-

fragten mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund, chronisch Kranken und älteren Menschen.

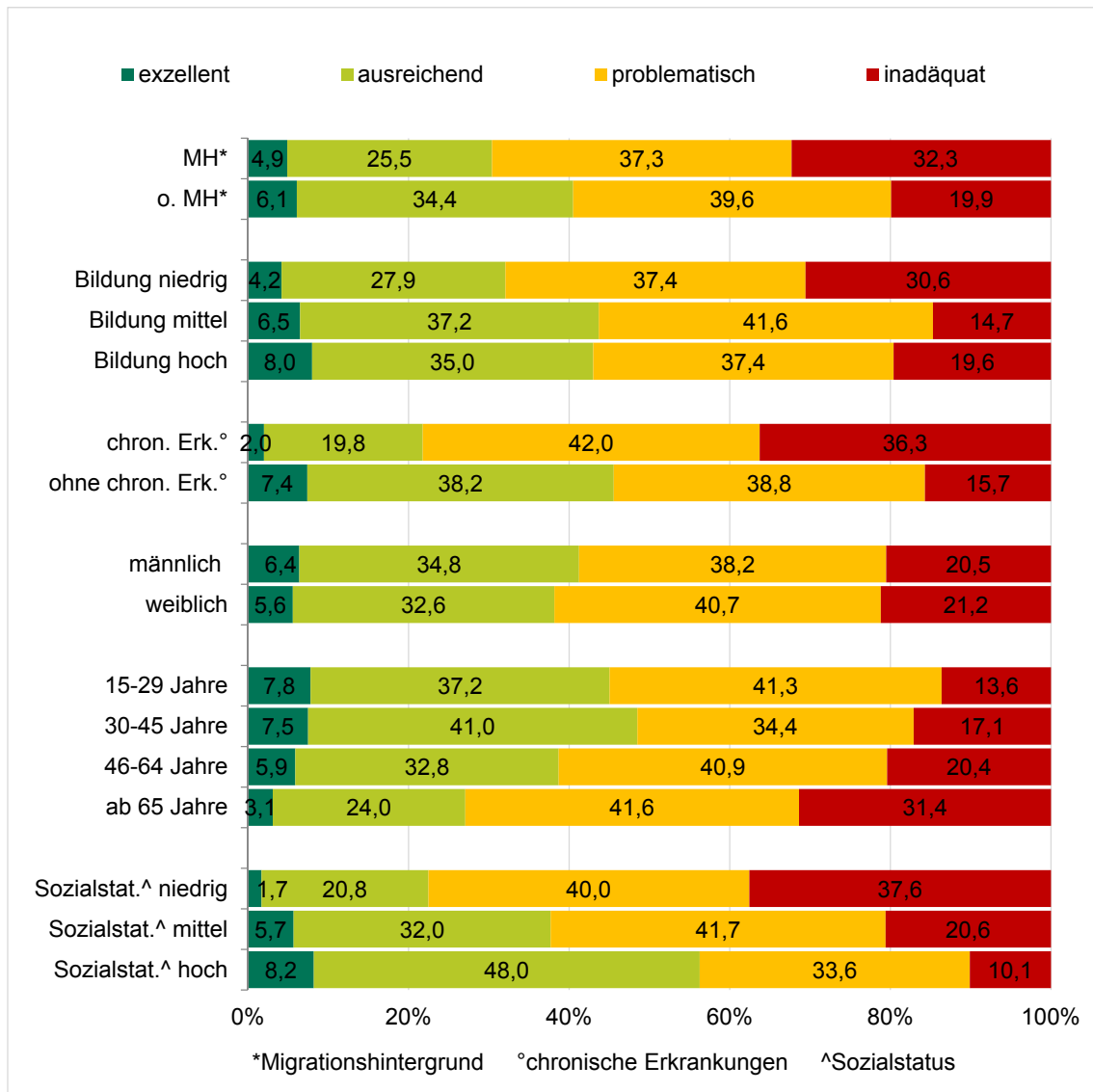


Abbildung 8-7: Health Literacy-Niveaus im Bereich Gesundheitsförderung nach Subgruppen in Prozent

Der Umgang mit gesundheitsrelevanter Information wird im Bereich Gesundheitsförderung sowohl von der Allgemeinbevölkerung wie auch von den vulnerablen Gruppen am schwierigsten empfunden. Ähnlich die Ergebnisse des HLS-EU. Auch dort ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung in allen beteiligten Ländern am höchsten (HLS-EU Consortium 2012).

9 Schritte der Informationsverarbeitung

Neben den Health Literacy-Subbereichen erlauben die Ergebnisse der vier Schritte der Informationsverarbeitung – gesundheitsrelevante Information suchen/finden, verstehen, beurteilen und verwenden – vertiefende Einblicke in die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Sie stehen im Folgenden im Fokus.

9.1 Allgemeinbevölkerung

Eher einfach fällt es den Befragten gesundheitsrelevante Informationen zu nutzen: In diesem Bereich haben 15,4 Prozent eine exzellente und weitere 46,5 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Lediglich 6,9 Prozent finden es ‚ziemlich schwierig‘ oder ‚sehr schwierig‘ Gesundheitsinformationen zu nutzen – zum Beispiel, um den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen.

Etwas schwieriger ist es für die Befragten, Informationen zu verstehen. Mehr als 40 Prozent der Deutschen verfügt in diesem Bereich über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz.

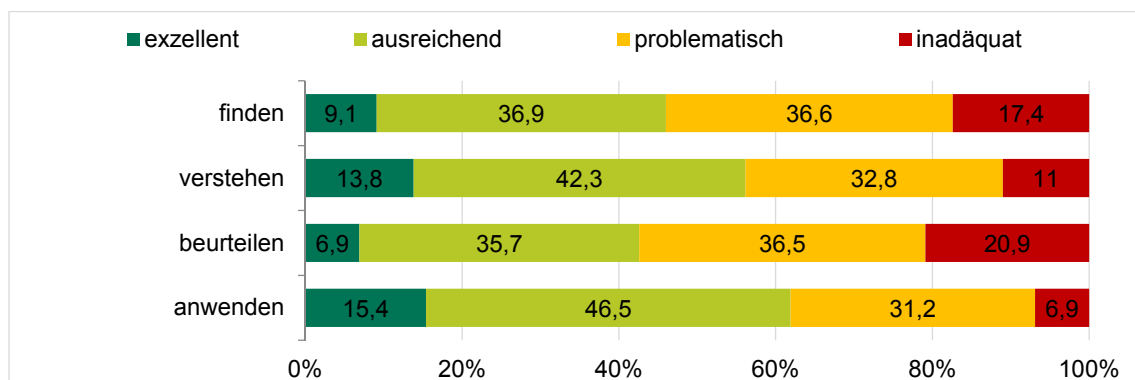


Abbildung 9-1: Health Literacy-Niveaus nach Dimensionen der Informationsverarbeitung in Prozent

Die Schritte, Gesundheitsinformationen zu finden und zu beurteilen, stellen die Befragten vor besondere Herausforderungen. Für mehr als ein Fünftel der Befragten ist es ‚sehr schwierig‘ gesundheitsrelevante Informationen zu beurteilen. Dazu zählt beispielsweise zu beurteilen, wann eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einzuholen ist oder ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind. Weitere 36,5 Prozent der Befragten haben hier eine problematische Gesundheitskompetenz. Zusammengenommen haben 57,4 Prozent der Befragten erhebliche Schwierigkeiten.

rigkeiten damit, gesundheitsrelevante Informationen einzuschätzen und zu beurteilen (vgl. Abbildung 9-1).

Ähnlich hoch ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz, wenn es darum geht, Informationen zu suchen. 54,0 Prozent fällt es schwer, sich gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen (vgl. Abbildung 9-1). Dies betrifft beispielweise Informationen über Krankheiten und Therapiemöglichkeiten.

Dies Ergebnis überrascht wenig, da die Vielzahl und Verfügbarkeit an Gesundheitsinformationen in unterschiedlichen Medien in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Die ‚Flut‘ an Informationen und Medien überfordert die Nutzer offenbar und erschwert ihnen, relevante Gesundheitsinformationen zu suchen bzw. zu identifizieren. Interventionen sollten daher künftig verstärkt darauf zielen, Nutzer in ihrer Kompetenz zu stärken, Gesundheitsinformationen ausfindig zu machen und einschätzen zu können, ob es sich um relevante und qualitativ hochwertige Informationen handelt, die für die eigene gesundheitliche Entscheidungsfindung genutzt werden kann.

Vergleichsdaten zu einzelnen Schritten der Informationsverarbeitung liegen aus dem HLS-EU nicht vor. Eine vertiefende Auswertung und Bildung der entsprechenden Dimensionen wurde lediglich in der vorliegenden Studie vorgenommen. Jedoch kommt eine dänische Health Literacy-Studie zu ähnlichen Ergebnissen. Auch für die dänische Bevölkerung ist die Beurteilung von Gesundheitsinformationen am schwierigsten (van der Heide et al. 2013).

9.2 Bevölkerungsgruppen

Eine Betrachtung der Schritte der Informationsverarbeitung in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zeigt, dass es besonders Menschen mit niedrigem Sozialstatus schwer fällt, **Gesundheitsinformationen zu suchen** bzw. sich diese zugänglich zu machen. Auch bei Menschen mit chronischer Krankheit ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz hier besonders hoch: Für mehr als 70 Prozent von ihnen ist es ziemlich oder sehr schwierig, relevante Gesundheitsinformationen zu finden (vgl. Abbildung 9-2).

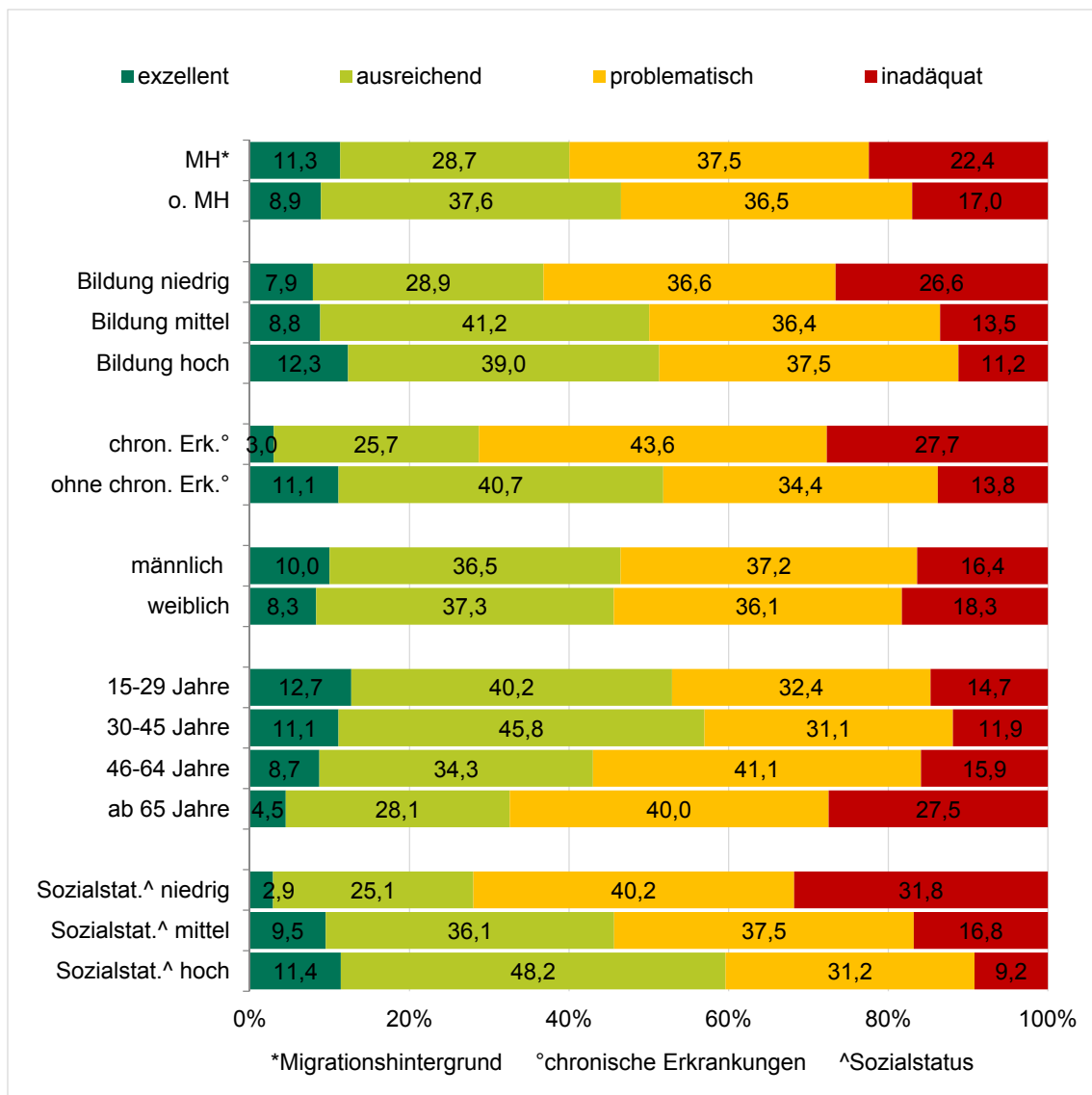


Abbildung 9-2: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Suchen von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent

Im Vergleich dazu wird der Schritt ‚**Informationen verstehen**‘ von den einzelnen Bevölkerungsgruppen als weniger schwierig eingeschätzt. Hier sind die Anteile eingeschränkter Gesundheitskompetenz deutlich niedriger. Zu beachten ist jedoch, dass jüngere Menschen es als einfacher beurteilen, Informationen zu verstehen als ältere Menschen (vgl. Abbildung 9-3).

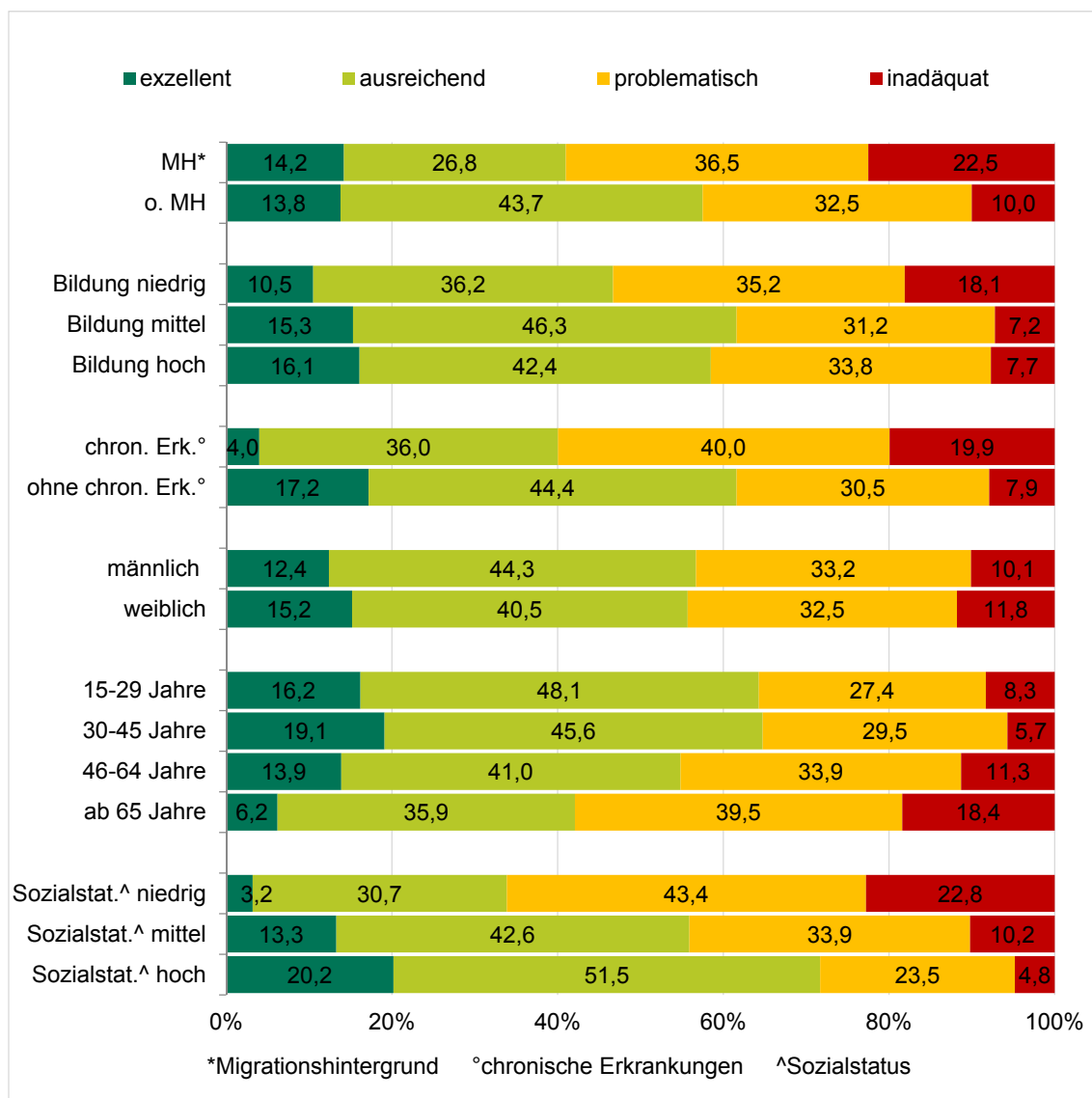


Abbildung 9-3: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Verstehen von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent

Die **Beurteilung und Einschätzung von Informationen** stellt die genannten vulnerablen Bevölkerungsgruppen vor Probleme. Besonders Menschen mit Migrationshintergrund fehlt es an notwendigen Kompetenzen, um gesundheitsbezogene Informationen einzuschätzen und zu beurteilen. 33,1 Prozent von ihnen haben hier ein inadäquates Health Literacy-Niveau. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei den Menschen mit niedrigem Sozialstatus und Menschen mit chronischer Krankheit: Lediglich 2,7 Prozent der chronisch Erkrankten und nur 1,8 Prozent der Menschen mit niedrigem Sozialstatus verfügen über exzellente Fähigkeiten bei der Beurteilung von Informationen (vgl. Abbildung 9-4).

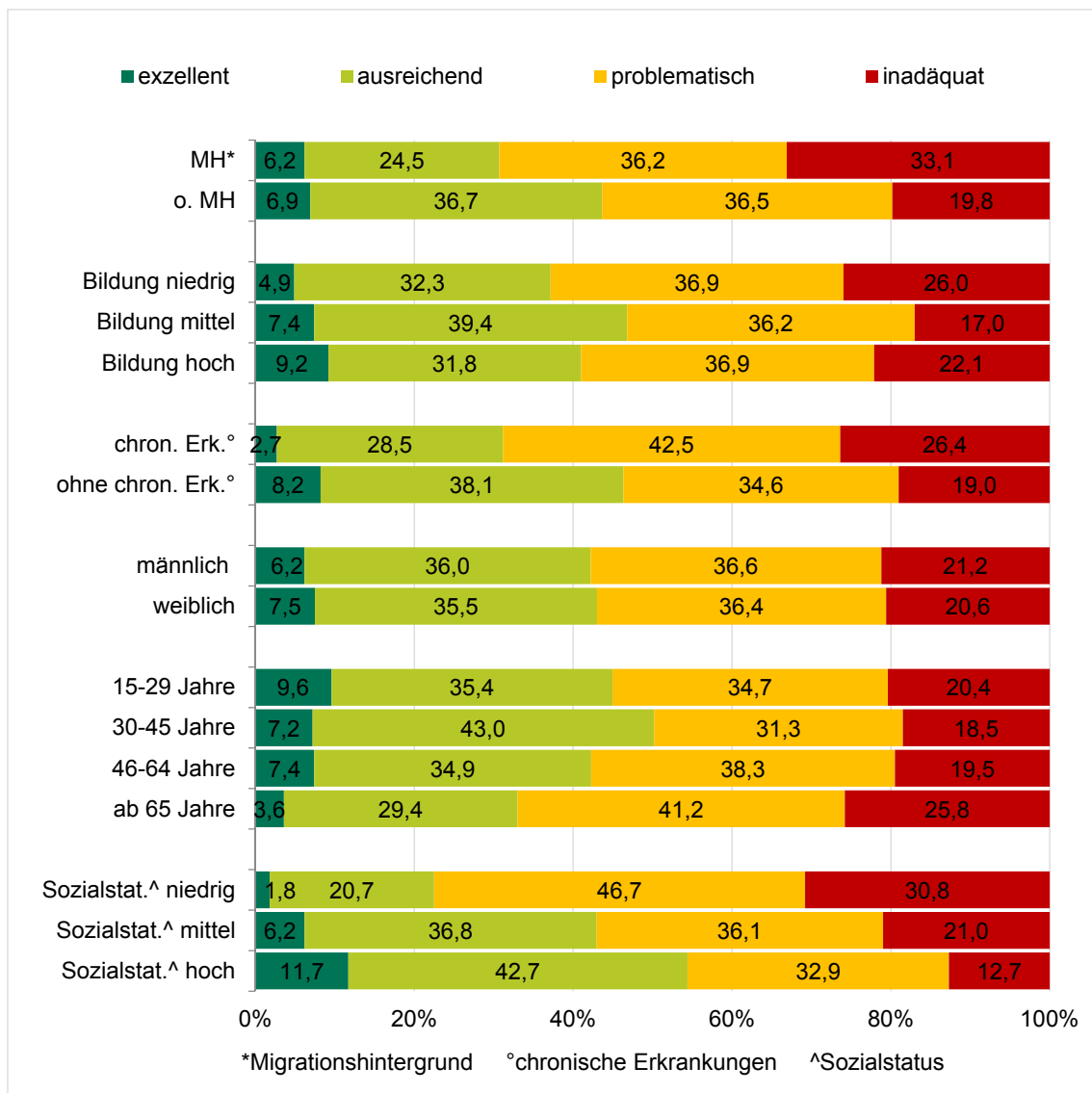


Abbildung 9-4: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Beurteilen von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent

Im Gegensatz dazu wird die **Verwendung von gesundheitsbezogenen Informationen** von allen Subgruppen am einfachsten empfunden, wobei auch hier die soeben genannten Bevölkerungsgruppen die meisten Schwierigkeiten haben. So verfügen beispielsweise 10,6 Prozent der Befragten mit niedrigem Bildungsniveau über unzureichende Fähigkeiten gesundheitsbezogene Informationen zu verwenden. Informationen zu finden und zu beurteilen, stellt Menschen mit niedrigem Bildungsniveau vor größere Herausforderungen (vgl. Abbildung 9-5).

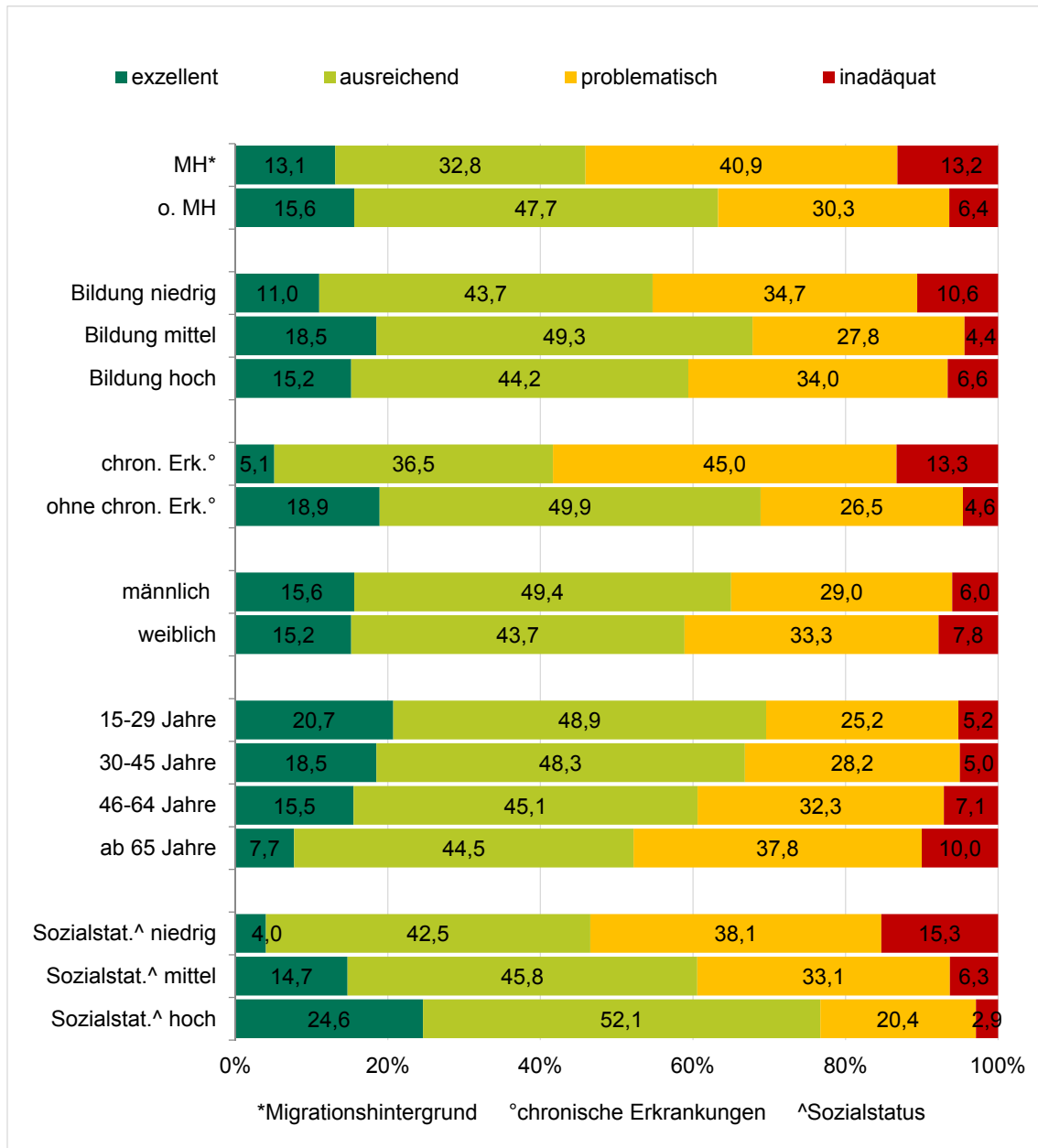


Abbildung 9-5: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Verwendung von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent

Zusammenfassend zeigt sich auch differenziert nach Bevölkerungsgruppen, dass die Suche und Beurteilung von Gesundheitsinformationen am schwersten fällt und in diesen Bereichen Unterstützung bei dem Umgang mit Information und Wissen wünschenswert ist.

10 Informationsverhalten

Neben den Daten zur Gesundheitskompetenz wurden in der HLS-GER Studie auch Angaben über das Informationsverhalten, den Informationsbedarf, den Umgang und die Erfahrungen der Befragten mit Informationen erhoben. Eine Betrachtung dieser Themen ist besonders wichtig, zeigen die Daten der vorangegangenen Kapitel doch, wie schwierig es für die Befragten ist, Informationen zu suchen und zu beurteilen.

10.1 Informationsquellen

Zunächst zu der Frage, wer für die Befragten die erste **Anlaufstelle** darstellt, wenn **gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen** gesucht werden. Nach wie vor ist der Hausarzt die erste Anlaufinstanz. 80 Prozent der Befragten geben an, sich bei Bedarf an Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten an ihren Hausarzt zu wenden (vgl. Abbildung 10-1).

Der Facharzt wird nach dem Hausarzt mit 37,1 Prozent als zweite wichtige Quelle für Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten genannt. Die Familie rangiert an dritter Position. Knapp 30 Prozent wenden sich beim Wunsch nach Informationen zunächst an die eigenen Angehörigen. Das Internet wird lediglich von rund 25 Prozent als Informationsquelle in Krankheitsfragen genutzt und steht an vierter Stelle. Dies bestätigt eine weitere Studie zur Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Auch bei älteren Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund sowie bildungsfernen Jugendlichen sind Hausärzte und Familie wichtige Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen (Quenzel/Schaeffer 2016; ebenso Baumann/Hastall 2014).

Werden speziell die Gruppen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz in den Blick genommen, zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch für sie ist der Hausarzt die wichtigste Informationsquelle: Knapp 84 Prozent wenden sich bei der Suche nach Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten an ihren Hausarzt. Bei Menschen mit ausreichender Gesundheitskompetenz sind es mit 77 Prozent etwas weniger. Zweithäufigste Informationsquelle ist in beiden Gruppen ebenfalls der Facharzt (vgl. Abbildung 10-1).

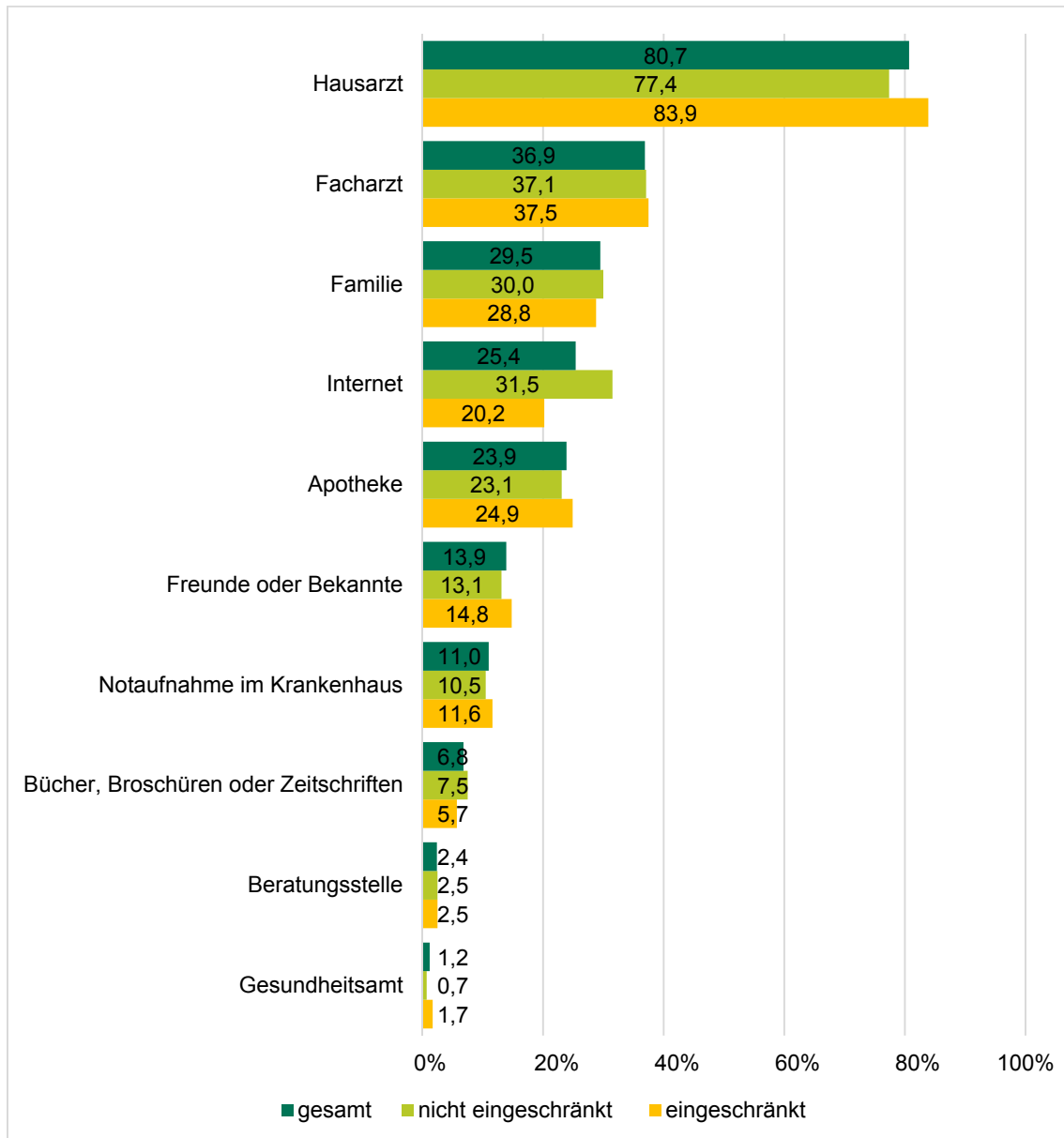


Abbildung 10-1: Anlaufstellen für Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent (Mehrfachantworten möglich)

Deutliche Unterschiede zeigen sich hingegen bei der Nutzung des Internets als Informationsquelle für körperliche Beschwerden und Krankheiten. Mehr als 30 Prozent der Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz nutzen das Internet als Informationsquelle (vgl. Abbildung 10-1). Lediglich jeder Fünfte der Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz sucht im Internet nach relevanten Informationen. Zu vermuten ist, dass es ihnen auch an ausreichender eHealth Literacy fehlt, um mit Online-Gesundheitsinformationen umgehen zu können. Angesichts der kontinuierlich zunehmenden Anzahl an Gesundheitsinformationen, die im Internet verfügbar sind, wird es

künftig bedeutsam sein, diesem Thema entschieden mehr Aufmerksamkeit zu widmen, zumal Daten zur eHealth Literacy der deutschen Bevölkerung bislang fehlen.

Die Ergebnisse des HLS-GER weisen zugleich auf einen anderen diskutierenswerten Aspekt. Ihnen zufolge rangieren Beratungsstellen am unteren Ende der Skala an Informationsquellen und werden lediglich von 2,5 Prozent der Befragten genutzt, um Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten zu bekommen (vgl. Abbildung 10-1). Dies ist erstaunlich, denn mit dem Ausbau an Beratungsstellen war u.a. intendiert, auch den Bedarf an unabhängiger Information über Gesundheits- und Krankheitsfragen oder aber über Struktur- und Qualitätsaspekte abzudecken. Ebenso sollten sie dazu dienen, unverständene Information oder Fehlinformation auszuräumen und bei individuell nicht lösbaren Problemen Unterstützung bei der Suche nach tragfähigen Lösungsansätzen zu leisten. Bis heute ist jedoch keine flächendeckende, integrierte Beratungslandschaft entstanden. Eher gegenteilig gehören auch hier Zersplitterung und Fragmentierung zu den Alltagserscheinungen. Dies mag erklären, warum – wie die Daten zeigen – die Beratungsstellen offenbar nicht so fest im Bewusstsein der Bevölkerung verankert sind, wie erhofft und intendiert.

Offenbar spielen Beratungsstellen erst dann eine Rolle, wenn die Versorgungsnutzung konfliktreich ist: So nehmen nach den HLS-GER Daten vor allem Menschen, denen schon einmal unberechtigt Untersuchungen und Behandlungen durch Ihren Hausarzt verweigert wurden, Beratungsstellen häufiger zur Gewinnung von Informationen zu Krankheiten in Anspruch (6,9 Prozent) als Befragte die über keine unberechtigte Verweigerung von Behandlung berichten (2,1 Prozent).

10.2 Verständlichkeit von gesundheitsrelevanten Informationen

Wie in Kapitel 9 dargestellt, ist die Suche und die Beurteilung für die Deutschen oftmals am schwierigsten, wenn sie Gesundheitsinformationen nutzen. Die Daten deuten jedoch auch an, dass mehr als 40 Prozent es ebenfalls als Herausforderung sehen, Informationen, die ihnen von Gesundheitsprofessionen vermittelt werden, zu verstehen. Interessant ist daher ein Blick auf das Verständnis von Gesundheitsinformationen bei verschiedenen Gesundheitsprofessionen/-instanzen und den durch sie erhaltenen Gesundheitsinformationen. Der unbestrittenen Position des Haus- und Facharztes als wichtigste Informationsquelle steht gegenüber, dass er auch dann an oberster Stelle rangiert, wenn die **Unverständlichkeit von erhaltenen Informationen** erfragt wird, gefolgt von den Krankenkassen (vgl. Abbildung 10-2).

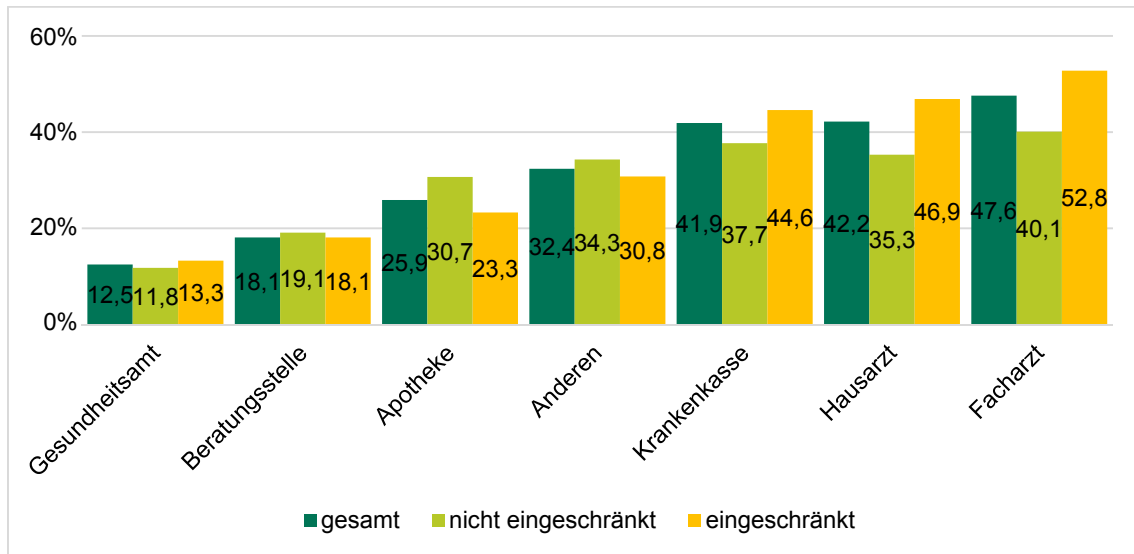


Abbildung 10-2: Anteil Befragter, die schon einmal Erklärungen verschiedener Gesundheitsprofessionen nicht richtig verstanden haben, gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Beratungsstellen und Gesundheitsämter rangieren erneut in allen Gruppen an niedrigster Stelle, wenn es darum geht, ob es in den letzten 12 Monaten vorgekommen ist, dass Erklärungen nicht richtig verstanden wurden (vgl. Abbildung 10-2).

Insgesamt ist der Anteil an Befragten, die Erklärungen ihres Haus- bzw. Facharztes schon einmal nicht verstanden haben, bedenklich hoch. 48 bzw. 42 Prozent der Deutschen hatten bereits einmal Schwierigkeiten, den Erklärungen ihres Fach- oder Hausarztes zu folgen. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt dieser Anteil noch höher. Fast 53 Prozent bzw. 47 Prozent der Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz konnten bereits einmal Erklärungen ihres Arztes nicht verstehen. Dabei rangieren Fachärzte hier vor den Hausärzten. Ihre Ausführungen werden häufiger nicht verstanden. Dieser Anteil ist bei Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz zwar niedriger, jedoch verstehen auch hier 35,2 Prozent Erklärungen ihres Hausarztes und 40,1 Prozent ihres Facharztes nicht (vgl. Abbildung 10-2).

Interessant ist, dass Apotheker und andere Gesundheitsprofessionen offenbar etwas besser in der Lage sind, Sachverhalte für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz zu erklären. Denn hier ist der Anteil von Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz, die Erklärungen als unverständlich empfinden, geringer.

Anders ist es bei der Frage nach **Fehl- oder Falschinformation**. Hier stehen andere Anlaufstellen an erster Position. 40 Prozent der Befragten haben sich schon einmal

von anderen (nicht näher bezeichneten) Anlaufstellen im Gesundheitssystem falsch informiert gefühlt. Dabei zeigen sich keine erheblichen Unterschiede zwischen Befragten mit eingeschränkter und ausreichender Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 10-3).

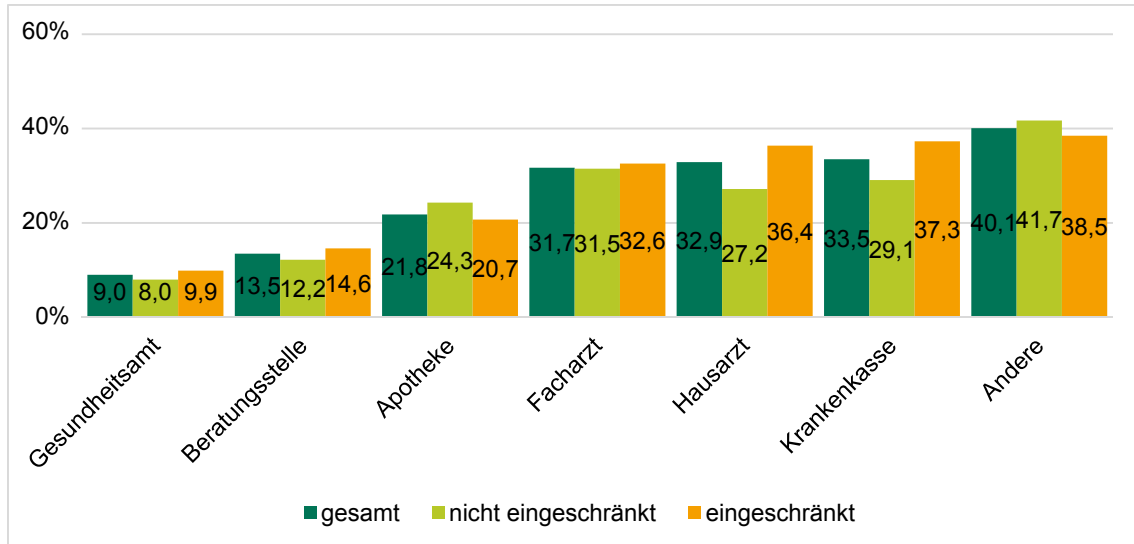


Abbildung 10-3: Anteil Befragter, die sich von verschiedenen Gesundheitsprofessionen schon einmal falsch informiert gefühlt haben, gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Haus- und Fachärzte rangieren hier ‚erst‘ an dritter und vierter Position. Aber dennoch haben sich 32,9 Prozent der Befragten schon einmal von Hausärzten falsch informiert gefühlt; bei Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz sind es 36,4 Prozent (vgl. Abbildung 10-3).

Anders sieht es bei der Anlaufstelle Apotheke aus – hier sind es mehr Befragte mit ausreichender Gesundheitskompetenz, die sich bereits einmal falsch informiert fühlten (24,3 Prozent). Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ist der Anteil mit 20,7 Prozent etwas geringer.

10.3 Informationsdefizite

Nachfolgend wird gefragt, über welche Themengebiete sich die deutsche Bevölkerung unzureichend informiert fühlt. Die Informationsdefizite werden dabei nicht nur für die gesamte Bevölkerung in den Blick genommen, sondern zudem differenziert nach Befragten mit eingeschränkter und nicht eingeschränkter Gesundheitskompetenz betrachtet (vgl. Abbildung 10-4).

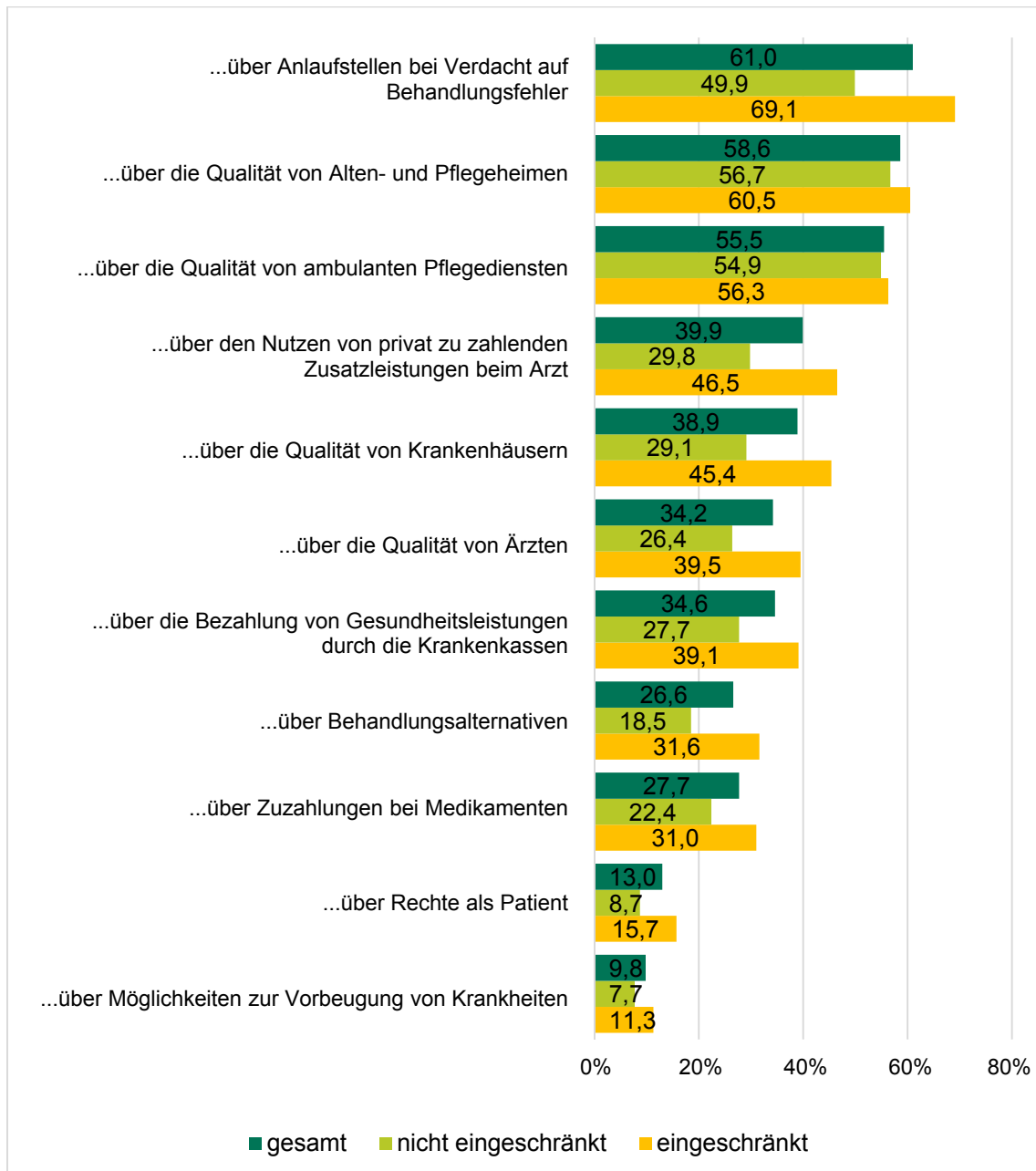


Abbildung 10-4: Anteil Befragter, die sich schlecht oder sehr schlecht informiert fühlen; gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Über das Thema *Behandlungsfehler* fühlt sich ein Großteil der deutschen Bevölkerung nicht gut informiert. Insgesamt 61 Prozent der Befragten sind nach eigenen Aussagen schlecht über Anlaufstellen bei Verdacht auf Behandlungsfehler informiert. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ist dieser Anteil noch höher: Knapp 70 Prozent weist hier Informationsdefizite auf. Bei Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz ist der Anteil mit 49,9 Prozent deutlich niedriger – obgleich auch hier festzustellen ist, dass sich somit jeder Zweite mit ausreichender Gesundheitskompetenz in Deutschland schlecht über Anlaufstellen bei Behandlungsfehlern informiert fühlt (vgl. Abbildung 10-4).

An zweiter und dritter Stelle rangiert das Thema *Pflege*: 58,6 Prozent fühlen sich schlecht über die Qualität von Alten- und Pflegeheimen und 55,5 Prozent über die Qualität von ambulanten Pflegediensten informiert. Die Unterschiede zwischen Befragten mit eingeschränkter und ausreichender Gesundheitskompetenz sind hier gering. Etwas mehr Menschen mit problematischer oder inadäquater Health Literacy fühlen sich über Pflege und Versorgung nicht gut informiert (vgl. Abbildung 10-4).

Ein möglicher Grund für die häufige Nennung dieser Themengebiete könnte die mangelnde persönliche Relevanz sein. So informieren sich Befragte möglicherweise erst über Anlaufstellen bei Behandlungsfehlern, wenn sie selbst einen Behandlungsfehler erlebt haben. Dies wurde im Rahmen der vorliegenden Studie jedoch nicht erfragt. Auch der hohe Anteil Befragter, die sich schlecht über die Qualität ambulanter oder stationärer Pflege informiert fühlen, lässt sich vermutlich teilweise durch den mangelnden Bezug zum Thema erklären. Zwar ist die Zahl pflegebedürftiger Menschen in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen und beläuft sich derweil auf 2,6 Millionen, jedoch betrifft Pflegebedürftigkeit besonders Menschen im höheren Lebensalter. Lediglich 1,1 Prozent der unter 75-Jährigen ist pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2016). Damit in Einklang nimmt der Anteil derer, die sich schlecht über die Qualität von Pflegediensten und –heimen informiert fühlen, mit steigendem Alter leicht ab.

Im Gegensatz dazu fühlen sich die Deutschen weniger schlecht informiert, wenn es um das Thema Prävention und Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten geht. Lediglich 7,7 Prozent der Befragten mit ausreichender und 11,3 Prozent mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz fühlen sich hier schlecht informiert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl bei Betrachtung aller Befragten, als auch differenziert nach eingeschränkter und ausreichender Gesundheitskom-

petenz, erhebliche Informationsdefizite bestehen. Die Anteile an Befragten, die angeben, sich über gesundheitsbezogene Themen schlecht informiert zu fühlen, sind hoch. Besonders Informationen über die Qualität von Einrichtungen des Gesundheitssystems werden vermisst.

Ergänzend wurden die Befragten nach Themen gefragt, zu denen sie sich mehr Informationen wünschen. Dabei konnten die Befragten vorgegebene gesundheitsbezogene Themen auswählen. Interessant ist, dass hier Struktur- und Leistungsfragen an oberer Stelle rangieren: Über Leistungen von Krankenkassen wünschen sich etwa 70 Prozent der Befragten mehr Informationen. Dabei gibt es kaum Unterschiede nach der Gesundheitskompetenz der Befragten (vgl. Abbildung 10-5).

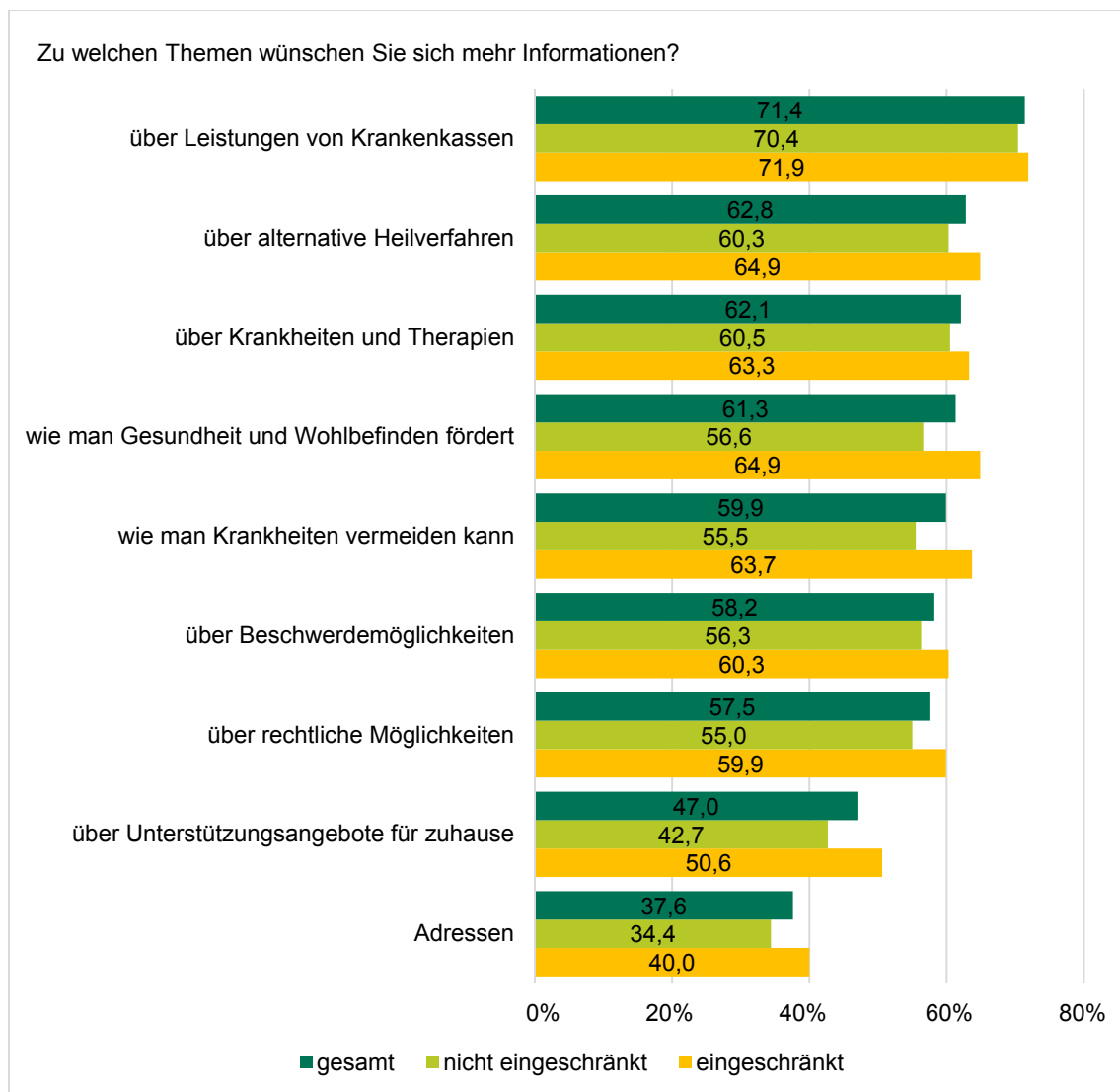


Abbildung 10-5: Informationswünsche der Befragten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Bei allen anderen Themen wünschen sich Menschen mit eingeschränkter Health Literacy zu einem größeren Anteil mehr Informationen. So möchten beispielsweise deutlich mehr Befragte mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ausführlichere Informationen darüber, wie man Krankheiten vermeiden kann als jene mit ausreichender Health Literacy (63,7 vs. 55,5 Prozent) (vgl. Abbildung 10-5). Dieser Informationswunsch bestätigt die größeren Unsicherheiten im Umgang mit Informationen der Befragten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, die in Kapitel 8 ausführlich dargestellt wurden.

10.4 Orientierung im Gesundheitssystem

Aufgrund der Komplexität und Instanzenvielfalt des deutschen Gesundheitssystems fällt es den Nutzern oft schwer, die richtige Stelle für ihr Anliegen zu finden. Dies bestätigen auch die im HLS-GER erhobenen Daten zu der Frage, ob die Deutschen schon einmal **gesundheitliche Probleme und Sorgen hatten, ohne zu wissen, an wen sie sich wenden sollen** (vgl. Abbildung 10-6).

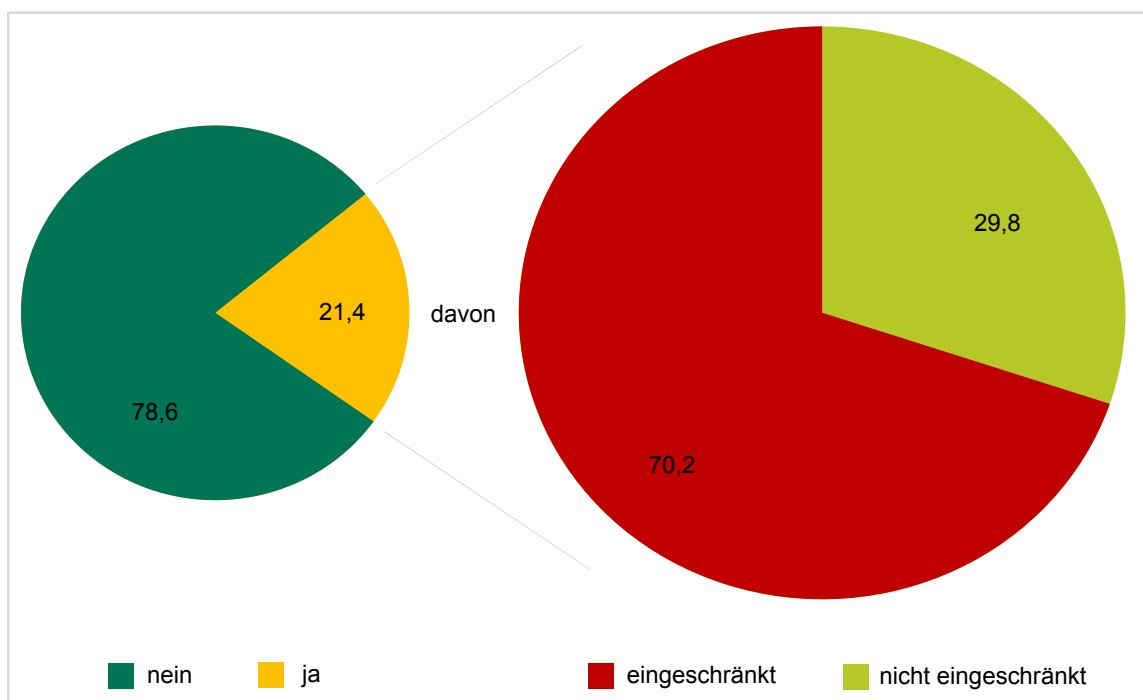


Abbildung 10-6: Hatten Sie schon mal gesundheitliche Probleme und Sorgen, ohne zu wissen, an wen Sie sich wenden sollten? Insgesamt und Anteil eingeschränkter Health Literacy bei ja in Prozent

Mehr als ein Fünftel (21,4 Prozent) der Befragten hatte bereits gesundheitliche Schwierigkeiten und wusste nicht, wen er im Gesundheitssystem ansprechen sollte. Mit über

70 Prozent derjenigen, die schon einmal Probleme hatten, machten Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz den größten Anteil aus (vgl. Abbildung 10-6).

Daher kommt der Stärkung der Nutzerkompetenz hohe Bedeutung zu. Dazu gehört beispielsweise die Nutzung von **Unterstützung oder Begleitung bei Arztbesuchen**. Insgesamt haben 74 Prozent der Befragten die Möglichkeit sich bei Arztbesuchen begleiten zu lassen (vgl. Abbildung 10-7).

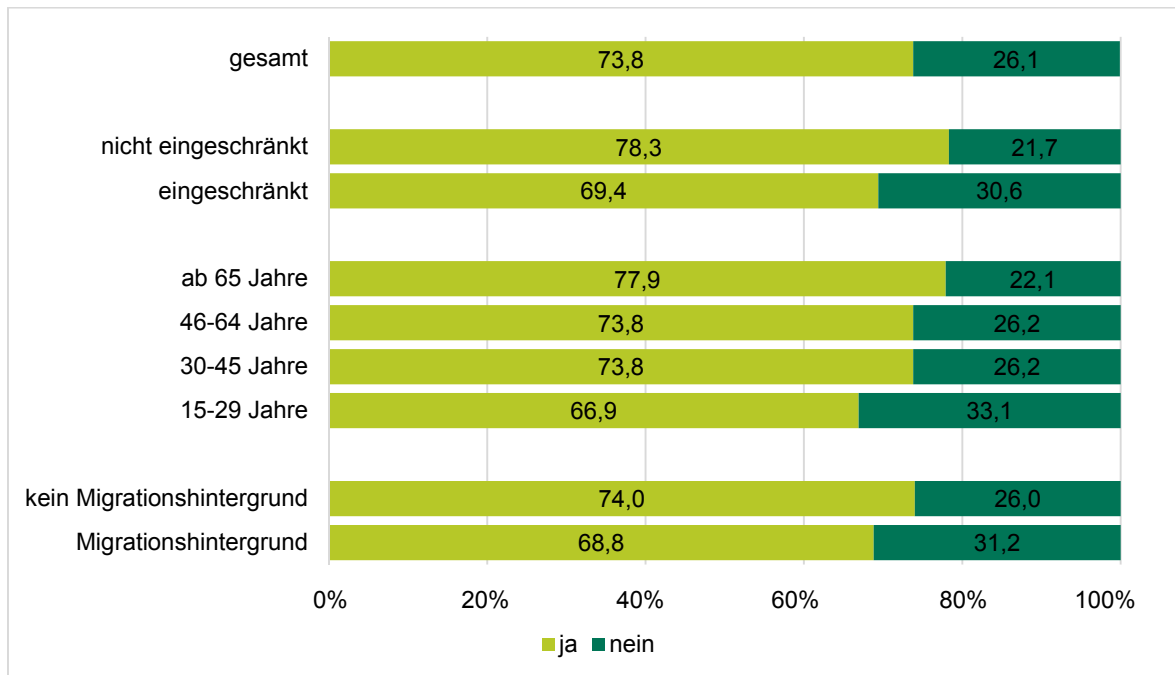


Abbildung 10-7: Begleitungsmöglichkeit bei Arztbesuchen insgesamt, nach eingeschränkter Health Literacy, Altersgruppen und Migrationshintergrund in Prozent

Immerhin geben fast 70 Prozent der Befragten mit geringer Gesundheitskompetenz an, eine Begleitungsmöglichkeit bei Arztbesuchen zu haben. Allerdings haben Menschen mit ausreichender Gesundheitskompetenz mit fast 80 Prozent noch mehr Unterstützungsmöglichkeiten. Auch fast 80 Prozent der älteren Menschen können auf soziale Ressourcen zurückgreifen und müssen bei Bedarf nicht alleine den Arzt aufsuchen. Bei Menschen mit Migrationshintergrund, die beispielsweise durch Sprachbarrieren Begleitungsbedarf haben, sind hingegen nur etwa 70 Prozent, die die Möglichkeit haben, sich begleiten zu lassen (vgl. Abbildung 10-7).

Wenn es um den **Personenkreis zur Unterstützung bei gesundheitlichem Hilfebedarf** geht, ist es am häufigsten der Partner, der hier hilft. Interessant ist zudem, dass Menschen mit eingeschränkter Health Literacy sich häufiger von ihren Kindern,

Schwiegerkindern oder Enkeln unterstützen lassen als Menschen mit ausreichender Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 10-8). Vermutlich sind es besonders ältere Menschen und Migranten, die sich von ihren (Schwieger-)Kindern oder Enkeln begleiten lassen. Die Gesundheitsprofessionen sollten sich also nicht allein auf die Patienten konzentrieren, sondern bei der Vermittlung von Informationen auch die Begleitperson adressieren, und sie einbeziehen. Generell sind betreuende und pflegende Angehörige eine wichtige und bislang zu wenig beachtete Zielgruppe, wenn es um die Vermittlung von Gesundheitskompetenz geht.

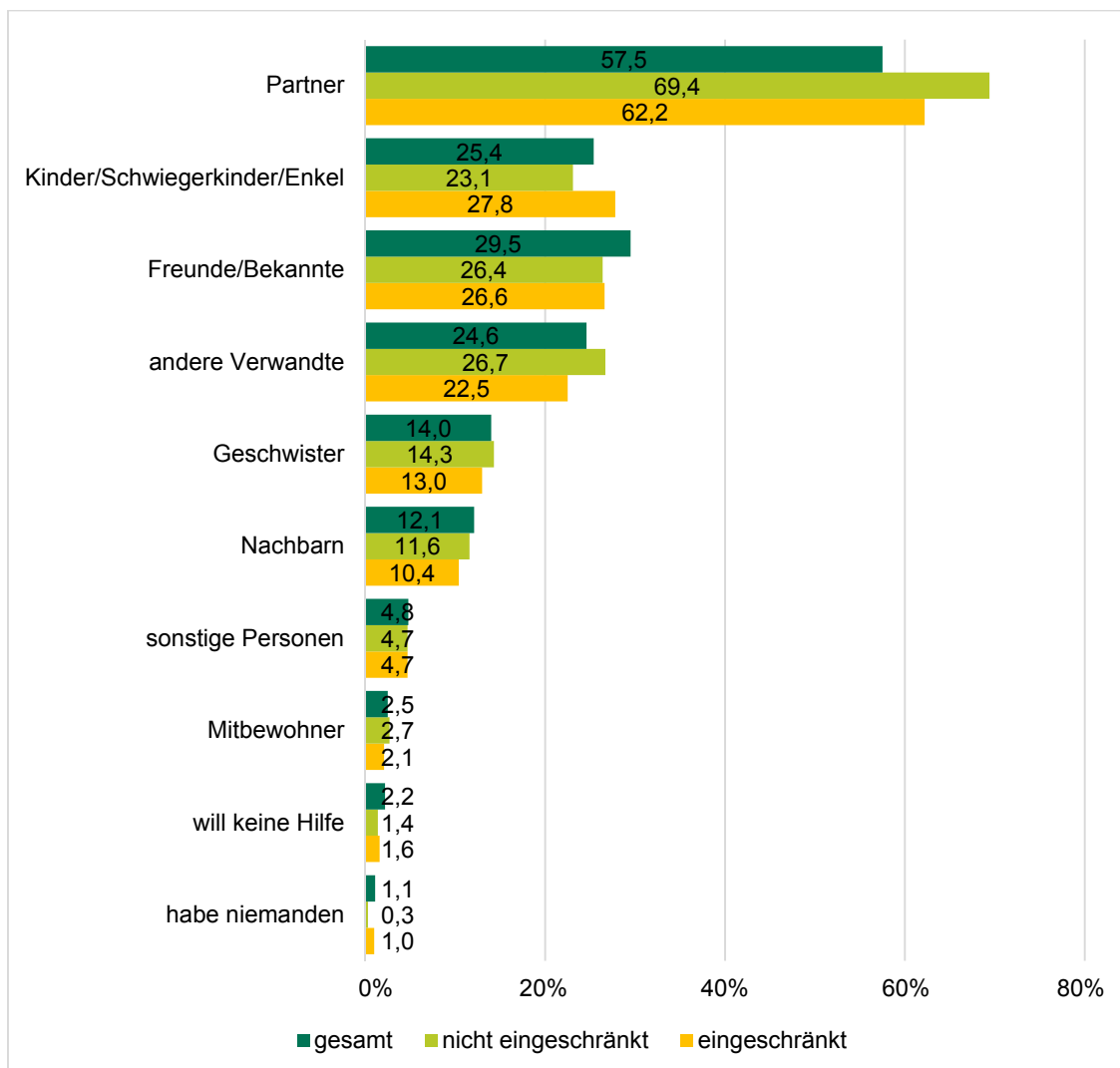


Abbildung 10-8: Personenkreis zur Unterstützung bei gesundheitsbedingtem Hilfebedarf gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Insgesamt bestätigt der Blick auf die einzelnen Informationsquellen die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz in der deutschen Bevölkerung. Besonders Ärzte nehmen hier eine zentrale Rolle ein. Auf der einen Seite sind sie erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Anliegen, und zugleich werden die von ihnen vermittelten Informationen oftmals

nicht richtig verstanden, können häufig nicht beurteilt und für die Gesundheit der Befragten genutzt werden. Gesundheitsprofessionen und hierbei insbesondere die Haus- und Fachärzte sollten deshalb bei der Entwicklung von Interventionen besonders in den Blick genommen werden. Auch die Qualität der vermittelten Informationen ist ein relevantes Thema, denn der Anteil Befragter, die sich schon mal falsch informiert gefühlt haben, ist erheblich. Das Internet spielt, insbesondere für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, eine untergeordnete Rolle.

10.5 Patientenrechte

Ein weiteres im Kontext von Gesundheitskompetenz relevantes Thema sind die Rechte von Patienten in Deutschland. Denn durch gesetzliche Neuerungen wurde Nutzern u.a. die Möglichkeit gegeben, ihre Patientenakte einzusehen, sich verstärkt an der Versorgung zu beteiligen oder auch umfassend durch Gesundheitsprofessionen aufgeklärt zu werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass sich die Befragten insgesamt eher gut über ihre Rechte als Patienten informiert fühlen. Denn über 90 Prozent der Befragten wissen über ihr Recht auf Aufklärung über die Vor- und Nachteile einer Behandlung sowie ihr Recht auf freie Arztwahl. Hier zeigen sich keine Unterschiede zwischen Menschen mit eingeschränkter und ausreichender Health Literacy (vgl. Abbildung 10-9).

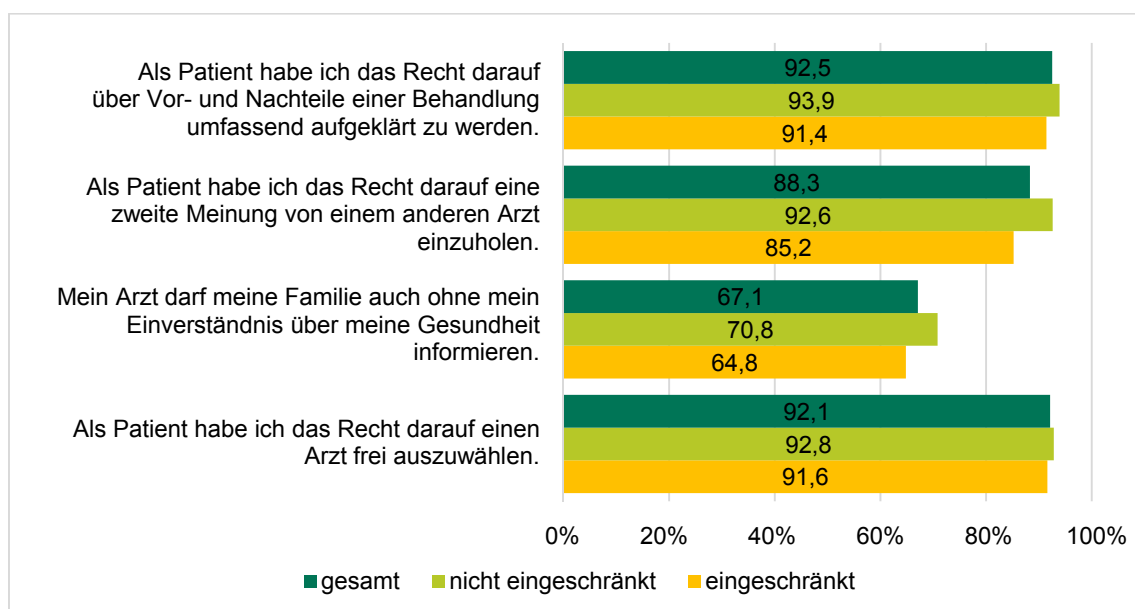


Abbildung 10-9: Anteil richtiger Antworten zu Patientenrechten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Etwas anders verhält es sich beim Recht auf Zweitmeinung und der Information von Angehörigen. Fast 93 Prozent der Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz wissen, dass sie ein Recht auf eine zweite Meinung von einem anderen Arzt haben. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz sind dies hingegen 85 Prozent. Zudem wissen lediglich 70 Prozent der Befragten mit guter und 65 Prozent der Befragten mit eingeschränkter Health Literacy, dass der Arzt die Familie nicht ohne ihr Einverständnis über die eigene Gesundheit informieren darf (vgl. Abbildung 10-9).

Im Gegensatz dazu hatten 6,5 Prozent der Befragten schon einmal das Gefühl, dass ihnen Untersuchungen und Behandlungen durch ihren Hausarzt unberechtigt verweigert wurden. Hier unterscheidet sich der Anteil von Menschen mit und ohne ausreichender Gesundheitskompetenz kaum. Während 7,1 Prozent der Befragten mit eingeschränkter Health Literacy schon einmal das Gefühl hatten, dass ihnen Untersuchungen unberechtigt verweigert wurden, waren dies bei Befragten mit ausreichender Health Literacy 6,0 Prozent.

Auch der Anteil derjenigen, bei denen ein selbstgestellter Antrag an die Krankenkasse abgelehnt wurde, unterscheidet sich kaum bei Menschen mit und ohne eingeschränkter Gesundheitskompetenz (13,7 vs. 11,5 Prozent). Insgesamt liegt der Anteil Befragter mit abgelehntem Antrag bei 12,7 Prozent.

Insgesamt deuten die dargestellten Ergebnisse darauf, wie wichtig es ist, die Kommunikations- und Vermittlungsfähigkeit der Gesundheitsprofessionen und besonders der Ärztinnen und Ärzte zu verbessern. Denn einerseits sind sie wichtige Informationsquellen für die deutsche Bevölkerung, andererseits verstehen viele Nutzer – besonders Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz – die Gesundheitsprofessionen häufig nicht richtig oder sehen sich sogar falschen Informationen ausgesetzt.

Bemerkenswert ist, dass die Relevanz von Beratungsstellen für den Erhalt gesundheitsrelevanter Informationen offenbar noch besser im Bewusstsein der Bevölkerung verankert werden muss – sie rangieren bislang an recht niedriger Position als genutzte Anlaufstellen. Auch das Internet spielt besonders für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz noch eine eher untergeordnete Rolle. Bei der Konzipierung von Interventionen sollte dies Beachtung finden.

Zugleich belegen die Befunde, wie wichtig die Sensibilisierung und Verbesserung der Kompetenz der Gesundheitsprofessionen im Umgang mit (geringer) Health Literacy ist.

Dazu dürften Material- und Methodensammlungen sinnvoll sein und einen wertvollen Beitrag liefern (siehe Schmidt-Kaehler et al. 2017). Eine solche Material- und Methodensammlung wurde auch in diesem Projekt erarbeitet. Sie umfasst, neben allgemeinen Informationen zum Thema Health Literacy, konkrete Hinweise für den Umgang mit Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz.

11 Folgen eingeschränkter Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz hängt mit einer Vielzahl an gesundheitlichen Indikatoren zusammen, so beispielsweise mit dem *subjektiven Gesundheitszustand*, dem *Gesundheitsverhalten* und der *Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen* (vgl. Kapitel 3). Welche Folgen eine niedrige Gesundheitskompetenz hat und wie sie mit verschiedenen gesundheitlichen Indikatoren assoziiert ist, wird nachfolgend dargestellt¹⁵.

11.1 Gesundheitszustand

Ein zentraler Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung ist der **subjektive Gesundheitszustand**. Um über ihn Aussagen treffen zu können, wurden die Befragten gebeten, auf einer Skala von ‚sehr gut‘ bis ‚sehr schlecht‘, anzugeben, wie sie ihren Gesundheitszustand selbst einschätzen. Die Ergebnisse zeigen, dass der subjektive Gesundheitszustand mit der Gesundheitskompetenz assoziiert ist (vgl. Abbildung 11-1).

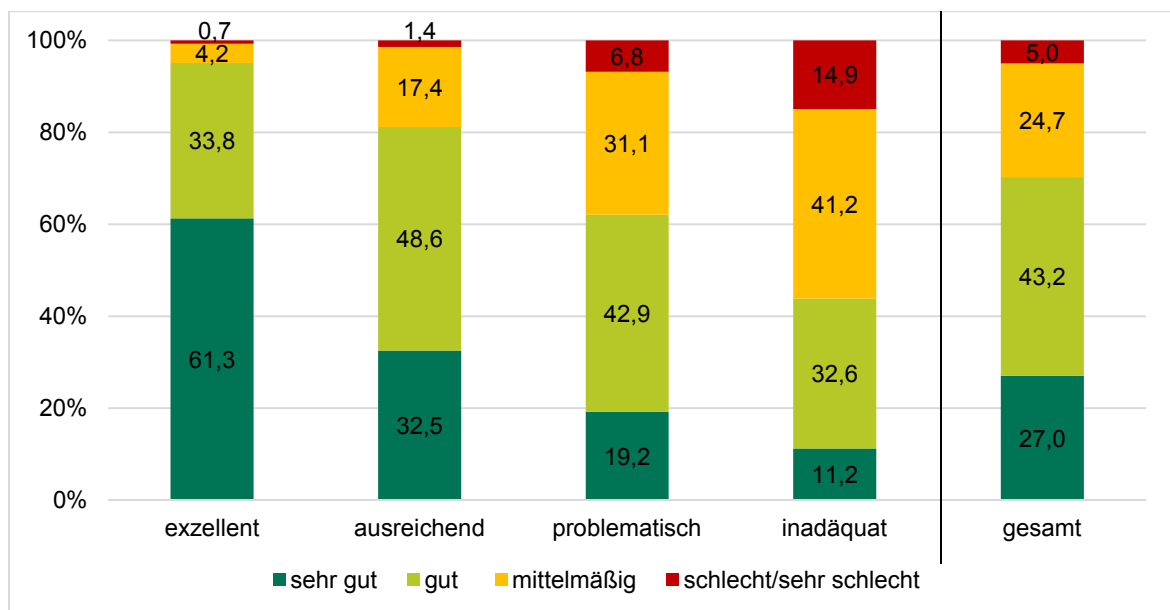


Abbildung 11-1: Subjektiver Gesundheitszustand gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Insgesamt schätzen 27,0 Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand als ‚sehr gut‘ ein. Weitere 43,2 Prozent beschreiben ihren Gesundheitszustand als ‚gut‘ und knapp 25 Prozent als ‚mittelmäßig‘. Bei Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz macht dieser Anteil sogar mehr als 60 Prozent aus.

¹⁵ Die dargestellten Ergebnisse beruhen dabei auf Korrelationsanalysen und lassen keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge zu.

Der Anteil sehr guter subjektiver Gesundheit nimmt jedoch ab, je niedriger die Gesundheitskompetenz der Befragten ist. Bei Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz schätzen lediglich 32,5 Prozent ihren Gesundheitszustand als ‚sehr gut‘ ein und bei Befragten mit problematischer Gesundheitskompetenz sind es nur knapp 20 Prozent. Personen mit inadäquater Health Literacy beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als ‚schlecht‘ und ‚sehr schlecht‘ (vgl. Abbildung 11-1).

Einen ähnlichen Trend deuten die Ergebnisse des HLS-EU an. Die befragten EU-Bürger mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz schätzten ihren Gesundheitszustand häufiger als ‚sehr gut‘ oder ‚gut‘ ein als Befragte mit einem eingeschränkten Health Literacy-Niveau. (HLS-EU Consortium 2012: 73).

Die Befragten des HLS-GER wurden zudem gebeten, ihren Gesundheitszustand **im Vergleich zu Menschen gleichen Alters** einzuschätzen. Dabei beurteilen 23 Prozent der Befragten ihre Gesundheit als etwas besser und weitere 6,3 Prozent als viel besser als Menschen im gleichen Alter. Differenziert nach Gesundheitskompetenz beschreiben auch hier Befragte mit einem problematischen oder inadäquaten Health Literacy-Niveau ihre Gesundheit häufiger als schlechter als Befragte mit ausreichender Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 11-2).

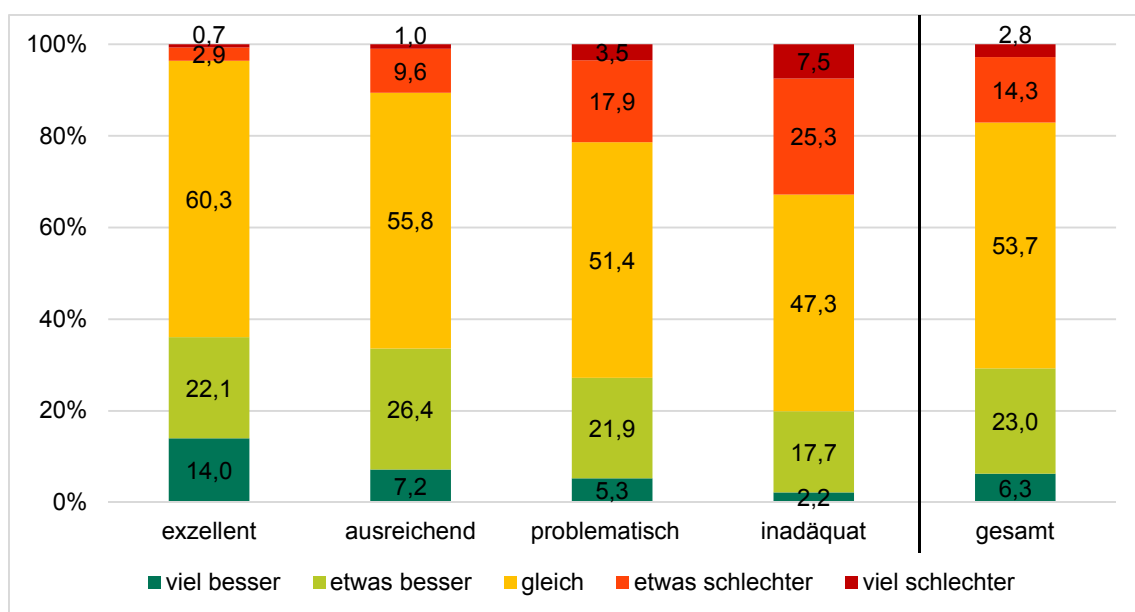


Abbildung 11-2: Gesundheit im Vergleich zu Menschen gleichen Alters gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Nach möglichen **Einschränkungen durch ihre gesundheitlichen Probleme** in den letzten sechs Monaten befragt, geben 7 Prozent aller Befragten an, sich durch gesundheitliche Probleme erheblich bei ihren üblichen Alltagsaktivitäten eingeschränkt zu fühlen. Hingegen sind 66,9 Prozent der Befragten durch ihre Gesundheit überhaupt nicht eingeschränkt.

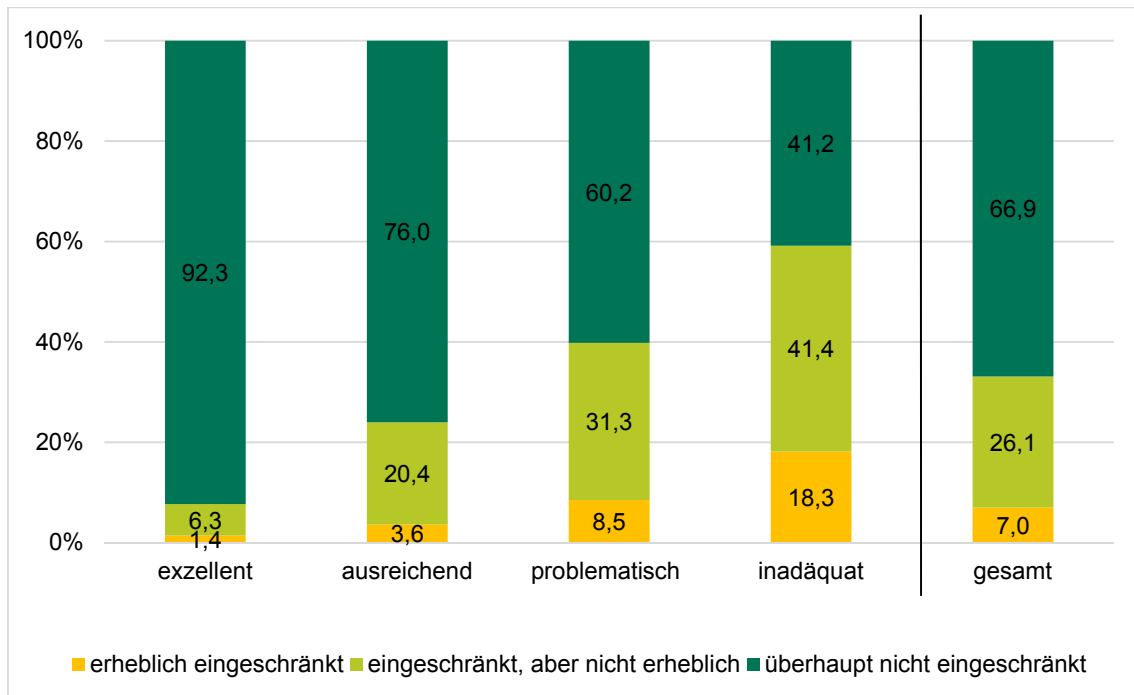


Abbildung 11-3: Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Auch hier zeigt sich ein deutliches Gefälle nach dem Niveau der Gesundheitskompetenz. Fast 80 Prozent der Befragten mit ausreichender und sogar über 90 Prozent der Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz fühlen sich bei der Ausübung ihrer üblichen Aktivitäten durch gesundheitliche Probleme überhaupt nicht eingeschränkt. Dagegen sind dies bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz nur 41,2 Prozent. Zudem fällt auf, dass besonders Befragte, für die der Umgang mit Gesundheitsinformationen schwierig ist, häufiger durch ihre gesundheitliche Situation beeinträchtigt sind. Knapp 9 Prozent der Deutschen mit problematischem und sogar 18 Prozent derer mit inadäquatem Health Literacy-Niveau fühlen sich erheblich und weitere 31 bzw. 41 Prozent in geringem Maße eingeschränkt und sind nicht in der Lage, ihren üblichen Aktivitäten im Alltag nachzukommen (vgl. Abbildung 11-3).

Die Gesundheitskompetenz scheint also eine entscheidende Rolle für die Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands einzunehmen. Einmal mehr deutet dies auf die Wichtigkeit der Förderung der Gesundheitskompetenz für die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung hin.

11.2 Gesundheitsverhalten

Nachfolgend geht es um die Rolle der Gesundheitskompetenz für das Gesundheitsverhalten im Bereich Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum und Medikamenteneinnahme. Denn internationalen empirischen Befunden zufolge kann vermutet werden, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz mit ungesünderem Gesundheitsverhalten verknüpft ist (vgl. Kapitel 3.1).

Zunächst zum **Ernährungsverhalten** der Befragten: Insgesamt verzehrt ein Drittel der deutschen Bevölkerung täglich Obst und Früchte, und für 28 Prozent gehören Gemüse und Salat zur täglichen Ernährung. Lebensmittel wie Süßigkeiten und Schokolade werden von 6 Prozent täglich konsumiert. Nur 2,5 Prozent zählen Chips und andere Knabberereien zu ihrem täglichen Speiseplan. Deutlich höher ist der Anteil beim täglichen Verzehr von zuckerhaltigen Limonaden wie Cola. Mehr als 10 Prozent konsumieren diese Art von Getränken täglich (vgl. Abbildung 11-4).

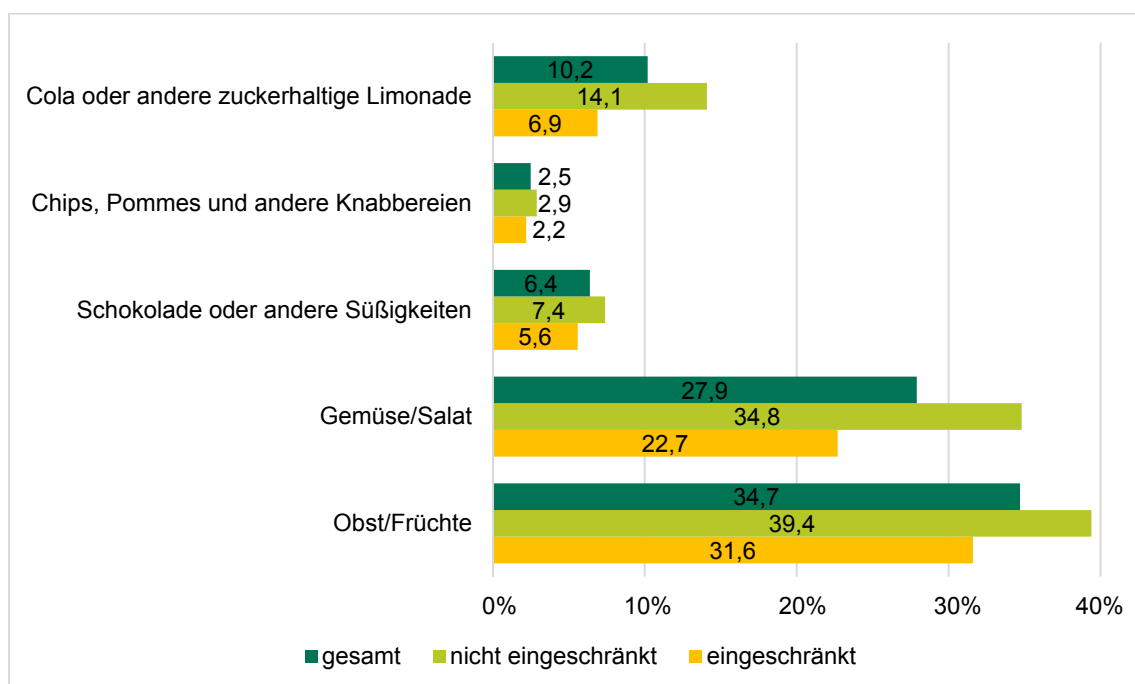


Abbildung 11-4: Täglicher Konsum verschiedener Lebensmittel gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Betrachtet man diese Ess- und Trinkgewohnheiten differenziert nach ausreichender und eingeschränkter Health Literacy zeigt sich folgendes Bild: Für Menschen mit ausreichender und exzellenter Health Literacy gehören Obst und Gemüse häufiger zur täglichen Ernährung. Fast 40 Prozent der Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz verzehren täglich Obst und weitere 35 Prozent zählen Gemüse zu ihrem täglichen Ernährungsplan. Bei Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz sind es deutlich weniger: Knapp 32 Prozent nehmen täglich Obst und lediglich 23 Prozent täglich Gemüse zu sich. Beim Verzehr von Süßigkeiten zeigen sich keine deutlichen Unterschiede zwischen Menschen mit eingeschränkter und ausreichender Gesundheitskompetenz. Allerdings ist der Anteil an Befragten, die täglich Cola oder zuckerhaltige Limonade konsumieren, bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz doppelt so hoch (14,1 Prozent) wie bei Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz (6,9 Prozent) (vgl. Abbildung 11-4).

Eine ähnliche Tendenz lassen die Ergebnisse zur **körperlichen Aktivität** erkennen. Insgesamt sind 10,4 Prozent der deutschen Bevölkerung fast täglich körperlich aktiv. Weitere 29,3 Prozent bewegen sich zumindest ein paar Mal pro Woche und 26,5 Prozent einige Male im Monat. Körperliche Aktivität umfasst auch schnelles Gehen oder Radfahren.

Auch bei der Frage danach, wie häufig sich die Befragten für mindestens eine Stunde bewegen, lassen sich deutliche Unterschiede nach dem Niveau der Gesundheitskompetenz erkennen (vgl. Abbildung 11-5).

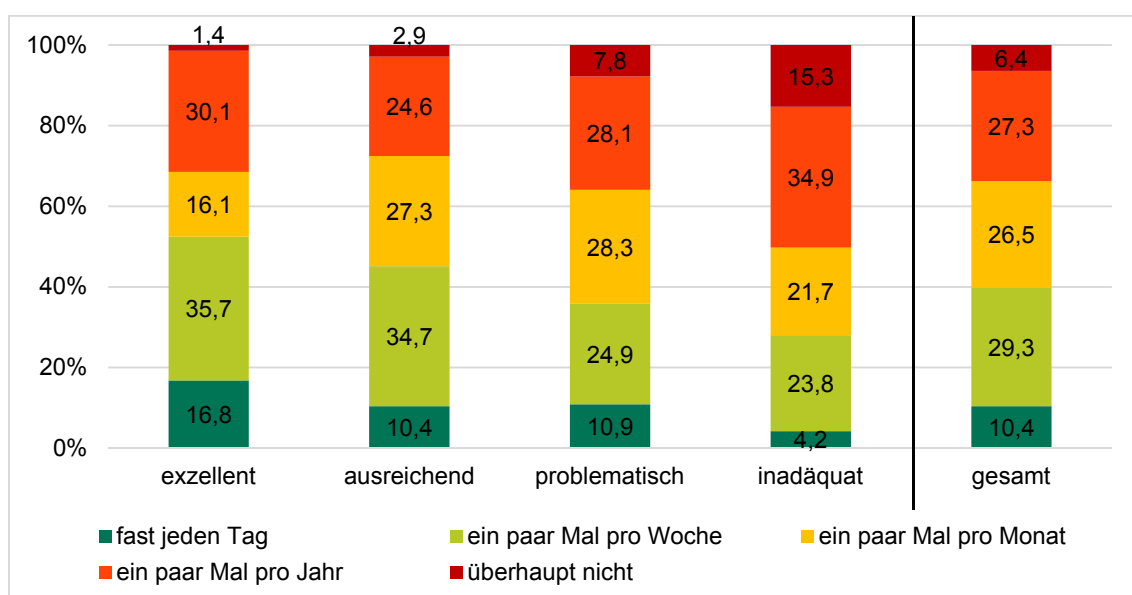


Abbildung 11-5: Körperliche Aktivität gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Während 16,8 Prozent der Deutschen mit exzellenter Gesundheitskompetenz fast jeden Tag körperlich aktiv sind, sind es bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz lediglich 4,2 Prozent. Auffällig ist, dass sich 15 Prozent der Befragten mit geringer Health Literacy überhaupt nicht bewegen. Umgekehrt ist dies nur bei etwa einem Prozent der Befragten mit sehr guter Gesundheitskompetenz der Fall (vgl. Abbildung 11-5). Bei EU-Bürgern konnte ebenfalls festgestellt werden, dass Befragte mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz seltener körperlich aktiv sind (HLS-EU Consortium 2012).

Ein weiteres, wichtiges Maß für die Beschreibung der Gesundheit einer Bevölkerung ist der **Body-Maß-Index**, denn Übergewicht bzw. Adipositas ist ein Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen. Insgesamt sind 10,5 Prozent der Befragten als adipös und weitere 39,2 Prozent als übergewichtig einzustufen (vgl. Abbildung 11-6).

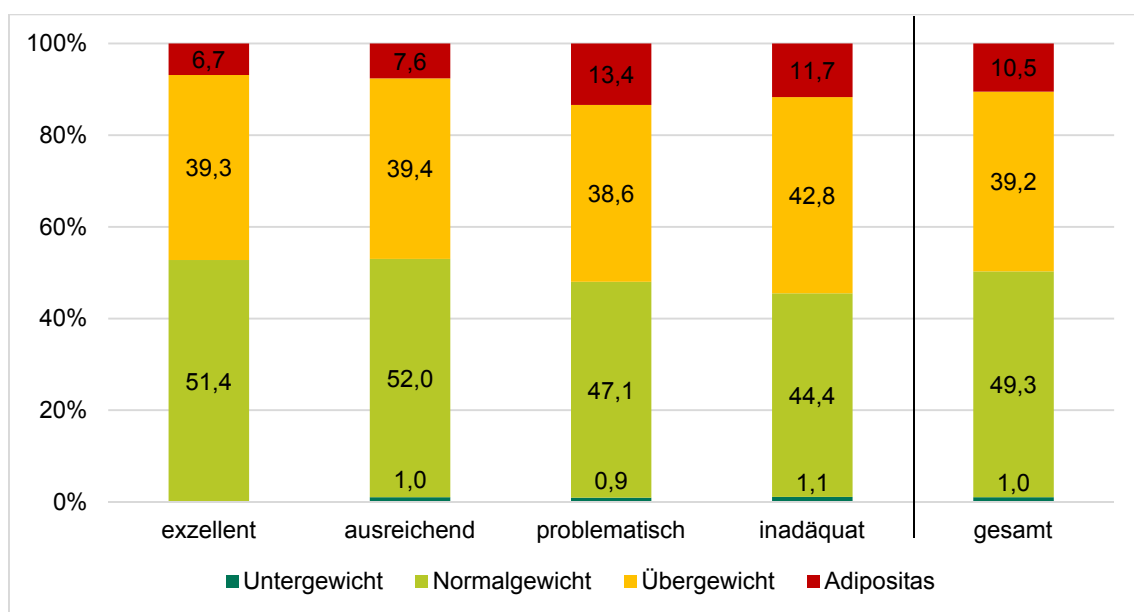


Abbildung 11-6: WHO-Klassifikation des Body-Maß-Index gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Analog zu den schlechteren Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten ist der Anteil derjenigen, die als adipös bezeichnet werden können, bei Befragten mit problematischer oder inadäquater Health Literacy höher als bei Befragten mit ausreichender und exzellenter Gesundheitskompetenz. Die Unterschiede sind hier allerdings nicht so deutlich wie bei anderen Gesundheitsmaßen. 13,4 Prozent der Befragten mit problematischer und 11,7 Prozent mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind stark über-

gewichtig bzw. adipös. Bei Befragten mit exzellenter und ausreichender Gesundheitskompetenz sind es hingegen nur 6,7 bzw. 7,6 Prozent. Der Anteil Übergewichtiger bewegt sich zwischen 28,6 und 24,8 Prozent (vgl. Abbildung 11-6).

Ein weiterer wichtiger Faktor des Gesundheitsverhaltens ist das **Rauchen**. Insgesamt rauchen knapp ein Drittel der Befragten. Ähnlich wie der Body-Maß-Index ist auch das Rauchen nicht sehr deutlich mit der Gesundheitskompetenz assoziiert. Der Anteil der Raucher ist bei Menschen mit problematischer Gesundheitskompetenz mit 31,6 Prozent am höchsten. Mit 28,7 und 28,4 Prozent liegt er bei Menschen mit inadäquater und ausreichender Gesundheitskompetenz nur leicht niedriger. Am geringsten ist der Anteil der Raucher mit 26,2 Prozent bei Befragten mit exzellenter Health Literacy (vgl. Abbildung 11-7).

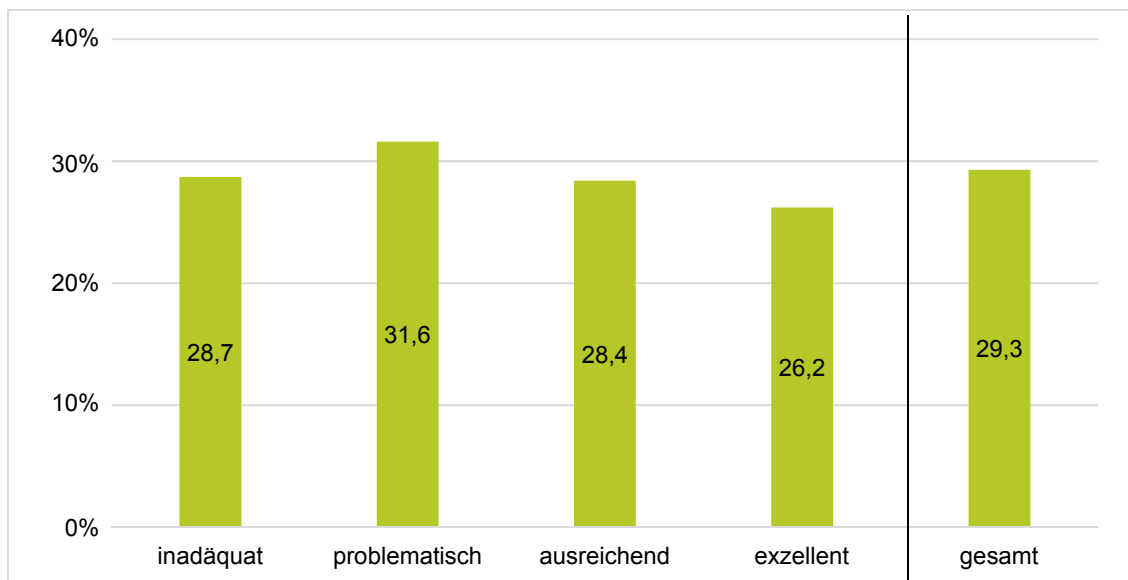


Abbildung 11-7: Anteil Raucher gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Der HLS-EU ist zu ähnlichen Ergebnissen gekommen. Auch bei den befragten EU-Bürgern unterscheidet sich der Anteil der Raucher zwischen Befragten mit ausreichender und eingeschränkter Gesundheitskompetenz nur gering (HLS-EU Consortium 2012).

Betrachtet man den **Alkoholkonsum** zeigt sich folgendes Bild: Alkoholkonsum wird hier als Kombination verschiedener Angaben zur Häufigkeit und Menge des konsu-

mierten Alkohols¹⁶ verstanden. Etwa ein Drittel der Befragten trinkt gar keinen Alkohol. Die Hälfte der Befragten (52,8 Prozent) ist leichtem Konsum zuzuordnen, 5 Prozent wiederum trinken exzessiv Alkohol (vgl. Abbildung 11-8).

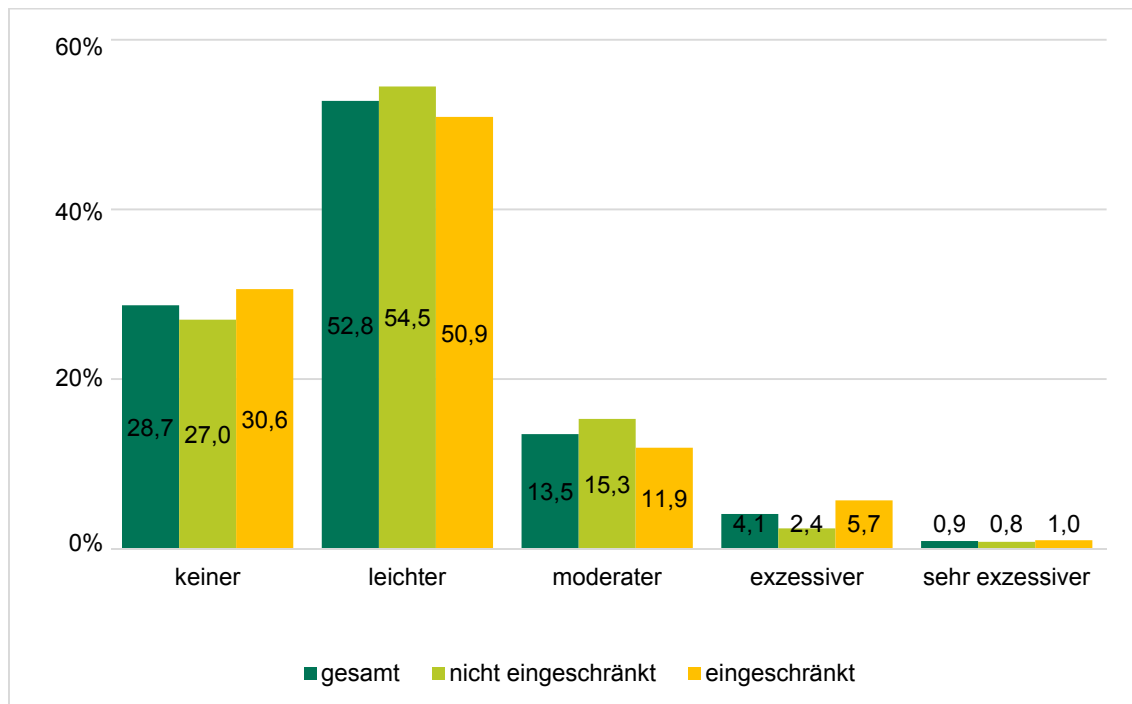


Abbildung 11-8: Alkoholkonsumindex gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Dabei zeigen sich keine deutlichen Unterschiede zwischen dem Alkoholkonsum und der Gesundheitskompetenz. Befragte mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz haben zwar mit 5,7 Prozent doppelt so häufig einen exzessiven Alkoholkonsum wie Befragte mit ausreichender Gesundheitskompetenz. Denn bei ihnen konsumieren lediglich 2,4 Prozent exzessiv Alkohol. Gleichzeitig ist aber der Anteil Befragter, die keinerlei alkoholische Getränke verzehren, bei denjenigen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz mit 30,6 Prozent höher als bei Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 11-8).

Die Frage, ob in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert wurde, verneinten insgesamt 20 Prozent der Befragten. Menschen mit inadäquater Gesundheitskompetenz gaben mit fast 35 Prozent am häufigsten an, keinen Alkohol zu trinken. Bei Befragten mit problematischer, ausreichender und exzellenter Gesundheitskompetenz waren dies etwa 18 Prozent. Zu vermuten ist, dass bei der Frage, ob überhaupt Alkohol konsu-

¹⁶ Der Alkoholkonsum wurde in Anlehnung an den HLS-EU mit 5 Fragen erfasst und daraus ein Index gebildet (Garretsen-Index) (HLS-EU Consortium 2012).

miert wird, besonders sozio-demografische Faktoren wie Migrationshintergrund oder Alter eine Rolle spielen und weniger die Gesundheitskompetenz.

Schaut man sich das Konsumverhalten der Befragten genauer an, zeigt sich, dass etwa 20 Prozent der Befragten mehrmals in der Woche und ein knappes Drittel einmal in der Woche mehr als 5 Getränke Alkohol bei einer Gelegenheit konsumiert. Weitere 22 Prozent verzehren einmal und 28 Prozent weniger als einmal im Monat mehr als 5 alkoholische Getränke (vgl. Abbildung 11-9).

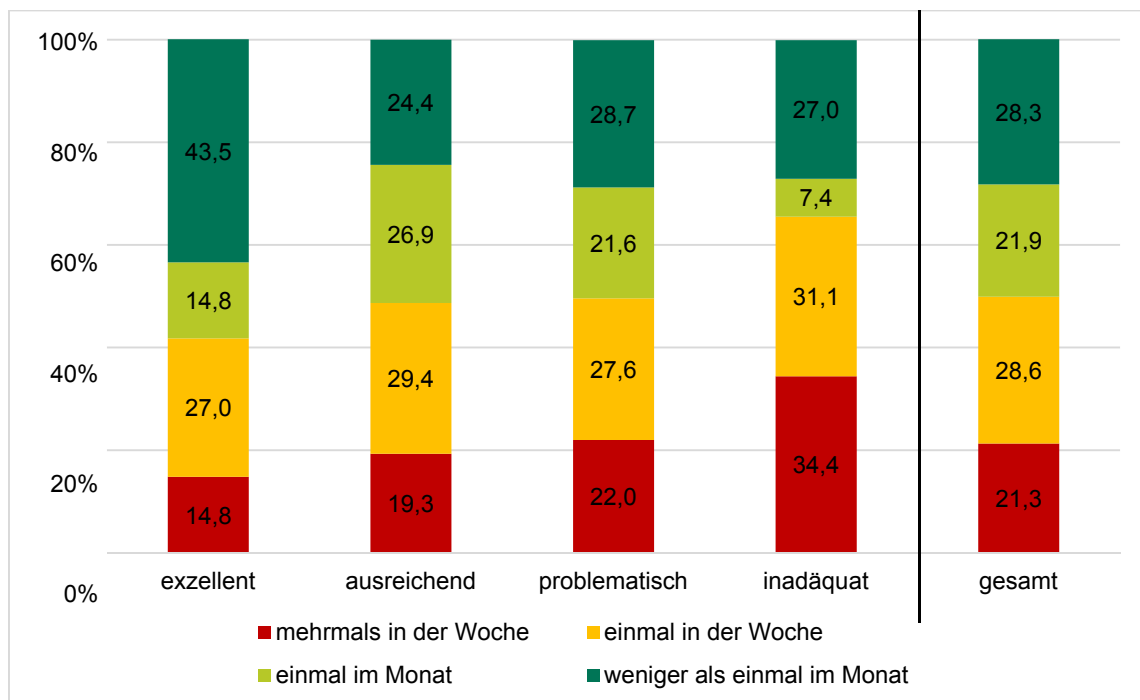


Abbildung 11-9: Verzehr von mehr als 5 alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz konsumieren deutlich häufiger viel Alkohol bei einer Gelegenheit als Befragte mit ausreichender Gesundheitskompetenz. So verzehren mehr als 60 Prozent der Befragten mit inadäquater Health Literacy mindestens einmal in der Woche mehr als fünf Getränke. Bei Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz sind dies mit etwa 40 Prozent deutlich weniger. Umgekehrt trinken Befragte mit exzellenter Gesundheitskompetenz jedoch zu fast 45 Prozent nur sehr selten (weniger als einmal im Monat) mehr als 5 alkoholische Getränke. Bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind dies knapp 30 Prozent (vgl. Abbildung 11-9). Generell ist der Anteil Befragter, die mindestens einmal in der Woche viel Alkohol trinken, in der Studie jedoch sehr hoch.

Insgesamt besteht kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Health Literacy. Jedoch lassen die Daten vermuten, dass Befragte mit geringer Gesundheitskompetenz häufiger und auch mehr Alkohol konsumieren als Befragte mit guter Gesundheitskompetenz. Bei den Befragten des HLS-EU zeigten sich ähnliche Tendenzen (HLS-EU Consortium 2012).

Neben den bereits dargestellten Ergebnissen zum Tabak- und Alkoholkonsum wurde ergänzend die **Medikamenteneinnahme** als wichtiger Indikator des Gesundheitsverhaltens in die Studie einbezogen. Insgesamt nehmen etwa 50 Prozent der deutschen Bevölkerung täglich ärztlich verordnete Medikamente ein. 17,7 Prozent aller Befragten nehmen sogar mindestens drei Arzneien ein.

Auch die Medikamenteneinnahme unterscheidet sich deutlich zwischen Menschen mit guter und schlechter Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 11-10).

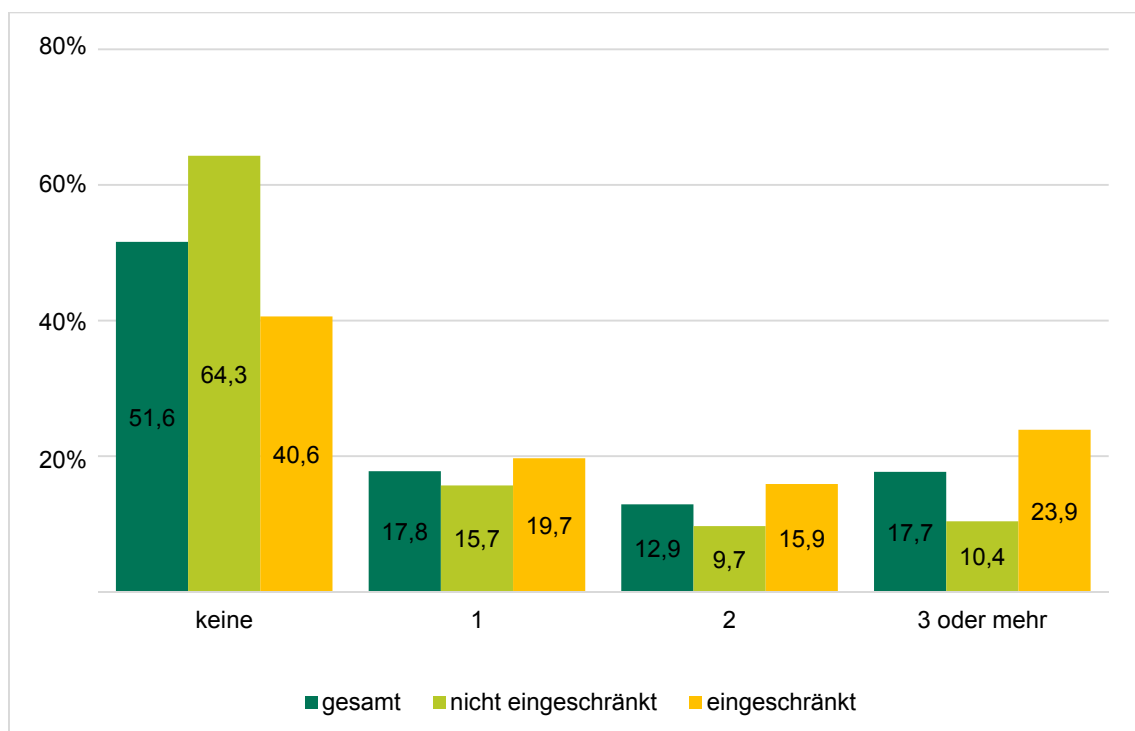


Abbildung 11-10: Anzahl täglich eingenommener, ärztlich verordneter Medikamente gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Über 60 Prozent der Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz nehmen keine ärztlich verordneten Medikamente ein. Bei Befragten mit eingeschränkter Health Literacy sind dies nur etwa 40 Prozent. 23,9 Prozent der Befragten mit limitierter Gesundheitskompetenz nehmen sogar 3 oder mehr ärztlich verordnete Medikamente ein.

Bei Menschen mit ausreichender Gesundheitskompetenz sind dies nur rund 10 Prozent (vgl. Abbildung 11-10). Dass eine regelmäßige Medikamenteneinnahme solide Gesundheitskompetenz, ja ‚medication literacy‘ erfordert, wird in der Literatur mehr und mehr betont (ex. Haslbeck 2017). Das gilt besonders für komplexe Medikamentenregime, wie sie bei chronischer Krankheit und auch bei Multimorbidität häufig anzutreffen sind (Schaeffer/Müller-Mundt 2012). Die Daten deuten somit darauf hin, wie wichtig es ist, dem Thema ‚Medikamente und Medikamenteneinnahme‘ auch bei der Interventionsentwicklung zur Förderung der Gesundheitskompetenz Aufmerksamkeit zu schenken.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz mit einem ungünstigen Gesundheitsverhalten assoziiert ist. Zum einen werden häufiger ungesunde Lebensmittel konsumiert und zugleich sind die Befragten weniger körperlich aktiv. Zum anderen schlägt sich dieses Verhalten im BMI und dem Alkoholkonsum nieder, hier allerdings nicht sehr deutlich. Auch der Medikamentenkonsum scheint mit Gesundheitskompetenz verbunden zu sein. Auch diese Ergebnisse weisen auf den hohen Handlungsbedarf. Wenngleich sicher noch weitere Detailanalysen notwendig sind, lässt sich schon jetzt behaupten, dass Investitionen in die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auch sinnvoll sind, um das Gesundheitsverhalten zu verbessern und Risikoverhaltensweisen zu vermindern bzw. zu vermeiden.

11.3 Nutzung des Gesundheitssystems

Im folgenden Absatz geht es um die Frage, in welchem Zusammenhang Gesundheitskompetenz zum Nutzungsverhalten gesundheitlicher Dienstleistungen steht. Vorliegende Untersuchungen deuten an, dass Menschen mit niedriger Health Literacy häufiger Einrichtungen der Akutversorgung in Anspruch nehmen (vgl. Kapitel 3.1).

Ein Blick auf die **Arztkontakte** in den letzten 12 Monaten gibt zu erkennen, dass in der vorliegenden Studie insgesamt knapp 15 Prozent der Befragten in den letzten 12 Monaten sechs oder mehr Kontakte zu einem Arzt hatten. Dagegen waren nahezu 17 Prozent gar nicht bei einem Arzt. Am häufigsten haben die Befragten (41,4 Prozent) ein- bis zweimal einen Arzt in den zurückliegenden Monaten aufgesucht.

Zwischen Menschen mit ausreichender und eingeschränkter Gesundheitskompetenz zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Anzahl der Arztkontakte. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt der Anteil häufiger Arztbesuche (sechs

oder mehr) mit fast 30 Prozent deutlich höher als bei Menschen mit exzellenter Gesundheitskompetenz (4,0 Prozent). Knapp ein Fünftel der Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz waren in den letzten 12 Monaten gar nicht beim Arzt. Bei Befragten mit inadäquater Health Literacy waren es knapp 15 Prozent (vgl. Abbildung 11-11).

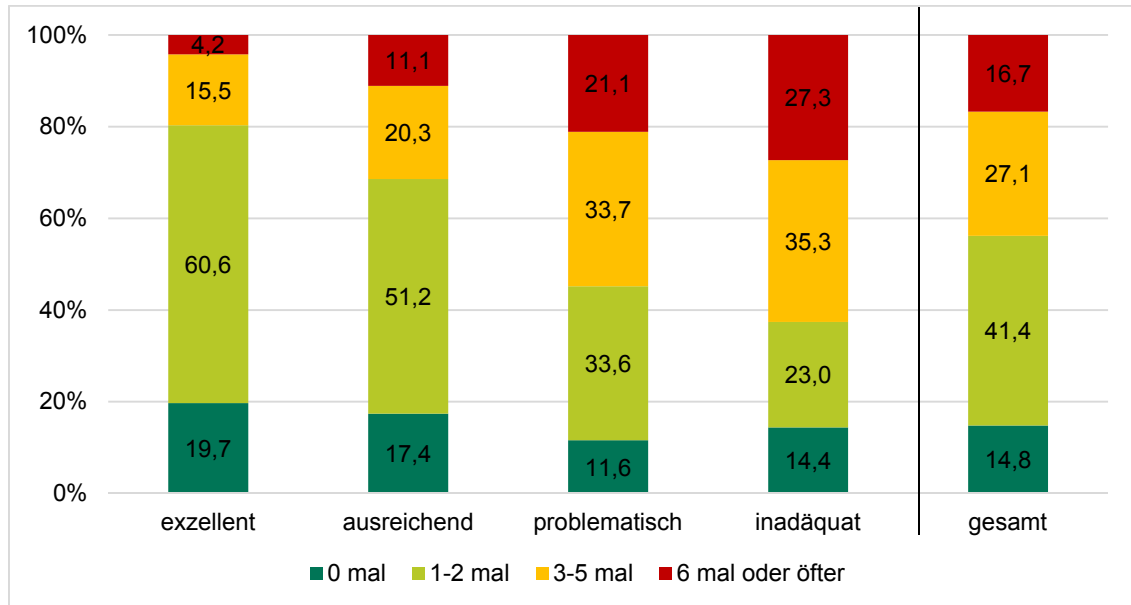


Abbildung 11-11: Arztkontakte in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Ebenso deutliche Unterschiede zeigen sich bei den **Krankenhausaufenthalten** in den letzten 12 Monaten: Insgesamt mussten knapp 20 Prozent der Befragten in den letzten 12 Monaten in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Während jedoch weniger als 10 Prozent der Befragten mit sehr guter Gesundheitskompetenz einen Krankenhausaufenthalt hatten, waren es bei Befragten mit inadäquater Health Literacy fast 40 Prozent (vgl. Abbildung 11-12).

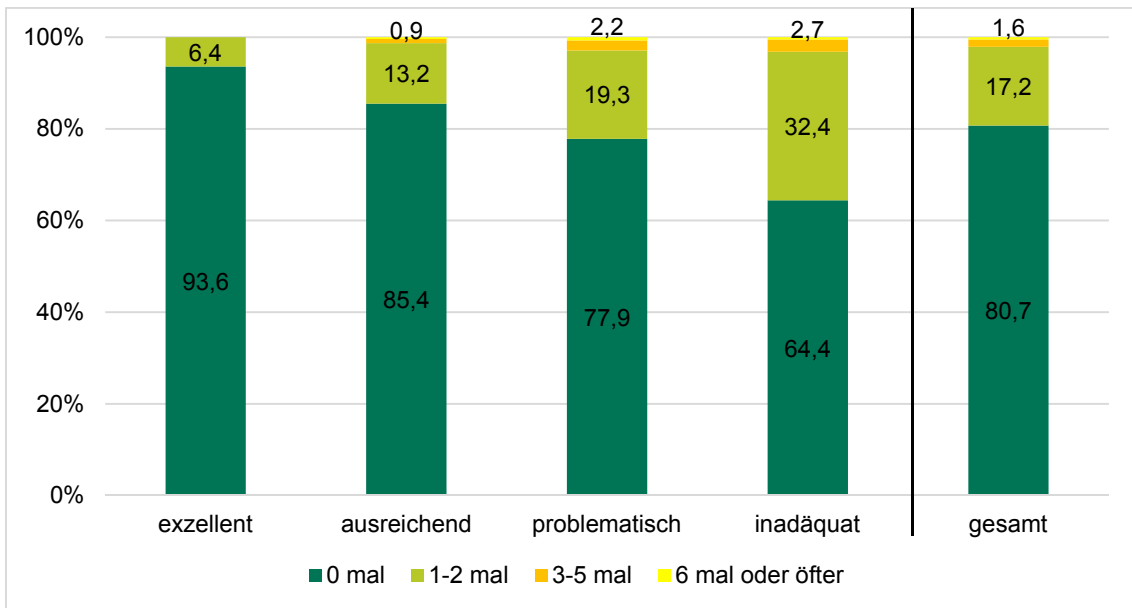


Abbildung 11-12: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Auch **andere Gesundheitsprofessionen** wie beispielsweise Zahnärzte, Physiotherapeuten, Diätassistenten oder Optiker werden von Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz häufiger in Anspruch genommen als von Menschen mit ausreichender Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 11-13). So haben beispielsweise mehr als 30 Prozent der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz mehr als zwei Kontakte mit anderen Gesundheitsprofessionen – bei 9 Prozent sind es sogar 6-mal oder öfter. Weniger als 10 Prozent der Befragten mit exzellenter Health Literacy mussten mehr als zweimal andere medizinische Fachleute kontaktieren. Insgesamt liegt dieser Anteil bei 20 Prozent.

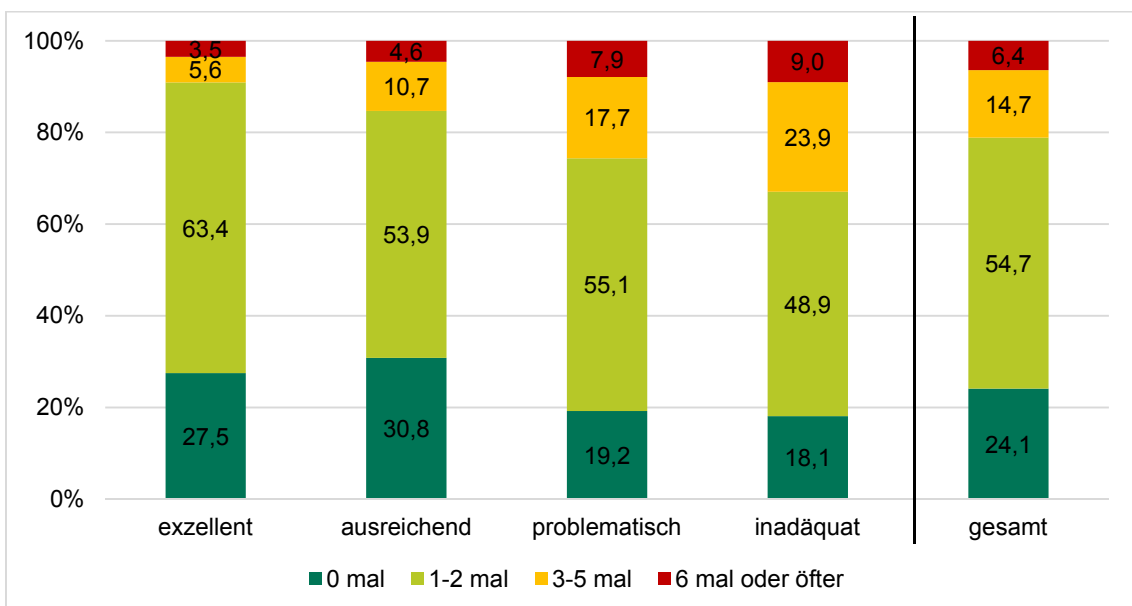


Abbildung 11-13: Kontakte mit anderen medizinischen Fachleuten in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Betrachtet man die **Zahnarztkontakte** ist auch hier eine sehr häufige Nutzung mit abnehmender Gesundheitskompetenz zu verzeichnen (vgl. Abbildung 11-14).

Insgesamt haben etwa 10 Prozent der Befragten mehr als zweimal in den letzten 12 Monaten einen Zahnarzt aufgesucht. Bei Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz waren es weniger als 6 Prozent. Bei Befragten mit inadäquater Health Literacy ist dieser Anteil mit etwa 15 Prozent hingegen mehr als doppelt so hoch (vgl. Abbildung 11-14).

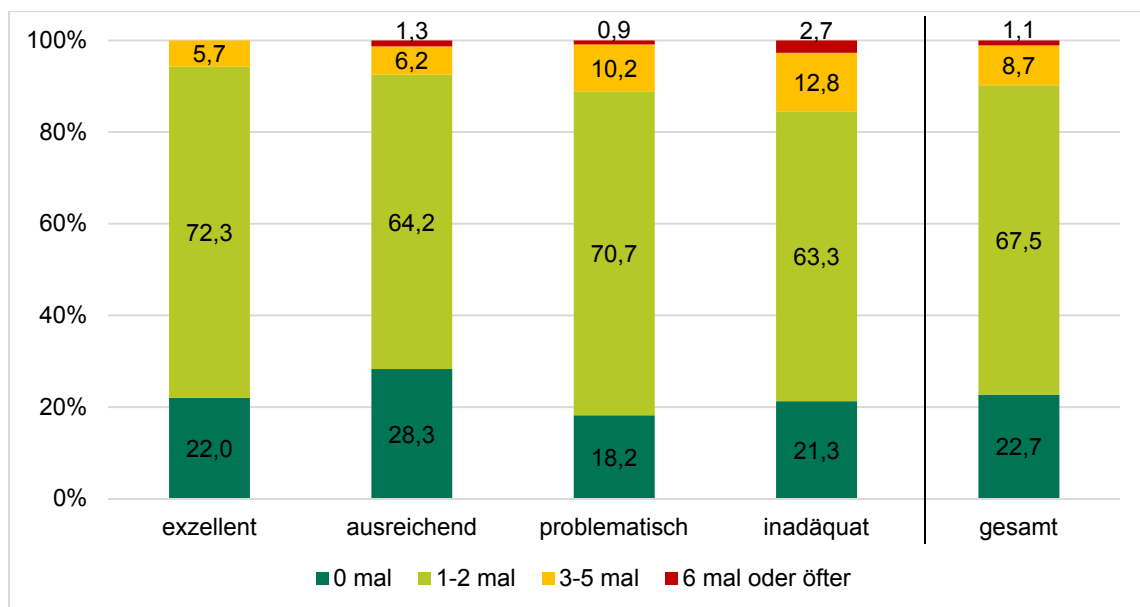


Abbildung 11-14: Zahnarztkontakte in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Auch der **ärztliche Notfalldienst** wird von Menschen mit inadäquater Gesundheitskompetenz häufiger genutzt als von Menschen mit guter Gesundheitskompetenz. Unter ärztlichem Notfalldienst werden dabei die Nutzung von Krankenwagen, Bereitschaftsdienst und Notaufnahme zusammengefasst (vgl. Abbildung 11-15).

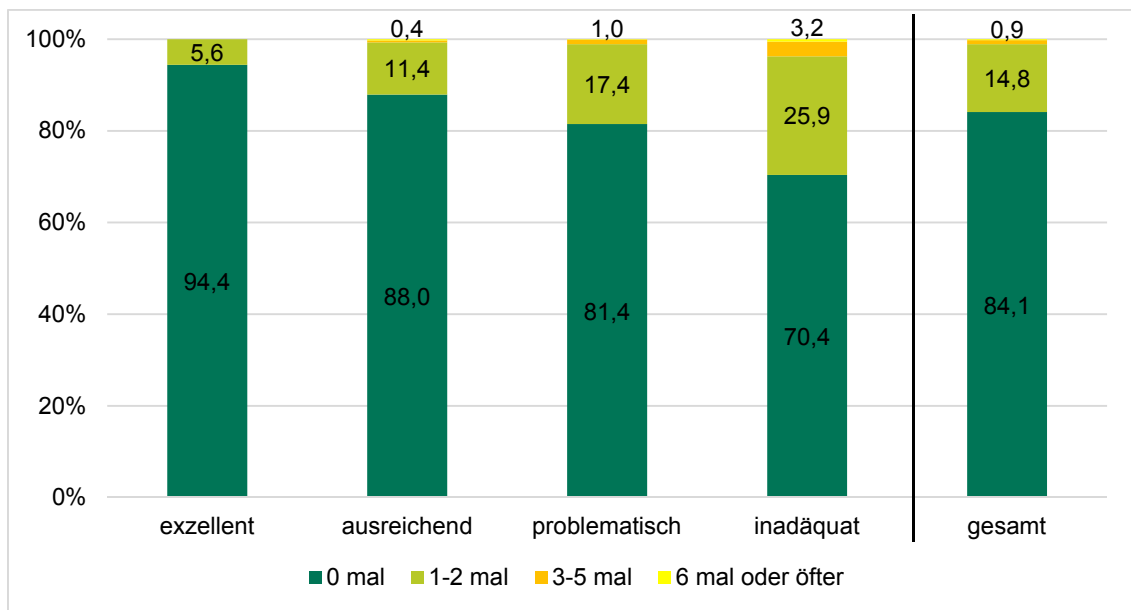


Abbildung 11-15: Nutzung ärztlicher Notfalldienst in den letzten 2 Jahren gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Fast 30 Prozent der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz nutzten in den letzten zwei Jahren mindestens einmal den ärztlichen Notfalldienst, dagegen nur knapp 6 Prozent der Menschen mit exzellenter Health Literacy. Insgesamt nahmen etwa 15 Prozent mindestens einmal den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch (vgl. Abbildung 11-15).

Bei der **Nutzung von Präventionsangeboten** zeigt sich ein anderes Bild: Die Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz nehmen seltener Präventionsmaßnahmen – hier Hautkrebsprävention – in Anspruch. Im Gegensatz dazu haben fast 50 Prozent der Befragten mit sehr guter Gesundheitskompetenz schon mal an einer Hautkrebsprävention teilgenommen¹⁷. Bei Menschen mit eingeschränkter Health Literacy waren es deutlich weniger (36,6 Prozent) (vgl. Abbildung 11-16).

¹⁷ Die Teilnahme von Screeningmaßnahmen muss allerdings mit Vorsicht betrachtet werden, denn sie hat neben einer frühen Entdeckung und damit potentiell besseren Behandlungsmöglichkeiten auch Nachteile. Dazu gehören Fehlalarme oder die Früherkennung und Behandlung von Tumoren, die ansonsten nicht aufgefallen wären und keine Beschwerden bereitet hätten. Ziel darf es demnach nicht sein, einzig hohe Teilnehmeraten zu erstreben (Berens et al. 2015). Zudem wird Hautkrebsprävention erst ab 35 Jahren kostenfrei angeboten, sodass jüngere Befragte hier vermutlich häufiger mit ‚nein‘ geantwortet haben. Dennoch gibt ein Blick auf die Gesundheitskompetenz bei Nutzern von Präventionsangeboten wichtige Hinweise für das Gesundheitsverhalten, wenngleich hier weitere Analysen notwendig sind.

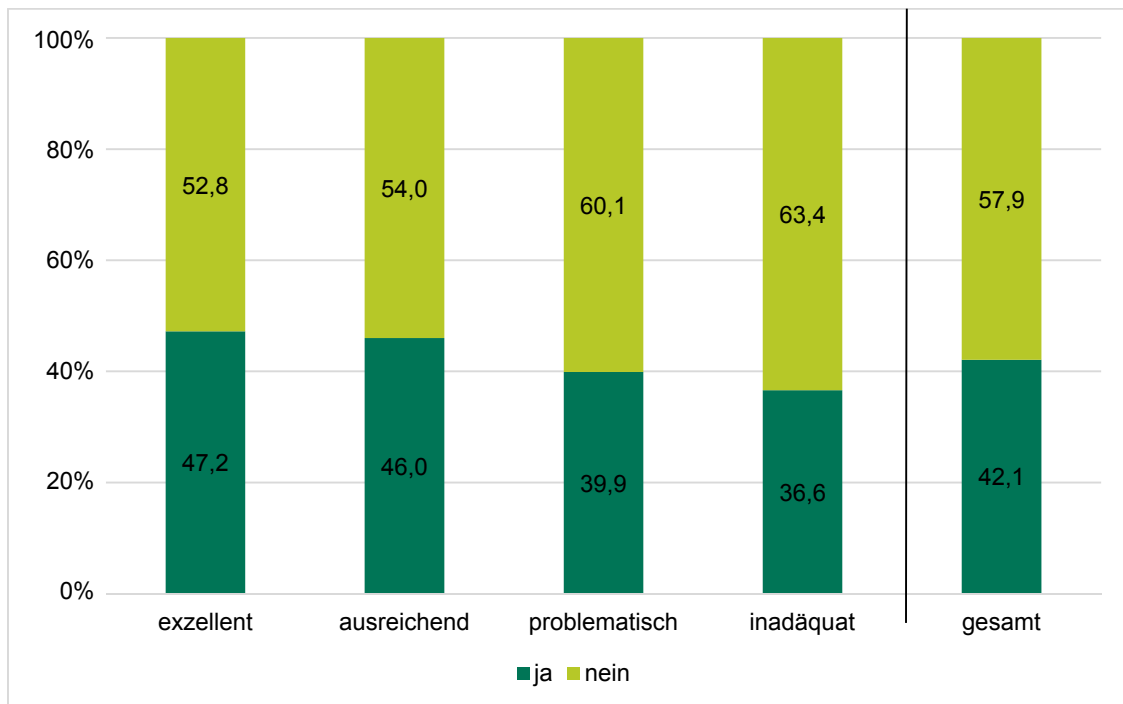


Abbildung 11-16: Durchführung Hautkrebsprävention gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz mit einer intensiveren Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen verknüpft ist. Anders formuliert: Menschen mit eingeschränktem Health Literacy-Niveau nehmen das Gesundheitssystem häufiger in Anspruch. Demgegenüber werden Präventionsmaßnahmen von Menschen mit eingeschränkter Health Literacy seltener genutzt.

Ähnlich sind die Befunde des HLS-EU. Sowohl die Anzahl der Arztkontakte, der Krankenhausaufenthalte, als auch die Inanspruchnahme des Notfalldienstes waren bei EU-Bürgern mit niedriger Gesundheitskompetenz höher (HLS-EU Consortium 2012: 86ff.).

Auch diese Befunde zum Zusammenhang der Nutzung des Gesundheitssystems und der Gesundheitskompetenz unterstreichen die Wichtigkeit der Interventionsentwicklung auf diesem Gebiet und sollten bei der Konzipierung von Maßnahmen Beachtung finden.

12 Fazit: Konsequenzen für die Förderung von Gesundheitskompetenz

Mit der vorgestellten Studie (HLS-GER) werden erstmals repräsentative, empirische Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz/Health Literacy in der deutschen Bevölkerung und damit assoziierter Faktoren vorgelegt. Damit wird zugleich die in der europäischen Studie (HLS-EU) bestehende Datenlücke für Deutschland geschlossen und außerdem eine Grundlage für die Entwicklung von empirisch abgesicherten, passgenauen Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz gelegt. Denn dazu sind – wie eingangs betont wurde – Daten über die Informations- und Lernvoraussetzungen der Bevölkerung erforderlich.

Wie wichtig eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist, deuten die vorgestellten Ergebnisse an¹⁸. Sie zeigen, dass in Deutschland mehr Menschen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen als bislang angenommen: Einen Großteil der deutschen Bevölkerung – konkret 54,3 Prozent – stellt der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor Schwierigkeiten. Vergleicht man die Ergebnisse mit den am europäischen Health Literacy-Survey (HLS-EU) beteiligten Ländern, liegt Deutschland damit im Mittelfeld und schneidet schlechter ab als manches Nachbarland, so etwa als die Niederlande, Polen, Dänemark oder Irland (HLS-Consortium 2012).

Die Studienergebnisse zeigen ferner, dass der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen in allen drei erfragten Bereichen – der Krankheitsbewältigung/-versorgung, der Prävention und der Gesundheitsförderung – mit Herausforderungen einhergeht, die aus subjektiver Sicht oft nicht adäquat bewältigt werden können. Besonders schwer fallen die Anforderungen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Auch die vier Schritte der Informationsverarbeitung – konkret die Suche, das Verstehen, die Beurteilung und die Verwendung von gesundheitsrelevanten Informationen – stellt die Befragten vor Schwierigkeiten, wobei besonders die Informationsverarbeitungsprozesse Finden/Suchen/Zugänglichkeit zu Gesundheitsinformationen und das Beurteilen solcher, eine Herausforderung darstellt.

¹⁸ Die Ergebnisse wurden in etwas abweichender Form von weiteren deutschen Health Literacy-Studien bestätigt (siehe Jordan/Hoebel 2015 sowie Zok 2014).

Dabei zeigen sich soziale Unterschiede. Bestimmte Bevölkerungsgruppen – hier als vulnerable Gruppen bezeichnet – sind besonders häufig vor Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen gestellt und zeichnen sich durch eine niedrigere Gesundheitskompetenz aus. Dies gilt insbesondere für Menschen mit geringem Sozialstatus, Migrationshintergrund, Menschen im höheren Lebensalter (Schaeffer et al. 2017), mit niedrigem Bildungsgrad, sowie chronisch Erkrankte, also Menschen, die ohnehin höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und über eine schlechtere Ressourcenausstattung verfügen. Aus diesem Grund benötigen gerade sie eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Deutlich wird zudem, dass sozio-demografische Faktoren wie ein niedriger Sozialstatus, ein höheres Lebensalter, das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zusammen hängen (Berens et al. 2016a; Schaeffer et al. 2017). Die Studie bestätigt damit, was in der anglo-amerikanischen Diskussion bereits seit längerem als offensichtlich gilt: Gesundheitskompetenz/Health Literacy ist ein Public Health-Problem (Nutbeam 2000), das in engem Zusammenhang zu Fragen gesundheitlicher Ungleichheit steht.

Auch zwischen geringer Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und ebenso der Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen besteht – wie die Ergebnisse des HLS-GER, doch ebenso des HLS-EU zeigen (HLS-EU Consortium 2012) – ein enger Zusammenhang. Denn Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz verfügen über einen schlechteren Gesundheitszustand, weisen ungesündere Verhaltensweisen auf und nutzen das Gesundheitssystem häufiger.

Konsens herrscht daher international auch darüber, wie wichtig und notwendig es ist, die Interventionsentwicklung voranzutreiben, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Das gilt, wie die Studie andeutet, zweifelsohne auch für Deutschland.

1. Herausforderungen auf politischer Ebene: gesamtgesellschaftliche Strategie

Insgesamt weisen die dargestellten Befunde darauf, wie groß der politische Handlungsbedarf ist und wie wichtig eine gesamtgesellschaftliche Strategie sein dürfte, um zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland zu gelangen. Die kürzlich veröffentlichte Shanghai Deklaration der WHO und international

vorliegende Aktionspläne unterstreichen diesen Handlungsbedarf und auch die Bedeutung, die dem Thema international inzwischen beigemessen wird (WHO 2016).

Daher ist es auch hierzulande sinnvoll, dem Beispiel anderer Länder zu folgen und einen alle Gesellschaftsbereiche einbeziehenden Aktionsplan für Deutschland zu erarbeiten, denn die Förderung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verlangt ein breites, strukturiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland kann zudem nicht allein auf das Gesundheitswesen beschränkt sein, sondern muss auch den Bildungs- und Ausbildungssektor, den Bereich der Verbraucher- und Kulturpolitik und den Lebensalltag einschließen. In all diesen Bereichen gesellschaftlichen Lebens ist ein langfristiges, strategisch angelegtes und koordiniertes Maßnahmenkonzept und ein ebensolches Vorgehen gefordert. Aktionspläne existieren bereits in etlichen Ländern und dienen dazu, prioritäre Handlungsziele und -felder auf unterschiedlichen Ebenen festzulegen und zu abgestimmten Maßnahmen zu gelangen. Zur Erarbeitung eines solchen Plans in Deutschland wurde eine Initiative¹⁹ gestartet, deren Ergebnisse in absehbarer Zeit zu erwarten sind. Mit dieser Initiative sind erste wichtige Schritte zur Förderung der Gesundheitskompetenz erfolgt, denen allerdings weitere folgen müssen. Dazu gehört nicht zuletzt die politisch gestützte systematische Implementation von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Deutschland.

2. Intensivierung der Forschung zur Gesundheitskompetenz

Zu den künftig anzugehenden Aufgaben gehört auch, die Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitskompetenz zu intensivieren und die dazu nötigen strukturellen und vor allem finanziellen Voraussetzungen zu schaffen. Denn bislang wurde das Thema Gesundheitskompetenz/Health Literacy in Deutschland nur vereinzelt beforscht, so dass noch zahlreiche Fragen unbeantwortet sind. Beispielweise ist erforderlich, das Wissen über die Gesundheitskompetenz bestimmter Bevölkerungsgruppen, etwa bei den unterschiedlichen Gruppen mit Migrationshintergrund, chronischer Krankheit aber auch im Kindes- und Jugendalter zu verbessern. Ähnliches gilt auch für die Auswirkungen niedriger Gesundheitskompetenz. Ebenso bedürfen die Themen E-Health und M-Health künftig größerer Beachtung in der Forschung, denn sie haben in der Gesundheitskompetenzforschung bislang einen eher geringen Stellenwert.

¹⁹ Angesprochen ist das Kooperationsprojekt der Universität Bielefeld, der Hertie School of Governance und dem AOK-Bundesverband, in dem dem Vorbild anderer Länder folgend ein Nationalen Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland erarbeitet wird (Schaeffer et al. i.E.).

Eine weitere wichtige Aufgabe besteht darin, die vorliegenden Messinstrumente weiter zu entwickeln und sie an die Besonderheiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen anzupassen.

Eine weitere, sich in diesem Kontext stellende Aufgabe besteht darin, die nötigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Gesundheitskompetenz nicht nur einmalig gemessen wird, sondern Wiederholungsbefragungen ermöglicht werden und mehr noch: ein Monitoring realisiert wird. Eine solche regelmäßige Messung wird international seit langem gefordert und ist auch für Deutschland sinnvoll (Schaeffer/Pelikan 2017). Denn nur eine regelmäßige Messung von Gesundheitskompetenz bietet die Möglichkeit kausale Zusammenhänge zu beschreiben und nur sie erlaubt, Einblick in die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erhalten und passgenaue Interventionen zu entwickeln.

3. Förderung der Interventionsentwicklung

Obschon die Datenlage für Deutschland sicher noch verbesserbar ist, deutet sich an, dass die Interventionsentwicklung der Intensivierung bedarf. Gefordert sind zum einen Interventionskonzepte und Maßnahmen zur Stärkung der *persönlichen Gesundheitskompetenz*. Denn eingeschränkte Gesundheitskompetenz ist – wie gezeigt wurde – kein Problem einer Minderheit, sondern der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland.

Zum anderen werden *spezielle, zielgruppenspezifische Interventionskonzepte* benötigt, die den lebensweltlichen Bedingungen der genannten vulnerablen Gruppen – Menschen mit niedrigem Bildungshintergrund und Sozialstatus, Menschen mit Migrationshintergrund, älteren Menschen und besonders chronisch Erkrankten – entsprechen und die darauf zielen, bestehende Wissens- und Kompetenzdefizite auszugleichen und zur Milderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen. Die Konzeptentwicklung für diese Gruppen zu befördern, ist eine bedeutsame künftige Aufgabe.

Nicht weniger wichtig ist die Entwicklung *neuer und anderer Informations- und Vermittlungsstrategien*, die an den lebensweltlichen und sozio-kulturellen Bedingungen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind, sich einfacher Sprache, vermehrter Nutzung von visuellem Material, wie Film- und Bildmaterial, Piktogrammen etc. bedienen. Dabei sollten die neuen Informationstechnologien verstärkt Beachtung finden. Für manche Bevölkerungsgruppen – besonders die so genannten schwer erreichbaren Gruppen – ermöglichen sie einen niederschweligen Zugang zu Information und Unterstützung und sind geeignet, Barrieren auszuräumen oder zu minimieren.

Auch für Zielgruppen wie bildungsferne Jugendliche oder aber Menschen mit Fluchterfahrung sind die Nutzung von visuellem Material und einfacher Sprache besonders gut geeignet, um den Zugang zu gesundheitsrelevanter Information zu erleichtern.

Darüber hinaus ist erforderlich, nicht nur die Informations- und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im engeren Sinn zu fördern, sondern auch die *Fähigkeit zu interaktiver und kritischer Gesundheitskompetenz* (Nutbeam 2000) zu stärken. Auch darauf deuten die dargestellten Daten. Ihnen zufolge sind nicht alle Menschen in der Lage, adäquat auf die Anforderungen der gewandelten Patientenrolle und die Notwendigkeit selbstbestimmter informierter Entscheidungsfindung zu reagieren. Darauf weisen nicht nur die identifizierten Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten hin, sondern auch die Probleme bei der Einschätzung, wann eine Zweitmeinung von einem anderen Arzt eingeholt werden sollte und wie die Vertrauenswürdigkeit und Qualität von Informationen (etwa in den Medien) zu bewerten ist. Letzteres ist eine besonders im Umgang mit den neuen sozialen Medien wichtige Anforderung.

Die alleinige Bereitstellung von besserer und nutzerfreundlicher Information genügt jedoch nicht. Bei etlichen Gruppen ist außerdem *Unterstützung bei der Verarbeitung, Beurteilung und Nutzung von Information* erforderlich, denn das Vorhandensein von Information und Wissen reicht nicht aus; sie müssen auch verstanden, eingeschätzt und subjektiv nutzbar gemacht und zudem in Handeln transferiert werden können. Dazu ist notwendig, das neue Wissen in das vorhandene Wissensrepertoire zu integrieren, es auf die eigene Problemsituation zu übertragen und in konkretes Handlungswissen zu überführen – ein sich keineswegs automatisch vollziehender Schritt, der vielfach der Unterstützung bedarf. (Verbraucher-)Beratungsstellen sind hier wichtige Instanzen. Besonders bei der Suche nach individuell nicht lösbaren Problemen unterstützen sie die nötige Informations- und Wissensverarbeitung sowie den Transfer in Handlungswissen. Allerdings müssen sie, um diese Funktion breitenwirksam wahrnehmen zu können, noch besser im Bewusstsein der Bevölkerung verankert werden – auch das hat die Studie gezeigt und damit vorliegende Erkenntnisse erneut bestätigt (Baumann/Czerwinski 2015). Eine nicht minder hohe Bedeutung kommt den Gesundheitsprofessionen, besonders den Ärztinnen und Ärzten zu, wie die zuvor dargestellten Daten gezeigt haben. Sie sind bei gesundheitsrelevanten Informationsfragen und -anliegen wichtige Anlaufstellen und Vertrauensinstanzen, stellen aber – wie zu sehen

war – die Nutzer und Verbraucher nicht immer zufrieden, wenn es um verständliche und ausreichende Gesundheitsinformation geht (siehe dazu den folgenden Punkt).

4. Nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitssystems

Parallel zu individuen- bzw. verhaltensbezogenen Interventionen ist erforderlich, die soziale Umgebung intensiver zu beachten (Rudd 2017) und verhältnisorientierte Interventionen zu entwickeln, die zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit des Gesundheitswesens beitragen. Dazu gehören nicht zuletzt Interventionen, die darauf zielen, die *Strukturen des Gesundheitssystems* entsprechend anzupassen und zu verändern, sodass geeignete Rahmenbedingungen für eine nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitssystems geschaffen werden. Das bedeutet beispielsweise, geeignete zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen für die Wahrnehmung von Aufgaben der Kommunikation und Information durch die Gesundheitsprofessionen herzustellen²⁰ oder die *Organisationen des Gesundheitswesens gesundheitskompetenter und informationsfreundlicher zu gestalten* und das Konzept ‚gesundheitskompetente Organisationen‘ aufzugreifen und umzusetzen. Sowohl der Krankenhausbereich als auch die stationäre Langzeitversorgung bieten sich dafür an, wie vorliegende Erfahrungen zeigen (ex. Brach et al. 2012; Dietscher/Pelikan 2017); doch gilt das ebenso für die Patienten- und Verbraucherberatung.

Ferner sind Maßnahmen notwendig, um die *Navigation* durch das Gesundheitssystem zu erleichtern und die Transparenz zu verbessern. *Verständliche* Kommunikation stellt eine weitere, besonders für den Abbau sozialer Ungleichheit wichtige Herausforderung dar. Ähnliches gilt für die Sensibilisierung der Gesundheitsprofessionen für Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz.

Um dies zu ermöglichen ist notwendig, die *Förderung von Gesundheitskompetenz zu einer elementaren Aufgabe der Gesundheitsprofessionen* – der Ärzte, aber auch der Pflege, der psycho-sozialen Helferberufe – wie auch der *Patienten- und Verbraucherberatung* zu erheben. Voraussetzung dazu ist, diese Aufgabe im Selbst- und Aufgabenverständnis der Gesundheitsprofessionen und der Berater/innen zu verankern und dafür Sorge zu tragen, dass sie die nötigen Qualifikationen und Kompetenzen für die

²⁰ Das ist aus Sicht der Gesundheitsprofessionen besonders wichtig, denn angesichts der restriktiven Rahmenbedingungen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens sehen sie sich oft nicht in der Lage, angemessen zu informieren und die dazu nötige Kommunikation zu ermöglichen.

Förderung von Gesundheitskompetenz und auch den Umgang mit niedriger Gesundheitskompetenz erwerben.

Über all das hinaus ist erforderlich, die Patienten-, Verbraucher- und Pflegeberatung und die Gesundheitsprofessionen durch Bereitstellung von unterstützenden *Materialien und Methoden* in die Lage zu versetzen, zu einem förderlichen Umgang mit Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz zu gelangen. Wie wichtig dies ist, haben die dargestellten Befunde der Studie unterstrichen, denn sowohl die Information wie auch die Informationsvermittlung und auch die Kommunikation mit Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz sind ihnen zufolge verbesserungsbedürftig.

Eine solche *Material- und Methodensammlung* bereitzustellen, war und ist ebenfalls Intention des Projekts, aus dem hier berichtet wird. Auf der Basis der im HLS-GER erhobenen Daten wurde eine Material- und Methodensammlung erarbeitet mit dem Ziel, die Praxis darin zu unterstützen, verständlich informieren und beraten zu können und Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz gezielt zu fördern (siehe auch Pelikan et al. 2013; Schmidt-Kaehler et al. 2017; WHO 2013). Die Material- und Methodensammlung ist für das gesamte Gesundheitswesen konzipiert worden – von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, über die Gesundheitsprofessionen, die in ihrem Alltag ebenfalls täglich informieren und beraten, über Kostenträger bis hin zur Selbsthilfe. Dafür, dass sie auf reges Interesse stoßen wird, sprechen viele Hinweise. Eine erfolgreiche Umsetzung erfordert jedoch mehr und setzt voraus, dass die dort vorgestellten Instrumente und Methoden systematisch erprobt und evaluiert werden – eine ebenfalls der Zukunft vorbehaltene, wichtige Aufgabe.

Insgesamt – so die abschließende Empfehlung – sollte die Förderung der Gesundheitskompetenz künftig einen festen Stellenwert im Gesundheitssystem erhalten. Zwar bietet es Leistungen auf hohem Niveau; damit aber alle Nutzer und Verbraucher davon profitieren können, muss die Kommunikation und Information unter neuen Vorzeichen betrachtet werden. Ebenso ist erforderlich, dem Thema in anderen Sektoren, etwa dem Erziehungs- und Bildungssektor, einen festen Stellenwert zu verleihen, denn die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist eine Aufgabe, die alle gesellschaftlichen Bereiche durchzieht.

13 Literatur

Abel, T. (2008): Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective. *International Journal of Public Health* 53 (4), 169-170.

Abel, T./Bruhin, E. (2003): Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 128-131.

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

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

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

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

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

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

Baumann, E./Hastall, M. R. (2014): Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann, K./Baumann, E. (Hg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Huber, 451-466.

Beauchamp, A./Buchbinder, R./Dodson, S./Batterham, R. W./Elsworth, G. R./McPhee, C./Sparkes, L./Hawkins, M./Osborne, R. H. (2015): Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 15, 678.

Bennett, C. L./Ferreira, M. R./Davis, T. C./Kaplan, J./Weinberger, M./Kuzel, T./Seday, M. A./Sartor, O. (1998): Relation between literacy, race, and stage of presentation

among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology* 16 (9), 3101-3104.

Bennett, I./Chen, J./Soroui, J./White, S. (2009): The Contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine* 7 (3), 204-211.

Berens, E.-M./Reder, M./Razum, O./Kolip, P./Spallek, J. (2015): Informed Choice in the German Mammography Screening Program by Education and Migrant Status: Survey among First-Time Invitees. *PLoS One* 10 (11), e0142316.

Berens, E.-M./Vogt, D./Messer, M./Hurrelmann, K./Schaeffer, D. (2016a): Health literacy among different age groups in Germany. Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 16 (1), 1151.

Berens, E.-M./Yilmaz-Aslan, Y./Spallek, J./Razum, O. (2016b): Determinants of mammography screening participation among Turkish immigrant women in Germany – a qualitative study reflecting key informants' and women's perspectives. *European Journal of Cancer Care* 25 (1), 38-48.

Berkman, N. D./Sheridan, S. L./Donahue, K. E./Halpern, D. J./Viera, A./Crotty, K./Holand, A./Brasure, M./Lohr, K. N./Harden, E./Tant, E./Wallace, I./Viswanathan, M. (2011): Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report Technology Assessment (Full Rep)* (199), 1-941.

Bieri, U./Kocher, J. P./Gauch, C./Tschöpe, S./Venetz, A./Hagemann, M./Schwab, J./Schüpbach, S./Frind, A. (2016): Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015". Schlussbericht. Bern.

Brach, C./Keller, D./Hernandez, L. M./Baur, C./Parker, R./Dreyer, B./Schyve, P./Lemrise, A. J./Schillinger, D. (2012): Ten attributes of health literate health care organizations. New York: Institute of Medicine.

Borde, T. (2009): Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Zielgruppen erschließen. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Eds.): *Migration und Gesundheitsförderung* (pp. 18-31). Köln: BZgA, 18-31.

Canadian Council on Learning (CCL) (2008): Health literacy in Canada. A healthy understanding, 2008. Ottawa, Ont. Verfügbar unter: [http://www.bth.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/HealthLiteracyReport-Feb2008E_pdf/\\$file/HealthLiteracyReportFeb2008E.pdf](http://www.bth.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/HealthLiteracyReport-Feb2008E_pdf/$file/HealthLiteracyReportFeb2008E.pdf) (03.05.2016).

- DeWalt, D. A./Berkman, N. D./Sheridan, S./Lohr, K./Pignone, M. (2004): Literacy and health outcomes. A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine* 19, 1228-1239.
- Dierks, M.L./ Schwartz, F.W. (2003): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (2003): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig überarb. und erw. Aufl.* München: Urban & Fischer.
- Dietscher, C./Pelikan, J. (2017): Health-literate hospitals and healthcare organizations Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven.* Bern: Hogrefe, 303-313.
- Fang, M. C./Machtiger, E. M./Wang, F./Schillinger, D. (2006): Health Literacy and Anti-coagulation-related Outcomes Among Patients Taking Warfarin. *Journal of General Internal Medicine* 21 (8), 841-846.
- Ganahl, K./Pelikan, J. M. (2017): Gesundheitskompetenz von 15-Jährigen Jugendlichen in Österreich – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven.* Bern: Hogrefe, 175-188.
- Haslbeck, J. (2017): Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronischer Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven.* Bern: Hogrefe, 259-275.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states. The European Health Literacy survey HLS-EU (second revised and extended version). Verfügbar unter: http://lbihpr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
- Ipsos Public Affairs (2014): Health Literacy als Ausgangspunkt nutzerorientierter Beratung (HLS-GER). Interner Methodenbericht. Berlin.
- 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.
- Kickbusch, I./Maag, D./Saan, H. (Hg.) (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Paper presented at the European Health Forum.
- Kickbusch, I./Marstedt, G. (2008): Gesundheitskompetenz: eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In: Böcken, J./Braun, B./Amhof, R. (Hg.): *Gesundheitsmonitor*

2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 12-28.

Kirsch, I. S./Jungeblut, A./Jenkins, L./Kolstad, A. (2002): *Adult Literacy in America. A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey*. 3. Aufl. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

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

Lampert, T./Kroll, L. E./Müters, S./Stolzenberg, H. (2013): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56, 631-636.

Lee, S. Y./Tsai, T. I./Tsai, Y. W./Kuo, K. N. (2010): Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health* 10: 614.

Lindau, S. T./Tomori, C./Lyons, T./Langseth, L./Bennett, C. L./Garcia, P. (2002): The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal Obstetrics & Gynecology* 186 (5), 938-43.

Malloy-Weir, L. J./Charles, C./Gafni, A./Entwistle, V. (2016): A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy* [Epub ahead of print].

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

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

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

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

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

- Paasche-Orlow, M. K./Wolf, M. S. (2007): The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior* 31 (1), 19-26.
- Parker, R. M. (2009): Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In: Hernandez, L. (Hrsg.): *Measures of Health Literacy*. Washington, DC: National Academic Press, 91-98.
- Parker, R. M./Baker, D. W./Williams, M. V./Nurss, J. R. (1995): The test of functional health literacy in adults. a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 10 (10), 537-541.
- Pelikan, J. M./Ganahl, K./Röthlin, F. (2013): *Gesundheitskompetenz verbessern - Handlungsoptionen für die Sozialversicherung*. Linz: SV-Wissenschaft; Ludwig Boltzmann Institute.
- Pelikan, J. M./Ganahl, K. (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 93-125.
- Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf (10.06.2016).
- Quenzel, G./Vogt, D./Schaeffer, D. (2016): Unterschiede der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedriger Bildung, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund. *Gesundheitswesen* 78 (11), 708-710.
- Robert Koch-Institut (2014): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Berlin. Verfügbar unter: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28GsWuNtFjVqY.pdf. (17.10.2016).
- Röthlin, F./Pelikan J. M./Ganahl, K. (2013): *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)*.
- Rudd, R. E./Anderson, J. E. (2006): *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers*. Boston: Department of Society, Human Development, & Health.
- Rudd, R. E./Moeykens, B./Colton, T. C. (1999): *Health and literacy. A review of medical and public health literature*. Annual Review of Adult Learning and Literacy, New York.

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

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

Schaeffer, D./Berens, E.-M./Weishaar, H./Vogt, D. (i. E.): Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan. Public Health Forum.

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

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

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E. M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland – eine repräsentative Erhebung in der Allgemeinbevölkerung (HLS_GER). In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 129-143.

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

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

Scott, T. L./Gazmararian, J. A./Williams, M. V./Baker, D. W. (2002): Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Medical Care 40 (5), 395-404.

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

Soellner, R./Huber, S./Lenartz, N./Rudinger, G. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 17 (3), 105-113.

- 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.
- Spallek, J./Zeeb, H./Razum, O. (2010): Prevention among Immigrants: The example of Germany. *BMC Public Health* 10, 1471-2458.
- Spallek, J./Razum, O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 271-290.
- Speros, C. (2005) Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 50 (6), 633-640.
- Squiers, L./Peinado, S./Berkman, N./Boudewyns, V./McCormack, L. (2012): The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication* 17 (sup3), 30-54.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2016): Internationale Bildungsindikatoren im Ländervergleich. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00017749/Internationale_Bildungsindikatoren_2015.pdf;jsessionid=4E53E17C0B2A671DF59F818B9CA3C0A6 (17.10.2016).
- Statistisches Bundesamt (2016): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige 2013. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?__blob=publicationFile (17.10.2016).
- Sudore, R./Yaffe, K./Satterfield, S./Harris, T./Mehta, K./Simonsick, E./Newman, A./Rosano/Caterina/Rooks, R./Rubin, S./Ayonayon, H. (2006): Limited Literacy and Mortality in the Elderly. The Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of General Internal Medicine* 21, 806-812.
- Suka, M./Odajima, T./Okamoto, M./Sumitani, M./Igarashi, A./Ishikawa, H./Kusama, M./Yamamoto, M./Nakayama, T./Sugimori, H. (2015): Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling* 98 (5), 660-668.

- Toçi, E./Burazeri, G./Myftiu, S./Sørensen, K./Brand, H. (2016): Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *Journal of Public Health (Oxford, England)* 38 (1), 6-13.
- Tokuda, Y./Doba, N./Butler, J. P./Paasche-Orlow, M. K. (2009): Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling* 75 (3), 411-417.
- Tones, K. (2002): Health literacy: new wine in old bottles? *Health Educ Res* 17 (3), 287-290.
- U.S. Department of Education (1990) National Adult Literacy Survey (NALS). Education Testing Service, Washington.
- van der Heide, I./Rademakers, J./Schipper, M./Droomers, M./Sorensen, K./Uiters, E. (2013): Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 13:179
- Vogt, D./Messer, M./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): "Health Literacy" - ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung* 11 (1), 46-52.
- Weiss, B. D./Mays, M. Z./Merriam Castro, K./DeWalt, D. A./Pignone, M. P./Mockbee, J./Hale, F. A. (2005): Quick Assessment of Literacy in Primary Care. *The Newest Vital Sign. The Annals of Family Medicine* 3 (6), 514-522.
- Weiss, B. D./Hart, G./McGee, D. L./D'Estelle, S. (1992): Health Status of Illiterate Adults: Relation between Literacy and Health Status among Persons with low Literacy Skills. *Journal of the American Board of Family Practice* 5, 257-264.
- WHO – World Health Organization (Hg.) (2016): Shanghai Declaration on promotin health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. 9th Global Conference on Health Promotion; 2016, 21 November 2016; Shanghai.
- WHO – World Health Organization (2013): Health Literacy. The solid facts. Genf.
- Williams, M. V./Parker, R. M./Baker, D. W./Parikh, N. S./Pitkin, K./Coates, W. C./Nurss, J. R. (1995): Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA* 274 (21), 1677-82.
- Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO monitor* 11 (2), 1-12.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1: Integriertes Modell von Health Literacy (Sørensen et al. 2012: 9).....	18
Abbildung 4-2: HLS-GER Modell in Anlehnung an Sørensen et al. (2012) und Squiers et al. (2012).....	19
Abbildung 6-1: Health Literacy-Niveaus des Gesamtindex in der HLS-GER und der HLS-EU Stichprobe in Prozent.....	39
Abbildung 7-1: Health Literacy-Niveaus des Gesamtindex nach Subgruppen in Prozent	43
Abbildung 8-1: Health Literacy-Niveaus nach Bereichen in Prozent.....	49
Abbildung 8-2: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Krankheitsbewältigung, Anteil ‚sehr schwierig‘ und ‚ziemlich schwierig‘ in Prozent.....	50
Abbildung 8-3: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Prävention, Anteil ‚sehr schwierig‘ und ‚ziemlich schwierig‘ in Prozent.....	51
Abbildung 8-4: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Gesundheitsförderung, Anteil ‚sehr schwierig‘ und ‚ziemlich schwierig‘ in Prozent.....	53
Abbildung 8-5: Health Literacy-Niveaus im Bereich Krankheitsbewältigung nach Subgruppen in Prozent	55
Abbildung 8-6: Health Literacy-Niveaus im Bereich Prävention nach Subgruppen in Prozent	56
Abbildung 8-7: Health Literacy-Niveaus im Bereich Gesundheitsförderung nach Subgruppen in Prozent	57
Abbildung 9-1: Health Literacy-Niveaus nach Dimensionen der Informationsverarbeitung in Prozent	59
Abbildung 9-2: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Suchen von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent.....	61
Abbildung 9-3: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Verstehen von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent.....	62
Abbildung 9-4: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Beurteilen von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent.....	63
Abbildung 9-5: Health Literacy-Niveaus der Dimension ‚Verwendung von Informationen‘ nach Subgruppen in Prozent	64
Abbildung 10-1: Anlaufstellen für Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent (Mehrfachantworten möglich).....	66
Abbildung 10-2: Anteil Befragter, die schon einmal Erklärungen verschiedener Gesundheitsprofessionen nicht richtig verstanden haben, gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent.....	68
Abbildung 10-3: Anteil Befragter, die sich von verschiedenen Gesundheitsprofessionen schon einmal falsch informiert gefühlt haben, gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	69
Abbildung 10-4: Anteil Befragter, die sich schlecht oder sehr schlecht informiert fühlen; gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent.....	70
Abbildung 10-5: Informationswünsche der Befragten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	72
Abbildung 10-6: Hatten Sie schon mal gesundheitliche Probleme und Sorgen, ohne zu wissen, an wen Sie sich wenden sollten? Insgesamt und Anteil eingeschränkter Health Literacy bei ja in Prozent.....	73
Abbildung 10-7: Begleitungsmöglichkeit bei Arztbesuchen insgesamt, nach eingeschränkter Health Literacy, Altersgruppen und Migrationshintergrund in Prozent.....	74
Abbildung 10-8: Personenkreis zur Unterstützung bei gesundheitsbedingtem Hilfebedarf gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent.....	75
Abbildung 10-9: Anteil richtiger Antworten zu Patientenrechten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent.....	76
Abbildung 11-1: Subjektiver Gesundheitszustand gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent....	79
Abbildung 11-2: Gesundheit im Vergleich zu Menschen gleichen Alters gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	80

Abbildung 11-3: Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	81
Abbildung 11-4: Täglicher Konsum verschiedener Lebensmittel gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	82
Abbildung 11-5: Körperliche Aktivität gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	83
Abbildung 11-6: WHO-Klassifikation des Body-Maß-Index gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	84
Abbildung 11-7: Anteil Raucher gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	85
Abbildung 11-8: Alkoholkonsumindex gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	86
Abbildung 11-9: Verzehr von mehr als 5 alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	87
Abbildung 11-10: Anzahl täglich eingenommener, ärztlich verordneter Medikamente gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	88
Abbildung 11-11: Arztkontakte in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	90
Abbildung 11-12: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	91
Abbildung 11-13: Kontakte mit anderen medizinischen Fachleuten in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	92
Abbildung 11-14: Zahnarztkontakte in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	92
Abbildung 11-15: Nutzung ärztlicher Notfalldienst in den letzten 2 Jahren gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	93
Abbildung 11-16: Durchführung Hautkrebsprävention gesamt und nach Health Literacy-Niveau in Prozent	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Studienübersicht: Health Literacy in der Bevölkerung	14
Tabelle 5-1: Matrix der Items des Health Literacy-Messinstruments	22
Tabelle 5-2: Fragen des HLS-EU Q47 und Zuordnung zu Bereichen.....	23
Tabelle 5-3: Übersicht über Health Literacy Kennwerte.....	25
Tabelle 5-4: Inhalte der ISCED-Klassifikation und Einteilung in Bildungsniveaus	26
Tabelle 5-5: Übersicht Parameter Interviewdurchführung.....	32
Tabelle 5-6: Cronbach's Alpha für die Health Literacy-Indices für die Gesamtstichprobe mit Vergleichswerten für NRW (HLS-EU Erhebung) und EU	34
Tabelle 5-7: Stichprobenbeschreibung des German Health Literacy Surveys (HLS-GER).....	36
Tabelle A-1: Deskriptive Statistiken der Health Literacy Indices Insgesamt und nach Subgruppen	114

ANHANG

Tabelle A-1: Deskriptive Statistiken der Health Literacy Indices Insgesamt und nach Subgruppen

		Gesamt	Krankheits-be-wältigung	Prävention	Gesundheits-förderung	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen bewerten	Informationen anwenden
Gesamt									
	N	1946	1971	1951	1914	1865	1974	1942	1964
	Mittelwert	32,79	34,10	33,22	31,04	31,75	33,76	31,32	34,68
Gesamt	Standardabweichung	6,18	6,78	6,95	7,33	7,28	7,04	7,16	6,789
	Minimum	1,06	2,08	1,11	,00	2,56	,00	,00	,00
	Maximum	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
Migrationshintergrund									
	N	1788	1809	1793	1758	1720	1814	1783	1804
	Mittelwert	32,97	34,28	33,39	31,22	31,86	33,94	31,53	34,87
nein	Standardabweichung	6,06	6,68	6,85	7,24	7,20	6,90	7,06	6,65
	Minimum	12,06	6,25	5,56	7,29	2,56	10,61	5,56	13,64
	Maximum	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
	N	154	156	153	152	140	156	154	156
	Mittelwert	30,76	32,19	31,30	28,91	30,47	31,69	28,97	32,55
ja	Standardabweichung	7,18	7,56	7,95	8,09	8,26	8,36	7,90	8,03
	Minimum	1,06	2,08	1,11	,00	3,85	,00	,00	,00
	Maximum	47,87	50,00	50,00	45,83	48,72	50,00	50,00	50,00
Bildungsniveau									
	N	648	654	649	635	604	657	645	657
	Mittelwert	31,29	32,56	31,85	29,15	29,87	32,01	30,15	33,33
niedrig	Standardabweichung	6,68	7,17	7,51	7,86	8,01	7,46	7,47	7,24
	Minimum	1,06	2,08	1,11	,00	2,56	,00	,00	,00
	Maximum	49,65	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
	N	950	964	954	933	922	966	946	955
	Mittelwert	33,62	34,98	33,90	32,12	32,49	34,66	32,13	35,66
mittel	Standardabweichung	5,66	6,43	6,36	6,72	6,59	6,63	6,75	6,30
	Minimum	12,06	6,25	12,50	9,38	11,54	12,12	5,56	16,67
	Maximum	48,58	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	48,61	50,00
	N	339	344	339	338	329	341	341	342
	Mittelwert	33,33	34,58	34,01	31,57	33,11	34,54	31,32	34,56
hoch	Standardabweichung	6,04	6,39	7,07	7,20	7,08	6,66	7,38	6,72
	Minimum	15,96	18,75	11,11	9,38	15,38	16,67	13,89	16,67
	Maximum	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00

		Gesamt	Krankheits-be-wältigung	Prävention	Gesundheits-förderung	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen bewerten	Informationen anwenden
Chronische Erkrankung									
ja	N	489	497	490	475	470	497	485	492
	Mittelwert	30,08	30,53	31,81	27,90	28,99	30,76	29,35	31,49
	Standardabweichung	5,51	6,16	6,40	6,82	6,72	6,61	6,41	6,33
	Minimum	12,06	6,25	8,89	8,89	6,41	10,61	5,56	15,15
	Maximum	48,89	48,96	50,00	48,96	50,00	50,00	50,00	50,00
nein	N	1450	1467	1455	1432	1389	1471	1450	1465
	Mittelwert	33,71	35,32	33,70	32,08	32,68	34,78	31,97	35,78
	Standardabweichung	6,12	6,53	7,05	7,18	7,22	6,88	7,26	6,58
	Minimum	1,06	2,08	1,11	,00	2,56	,00	,00	,00
	Maximum	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
Geschlecht									
männlich	N	949	964	951	936	915	961	947	959
	Mittelwert	32,89	34,37	33,11	31,25	31,82	33,82	31,36	34,98
	Standardabweichung	6,18	6,72	6,91	7,45	7,40	6,94	7,14	6,78
	Minimum	1,06	2,08	1,11	,00	2,56	,00	,00	,00
	Maximum	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
weiblich	N	997	1007	1000	978	950	1013	994	1004
	Mittelwert	32,69	33,84	33,32	30,8349	31,68	33,70	31,29	34,40
	Standardabweichung	6,18	6,817	7,00	7,21243	7,17	7,14	7,18	6,79
	Minimum	12,06	6,25	11,11	7,29	7,69	12,12	5,56	13,64
	Maximum	49,65	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
Alter									
15-29 Jahre	N	376	384	380	373	362	384	374	383
	Mittelwert	33,77	35,66	33,48	32,23	32,80	35,06	31,79	35,93
	Standardabweichung	6,25	6,62	7,50	7,23	7,67	6,82	7,76	6,82
	Minimum	12,06	10,42	6,67	7,29	6,41	10,61	11,67	16,67
	Maximum	49,65	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
30-45 Jahre	N	490	492	486	487	470	494	488	489
	Mittelwert	33,99	35,73	33,91	32,23	33,26	35,36	32,14	35,51
	Standardabweichung	5,95	6,31	6,88	7,14	6,91	6,62	7,13	6,57
	Minimum	14,18	14,58	5,56	9,38	7,69	12,12	12,50	16,67
	Maximum	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
46-64 Jahre	N	619	625	620	604	598	627	617	623
	Mittelwert	32,75	33,93	33,25	31,03	31,71	33,57	31,42	34,66
	Standardabweichung	6,07	6,72	6,77	7,08	6,96	6,98	6,96	6,71
	Minimum	12,06	6,25	11,11	9,38	2,56	13,64	5,56	13,64
	Maximum	49,29	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	48,61	50,00

		Gesamt	Krankheits-be- wältigung	Prävention	Gesundheits- förderung	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen bewerten	Informationen anwenden
	N	462	470	464	450	435	469	462	468
ab 65	Mittelwert	30,75	31,34	32,24	28,77	29,30	31,26	29,95	32,84
Jahren	Standardabweichung	6,02	6,54	6,72	7,42	7,15	7,01	6,77	6,72
	Minimum	1,06	2,08	1,11	,00	3,85	,00	,00	,00
	Maximum	48,89	48,89	50,00	50,00	50,00	48,48	50,00	50,00
selbstangegebener Sozialstatus									
niedrig	N	247	249	248	238	237	250	244	245
	Mittelwert	29,48	30,18	30,54	27,78	28,09	29,90	28,46	31,96
	Standardabweichung	5,58	6,14	6,72	6,85	7,29	6,74	6,21	6,46
	Minimum	12,06	10,42	5,56	8,89	2,56	10,61	12,50	15,15
	Maximum	46,81	50,00	50,00	46,88	50,00	50,00	48,61	50,00
mittel	N	1303	1317	1304	1286	1249	1322	1302	1316
	Mittelwert	32,74	34,13	33,25	30,84	31,76	33,79	31,29	34,48
	Standardabweichung	6,00	6,55	6,85	7,15	7,10	6,84	7,00	6,60
	Minimum	12,06	6,25	6,67	8,33	7,69	13,33	5,56	13,64
	Maximum	49,65	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
hoch	N	357	358	357	356	349	357	354	360
	Mittelwert	35,07	36,57	34,91	33,70	34,14	36,07	33,44	37,06
	Standardabweichung	5,61	6,37	6,39	6,72	6,62	6,17	7,14	6,37
	Minimum	19,50	18,75	15,56	7,29	12,12	18,18	12,50	18,33
	Maximum	48,89	50,00	50,00	48,96	50,00	50,00	48,61	50,00

Impressum

Herausgeber:

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaft

AG 6: Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft

Postfach 100131 | 33501 Bielefeld

Tel. 49 (0) 521 | 106 6880

Fax 49 (0) 521 | 106 6437

E-Mail: gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de

Projektleitung V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Zitation:

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E. M./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.

DOI: 10.2390/0070-pub-29088450

Stand:

Dezember 2016 – geringfügig überarbeitete Fassung vom 27. Februar 2017

© Universität Bielefeld 2016,
alle Rechte vorbehalten