



Ergebnisbericht der „GeMSe“-Studie

Gesundheitskompetenz und Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Mitgliedern der Selbsthilfe

Hochschule Fulda
Fachbereich Pflege und Gesundheit

Juni 2021

Autor*innen des Berichts

Projektleitung:

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Seminarleitungen:

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Theres Vockert (M. A.)

Mitwirkende:

Altundag, Berna;

Chatouani, Safa;

Hägel, Franziska Giulia;

Jonescheit; Cassandra;

Khanoyan, Evelina;

Kogel, Lisa Marie;

Lellinger, Lisa;

Pavlovic, Vedran;

Pfeil, Isabell;

Steeb, Natalie;

Taubert, Jennifer;

Yusif, Farid

Zitationsvorschlag:

Rathmann, K.; Chatouani, Safa; Hägel, Franziska Giulia; Jonescheit; Cassandra; Khanoyan, Evelina; Kogel, Lisa Marie; Lellinger, Lisa; Pavlovic, Vedran; Pfeil, Isabell; Steeb, Natalie; Taubert, Jennifer; Yusif, Farid; Vockert, Theres (2021). Ergebnisbericht der „GeMSe“-Studie: Gesundheitskompetenz und Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Mitgliedern der Selbsthilfe. Online verfügbar unter: <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/912> [zuletzt zugegriffen am: XX.XX.XXXX].

Zusammenfassung

Hintergrund

Die gegenwärtige Corona-Pandemie stellt Mitglieder von Selbsthilfegruppen vor Herausforderungen und zeigt, dass die Gesundheitskompetenz immer wichtiger wird, denn die Gesundheitskompetenz bezieht sich auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Menschen mit Behinderungen gehören einer Bevölkerungsgruppe an, die oftmals benachteiligt wird, auch hinsichtlich ihrer Gesundheit. Damit eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann, sollte ein Zugang zum Gesundheitswesen ohne Barrieren ermöglicht werden. Ziel der Studie „Gesundheitskompetenz von Mitgliedern der Selbsthilfe (GeMSe)“ ist es, die individuelle Gesundheitskompetenz, das Suchverhalten nach Gesundheitsinformationen und wahrgenommene Barrieren im Gesundheitssystem abzubilden.

Methode

Die Datenbasis bildet eine Online-Befragung von 778 Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, welche von Oktober 2019 bis Januar 2020 von der Technischen Universität Dortmund in Zusammenarbeit mit der Hochschule Fulda durchgeführt wurde. Die statistische Auswertung erfolgte mittels deskriptiver, uni- sowie bivariater Analysen durchgeführt mit SPSS Statistics (Version 25).

Ergebnisse

Ein Großteil der Befragten hat nach eigener Einschätzung Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitspezifischen Informationen. Mitglieder der Selbsthilfe verwenden am häufigsten internetbasierten Quellen wie „Google“, um nach gesundheitsrelevanten Informationen zu recherchieren. Mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, vor und/oder nach dem Besuch des/der Arztes/ Ärztin nach zusätzlichen Gesundheitsinformationen zu suchen. Bezüglich der Erfahrungen und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung zeigen die Ergebnisse, dass mehr als die Hälfte der Befragten positive Erfahrungen im Gesundheitssystem, insbesondere mit der Zeitdauer im Arzt-Patienten-Gespräch gemacht haben. In Bezug auf die künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen gab über die Hälfte der Befragten an, Befürchtungen zur zukünftigen Entwicklung im Gesundheitswesen zu haben.

Schlussfolgerung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung und die angemessene Nutzung gesundheitsbezogener Informationen sind für Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, die täglich gesundheitliche Entscheidungen treffen müssen, von großer Bedeutung. Daher ist es für die Selbsthilfe erforderlich, die Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder zu stärken und sie bei der Suche nach Gesundheitsinformationen zu unterstützen. Die Selbsthilfe sollte auf die Befürchtungen ihrer Mitglieder eingehen und reagieren. Auf dieser Grundlage ist es empfehlenswert, weitere Forschungen hinsichtlich der Gesundheitskompetenz bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, dem Informationssuchverhalten und den Barrieren in der Gesundheitsversorgung durchzuführen.

Schlüsselwörter: Menschen mit Behinderung, chronische Erkrankung, Selbsthilfe, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsversorgung

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Die GeMSe-Studie.....	6
3. Gesundheitskompetenz: Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen	16
4. Suche nach Quellen für Gesundheitsinformationen	21
5. Digitale Gesundheitskompetenz: Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von digitalen Gesundheitsinformationen	27
6. Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch.....	32
7. Wahrgenommene Barrieren im Gesundheitswesen: Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung	38
8. Befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen	47
9. Schlussfolgerung.....	54
Danksagung	58
Abbildungsverzeichnis	59
Abkürzungsverzeichnis	63
Literaturverzeichnis	64

1. Einleitung

Die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen, anzuwenden und umzusetzen wird durch den Begriff „Gesundheitskompetenz“ beschrieben (Sørensen et al. 2012). Hierzu zählt bspw. das Verstehen von Beipackzetteln und ärztlichen Diagnosen, die Suche nach sowie das Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz rückt zunehmend die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, anwenden und umsetzen zu können, in den Fokus (Schaeffer et al. 2018).

Anhand von systematischen Literaturübersichten und Evaluationen wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung oft in der gesundheitlichen Hinsicht benachteiligt sind (Hasse-ler 2014). Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderung stehen häufig vor Herausforderungen, insbesondere im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung (Rathmann/Nellen 2019).

Die Literatur weist darauf hin, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen immer und zu jeder Zeit ungehinderten Zugang zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsdienstleistungen haben (Finkenstädt 2017). In Bezug auf die Gesundheitsversorgung wird das Gesundheitssystem in Deutschland dennoch insgesamt positiv bewertet (MLP Gesundheitsreport 2019). Jedoch stellen die Ergebnisse nationaler und internationaler Studien fest, dass Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen häufig von Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung betroffen sind und dass diese mit Befürchtungen einhergehen (Rathmann et al. 2020).

Selbsthilfegruppen ermöglichen Menschen in besonderen Lebenslagen einen Erfahrungsaustausch über ihre Krankheit, Therapieformen oder über allgemeine Erfahrungen im Gesundheitswesen (Dierks/Kofahl 2018; Schaeffer et al. 2018). In Bezug auf den Umgang mit Gesundheitsinformationen stellen sie somit einen wichtigen Bestandteil der Versorgung dar. Die Selbsthilfe ist bisher eine wenig verfolgte Zielgruppe in der Forschung bzgl. deren Gesundheitskompetenz. Daher widmet sich die GeMSe-Studie den Fragen, welche Gesundheitskompetenz und welches Informationssuchverhalten von gesundheitsrelevanten Informationen die Mitglieder von Selbsthilfegruppen berichten und welche Barrieren im Gesundheits- und Versorgungssystem durch die Mitglieder wahrgenommen werden.

Die GeMSe-Studie verfolgt nachstehende Ziele:

- Eine Ist-Standanalyse der individuellen Gesundheitskompetenz bei Mitgliedern der Selbsthilfe durchzuführen
- Das Suchverhalten nach Gesundheitsinformationen (bspw. im Internet) von Mitgliedern der Selbsthilfe zu untersuchen
- Wahrgenommene Barrieren im Gesundheits- und Versorgungssystem zu erfassen

2. Die GeMSe-Studie

Nachfolgend wird das Vorgehen der GeMSe-Studie näher erläutert. Dabei werden der Feldzugang, die Datenbasis sowie die Stichproben beschrieben und es wird auf die Inhalte der Befragung sowie die statistische Auswertungsstrategie eingegangen.

Feldzugang und Datenbasis

Der folgende Bericht basiert auf den Daten der GeMSe-Studie. Die empirische Befragung von Mitgliedern der Selbsthilfe wurde im Zeitraum vom Oktober 2019 bis Januar 2020 von der Technischen Universität Dortmund (Julia Schrickler, M.A.) in Zusammenarbeit mit der Hochschule Fulda (Prof. Dr. Katharina Rathmann und Theres Vockert, M.A.) durchgeführt. Landesarbeitsgemeinschaften sowie Bundesorganisationen der Selbsthilfe in Deutschland wurden gebeten, über ihre E-Mail-Verteiler die Einladung zur Online-Befragung der GeMSe-Studie zu verbreiten. Über einen Link auf der Einladung, konnten Interessierte an der Befragung teilnehmen. Die Befragung fand online mithilfe der Software UniPark statt. Insgesamt nahmen N=778 Personen an der Befragung teil, vollständige Angaben liegen von n=505 Teilnehmenden vor. Die Teilnahme aller Mitglieder der Selbsthilfe erfolgte auf freiwilliger Basis. Die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz und der Anonymität wurden strikt gewahrt.

Stichprobe

Insgesamt wurden 505 Mitglieder der Selbsthilfe befragt (siehe Tabelle 1). Davon waren 51,5 % (n=260) im Alter zwischen 45-64 Jahre und 40 % (n=202) in der Altersgruppe der 65-100-Jährigen, lediglich 8,3 % (n=43) waren im Alter zwischen 22-44 Jahre. 40,8 % (n=206) der Teilnehmenden war männlich, während 58,8 % (n=297) der Teilnehmenden weiblich war. Bezüglich des Bildungshintergrundes gaben 10,5 % (n=53) einen niedrigen Bildungshintergrund an, weitere 51,5 % (n=260) einen mittleren Bildungshintergrund sowie 37,6 % (n=190) einen hohen Bildungshintergrund. Die Mehrheit der Teilnehmenden (76,2 %, n=385) berichtete eine weniger bzw. nicht ausreichende finanzielle Situation und 23,8 % (n=120) eine (völlig) ausreichende finanziellen Situation. Bei der Beurteilung des eigenen Sozialstatus gaben 11,9 % (n=60) einen niedrigen, 64,6 % (n=326) einen mittleren und 23,0 % (n=116) einen hohen subjektiven Sozialstatus an. 65,9 % (n=333) der insgesamt 505 Studienteilnehmenden gaben an, eine Behinderung zu haben. Von den 333 Teilnehmenden mit einer Behinderung berichteten 12,9 % (n=65) über einen Grad der Behinderung¹ von unter 50. Mit 52,5 % (n=265) lag bei der Mehrheit der 333 Teilnehmenden der Grad der Behinderung über 50 vor. Fast alle Studienteilnehmenden (91,9 %, n=464) berichteten über mindestens eine chronische Erkrankung, während 8,1 % (n=41) dies verneinten.

¹ Der Umfang bzw. Grad einer Einschränkung wird in Zehnergraden (mind. 20 bis max. 100) beschrieben (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2020).

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung (n=330-505)

	Häufigkeiten in	
	%	n
Soziodemographische Hintergrundmerkmale		
Alter in Jahren (n=504)		
22-44	8,3	43
45-64	51,5	260
65-100	40,0	202
Geschlecht (n=503)		
männlich	40,8	206
weiblich	58,8	297
Sozioökonomische Hintergrundmerkmale		
Bildungshintergrund (n=503)		
niedrig	10,5	53
mittel	51,5	260
hoch	37,6	190
Finanzieller Hintergrund/Einschätzung der Finanzen (n=505)		
weniger bzw. nicht ausreichend	76,2	385
(völlig) ausreichend	23,8	120
Subjektiver Sozialstatus (n=502)		
niedrig	11,9	60
mittel	64,6	326
hoch	23,0	116
Behinderungsspezifische Hintergrundmerkmale		
Behinderung (n=505)		
ja	65,9	333
nein	34,1	172
Filterfrage: Von denen mit Behinderung: Grad der Behinderung (GdB)/Schwere der Behinderung (n=330)		
unter 50	12,9	65
über 50	52,5	265
Chronische Erkrankung (n=505)		
ja	91,9	464
nein	8,1	41

Inhalte der Befragung

Befragte wurden gebeten, personenbezogene Angaben zum Geschlecht, Alter, Behinderung, Grad der Behinderung und chronischen Erkrankungen zu machen. Darüber hinaus wurden Fragen bzgl. des Bildungshintergrundes, der Einschätzung der Finanzen sowie des subjektiven Sozialstatus gestellt. In Tabelle 2 sind die entsprechenden Fragen und Antwortmöglichkeiten aus dem Fragebogen aufgelistet.

2. Die GeMSe-Studie

Tabelle 2: Personenbezogene Angaben im Fragebogen

Merkmal	Frage	Antwortmöglichkeiten
Geschlecht	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an?	männlich, weiblich, divers
Alter	Bitte geben Sie Ihr Alter an.	offene Angabe (in Jahre)
Behinderung ¹	Haben Sie eine amtlich anerkannte Behinderung?	ja, nein
Grad der Behinderung ¹	Welcher Grad der Behinderung ist bei Ihnen amtlich anerkannt?	offene Angabe
Chronische Erkrankung	Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein langandauerndes gesundheitliches Problem?	ja, nein
Bildungshintergrund ¹	Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<ul style="list-style-type: none"> - Haupt- oder Volksschulabschluss - Realschulabschluss/mittlere Reife/Fachschulreife - POS (polytechnische Oberschule bzw. 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) - Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule - gymnasialer Abschluss, Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife - anderen Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben) - Schule beendet ohne Schulabschluss* - noch keinen Schulabschluss* <p>Es wurden drei Gruppen gebildet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = niedriger Bildungsabschluss (Haupt- oder Volkshochschulabschluss bzw. andere) - 2 = mittlerer Bildungsabschluss (Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife, POS und Fachhochschulreife bzw. Abschluss einer Fachoberschule) - 3 = hoher Bildungsabschluss (gymnasialer Abschluss, Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)
Einschätzung der Finanzen ²	Für wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?	<ul style="list-style-type: none"> - völlig ausreichend - ausreichend - weniger ausreichend - nicht ausreichend <p>Es wurden zwei Gruppen gebildet: 1 = völlig ausreichend bzw. ausreichend 2 = weniger ausreichend bzw. nicht ausreichend</p>
Subjektiver Sozialstatus (SSS) ³	Stellen Sie sich eine Skala mit 10 Abstufungen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Deutschland stehen. Ganz oben (Wert 10) stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz unten (Wert 1) stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Bildung. Wo würden Sie sich selbst einordnen?	<p>10-stufige Skalierung (verbale Beschreibung in der Fragestellung gegeben)</p> <p>Es wurden drei Gruppen gebildet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-4 = niedriger subjektiver Sozialstatus - 5-7 = mittlerer subjektiver Sozialstatus - 8-10 = hoher subjektiver Sozialstatus

¹Robert-Koch Institut (2017), ²Universität Bielefeld (2007), ³Hoebel et al. (2013); *aufgrund niedriger Fallzahlen wurden diese Angaben bei der Kategorisierung und Auswertung nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus wurden folgende Themen im Fragebogen abgefragt:

- Gesundheitskompetenz „European Health Literacy Survey Questionnaire“ (HLS-EU- Q16)
- Suche nach Quellen für Gesundheitsinformationen (in Anlehnung an Marstedt 2018)
- digitale Gesundheitskompetenz (van der Vaart/Drossaert 2017)
- Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch (Marstedt 2018)
- wahrgenommene Barrieren im Gesundheitswesen (Bundesministerium für Gesundheit 2016)
- befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen (Bundesministerium für Gesundheit 2016, Robert Koch-Institut 2017)

Gesundheitskompetenz

Im Fragebogen wird die Gesundheitskompetenz mittels 16 Fragen des HLS-EU-Q16 zum Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen ermittelt. Zu einer besseren Auswertung wurden diese 16 Fragen zu der nachfolgenden Frage nach Röthlin et al. (2013) zusammengefasst: „Wie schwierig schätzen Sie es ein, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden?“ (Röthlin et al. 2013). Die Antwortmöglichkeiten lauten „sehr schwierig“, „ziemlich schwierig“, „ziemlich einfach“ und „sehr einfach“ (Röthlin et al. 2013) (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Allgemeine Gesundheitskompetenz

Merkmal	Frage	Antwortmöglichkeiten	Quelle
Gesundheitskompetenz	Wie schwierig schätzen Sie es ein, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden?	sehr schwierig, ziemlich schwierig, ziemlich einfach, sehr einfach	Röthlin et al. (2013)

Suche nach Quellen für Gesundheitsinformationen

Die Befragten werden gebeten, Angaben zur Häufigkeit der Nutzung von nachfolgenden Quellen für Gesundheitsinformationen in den vergangenen drei Monaten zu machen: „Familie und Freunde“, „medizinisches Fachpersonal“, „Fernsehen“, „Hefte oder Broschüren (z.B. Krankenkassen, Apotheken)“, „Tagespresse und Magazine“, „telefonische Beratung (z.B. Hotline)“, „Internet“ sowie „Sonstiges“ (Marstedt 2018). Diese Frage wird auch für folgende internetbasierte Quellen gestellt: „Suchmaschinen (Google)“, „Social Media“ (z.B. Facebook, Twitter, Instagram)“, „Internetseiten von Krankenkassen“, „Gesundheitsinfos bei Wikipedia und anderen Online-Lexika“, „Gesundheitsportale (z.B. Onmeda, Netdoktor, gesundheitsinformationen.de)“, „Webseiten von Ärzten, Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen“, „Ratgeber-Communitys (z. B. gutefrage.de, wer-weiss-was.de)“, „Blogs zu Gesundheitsthemen“, „Webseiten unabhängiger Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen“, „medizinische Onlineberatung“, „Streaming-Dienste (z.B. Netflix, Mediathek)“ und „Sonstiges“ (Marstedt 2018). Für beide Fragen gibt es die Antwortmöglichkeiten „häufig“, „manchmal“, „selten“ oder „nie“ (Marstedt 2018) (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Quellen für Gesundheitsinformationen

Merkmals	Frage	Antwortmöglichkeiten	Quelle
Quellen für Gesundheitsinformationen			
Familie und Freunde	Im Folgenden werden verschiedene Möglichkeiten genannt, sich über gesundheitliche Themen zu informieren. Bitte geben Sie jeweils an, wie häufig Sie diese Quellen innerhalb der letzten drei Monate genutzt haben. Bitte wählen Sie in jeder Zeile eine Antwort aus.	häufig, manchmal, selten, nie Es wurde wie folgt gruppiert: 1= häufig bzw. manchmal 2 = selten bzw. nie	Marstedt (2018)
medizinisches Fachpersonal			
Fernsehen			
Hefte und Broschüren (z.B. Krankenkassen, Apotheken)			
Tagespresse und Magazine			
telefonische Beratung (z.B. Hotline)			
Internet			
Internetbasierte Quellen für Gesundheitsinformationen (Filterfrage)			
Internetseiten von Krankenkassen	Im Folgenden werden verschiedene internetbasierte Möglichkeiten genannt, sich über gesundheitliche Themen zu informieren. Bitte geben Sie jeweils an, wie häufig Sie diese Quellen innerhalb der letzten drei Monate genutzt haben.	häufig, manchmal, selten, nie Es wurde wie folgt gruppiert: 1= häufig bzw. manchmal 2 = selten bzw. nie	Marstedt (2018)
Gesundheitsinfos bei Wikipedia und anderen Online-Lexika			
Gesundheitsportale (z.B. Onmeda, Netdoktor, gesundheitsinformationen.de)			
Webseiten von Ärzten, Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen			
Ratgeber-Community (z.B. gute-frage.de, wer-weiss-was.de)			
Blogs zu Gesundheitsthemen			
Webseiten unabhängiger Patienten- oder Selbsthilfeorganisation			
medizinische Online-Beratung			
Streaming-Dienste (z.B. Netflix, Mediathek)			
Social Media (z. B. Facebook, Twitter, Instagram)			
Suchmaschinen (z. B. Google)			

Digitale Gesundheitskompetenz

Der Fragbogen beinhaltet zudem neun Fragen bzgl. der digitalen Gesundheitskompetenz. Die Fragen beziehen sich bspw. auf die Suche, die Zuverlässigkeit und die Relevanz von gefundenen digitalen Informationen. Hierbei können die Befragten beurteilen, wie einfach oder schwer es ihnen fällt, bspw. genau die Informationen zu finden, die sie gesucht haben. Weiterhin wird abgefragt, ob die Inhalte von verschiedenen Internetseiten miteinander abgeglichen werden oder ob die gefundenen Informationen im Alltag anwendbar sind. Ebenso wird gefragt, ob die gefundenen Informationen genutzt werden, um Entscheidungen in Bezug zur eigenen Gesundheit treffen zu können. Bei allen Fragen zur digitalen Gesundheitskompetenz kann eine der folgenden Antwortmöglichkeiten gegeben werden: „sehr einfach“, „einfach“, „schwer“ oder „sehr schwer“ (van der Vaart/Drossaert 2017) (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Merkmale der digitalen Gesundheitskompetenz

Frage	Merkmale	Antwortmöglichkeiten	Quelle
Eine Auswahl aus allen Informationen zu treffen, die Sie finden?	Wenn Sie im Internet nach Informationen zum Thema Gesundheit suchen, wie einfach oder schwierig ist es für Sie ... Bitte wählen Sie in jeder Zeile eine Antwort aus.	sehr einfach, einfach, schwer, sehr schwer	van der Vaart/ Drossaert (2017)
Die richtigen Begriffe oder Suchanfragen zu verwenden, um die Informationen zu finden, die Sie suchen?			
Genau die Informationen zu finden, die Sie suchen?			
Zu entscheiden, ob die Informationen zuverlässig sind oder nicht?			
Zu entscheiden, ob Informationen mit kommerziellen Interessen geschrieben worden sind (z.B. von Personen, die ein Produkt verkaufen wollen)?			
Verschiedene Internetseiten zu prüfen, um zu sehen, ob sie die gleichen Informationen bereitstellen?			
Zu entscheiden, ob die Information, die Sie gefunden haben, auf Sie zutreffen?			
Die Informationen, die Sie gefunden haben, in Ihren Alltag anzuwenden?			
Die Informationen zu nutzen, die Sie gefunden haben, um Entscheidungen über Ihre Gesundheit zu treffen (z.B. zur Ernährung, zu Medikamenten oder um zu entscheiden, ob Sie eine ärztliche Meinung einholen möchten)?			

Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch

Der Fragebogen beinhaltet Fragen dazu, ob schon einmal vor oder nach dem Arztbesuch nach Gesundheitsinformationen gesucht wurde und falls ja, ob die Suche mit dem Arzt/der Ärztin besprochen wurde oder nicht. In diesem Zusammenhang wird nach den Gründen für das Verschweigen der Suche nach Gesundheitsinformationen dem/der Ärzt*in gegenüber gefragt. Mögliche Gründe sind: „Ich möchte dem Arzt gegenüber als kompetenter Gesprächspartner auftreten“, „Ich möchte erst einmal abwarten, wie der Arzt reagiert“, „Ich befürchte, dass der Arzt sich ärgert und mich als schwierige*n Patient*in einstuft“ sowie „Sonstiges, und zwar...“ (Marstedt 2018). Auch werden die Gründe für die Suche nach dem Besuch des/der Ärzt*in erfragt. Diese können wie folgt sein: Eigeninteresse, Interesse an Erfahrungen und Tipps von Anderen, Zeitmangel des Arztes/der Ärztin, Verständnisprobleme, fehlendes Vertrauen und Anonymität. Ebenfalls wird nach der Reaktion des Arztes/der Ärztin auf die Suche nach Gesundheitsinformationen der Patient*innen gefragt, d. h. ob auf die Informationen eingegangen wurde, der Arzt/die Ärztin sich gefreut oder geärgert hat sowie zur Suche nachgefragt hat. Die Gründe und Reaktionen können mit „trifft voll und ganz zu“, „trifft eher zu“, „teils-teils“, „trifft überhaupt nicht zu“ und „ich weiß nicht“ beantwortet werden (Marstedt 2018). Die Antwortmöglichkeiten „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“ wurden zu der Kategorie „trifft zu“ zusammengefasst. Die Kategorie „trifft nicht zu“ setzt sich aus den Antwortmöglichkeiten „teils-teils“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ zusammen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch

Merkmals	Frage	Antwortmöglichkeiten	Quelle
Suche nach Gesundheitsinformationen vor dem Arztbesuch	Haben Sie schon einmal vor einem Arztbesuch Informationen im Internet zu Ihren Beschwerden gesucht?	ja, nein	Marstedt (2018)
Wurde Ihre Suche nach Gesundheitsinformationen mit dem Arzt/der Ärztin besprochen?	Haben Sie mit Ihrem Arzt schon einmal über die Ergebnisse Ihrer Suche im Internet gesprochen?		
Suche nach Gesundheitsinformationen dem Arzt/der Ärztin verschwiegen	Haben Sie einem Arzt/einer Ärztin schon einmal verschwiegen, dass Sie sich vorher im Internet informiert haben?		
Grund für das Verschweigen der Suche nach Gesundheitsinformationen dem Arzt/der Ärztin gegenüber	Warum haben Sie Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin verschwiegen, dass Sie sich vorher im Internet informiert haben? Bitte kreuzen Sie an.	1 = Ich möchte dem Arzt/der Ärztin gegenüber als kompetente*r Gesprächspartner*in auftreten. 2 = Ich möchte erst einmal abwarten, wie der Arzt/die Ärztin reagiert. 3 = Ich befürchte, dass der Arzt/die Ärztin sich ärgert und mich als schwierig*n Patient*in einstuft. 4= Sonstiges, und zwar	
Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch	Haben Sie schon einmal nach einem Arztbesuch im Internet nach weiteren Informationen ergänzend zu denen des Arztes/der Ärztin gesucht?	nein, ja, 1- bis 2-mal, ja, schon öfter	

Die Fortsetzung der Tabelle erfolgt auf der nächsten Seite

2. Die GeMSe-Studie

Fortsetzung Tabelle 6: Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch

Reaktion des Arztes/der Ärztin auf die Suche nach Gesundheitsinformationen			
...ist auf die Informationen, die ich gefunden habe, eingegangen.	Wenn Sie schon einmal mit einem Arzt/einer Ärztin über die Ergebnisse Ihrer Suche im Internet sprechen wollten, wie hat der Arzt/die Ärztin reagiert? Mein Arzt ...	trifft voll und ganz zu, trifft eher zu, teils-teils, trifft überhaupt nicht zu, weiß nicht Es wurde wie folgt gruppiert: 1 = trifft zu 2 = trifft nicht zu	Marstedt (2018)
...hat sich nach meinem Eindruck über meine Eigeninitiative gefreut.			
...hat sich nach meinem Eindruck über meine Eigeninitiative geärgert.			
...hat mich gefragt, wo oder auf welchen Seiten ich diese Informationen gefunden haben.			
Grund für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch			
Weil der Arzt/die Ärztin zu wenig Zeit hatte oder sich zu wenig Zeit genommen hat.	Warum haben Sie nach weiteren Informationen gesucht?	trifft voll und ganz zu, trifft eher zu, teils-teils, trifft überhaupt nicht zu, weiß nicht Es wurde wie folgt gruppiert: 1 = trifft zu 2 = trifft nicht zu	Marstedt (2018)
Weil ich den Informationen des Arztes/der Ärztin nicht voll vertraut habe.			
Weil ich nicht alle Informationen so schnell verstanden habe.			
Weil ich lieber anonym im Internet nach Antworten suchen wollte.			
Weil ich an weiteren Informationen zu dem Thema besonders stark interessiert war.			
Weil ich an Erfahrungen und Tipps von anderen Patient*innen interessiert war.			

Wahrgenommene Barrieren im Gesundheitswesen

Die Befragten werden zu ihrer Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sowie mit Ärzt*innen befragt. Antwortmöglichkeiten sind: „sehr zufrieden“, „eher zufrieden“, „mittelmäßig“, „eher unzufrieden“, „sehr unzufrieden“ oder „weiß nicht“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Die Antwortmöglichkeiten „sehr zufrieden“, „eher zufrieden“, „mittelmäßig“ wurden zur Antwortkategorie „zufrieden“ und die Antwortmöglichkeiten „eher unzufrieden“, „sehr unzufrieden“ und „weiß nicht“ wurden zur Antwortkategorie „unzufrieden“ zusammengefasst. Ebenfalls wird nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gefragt, wie bspw. die Zeit des Gesprächs zwischen Ärzt*in und Patient*innen sowie die Zusammenarbeit innerhalb der Ärzt*innenschaft. Die Befragten können dies mit „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“ oder „weiß nicht“ beantworten (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Die Antwortmöglichkeiten „sehr gut“, „gut“ und „mittelmäßig“ wurden zur Antwortkategorie „gute Erfahrungen“ und die Antwortmöglichkeiten „schlecht“, „sehr schlecht“ und „weiß nicht“ wurden zur Antwortkategorie „schlechte Erfahrungen“ zusammengefasst (siehe Tabelle 7).

2. Die GeMSe-Studie

Tabelle 7: Wahrgenommene Barrieren im Gesundheitswesen

Merkmal	Frage	Antwortmöglichkeiten	Quelle
Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem			
Die Zeitdauer für das Arzt/Ärztin-Patient*innen-Gespräch.	Wenn Sie einmal Ihre Erfahrungen in unserem Gesundheitssystem zusammenfassen, wie bewerten Sie die folgenden Kriterien?	sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht, weiß nicht	Bundesministerium für Gesundheit (2016)
Die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzt*innen.			
Die Zusammenarbeit bzw. Koordination zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern.			
Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung			
Im Krankenhaus	Unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit Kontakt hatten: Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Deutschland in folgenden Einrichtungen:	sehr zufrieden, eher zufrieden, mittelmäßig, eher unzufrieden, sehr unzufrieden, weiß nicht	Bundesministerium für Gesundheit (2016)
Bei Fachärzt*innen			
Bei praktischen Ärzt*innen, Hausärzt*innen			
Therapeut*innen			

Befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen

Befürchtete Entwicklungen im Gesundheitswesen werden anhand steigender Ausgaben für die eigene Gesundheit, einer Zunahme von Wartezeiten, einer Qualitätsabnahme, einer unzureichenden medizinischen Versorgung im Alter sowie einer bedingten Gewährleistung des Datenschutzes erfasst.

Tabelle 8: Befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen

Merkmal	Frage	Antwortmöglichkeiten	Quelle
Befürchtete Entwicklung im Gesundheitswesen			
...im Alter nicht mehr ausreichend medizinisch versorgt zu sein.	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen über die künftige Situation im Gesundheitswesen zu? Ich befürchte, ...	stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, stimme eher zu, stimme voll zu, weiß nicht	Bundesministerium für Gesundheit (2016)
...eine Zunahme von Wartezeiten.			
...dass die Qualität der Versorgung abnimmt.			
...dass meine persönlichen Ausgaben für Gesundheit steigen werden.			
...dass meine persönlichen Gesundheits- und Behandlungsdaten nicht sicher sind.			
Zugang zum Gesundheitssystem			
	Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen?	ja, nein, ich hatte keinen Bedarf an Untersuchungen oder Behandlungen	Robert Koch-Institut (2017)

Diesen Entwicklungen kann wie folgt zugestimmt werden: „stimme nicht zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme eher zu“, „stimme voll zu“ oder „weiß nicht“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Die Antwortmöglichkeiten wurden durch Berechnung des Mittelwertes und anschließender Gruppierung zu den Kategorien „überdurchschnittlich häufige Zustimmung“ und „unterdurchschnittlich wenige Zustimmung“ zusammengefasst. Auch wird danach gefragt, ob in den vergangenen zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert wurde, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen (Robert-Koch Institut 2017). Die Befragten konnten „ja“ oder „nein“ antworten oder angeben, dass sie keinen Bedarf an Untersuchungen oder Behandlungen hatten (Robert Koch-Institut 2017) (siehe Tabelle 8).

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten in der GeMSe-Studie erfolgte mit Hilfe der Analysesoftware „IBM Statistical Package of the Social Science“ (SPSS) (Version 25). Zur Entwicklung der Auswertungsstrategie wurde die Literatur von Braunecker hinzugezogen (Braunecker 2016).

Zur besseren statistischen Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten der Merkmale gruppiert. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der Fallzahlen der Studie sowie auf Grundlage der aktuellen Literatur (Braunecker 2016). Die Ergebnisse und Ergebnisinterpretation können durch fehlende Angaben potenziell verzerrt sein, weshalb bei der statistischen Auswertung mittels SPSS bei allen Analysen der „Missing-Filter“ aktiviert wurde. Fehlende Angaben wurden somit nicht berücksichtigt (Braunecker 2016).

Zunächst wurden die Daten deskriptiv ausgewertet, d. h. es wurden Häufigkeitstabellen erstellt (univariate Auswertung) (Braunecker 2016). Mit Hilfe von sogenannten Kreuztabellen (bivariate Auswertung) wurden Zusammenhänge zwischen den personenbezogenen, sozioökonomischen und behinderungsspezifischen Angaben und den zuvor genannten Inhalten der Befragung ermittelt. Um aufzuzeigen, wie stark diese Zusammenhänge sind, wurde eine Signifikanzprüfung mittels des Chi-Quadrat-Testes nach Pearson durchgeführt und das Signifikanzniveau auf $\alpha=0,05$ festgelegt (Braunecker 2016). Anzumerken ist, dass in der Auswertung der Grad der Behinderung über 50 Grad als Schwerbehinderung und Grad der Behinderung unter 50 als leichte Behinderung definiert wurde. Im Folgenden sind die Ergebnisse der GeMSe-Studie dargestellt.

3. Gesundheitskompetenz: Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen

Das Konzept der Gesundheitskompetenz wurde in den 1970er Jahren erstmals eingeführt (Simonds 1974) und ist spätestens seit dem 2018 veröffentlichten Nationalen Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Public Health und das Gesundheitswesen in den Fokus gerückt worden (Schaeffer et al. 2018; Sørensen et al. 2012). Gesundheitskompetenz bezieht sich dabei auf das Wissen, die Motivation und die Fertigkeiten der Menschen beim...



Finden



Verstehen



Beurteilen



Anwenden

...von Gesundheitsinformationen und ist notwendig, um gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können. Sie ist unverzichtbar zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie Steigerung der Lebensqualität und wird in drei Bereiche eingeteilt: Krankheitsprävention, -bewältigung und Gesundheitsförderung (Ganahl/Pelikan 2017; Quenzel/Schaeffer 2016; Sørensen et al. 2012).

Über die persönlichen Fähigkeiten hinaus, kann Gesundheitskompetenz auch auf der Organisationsebene gestärkt werden. Dazu ist eine gesundheitskompetente Gestaltung des Umfelds notwendig. Diese kann bspw. durch fördernde Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse der Mitglieder ausgerichtet sind, in Selbsthilfegruppen erreicht werden (Ganahl/Pelikan 2017).

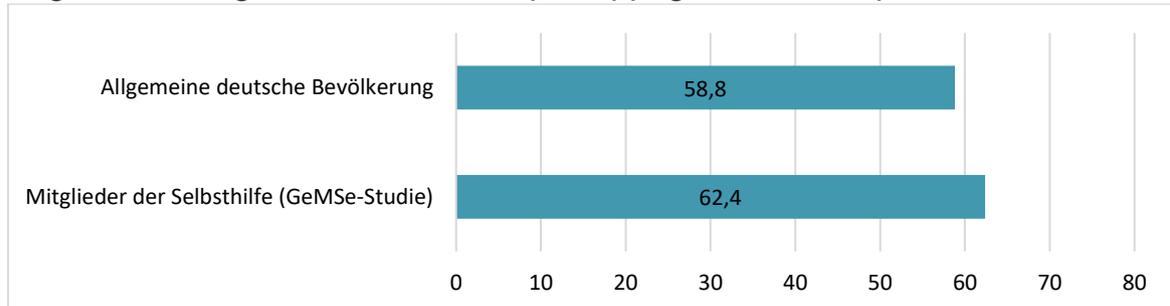
Eine Vielzahl an Studien belegt, dass große Teile der deutschen Bevölkerung Schwierigkeiten in ihrer Gesundheitskompetenz haben (Ernstmann et al. 2018; Jordan/Hoebel 2015; Schaeffer et al. 2021). Demnach gibt mehr als jede zweite Person (58,8 %) an, Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen zu haben (Schaeffer et al. 2021). In diesem Zusammenhang stellen Schaeffer et al. außerdem fest, dass die Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt ist (Schaeffer et al. 2018). Dabei hat sie große Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (Jordan/Hoebel 2015).

Obwohl Menschen mit Behinderung einer häufig benachteiligten Bevölkerungsgruppe angehören und insbesondere in Bezug zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung in vielerlei Hinsicht benachteiligt sind, existieren für diese Gruppe bisher nur wenige Studien zur Gesundheitskompetenz (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016; Rathmann/Nellen 2019).

Ergebnisse

Im Folgenden sind die Häufigkeiten der befragten Selbsthilfemitglieder zu wahrgenommenen Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen, d.h. der Gesundheitskompetenz, dargestellt. Dabei berichteten knapp zwei Drittel der Befragten (62,4 %, n=505) Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen in der Gesamtbevölkerung und bei Befragten der GeMSe-Studie (n=505) (Angaben in Prozent)



Anmerkung: Angaben zu der allgemeinen deutschen Bevölkerung aus Schaeffer et al. 2021

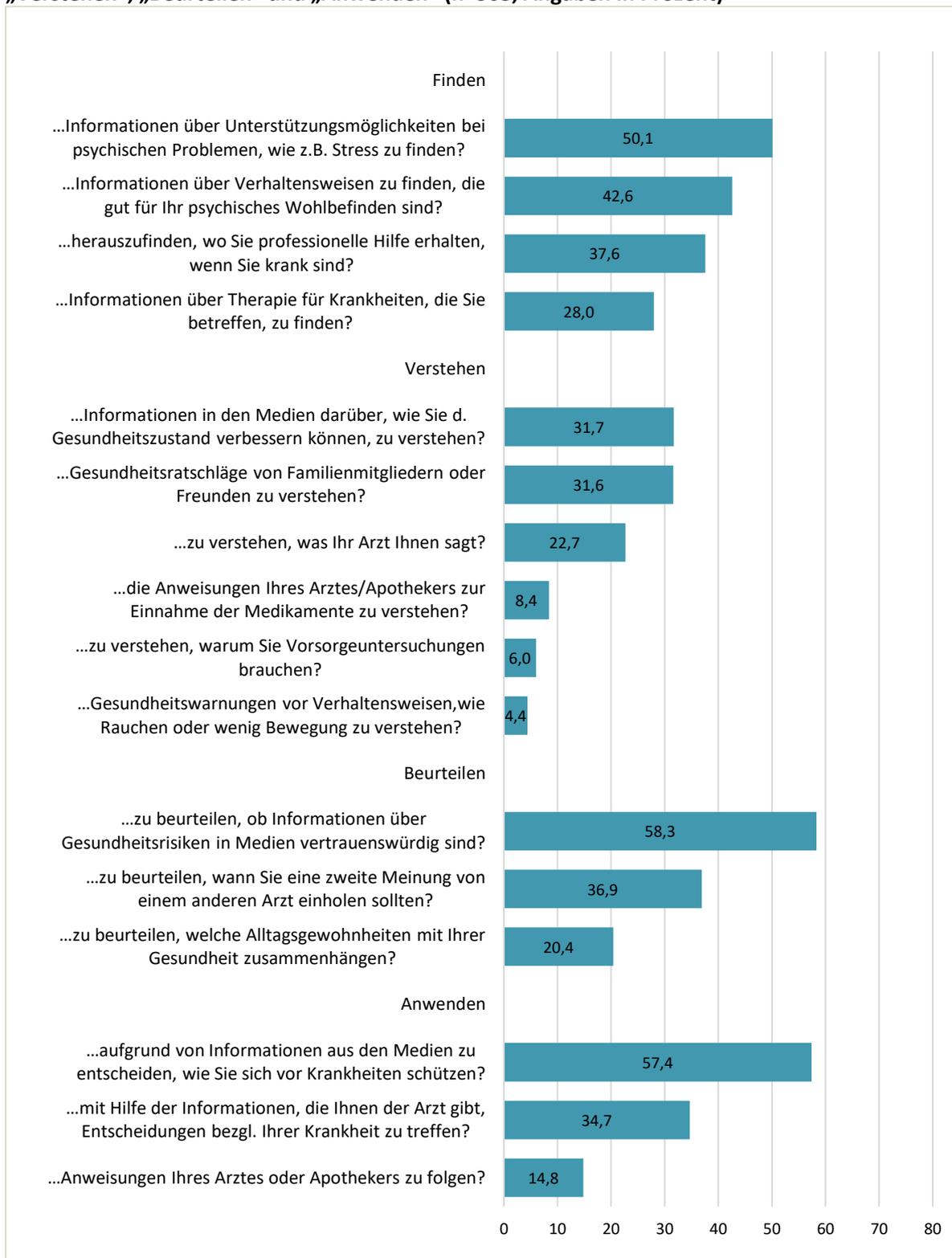
Der Forschungsstand weist darauf hin, dass 58,8 % der deutschen Bevölkerung Schwierigkeiten in der Nutzung von gesundheitsrelevanten Informationen haben (Schaeffer et al. 2021). Verglichen damit berichteten 62,4 % der Befragten der vorliegenden Befragung, dass sie solche Schwierigkeiten haben.

Abbildung 2 stellt die wahrgenommenen Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen der befragten Mitglieder der Selbsthilfe dar, differenziert nach den vier Bereichen Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Am häufigsten geben die befragten Mitglieder der Selbsthilfe Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Medieninformationen (58,3 %, n=292) und bei der Anwendung dieser zum Schutz vor Krankheiten (57,4 %, n=288) an. Für die Hälfte der Befragten war es schwierig oder sehr schwierig, Informationen zur Unterstützung bei psychischen Problemen (50,1 %, n=246) und über Verhaltensweisen zu finden, die gut für das psychische Wohlbefinden sind (42,6 %, n =212). Mehr als ein Drittel der Teilnehmenden (37,6 %, n=189) hatte Schwierigkeiten herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten können, wenn sie krank sind und wann eine zweite ärztliche Meinung einzuholen ist (36,9 %, n=186).

Wenn es darum geht, die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitswarnungen zu verstehen, sehen sich die Befragten der Selbsthilfe gut aufgestellt. Lediglich 4,4 % (n=22) der Befragten fiel es schwer Gesundheitswahrnehmungen zu verstehen. Ebenso berichteten nur 6,0 % (n=30) der Befragten Schwierigkeiten beim Verstehen der Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen.

3. Gesundheitskompetenz bei Mitgliedern der Selbsthilfe

Abbildung 2: Einschätzung der Befragten, wie schwierig bzw. sehr schwierig sie die einzelnen Aspekte der Gesundheitskompetenz beurteilen, differenziert nach den Dimensionen „Finden“, „Verstehen“, „Beurteilen“ und „Anwenden“ (n=505, Angaben in Prozent)



Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz differenziert nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen

Nachfolgend werden die Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Hintergrundmerkmalen wie Alter, Geschlecht, Bildung, chronischer Erkrankung und der Gesundheitskompetenz beschrieben.



Befragte im Alter zwischen 22 bis 44 Jahren gaben häufiger (69,0 %, n=29) an, Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu haben, im Vergleich zu Befragten der Altersgruppe 44 bis 64 Jahre (65,4 %, n=170) und den über 65-Jährigen (56,9 %, n=115).



Der Anteil der Männer, die häufiger Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen berichteten, lag bei 65,5 % (n=135), der Anteil der Frauen bei 60,3 % (n=173).

Gesundheitskompetenz differenziert nach sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen



Die in Abbildung 3 dargestellten Ergebnisse verdeutlichen einen bildungsspezifischen Unterschied in der Gesundheitskompetenz. Je niedriger der Bildungshintergrund der Befragten, desto häufiger wurden Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen wahrgenommen. Befragte mit einem niedrigen Bildungshintergrund berichteten häufiger Schwierigkeiten (69,8 %, n=37) als jene mit einer mittleren (64,2 %, n=167) oder einer hohen Bildung (57,9 %, n=110).

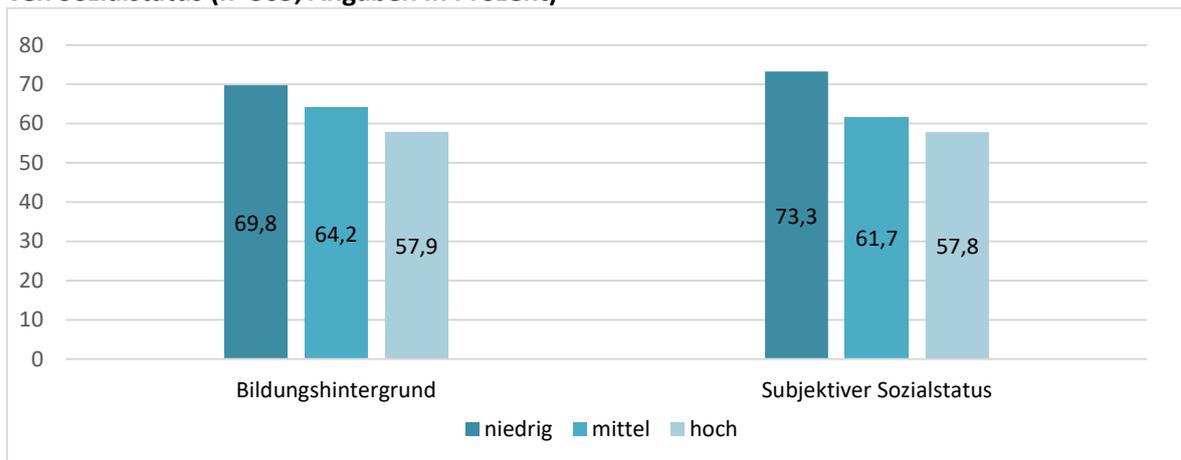


Gut zwei Drittel der Teilnehmenden (68,9 %, n=82), die sich in einer weniger bzw. nicht ausreichenden finanziellen Situation befanden, schätzten häufiger das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen als schwierig ein. Im Vergleich dazu hatten die Befragten, die ihre finanzielle Situation als völlig ausreichend bzw. ausreichend einschätzten, weniger Schwierigkeiten im Umgang mit solchen Informationen (60,3 %, n=232).



Bei Befragten, die einen niedrigen subjektiven Sozialstatus berichteten, gaben häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen an als in der Gruppe der Personen mit einem mittleren und hohen subjektiven Sozialstatus. Es zeigt sich demnach ein deutlicher Gradient in der Gesundheitskompetenz nach dem Bildungshintergrund und subjektiven Sozialstatus der Befragten.

Abbildung 3: Anteil der Befragten, die den Umgang mit Gesundheitsinformationen als schwierig bzw. sehr schwierig einschätzen, differenziert nach dem Bildungshintergrund und dem subjektiven Sozialstatus (n=505, Angaben in Prozent)



Gesundheitskompetenz differenziert nach behinderungsspezifischen Merkmalen



Befragte mit einer chronischen Erkrankung (62,7 %, n=291) oder einer Behinderung (64,3 %, n=214) berichteten häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen. Bei Befragten ohne eine chronische Erkrankung (58,5 %, n=24) bzw. ohne eine Behinderung (58,7 %, n=101) fiel dieser Anteil etwas geringer aus.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der GeMSe-Studie Unterschiede hinsichtlich der Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen, je nach soziodemografischen, sozioökonomischen und behinderungsspezifischen Merkmalen. In der Schlussfolgerung werden die Bedarfe und Möglichkeiten der Selbsthilfe thematisiert.

4. Suche nach Quellen für Gesundheitsinformationen

Hintergrund

Im Fokus dieses Kapitels stehen die Quellen von Gesundheitsinformationen, die die Mitglieder der Selbsthilfe nutzen sowie die Frage nach den Themen der Gesundheitsinformationen, welche am häufigsten recherchiert werden. Verschiedene Arten von Quellen stellen Informationen zum Thema Gesundheit bereit, wie allgemeine oder internetbasierte Quellen für Gesundheitsinformationen. Das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. (DNGK) berichtet, dass Gesundheitsinformationen verlässlich sind, wenn sie unter anderem auf dem besten derzeit verfügbaren Wissen beruhen, in der Sprache sowie Darstellung transparent und nicht interessengebunden sind (DNGK 2020).



Quellen für Gesundheitsinformationen

Zu den allgemeinen Quellen zählen bspw. Informationen aus der Familie, von Freunden, medizinischem Fachpersonal, dem Fernsehen, aus telefonischen Beratungen, Broschüren und aus der Tagespresse.



Internetbasierte Quellen

Des Weiteren stehen internetbasierte Quellen für Gesundheitsinformationen zur Verfügung, wie z. B. Social Media, Gesundheitsportale, Webseiten von Krankenkassen oder Ärzt*innen, Streaming-Dienste und Blogs zu Gesundheitsthemen. Zudem können Informationen aus Suchmaschinen, wie Google oder Wikipedia, Ratgeber-Communitys, Patientenorganisationen sowie medizinische Online-Beratung entnommen werden (Marstedt 2018). Das Internet steht überall und jederzeit zur Verfügung. Die Informationssuche im Internet ist daher unabhängig von Zeit und Ort. So können unter anderem nach Terminen bei der/dem Ärzt*in oder nach Beratungsterminen zusätzlich Informationen im Internet eingeholt oder offene Fragen und Verständnisschwierigkeiten geklärt werden. Ebenso führt der Wunsch nach Austausch und emotionaler Unterstützung bei vielen Menschen zur Internetnutzung. Dies trifft vor allem auf Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung zu.

Bei der Suche nach Gesundheitsinformationen zeigt sich, dass nach sehr unterschiedlichen Themen gesucht wird. Zum Beispiel werden Informationen zur Erklärung von Symptomen, zu Möglichkeiten der Selbstdiagnose sowie nach krankheits- und therapiebezogenen Informationen gesucht. Ebenso wird häufig nach Medikamenteninformationen, neuen Studienergebnissen bspw. zur Erprobung neuer Medikamente sowie nach Qualitätsinformationen recherchiert. Ein weiterer Aspekt für die Informationssuche sind Erfahrungsberichte anderer Patient*innen sowie nach Trost und Rückversicherung (Schaeffer et al. 2019).

Die Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen unterscheidet sich insbesondere nach personenbezogenen Merkmalen wie dem Alter, Geschlecht und dem Bildungshintergrund der Menschen. Der Gesundheitszustand gilt dabei als situativer Auslöser von Informationsbedürfnissen. Aktuelle Studien zeigen, dass Personen, die an Gesundheitsthemen interessiert sind oder eine chronische Erkrankung haben, häufig internetbasierte Quellen nutzen. Ein wichtiger Faktor bei der Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen im

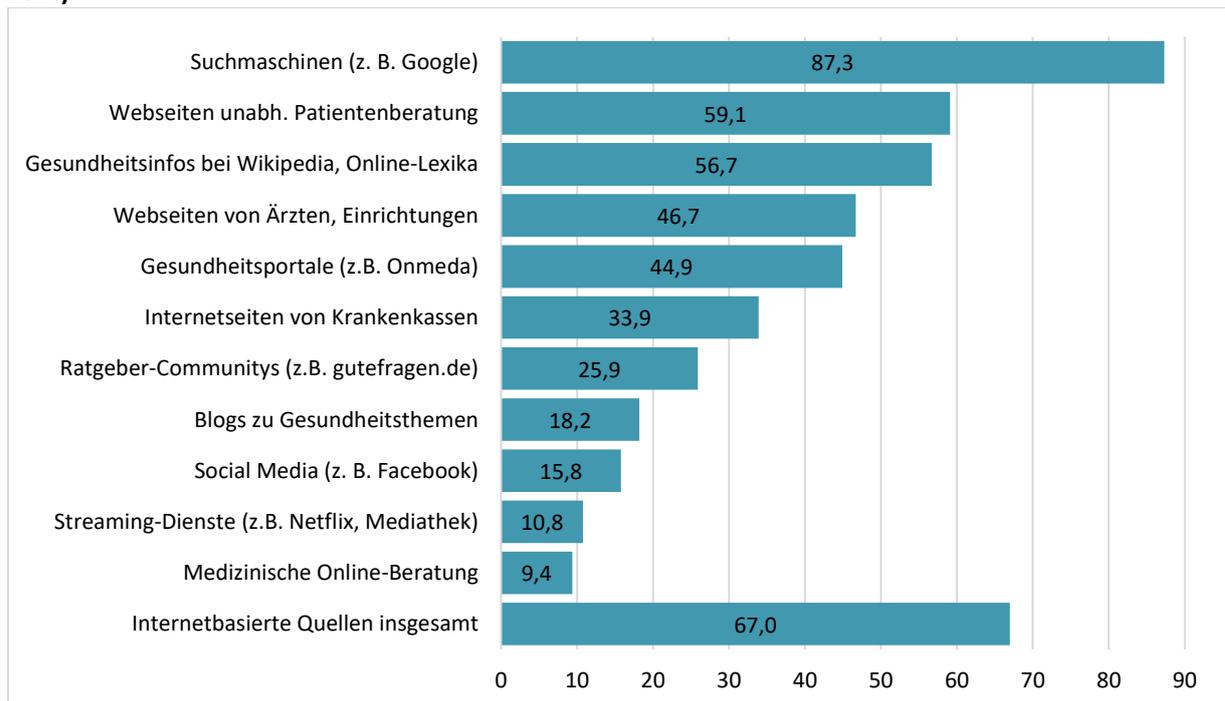
Internet ist die individuelle Fähigkeit der Personen, das Internet bei der Suche nach Informationen adäquat zu nutzen, um Informationen zu erhalten, die für die eigene Gesundheit relevant sind (Link/Baumann 2020).

Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden hat in den letzten drei Monaten aus privaten Gründen nach Gesundheitsinformationen gesucht. 57,8 % (n=292) der Befragten gaben an, gesundheitsrelevante Informationen für andere Personen und sich selbst zu suchen. Hingegen berichteten 22,2 % (n=112) nur nach Informationen über die eigene Gesundheit zu recherchieren. Lediglich 6,9 % (n=35) berichteten nach Informationen zu der Gesundheit anderer Personen gesucht zu haben. 13,1 % (n=66) der Befragten führen an, nicht nach Gesundheitsinformationen in den letzten drei Monaten gesucht zu haben.

In Abbildung 4 wird die Häufigkeit der Nutzung internetbasierter Quellen dargestellt. Insgesamt nutzten 67,0 % der befragten Mitglieder unterschiedliche internetbasierte Quellen. 87,3 % (n=327) der Befragten gaben am häufigsten Suchmaschinen, wie bspw. „Google“, als Informationsquelle an. Hingegen berichteten nur 9,4 % (n=36) der Mitglieder medizinische Online-Beratung als internetbasierte Quelle in Anspruch genommen zu haben.

Abbildung 4: Häufigkeiten der genutzten internetbasierten Quellen (n=288-426, Angaben in Prozent)



Anmerkung: Die Quelle „Webseiten unabhängiger Patienten- oder Selbsthilfeorganisation“ wurde umbenannt in „Webseiten unabh. Patientenberatung“. Einige Quellen in der Abbildung wurden abgekürzt. In der Tabelle 4: Merkmale Quellen für Gesundheitsinformationen im Methodenteil sind die Ursprungsvariablen zu sehen.

Internetbasierte Quellen differenziert nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen



In der Altersgruppe der 22-44-Jährigen gaben 61 % (n=25) an, internetbasierte Quellen häufig bzw. manchmal genutzt zu haben. Verglichen damit gaben in der Altersgruppe der 45-65-Jährigen 67,8 % (n=162) an, internetbasierte Quellen häufig bzw. manchmal für die Recherche nach Gesundheitsinformationen zu verwenden, während etwa zwei Drittel (67,1 %, n=100) der über 65-Jährigen berichtete häufig bzw. manchmal solche Quellen bei der Suche nach Gesundheitsinformationen zu nutzen.



Zwischen den männlichen und weiblichen Befragten ließen sich kaum Unterschiede in der Nutzung internetbasierter Quellen feststellen. Insgesamt 67,3 % (n=109) der Männer und 66,5 % (n=177) der Frauen gaben an, internetbasierte Quellen häufig bzw. manchmal zu nutzen.

Internetbasierte Quellen differenziert nach behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen



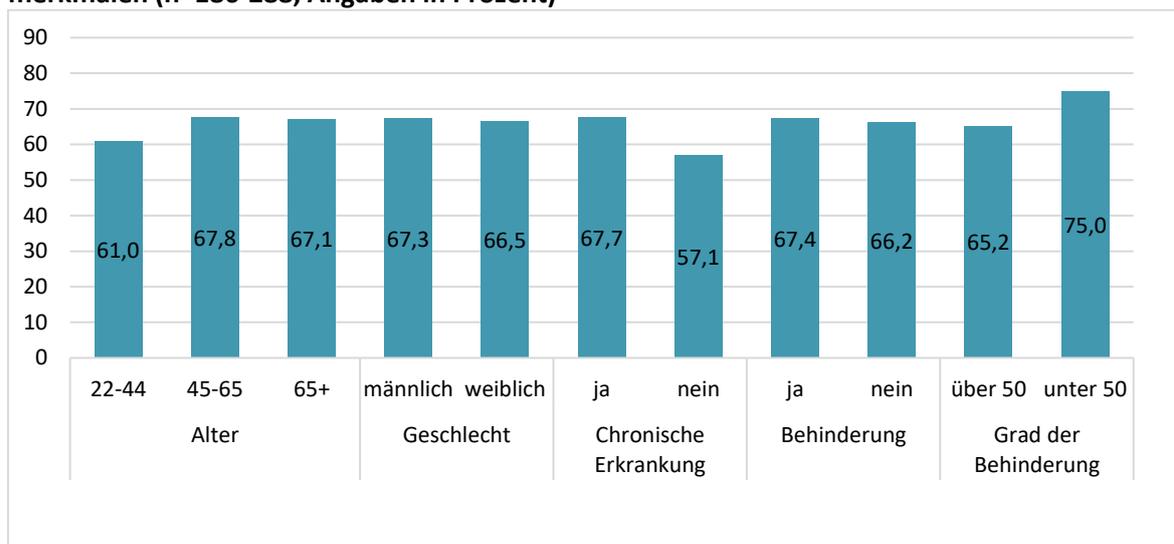
Knapp zwei Drittel der Befragten mit einer chronischen Erkrankung berichtete (67,7 %, n=272), dass sie häufig bzw. manchmal internetbasierte Quellen verwenden. Hingegen gaben 57,1 % (n=16) der Befragten ohne chronische Erkrankung an, häufig bzw. manchmal anhand von internetbasierten Quellen zu recherchieren.

67,4 % (n=188) der Befragten mit Behinderung gaben an, internetbasierte Quellen häufig bzw. manchmal zu nutzen. Von der Nutzung dieser Quellen berichteten von den Befragten ohne Behinderung 66,2 % (n=100).

Von den Befragten mit einer Schwerbehinderung (d. h. Grad der Behinderung über 50) gaben 65,2 % (n=144) an, häufig bzw. manchmal internetbasierte Quellen zu nutzen. Hingegen berichteten Teilnehmende mit einer leichten Behinderung unter 50 mit 75,0 % (n=42) häufiger internetbasierte Quellen zu verwenden.

Abbildung 5 stellt die Nutzung von internetbasierten Quellen differenziert nach dem soziodemographischen und behinderungsspezifischen Hintergrund dar.

Abbildung 5: Häufigkeiten der Nutzung von internetbasierten Quellen („häufig bzw. manchmal“) differenziert nach soziodemographischen und behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen (n=186-288, Angaben in Prozent)



Anmerkung: Die Antwortmöglichkeiten waren „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“. Fehlende Antwortmöglichkeiten wurden in Abbildung 5 nicht dargestellt. Hier dargestellt sind die zusammengefassten Antworten „häufig“ bzw. „manchmal“.

Internetbasierte Quellen differenziert nach sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen



Mitglieder, die ihren subjektiven Sozialstatus als niedrig einschätzen, gaben seltener an, internetbasierte Quellen zu nutzen. 37,3 % (n=82) dieser Gruppe berichteten internetbasierte Quellen selten oder nie zu nutzen, während dieser Anteil in der Gruppe der Personen mit mittlerem und hohem subjektiven Sozialstatus bei 29,1 % (n=52) und 25,0 % (n=7) lag. Das bedeutet, dass Mitglieder mit einem mittleren und hohen subjektiven Sozialstatus häufiger internetbasierte Quellen zur Recherche nach Gesundheitsinformationen verwenden.



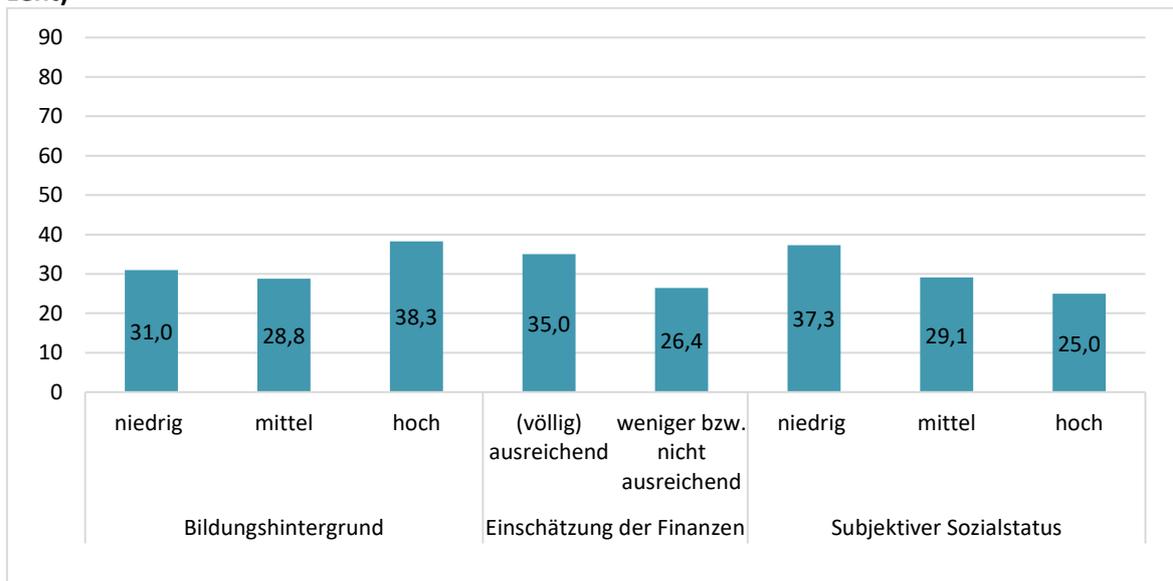
26,4 % (n=28) der Befragten mit einer wenig bzw. nicht ausreichenden finanziellen Situation berichteten internetbasierte Quellen selten bzw. nie zu verwenden. Bei Mitgliedern, die ihre finanzielle Situation als (völlig) ausreichend bezeichneten, berichteten hingegen 35 % (n=114) solche Quellen selten bzw. nie verwendet zu haben.



31,0 % (n=13) der Befragten mit niedrigem Bildungshintergrund gaben an, internetbasierte Quellen selten bzw. nie verwendet zu haben. Die Teilnehmenden mit mittlerem und hohem Bildungshintergrund (28,8 %, n=63; 38,3 %, n=43) nutzten selten oder nie internetbasierte Quellen.

Abbildung 6 zeigt den Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen der Befragten und der Nutzung von internetbasierten Quellen.

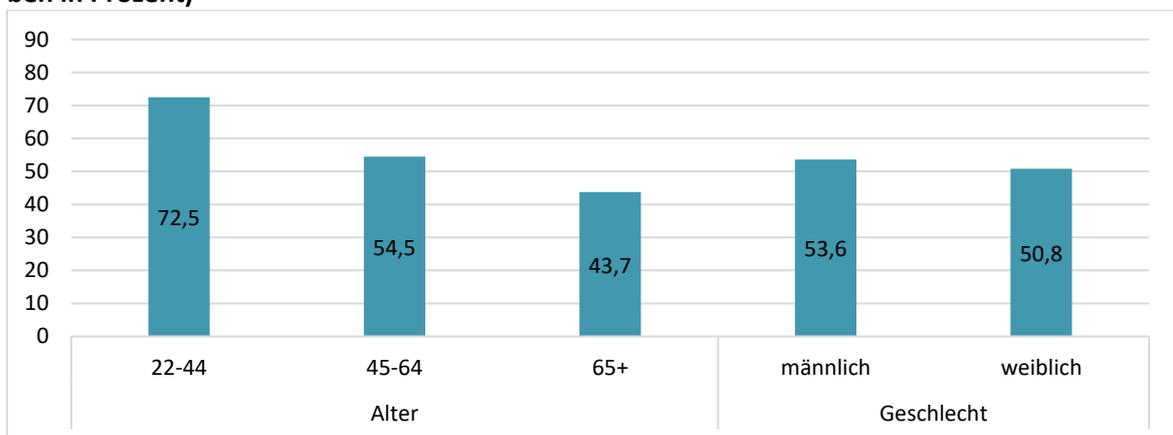
Abbildung 6: Häufigkeiten der Nutzung von internetbasierten Quellen („selten bzw. nie“) im Zusammenhang mit den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen (n=140-141, Angaben in Prozent)



Anmerkung: Die Antwortmöglichkeiten waren „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“. Fehlende Antwortmöglichkeiten wurden in Abbildung 6 nicht dargestellt. Hier dargestellt sind die zusammengefassten Antworten „selten“ bzw. „nie“.

Die nachfolgende Abbildung 7 stellt den zuvor beschriebenen Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Hintergrundmerkmalen der Befragten und der Nutzung von Quellen dar.

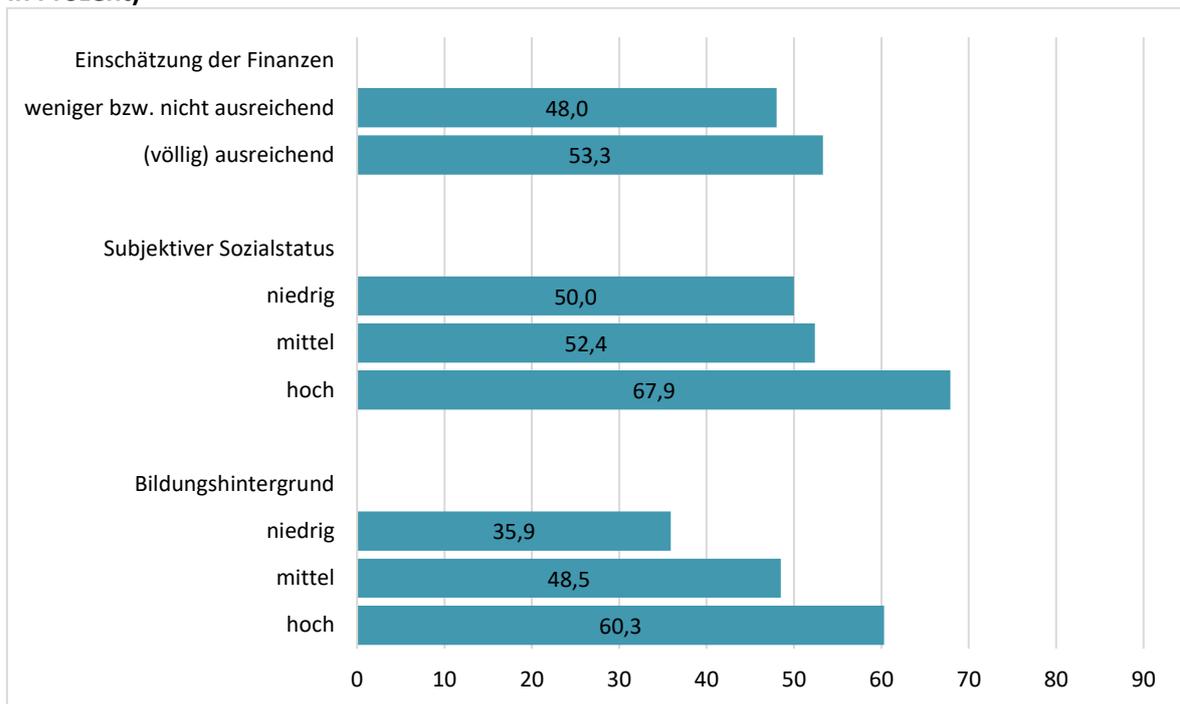
Abbildung 7: Häufigkeiten der Nutzung von Quellen für Gesundheitsinformationen („selten bzw. nie“) differenziert nach den soziodemographischen Hintergrundmerkmalen (n=400, Angaben in Prozent)



Anmerkung: Die Antwortmöglichkeiten waren „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“. Fehlende Antwortmöglichkeiten wurden in Abbildung 7 nicht dargestellt. Hier dargestellt sind die zusammengefassten Antworten „selten“ bzw. „nie“.

In Abbildung 8 ist der Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen der Befragten und der Nutzung von allgemeinen Quellen dargestellt. Zu diesen Quellen gehören z. B. die Familie und Freunde, medizinisches Fachpersonal, Fernsehen, Hefte oder Broschüren, Tagespresse und Magazine, telefonische Beratung sowie das Internet.

Abbildung 8: Häufigkeiten in der Nutzung von Quellen für Gesundheitsinformationen („selten bzw. nie“) differenziert nach den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen (n=400, Angaben in Prozent)



Anmerkung: Die Antwortmöglichkeiten waren „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“. Fehlende Antwortmöglichkeiten wurden in Abbildung 8 nicht dargestellt. Hier dargestellt sind die zusammengefassten Antworten „selten“ bzw. „nie“.

In der Altersgruppe der 22-44-Jährigen gaben 72,5 % (n=29) an, allgemeine Quellen selten bzw. nie zu nutzen. Mehr als die Hälfte (60,3 %, n=94) der Befragten mit einem hohen Bildungshintergrund berichteten, dass sie selten bzw. nie allgemeine Quellen für Gesundheitsinformationen nutzen.

Die Ergebnisse der GeMSe-Studie im Bereich der Quellen von Gesundheitsinformationen zeigen zusammenfassend, dass die Mitglieder der Selbsthilfe sich über verschiedene Quellen zu gesundheitsrelevanten Themen informieren. Die Nutzung der unterschiedlichen Quellenarten unterscheidet sich je nach soziodemografischem, sozioökonomischem und behinderungsspezifischem Hintergrund der Mitglieder. Insgesamt verwenden mehr als die Hälfte der Befragten internetbasierte Quellen zur Recherche nach Gesundheitsinformationen. In der Schlussfolgerung werden die Bedarfe und Möglichkeiten der Selbsthilfe, die sich aus diesen Erkenntnissen ergeben, thematisiert.

5. Digitale Gesundheitskompetenz: Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von digitalen Gesundheitsinformationen

Hintergrund



Neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz ist in den letzten Jahren die digitale Gesundheitskompetenz vermehrt in den Blick der Forschung geraten. Unter der digitalen Gesundheitskompetenz werden Fähigkeiten und technische Kompetenzen verstanden, Gesundheitsinformationen aus elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu bewerten sowie die gewonnenen Erkenntnisse zur Behandlung oder Lösung eines Gesundheitsproblems anzuwenden (Norman/Skinner 2006, Kolpatzik et al. 2020). Sie umfasst den bewussten und selbstbestimmten Umgang mit digitalen Medien. Dazu gehören Online-Informationen, Apps und auch das Management der eigenen Gesundheitsdaten (TK 2019). Des Weiteren wird unter der digitalen Gesundheitskompetenz die Fähigkeit beschrieben, mit elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen umgehen zu können (Assmann-Stiftung für Prävention 2019).

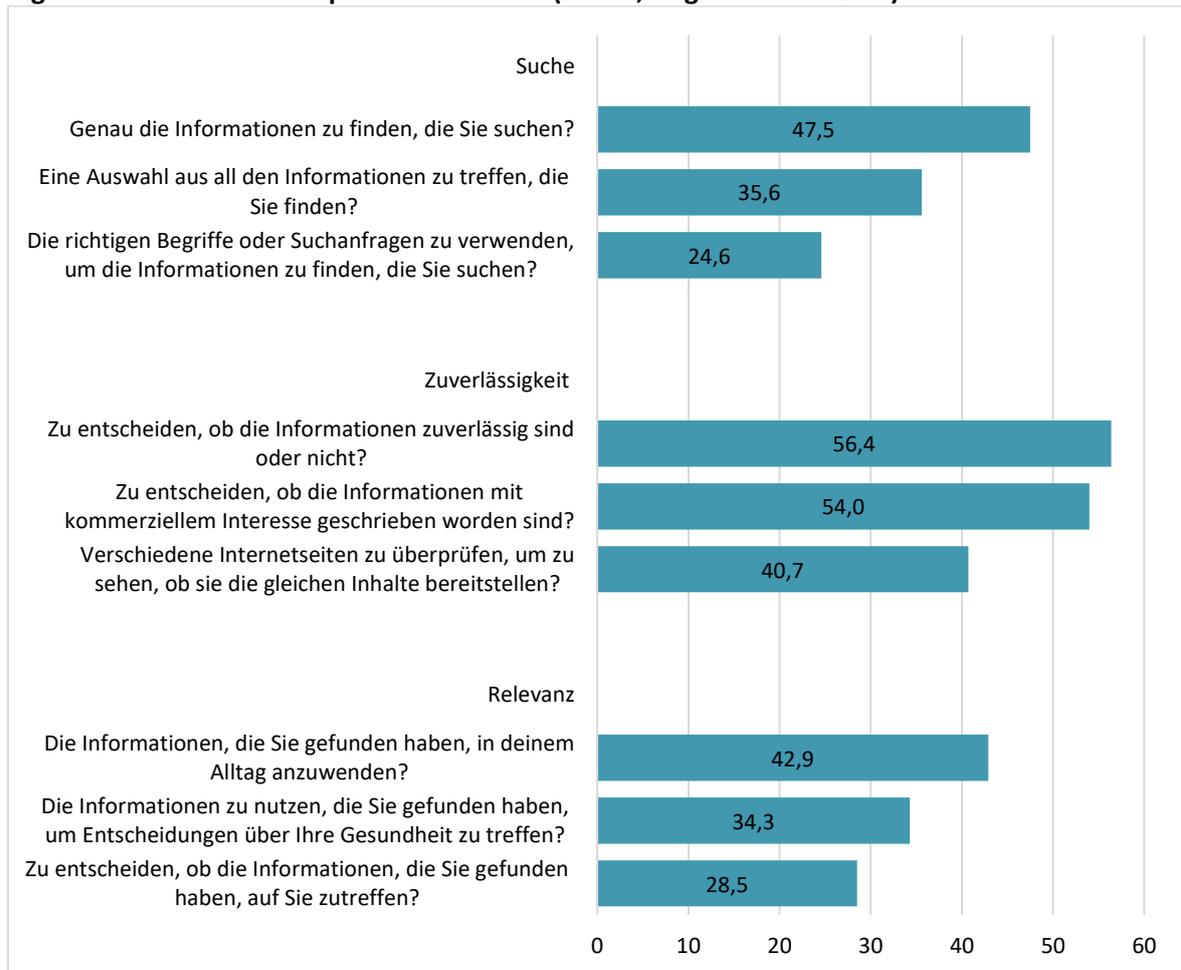
Die digitale Gesundheitskompetenz hat in Deutschland einen hohen Stellenwert, aber eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik und Definition des Begriffs ist bisher nicht ausreichend erfolgt (Samerski/Müller 2019). Im Rahmen der Studie „TK-DiSK: Digital. Selbstbestimmt. Kompetent.“ wurden Expert*inneninterviews durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, „dass es unter Expert*innen bisher kein einheitliches Verständnis zur digitalen Gesundheitskompetenz gibt und damit auch kein Grundverständnis im Hinblick auf Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten“ zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz (Samerski/Müller 2019: 8). Vielfach wird die Zuständigkeit der Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz bei den Patient*innen selbst gesehen und nicht als eine Aufgabe bspw. der Krankenkassen (Samerski/Müller 2019). Die Literatur zeigt hingegen, dass es Maßnahmen zur Stärkung und Förderung von Patient*innen im Umgang mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen bedarf (Krüger-Brand 2019). Hierzu sind entsprechende Informationsgrundlagen notwendig, damit Patient*innen eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einnehmen können (Link/Baumann 2020).

Die Schnelllebigkeit der Technik und somit auch der Digitalisierung in den letzten Jahren und Jahrzehnten ist nicht zu übersehen. Dies birgt insbesondere für Bevölkerungsgruppen in vulnerablen Lebenslagen, zu der auch Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung zählen, sowohl Chancen als auch Risiken. Primär die digitalen Angebote bzgl. gesundheitsbezogener Informationen können den Lesenden mehr verwirren, als dass sie Nutzen stiften. Umso wichtiger ist es herauszufinden, inwieweit Mitglieder und Vertreter*innen der Selbsthilfe in der digitalen Gesundheitskompetenz gestärkt werden können, um in die Lage versetzt zu werden, z. B. verlässliche (Gesundheits-) Informationen von sog. Fake-News zu unterscheiden.

Ergebnisse

Insgesamt berichteten 62,6 % (n=269) der Befragten, Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz zu haben. In Abbildung 9 werden die Häufigkeiten dargestellt, wie schwer bzw. sehr schwer die Befragten die einzelnen Aspekte der digitalen Gesundheitskompetenz beurteilten.

Abbildung 9: Häufigkeiten, wie schwer bzw. sehr schwer die Befragten die einzelnen Aspekte der digitalen Gesundheitskompetenz beurteilen (n=505, Angaben in Prozent)



Der erste Aspekt in Abbildung 9 bildet die Suche nach digitalen Gesundheitsinformationen ab. Im Durchschnitt gab ca. ein Drittel (34,9 %, n=150) der Befragten an, dass ihnen die digitale Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen schwer bzw. sehr schwerfiel. 47,5 % (n=203) der Befragten hatten Schwierigkeiten, genau die Informationen zu finden, die sie gesucht haben. 24,6 % (n=105) der Teilnehmenden berichteten von Schwierigkeiten die richtigen Begriffe oder Suchanfragen zu verwenden, um die Informationen zu finden, die sie suchten. 35,6 % (n=152) der Befragten fiel es schwer, eine Auswahl aus all den Informationen zu treffen, die sie gefunden haben.

Der zweite Aspekt beinhaltete die Beurteilung der Zuverlässigkeit der gefundenen digitalen Quellen. Mehr als die Hälfte der Befragten (51,9 %, n=223) fand es schwer bzw. sehr schwer

die Zuverlässigkeit der Informationen zu beurteilen. Am häufigsten traten Schwierigkeiten bei der Entscheidung auf, inwiefern die gefundenen Informationen zuverlässig sind. Auch hatte über die Hälfte der Befragten (54,0 %, n= 231) Schwierigkeiten zu entscheiden, ob die Informationen mit kommerziellem Interesse geschrieben worden waren. 40,7 % (n=174) der Befragten fanden es schwer verschiedene Internetseiten zu überprüfen, ob sie die gleichen Gesundheitsinformationen bereitstellen.

Der letzte dargestellte Aspekt beschreibt, inwieweit die Befragten die gefundenen Informationen dahingehend überprüfen können, ob sie für sich relevant sind. Knapp ein Drittel (32,8 %, n=141) der Befragten berichtete über Schwierigkeiten bei der Beurteilung von der Relevanz der digital gefundenen Gesundheitsinformationen. Die meisten Schwierigkeiten ergaben sich bei der Anwendung der gefundenen Informationen im Alltag der Befragten. In der weiteren Auswertung zeigte sich ein Zusammenhang mit dem Alter der Befragten und der Suche nach Gesundheitsinformationen. 40,8 % (n=89) der Befragten zwischen 45 bis 64 Jahre berichteten über Schwierigkeiten bei der digitalen Suche nach Gesundheitsinformationen. Währenddessen berichteten Befragte über 65 Jahre (29,4 %, n=50) und Befragte zwischen 22 und 44 Jahre (26,8 %, n=11) über Schwierigkeiten bei der Suche nach Gesundheitsinformationen. Weitere Auswertungen ergaben, dass Teilnehmende mit einem niedrigeren Bildungshintergrund häufiger Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Zuverlässigkeit der gefundenen digitalen Gesundheitsinformationen berichteten im Vergleich zu den Befragten mit einem höheren Bildungshintergrund. Diejenigen, die ihre Finanzen als weniger ausreichend bzw. nicht ausreichend bezeichneten (60,7 %, n=65), hatten häufiger Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Zuverlässigkeit von digitalen Gesundheitsinformationen. 55,6 % (n=155) der Befragten mit Behinderung berichteten von Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Zuverlässigkeit von Gesundheitsinformationen.

Digitale Gesundheitskompetenz differenziert nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen:



Befragte im Alter zwischen 45 bis 64 Jahren gaben häufiger (42,2 %, n=92) an, Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz zu haben im Vergleich zu Befragten zwischen 22 bis 44 Jahren (29,3 %, n=12) und den über 65-Jährigen (33,5 %, n=57).



Zwischen den männlichen und weiblichen Befragten zeigten sich keine Unterschiede bei Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Informationen: Gleich häufig gaben Männer (37,7 %, n=61) und Frauen (37,6 %, n=100) Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz an.

Digitale Gesundheitskompetenz differenziert nach sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen:

Abbildung 10 stellt den Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Merkmalen der Befragten und Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz dar. Es zeigt sich folgendes Muster:



Die Befragten mit einem mittleren Bildungshintergrund (40,2 %, n=88) gaben im Vergleich zu den Befragten mit niedrigem Bildungshintergrund (38,1 %, n=16) und den Befragten mit hohem Bildungshintergrund (33,5 %, n=56) häufiger Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz an.

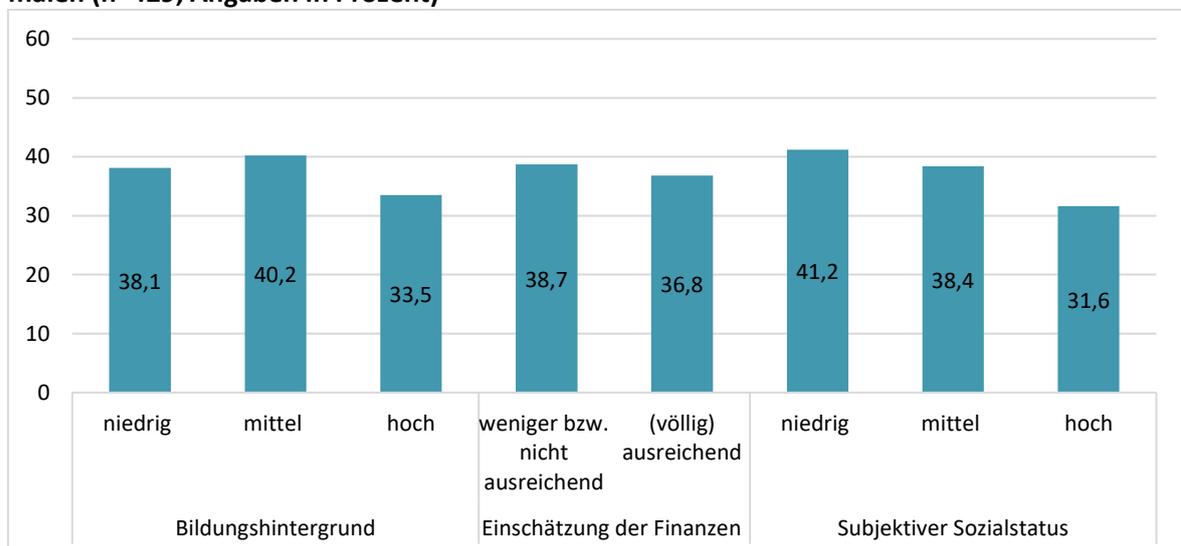


Es konnten keine Unterschiede in der digitalen Gesundheitskompetenz zwischen Befragten mit ausreichendem und nicht ausreichendem finanziellem Hintergrund erkennbar werden.



Die digitale Gesundheitskompetenz unterschied sich zwischen den Befragten mit hohem, mittlerem und niedrigem subjektiven Sozialstatus. 41,2 % (n=21) der Befragten mit niedrigem subjektiven Sozialstatus berichteten häufiger von Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz als Befragte mit mittlerem (38,4 %, n=108) und hohem subjektiven Sozialstatus (31,6 %, n=30).

Abbildung 10: Häufigkeiten, wie schwer bzw. sehr schwer die Befragten die digitale Gesundheitskompetenz beurteilen im Zusammenhang mit den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen (n=429, Angaben in Prozent)



Anmerkung: In der Abbildung sind die negativen Ausprägungen (schwer bzw. sehr schwer) dargestellt.

Digitale Gesundheitskompetenz differenziert nach behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen:

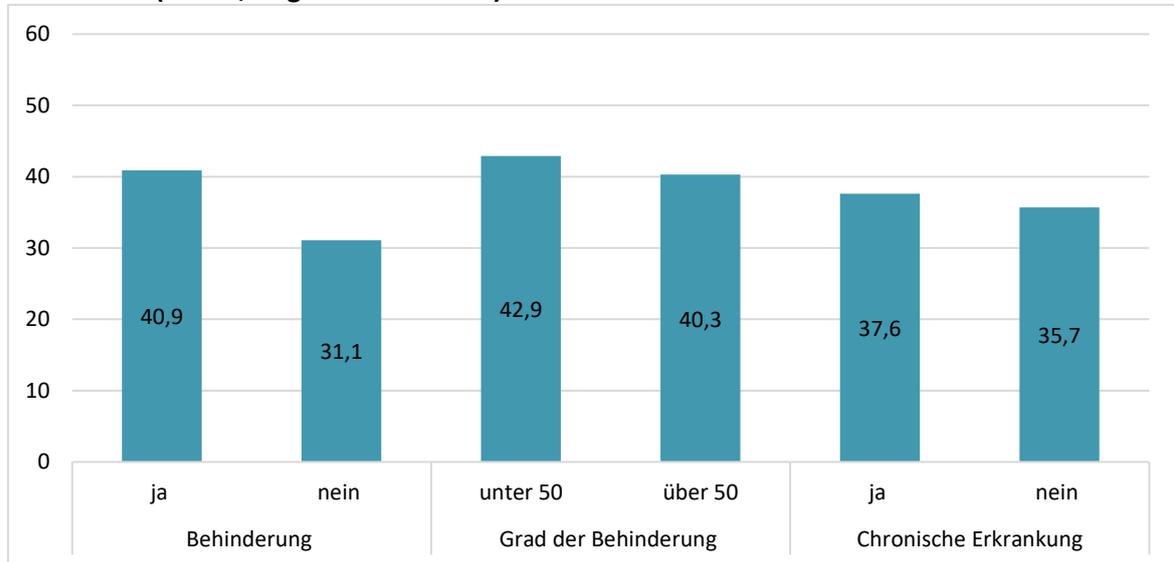
Abbildung 11 zeigt den Zusammenhang zwischen behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen der Befragten und Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz. Hierbei ist folgendes Muster zu erkennen:



40,9 % der Befragten mit Behinderung (n=114) gaben Schwierigkeiten in der digitalen Gesundheitskompetenz im Vergleich zu 31,1 % (n=47) der Befragten ohne Behinderung an. Es konnten keine Unterschiede in der digitalen Gesundheitskompetenz nach dem Grad der Behinderung, d. h. die Schwere der Behinderung, festgestellt werden.

derung, gefunden werden. Ebenso zeigten sich keine Unterschiede in der digitalen Gesundheitskompetenz, differenziert nach dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung.

Abbildung 11: Häufigkeiten, wie schwer bzw. sehr schwer die Befragten die digitale Gesundheitskompetenz beurteilen im Zusammenhang mit den behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen (n=429, Angaben in Prozent)



Anmerkung: In der Abbildung sind die negativen Ausprägungen (schwer bzw. sehr schwer) dargestellt. Die verbleibenden Prozente (59,1 % von Menschen mit Behinderung) wiesen keine Einschränkungen diesbezüglich auf.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der GeMSe-Studie, dass sich die digitale Gesundheitskompetenz, je nach soziodemografischen, sozioökonomischen und behinderungsspezifischen Merkmalen unterscheidet. In der Schlussfolgerung werden die Bedarfe und Möglichkeiten der Selbsthilfe thematisiert.

6. Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch



Für Patient*innen ist die Suche nach Gesundheitsinformationen vor und/oder nach dem Arztbesuch von zunehmender Bedeutung (Marstedt 2018). Grund dafür ist die Kontrolle bzw. Überprüfung der ärztlichen Anordnungen und die eigene Sicherheit der Patient*innen (Marstedt 2018). Bei der Suche nach Gesundheitsinformationen nutzen Patient*innen verschiedene Informationskanäle wie bspw. Bücher, Broschüren, Zeitschriften, Online-Angebote (bspw. Websites oder Foren), nahestehende Personen, Apotheker*innen oder den Arzt/die Ärztin (Hambrock 2018). Hierbei sind das Internet und der/die Ärzt*in die zentralen Informationskanäle (Hambrock 2018). Das ärztliche Gespräch hat aufgrund der Vermittlung persönlicher Informationen einen besonderen Stellenwert (Schaeffer et al. 2019). Die Suche nach Gesundheitsinformationen im Zusammenhang mit dem Besuch des Arztes/der Ärztin dient als Unterstützung sowie zur Kontrolle der erhaltenen Informationen des Arztes/der Ärztin für Patient*innen. Dies begünstigt den Wandel der ärztlichen Rolle und in der Konsequenz möglicherweise auch die Interaktion und Beziehung zum/zur Ärzt*in (Marstedt 2018). Heutzutage erfolgt die Wissensbeschaffung nicht mehr ausschließlich über den/die Ärzt*in, sondern Patient*innen informieren sich vermehrt selbstständig und vorsorglich (Marstedt 2018), um als souveräne*r Patient*in auftreten zu können (Horch/Jordan 2019). Dabei wird zunehmend der Wunsch nach einer patient*innenorientierten Versorgung geäußert (Horch/Jordan 2019).

Ärzt*innen reagieren unterschiedlich auf die eigenständige Informationssuche der Patient*innen. Hierbei weisen über ein Drittel der Ärzt*innen ihre Patient*innen auf verlässliche Informationsquellen hin und ca. die Hälfte der Ärzt*innen geben vertrauenswürdige sowie laienverständliches Informationsmaterial direkt an die Patient*innen weiter (Marstedt 2018). Die eigenständige Informationssuche wird von wenigen Ärzt*innen explizit abgelehnt, wobei sie gleichzeitig ihre Patient*innen nicht explizit dazu ermuntern (Marstedt 2018). Dabei wird von Patient*innen bemängelt, dass Ärzt*innen selten auf die Selbsthilfe verweisen, wobei die besondere Bedeutung der Selbsthilfe für die Informationsbeschaffung von Patient*innen hervorgehoben wird (Litzkendorf et al. 2020). Der einfache und schnelle Zugang zu umfangreichen Gesundheitsinformationen stärkt die Mitwirkung und Mitbestimmung der Patient*innen bei der Behandlung (Schaeffer et al. 2019). Insbesondere Patient*innen mit einer chronischen Erkrankung haben einen spezifischen Informationsbedarf (Baumann et al. 2020) und das Verstehen der erhaltenen Informationen bzgl. ihrer Erkrankung sowie Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten ist ihnen wichtig (Schaeffer et al. 2019). Hierfür ist die Selbsthilfe eine zentrale Anlaufstelle, da sie insbesondere die Möglichkeit des Informationsaustausches bietet. Darüber hinaus ermöglicht die Selbsthilfe ihren Mitgliedern und Angehörigen Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sowie einen Erfahrungsaustausch untereinander (Schaeffer et al. 2019). Hinsichtlich der Suche nach Gesundheitsinformationen in Verbindung mit dem Besuch des Arztes/der Ärztin bei Mitgliedern der Selbsthilfe liegen bislang wenige Studien vor. Die Ergebnisse fassen den Umgang mit Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch zusammen. Auch werden Unterschiede nach dem soziodemografischen und sozioökonomischen Hintergrund aufgezeigt.

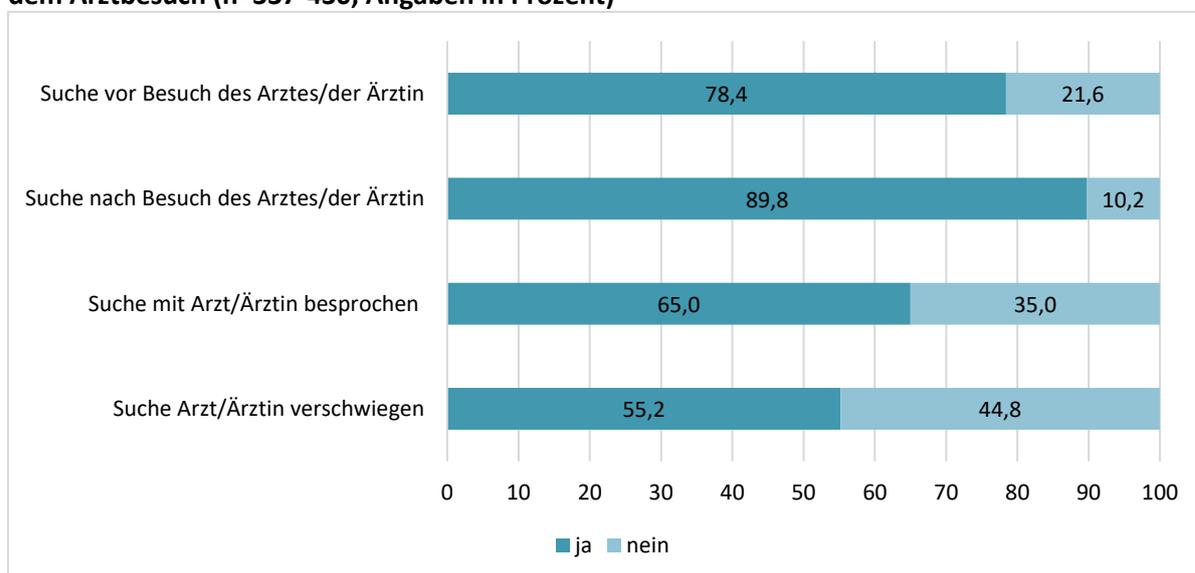
Ergebnisse

Die erfassten Angaben zur Suche nach Gesundheitsinformationen vor und/oder nach dem Arztbesuch werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Suche nach Gesundheitsinformationen vor oder nach dem Arztbesuch

In Abbildung 12 sind die Häufigkeiten der Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch dargestellt. Es zeigt sich, dass die Befragten häufiger nach dem Arztbesuch (89,8 %, n=386) als vor dem Besuch (78,4 %, n=337) nach Gesundheitsinformationen suchten. Wenn Befragte vor dem Besuch des Arztes/der Ärztin bereits nach Gesundheitsinformationen suchten, wurde die Suche von 65,0 % (n=219) der Befragten mit dem/der Ärzt*in besprochen. Gut die Hälfte (55,2 %, n=186) der Befragten verschwiegen dem/der Ärzt*in die Suche nach Gesundheitsinformationen vor dem Besuch.

Abbildung 12: Häufigkeiten der Suche nach Gesundheitsinformationen im Zusammenhang mit dem Arztbesuch (n=337-430, Angaben in Prozent)



Gründe für das Verschweigen der Suche nach Gesundheitsinformationen beim Arztbesuch

In Tabelle 9 werden die Gründe für das Verschweigen der Suche von Gesundheitsinformationen beim Besuch des Arztes/der Ärztin dargestellt. Befragte gaben als häufigsten Grund für das Verschweigen der Suche an, dass sie zunächst, die Reaktion des Arztes/der Ärztin abwarten wollten (46,2 %, n=86). Circa ein Drittel (30,6 %, n=57) der Befragten befürchtete, dass der Arzt/die Ärztin sich ärgert und die Befragten als schwierige*n Patient*in einstuft. Der Grund dem Arzt/der Ärztin als kompetente*r Gesprächspartner*in gegenüber treten zu wollen, wurde von circa 12,0 % (11,8 %, n=22) der Befragten angegeben.

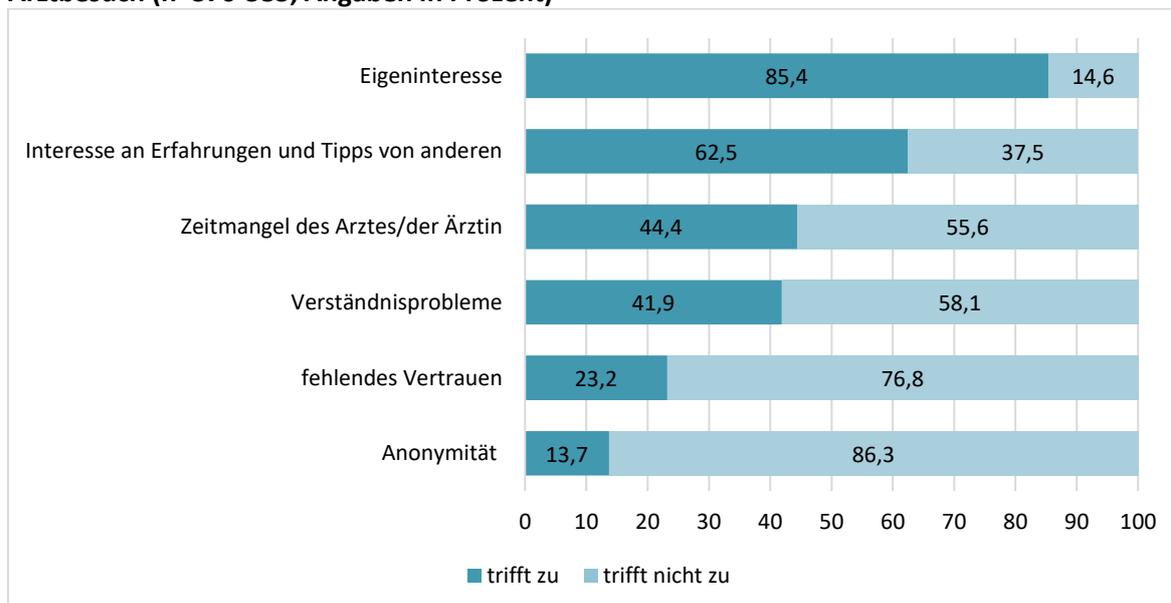
Tabelle 9: Häufigkeiten der Gründe für das Verschweigen der Suche nach Gesundheitsinformationen beim Arztbesuch (n=186, Angaben in Prozent)

Suche dem Arzt/der Ärztin verschwiegen: Grund	
Ich möchte erst einmal abwarten, wie der Arzt/die Ärztin reagiert.	46,2
Ich befürchte, dass der Arzt/die Ärztin sich ärgert und mich als schwierige*n Patient*in einstuft.	30,6
Ich möchte dem Arzt/der Ärztin gegenüber als kompetenter Gesprächspartner auftreten.	11,8

Gründe für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch

In Abbildung 13 werden die Gründe für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch dargestellt. Als Grund für die Suche nach Gesundheitsinformationen gaben die Befragten überwiegend an, dass sie an weiteren Informationen besonders interessiert waren (85,4 %, n=327). Weitere Gründe waren das Interesse an Erfahrungen und Tipps von anderen (62,5 %, n=235), der Zeitmangel des Arztes/der Ärztin (44,4 %, n=166), Verständnisprobleme der Informationen (41,9 %, n=158), die Befragten den Informationen des Arztes/der Ärztin nicht vertraut haben (23,2 %, n=86) und der Wunsch, im Internet anonym nach Informationen suchen zu wollen (13,7 %, n=51).

Abbildung 13: Häufigkeiten der Gründe für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch (n=370-383, Angaben in Prozent)



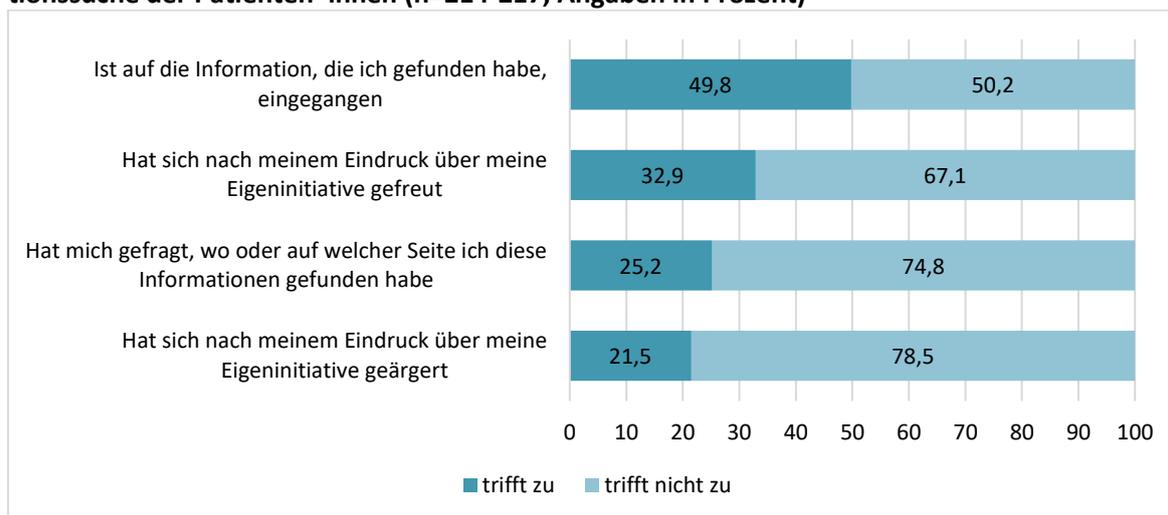
Reaktionen des Arztes/der Ärztin auf die Suche nach Gesundheitsinformationen

In Abbildung 14 sind die Reaktionen des Arztes bzw. der Ärztin dargestellt, wenn die Befragten von ihrer Suche nach Gesundheitsinformationen berichtet haben (65,0 %, n=219). Die häufigsten Reaktionen waren:



Knapp die Hälfte der Befragten berichtete, der/die Ärzt*in sei auf die Informationen eingegangen (49,8 %, n=108). Knapp zwei Drittel der Befragten (32,9 %, n=71) gaben an, der/die Ärzt*in habe sich über die eigenständige Suche gefreut. Bei einem Viertel (25,2 %, n=54) der Befragten fragte der Arzt/die Ärztin nach, wo und auf welchen Portalen die gesundheitsbezogenen Informationen gefunden wurden. Jeder fünfte Befragte (21,5 %, n=46) hatte den Eindruck, dass sich der/die Ärzt*in über die eigenständige Suche geärgert hat.

Abbildung 14: Häufigkeiten der Reaktionen des Arztes/der Ärztin auf die eigenständige Informationssuche der Patienten*innen (n=214-217, Angaben in Prozent)



Ärztlicher Bezug auf die Suche nach Gesundheitsinformationen differenziert nach dem Bildungshintergrund und Grad der Behinderung

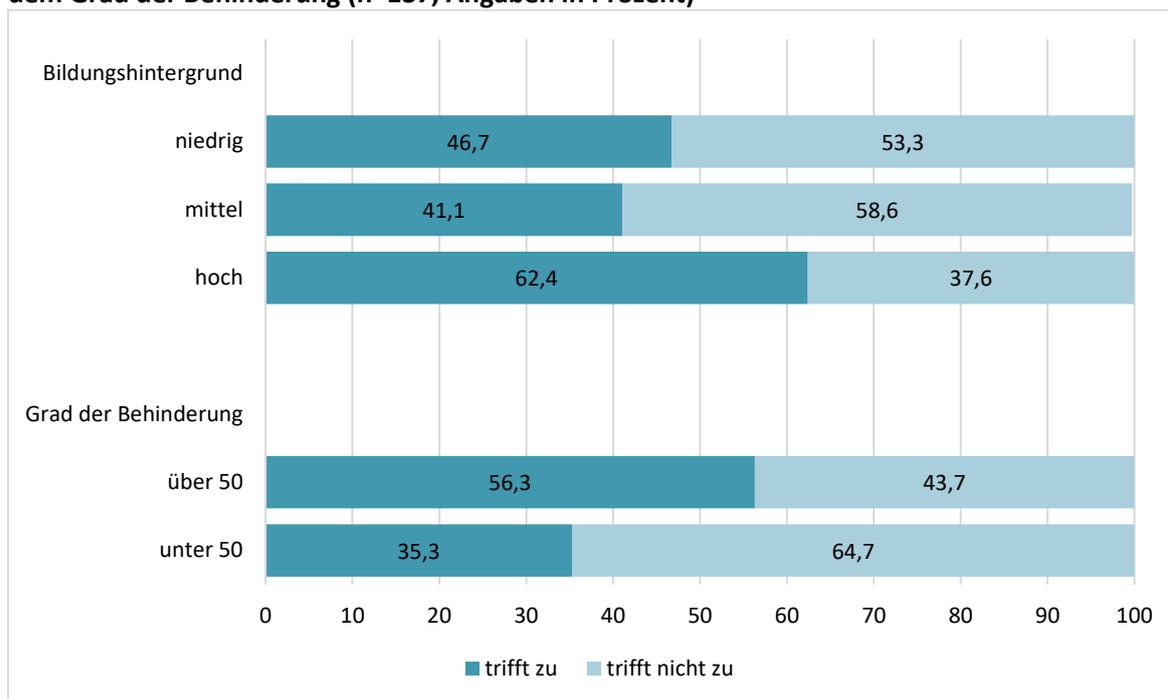


Abbildung 15 veranschaulicht die Reaktion des Arztes/der Ärztin, wie er/sie auf die von den Patient*innen gefundenen Gesundheitsinformationen eingegangen ist. Hierbei wird nach Bildungshintergrund (n=216) und dem Grad der Behinderung (n=137) differenziert. Dabei zeigt sich, dass der/die Ärzt*in bei Befragten mit einem niedrigen Bildungshintergrund (46,7 %, n=7) und mittleren Bildungshintergrund (41,4 %, n=48) seltener auf die Informationen eingeht als bei Befragten mit einem hohen Bildungshintergrund (62,4 %, n=53).



Befragte mit einer Schwerbehinderung gaben an, dass der/die Ärzt*in häufiger (56,3 %, n=58) auf die Informationen eingegangen ist als bei Befragten mit einer leichten Behinderung (35,3 %, n=12).

Abbildung 15: Der/die Ärzt*in ist auf die gefundenen Gesundheitsinformationen der Patient*innen eingegangen, differenziert nach dem Bildungshintergrund (n=216, Angaben in Prozent) und dem Grad der Behinderung (n=137, Angaben in Prozent)



Grund für die Suche nach Gesundheitsinformationen aufgrund von Zeitmangel des Arztes/der Ärztin, differenziert nach geschätzten Finanzen und subjektiven Sozialstatus

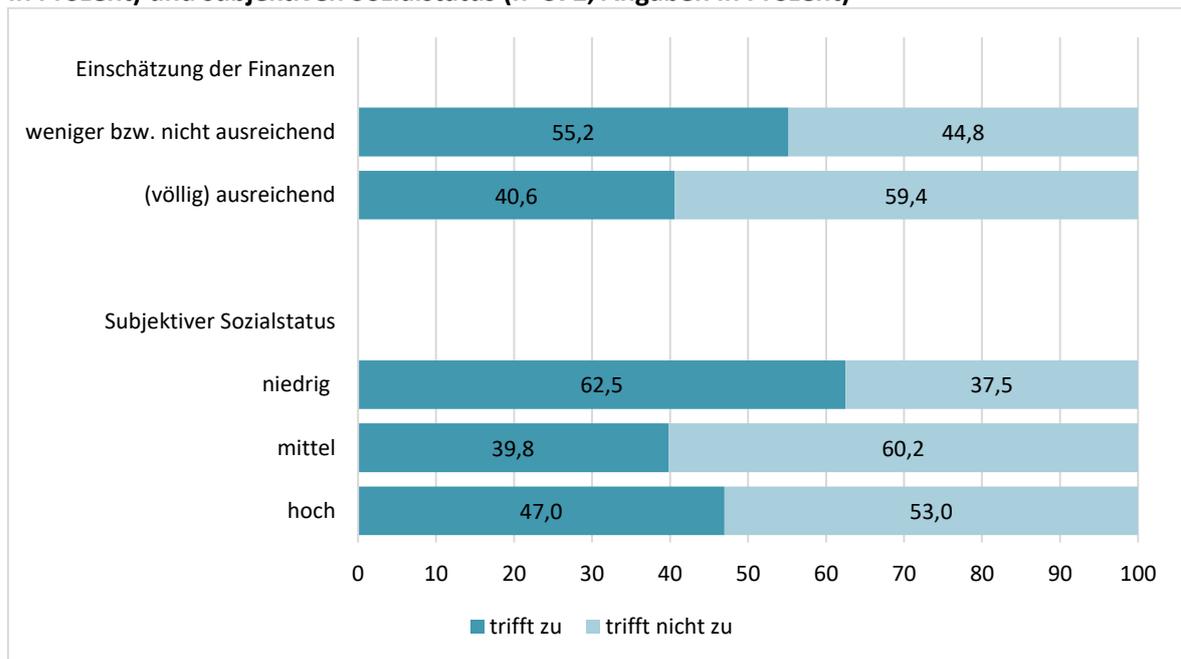


Zeitmangel des Arztes/der Ärztin wird von den Befragten als Grund für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch angegeben (siehe Abbildung 16). Befragte (n=374), die ihre Finanzen als wenig bzw. nicht ausreichend einschätzten, gaben häufiger (55,2 %, n=53) an, dass der/die Ärzt*in sich zu wenig Zeit nahm. Im Vergleich dazu gaben Befragte, die ihre Finanzen als ausreichend einschätzten (40,6 %, n=113) seltener an, dass der /die Ärzt*in sich zu wenig Zeit nahm.



Befragte mit einem niedrigen subjektiven Sozialstatus gaben seltener (62,5 %, n=30) an, dass der/die Ärzt*in zu wenig Zeit hatte bzw. sich zu wenig Zeit nahm im Vergleich zu Befragten, die ihren Sozialstatus als hoch einschätzten (47,0 %, n=39). Am seltensten gaben Befragte mit einem mittleren Sozialstatus an (39,8 %, n=96), nach dem Arztbesuch nach Gesundheitsinformationen zu suchen, weil der/die Ärzt*in sich zu wenig Zeit genommen hatte.

Abbildung 16: Zeitmangel des Arztes/der Ärztin als Grund für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch, differenziert nach Einschätzung der Finanzen (n=374, Angaben in Prozent) und subjektiven Sozialstatus (n=372, Angaben in Prozent)



In der Gesamtschau zeigt sich, dass die Befragten eher vor als nach dem Besuch bei dem/der Ärzt*in nach Gesundheitsinformationen suchten. Weiterhin zeigten sich kaum Unterschiede in dem Gesundheitsinformationssuchverhalten vor bzw. nach dem Arztbesuch zwischen den Altersgruppen, Männern und Frauen sowie zwischen Befragten mit und ohne chronische Erkrankung und/oder Behinderung.

7. Wahrgenommene Barrieren im Gesundheitswesen:

Erfahrungen im Gesundheitssystem und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung



Erfahrungen im
Gesundheitssystem



Zufriedenheit mit der
medizinischen Versorgung

In Deutschland nehmen Menschen mit Behinderungen, unabhängig vom Grad der Behinderung, häufiger strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem wahr (Wetzel/Rathmann 2020). Zu den strukturellen Barrieren zählen laut einer bundesweiten Umfrage der Stiftung Gesundheit die Erreichbarkeit und Nutzbarkeit von Gesundheitseinrichtungen in niedergelassenen Arzt- und Psychotherapiepraxen. Dabei erfüllten 11 % der befragten Praxen mindestens drei von insgesamt zwölf Kriterien der Barrierefreiheit (BMAS 2016). Menschen mit Behinderung nehmen häufiger Untersuchungs- und Behandlungsverzögerung wegen einer zu weiten Entfernung sowie finanzielle Barrieren, wie die Nicht-Bezahlbarkeit von verordneten Arzneimitteln wahr als Menschen ohne Behinderung (Wetzel/Rathmann 2020; Rathmann et al. 2020). Gerade für Menschen mit Behinderung ist es von großer Bedeutung, dass ein gleichberechtigter Zugang zu barrierefreier medizinischer Versorgung gesichert wird.

Im Allgemeinen wird das Gesundheitswesen in Deutschland im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung positiv bewertet (MLP Gesundheitsreport 2019). Der MLP Gesundheitsreport (2019) führte eine Umfrage durch und stellte in dieser fest, dass 65 % der Befragten der Meinung sind, dass Befragte die medizinische Versorgung erhalten, die sie benötigen. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass vulnerable Bevölkerungsgruppen, wie chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen, deutlich weniger zufrieden mit der medizinischen Versorgung sind. Weiterhin gaben 40 % der Bundesbürger*innen die Befürchtung an, nicht die erforderliche Versorgung zu erhalten, die sie benötigen (Ärzteblatt 2018). Das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) hat Daten zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigung erhoben und festgestellt, dass knapp zwei Drittel (64 %) der Männer und ca. die Hälfte (55 %) der Frauen mit der gesundheitlichen Versorgung zufrieden bis sehr zufrieden sind (Jungnitz et al. 2013).

Auf Basis der Daten der GeMSe-Studie werden Unterschiede in den Erfahrungen im Gesundheitssystem und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung von Mitgliedern der Selbsthilfe, die unter anderem eine chronische Erkrankung und/oder Behinderung aufweisen, dargestellt.

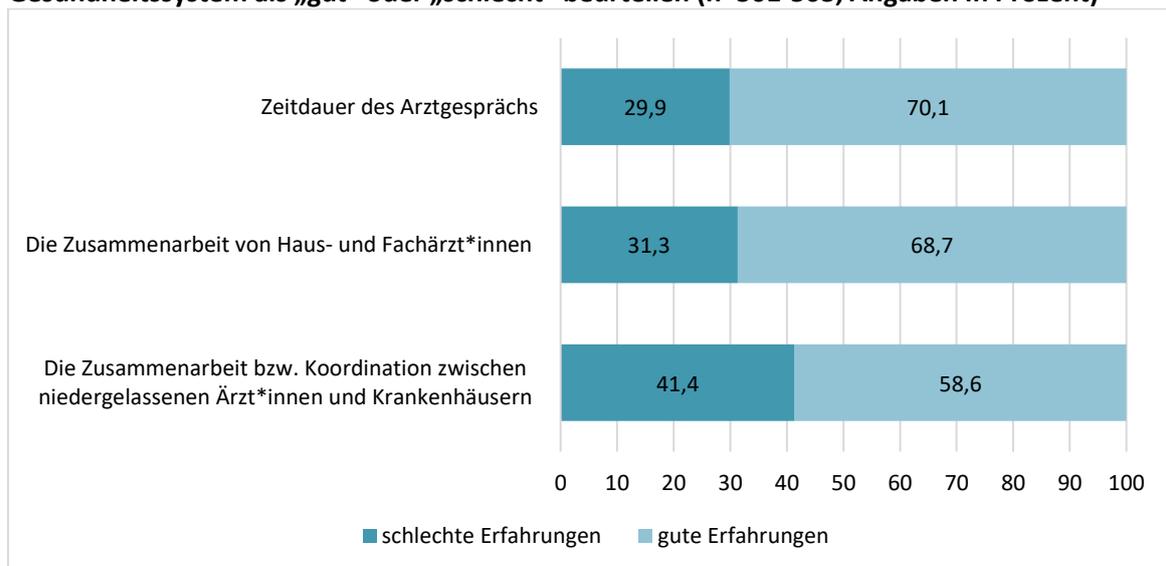
Ergebnisse

Erfahrungen im Gesundheitssystem



In Abbildung 17 sind die Antworthäufigkeiten der Mitglieder der Selbsthilfe hinsichtlich ihrer Erfahrungen im Gesundheitssystem dargestellt. 58,6 % (n=295) der Befragten gaben an, gute Erfahrungen bei der Zusammenarbeit bzw. Koordination zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern gemacht zu haben. Etwa 41,4 % (n=208) der Befragten machten eine schlechte Erfahrung in der Zusammenarbeit bzw. Koordination zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern. Weiterhin zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass 68,7 % (n=347) der befragten Selbsthilfemitglieder mit der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzt*innen gute Erfahrungen gemacht haben, während knapp ein Drittel (31,0 %, n=158) schlechte Erfahrungen machte. 70,1 % (n=351) gaben an, gute Erfahrungen mit der Zeitdauer für das Gespräch mit dem/der Ärzt*in gemacht zu haben, während knapp ein Drittel (29,9 %, n=150) schlechte Erfahrungen berichtete.

Abbildung 17: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen mit den unterschiedlichen Aspekten im Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen (n=501-503, Angaben in Prozent)



Erfahrungen im Gesundheitssystem differenziert nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen



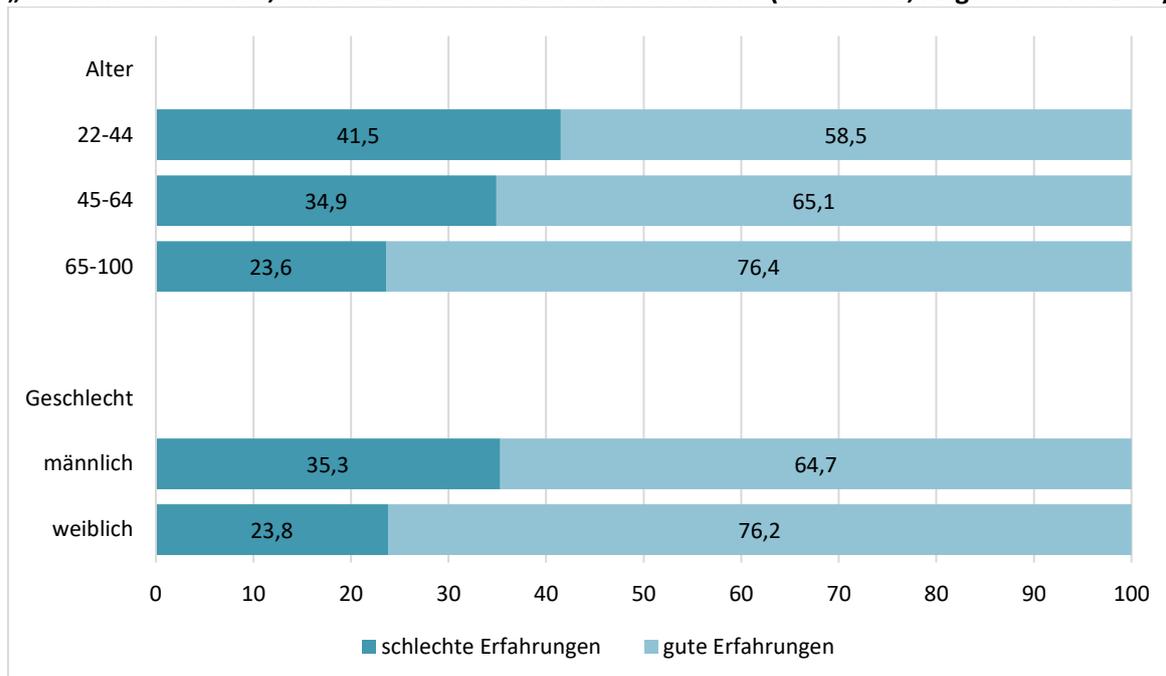
Befragte im Alter zwischen 22 bis 44 Jahren gaben häufiger (41,5 %, n=17) an, schlechte Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht zu haben im Vergleich zu Befragten der Altersgruppe 44 bis 64 Jahre (34,9 %, n=90) und 65 bis 100 Jahre (23,6 %, n=47). Ältere Befragte haben somit gute Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht.



Insgesamt berichteten 30,6 % (n=112) der Befragten schlechte Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht zu haben, davon waren 23,8 % (n=48) weiblich und 35,3 % (n=104) männlich.

Abbildung 18 stellt die Erfahrungen der Befragten mit dem Gesundheitssystem hinsichtlich der Zeitdauer des Gesprächs mit dem/ der Ärzt*in, der Kommunikation von Haus- und Fachärzt*innen und der Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Krankenhäusern, differenziert nach den soziodemographischen Hintergrundmerkmalen dar.

Abbildung 18: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen im Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen, differenziert nach Alter und Geschlecht (n=497-498, Angaben in Prozent)



Erfahrungen im Gesundheitssystem differenziert nach sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen



Insgesamt machten 69,3 % (n=345) der Befragten gute Erfahrungen im Gesundheitssystem. Befragte mit ausreichenden oder völlig ausreichenden Finanzen gaben häufiger an (72,1 %, n=276), gute Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht zu haben als Befragte mit weniger oder nicht ausreichenden Finanzen (60,0 %, n=69).



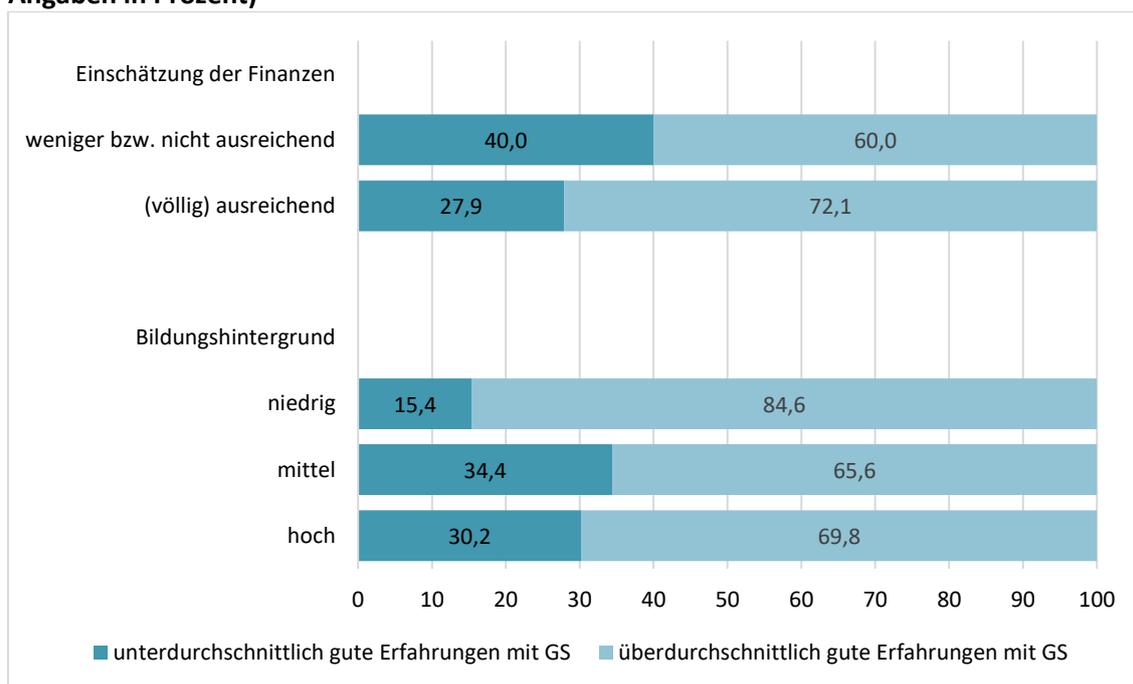
Die Erfahrungen im Gesundheitssystem unterschieden sich nach dem Bildungshintergrund der Befragten. Befragte mit niedrigem Bildungshintergrund gaben häufiger an (84,6 %, n=44), schlechte Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht zu haben, als diejenigen, die einen hohen Bildungshintergrund hatten (69,8 %, n=132).



Befragten mit einem höheren subjektiven Sozialstatus (75,9 %, n=88) berichteten häufiger gute Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem als Befragte mit mittlerem (68,8 %, n=221) und niedrigem (61,0 %, n=36) subjektiven Sozialstatus.

Zusammenhänge zwischen den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen der Befragten und den Erfahrungen im Gesundheitssystem hinsichtlich der Zeitdauer des Arztgesprächs, der Kommunikation von Haus- und Fachärzt*innen und der Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Krankenhäusern werden in der Abbildung 19 dargestellt.

Abbildung 19: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen in dem Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen, differenziert nach eingeschätzten Finanzen und Bildung (n=497-498, Angaben in Prozent)



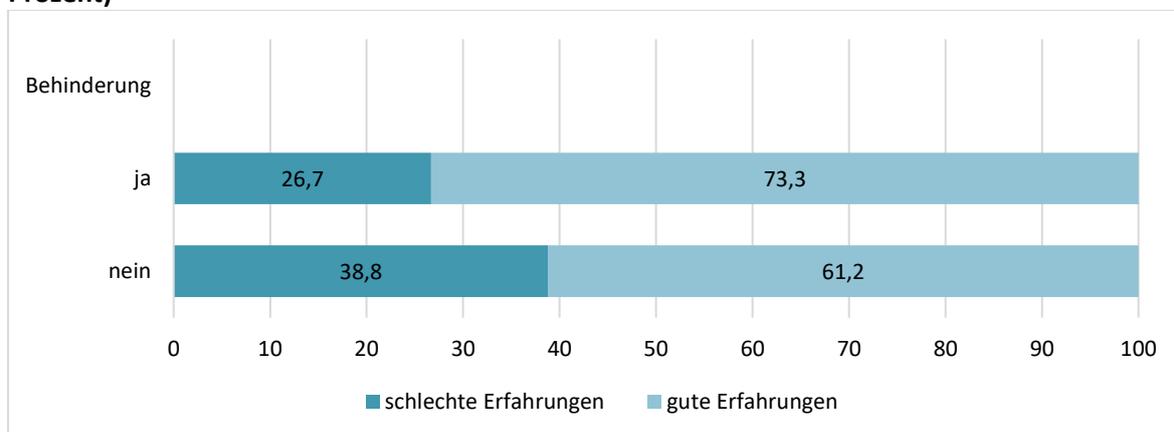
Erfahrungen im Gesundheitssystem differenziert nach behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen



Gut 30 % (n=154) aller Befragten berichteten von schlechten Erfahrungen im Gesundheitssystem. Die Teilnehmenden mit einer Behinderung gaben häufiger an, gute Erfahrungen in dem Gesundheitssystem erlebt zu haben, im Gegensatz zu Befragten ohne Behinderung. Differenziert nach dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung lassen sich keine Unterschiede bei den Erfahrungen im Gesundheitssystem feststellen. Es lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Grad der Behinderung und den Erfahrungen im Gesundheitssystem der Befragten feststellen.

Abbildung 20 stellt die Erfahrungen der Befragten im Gesundheitssystem hinsichtlich der Zeitdauer des Gesprächs mit dem/der Ärzt*in, der Kommunikation von Haus- und Fachärzt*innen und der Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Krankenhäusern, differenziert nach den behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen dar.

Abbildung 20: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen differenziert nach Vorliegen einer Behinderung (n=499, Angaben in Prozent)

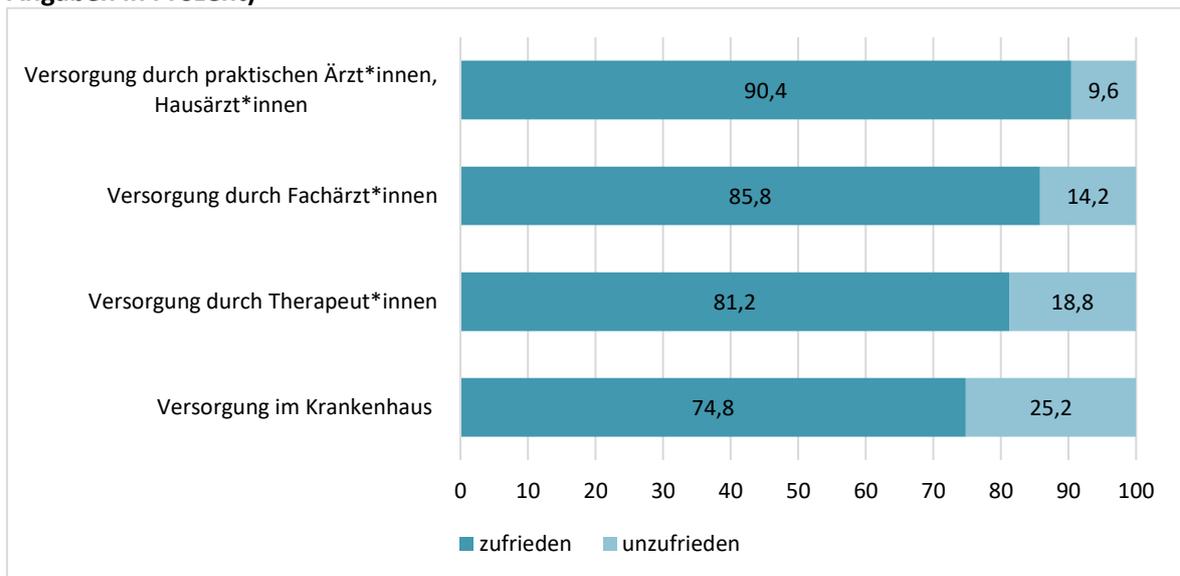


Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung



In Abbildung 21 sind die Antworthäufigkeiten der Befragten hinsichtlich der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in verschiedenen medizinischen Einrichtungen abgebildet. Mit der medizinischen Versorgung durch den/die Therapeut*innen waren 81,2 % der Befragten (n=405) zufrieden und 18,8 % (n=94) der Befragten unzufrieden. Bei der Zufriedenheit mit praktischen Ärzt*innen und Hausärzt*innen zeigte sich, dass über 90,4 % der Befragten zufrieden mit der medizinischen Versorgung waren. 85,8 % (n=492) der Befragten waren hinsichtlich der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung durch Fachärzt*innen zufrieden, während 14,2 % (n=71) unzufrieden waren. Mit der medizinischen Versorgung im Krankenhaus waren über ein Viertel der Befragten (25,2 %, n=125) der Befragten unzufrieden.

Abbildung 21: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen (n=497-502, Angaben in Prozent)



Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung differenziert nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen



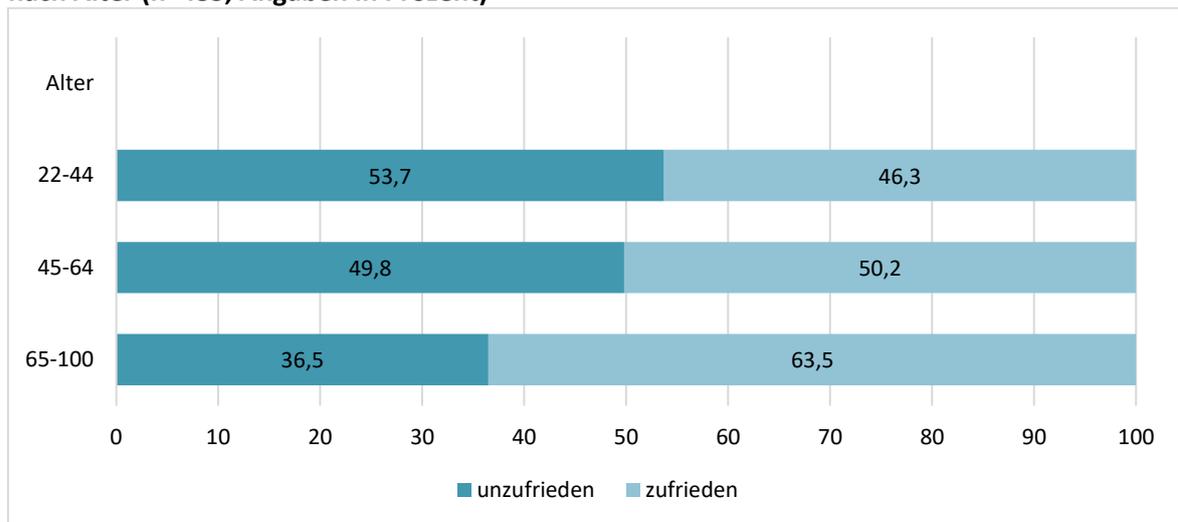
Jüngere Befragte gaben seltener an, mit der medizinischen Versorgung zufrieden zu sein als ältere Befragte (siehe Abbildung 22). Während 53,7 % (n=22) der Befragten in der Altersgruppe 22-44 Jahre angaben, mit der medizinischen Versorgung unzufrieden zu sein, war dieser Anteil bei der Altersgruppe der 45-64-Jährigen (49,8 %, n=127) und 65-100-Jährigen (36,5 %, n=69) deutlich niedriger.



Unterschiede in der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung zeigten sich nicht zwischen den Geschlechtern (siehe Abbildung 22). Es zeigte sich jedoch eine Tendenz, dass Frauen (60,2 %, n=118) häufiger zufrieden mit der medizinischen Versorgung waren als Männer (51,7 %, n=149).

Abbildung 22 stellt den Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Hintergrundmerkmalen der Befragten und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Krankenhaus, bei Fachärzt*innen, bei praktischen Ärzt*innen, Hausärzt*innen oder Therapeut*innen dar.

Abbildung 22: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen differenziert nach Alter (n=485, Angaben in Prozent)



Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung, differenziert nach sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen



Es zeigte sich ein Gradient im Zusammenhang zwischen subjektiven Sozialstatus und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung. Befragte, die ihren subjektiven Sozialstatus als niedrig einstufen (67,2 %, n=39), wiesen eine geringere Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung auf, als Befragte, die ihren subjektiven Sozialstatus (36 %, n=40) als hoch bewerteten.



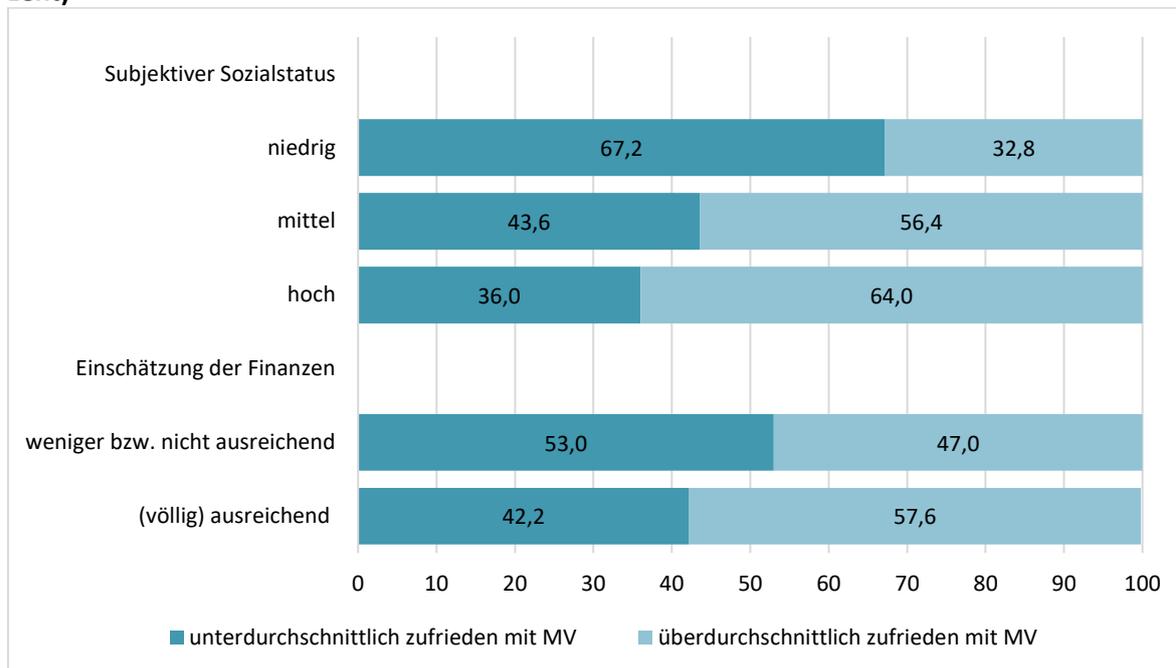
Mehr als die Hälfte der Befragten (53 %, n=62), die ihre finanzielle Lage als weniger ausreichend oder nicht ausreichend einschätzten, waren unzufrieden mit der medizinischen Versorgung. Bei den Befragten mit einer (völlig) ausreichenden finanziellen Lage, waren 42,2 % (n=156) unzufrieden mit der medizinischen Versorgung.



Die Ergebnisse verdeutlichen keinen bildungsspezifischen Unterschied in der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung. Es zeigte sich jedoch eine Tendenz, dass die Befragten mit einem niedrigen Bildungshintergrund (62,7 %, n=32) häufiger zufrieden mit der medizinischen Versorgung waren.

Abbildung 23 stellt den Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Krankenhaus, bei Fachärzt*innen, bei praktischen Ärzt*innen, Hausärzt*innen oder Therapeut*innen dar.

Abbildung 23: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen, differenziert nach subjektivem Sozialstatus und Einschätzung der Finanzen (n=483-485, Angaben in Prozent)



Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung, differenziert nach behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen

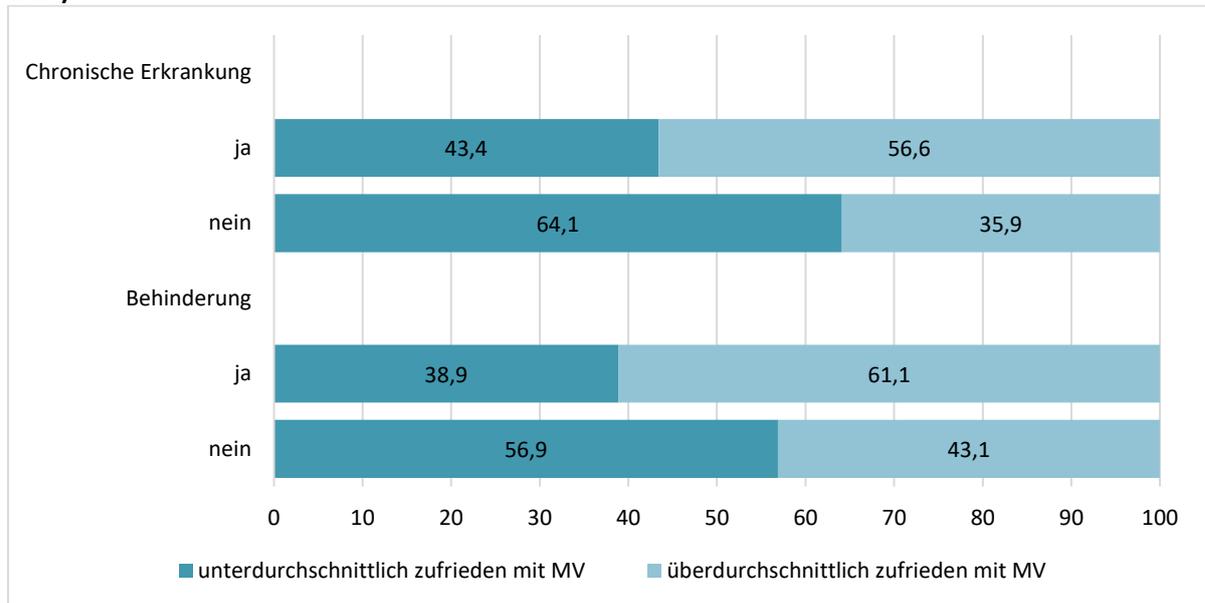


Befragte ohne Behinderung, berichteten häufiger (56,9 %, n=95) unzufrieden mit der medizinischen Versorgung zu sein als Befragte mit einer Behinderung (38,9 %, n=124). Demnach waren Befragte mit einer Behinderung zufriedener mit der medizinischen Versorgung als Befragte, die keine Behinderung angaben.

Es lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Grad der Behinderung und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung der Befragten feststellen. Befragte, die keine chronische Erkrankung aufweisen, berichteten häufiger (43,3 %, n=194) unzufrieden mit der medizinischen Versorgung zu sein als Befragte mit einer chronischen Erkrankung (64,1 %, n=25). Demnach waren Befragte mit einer chronischen Erkrankung zufriedener mit der medizinischen Versorgung als Befragte, die keine chronische Erkrankung berichteten.

Abbildung 24 stellt den Zusammenhang zwischen den behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Krankenhaus, bei Fachärzt*innen, bei praktischen Ärzt*innen, Hausärzt*innen oder Therapeut*innen dar.

Abbildung 24: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen, differenziert nach Vorliegen einer Behinderung und einer chronischen Erkrankung (n=486, Angaben in Prozent)



Insgesamt zeigen die Ergebnisse der GeMSe-Studie, dass die Mitglieder der Selbsthilfe unterschiedliche Erfahrungen mit wahrgenommenen Barrieren in der Gesundheitsversorgung gemacht haben. Die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung unterscheiden sich hinsichtlich der soziodemografischen, sozioökonomischen und behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmale der Befragten. Abschließend werden die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Selbsthilfe diskutiert.

8. Befürchtete Entwicklung im Gesundheitswesen und der Zugang zum Gesundheitswesen



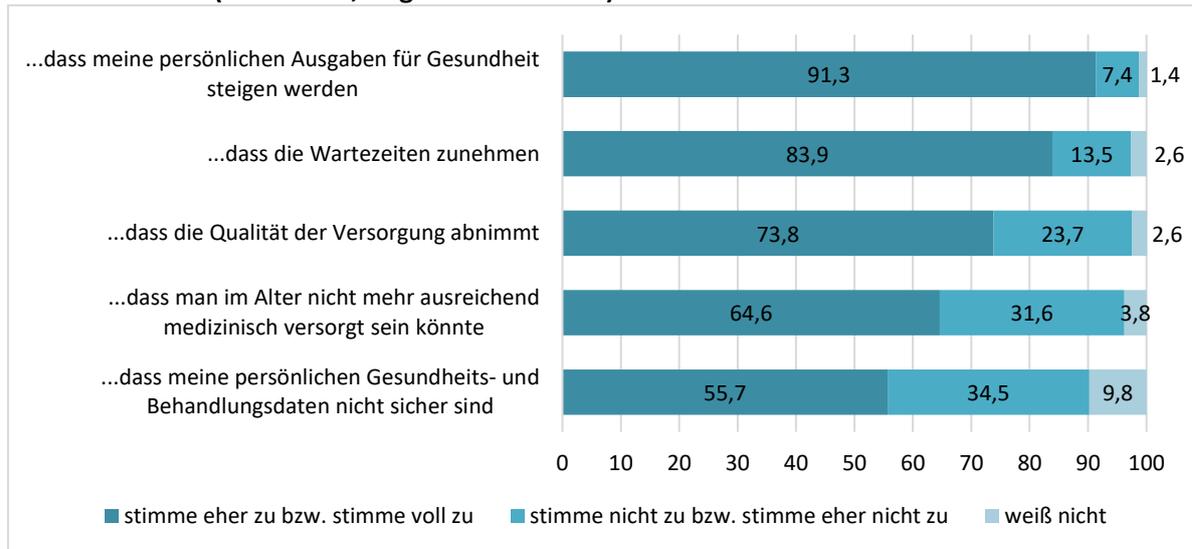
Das Gesundheitssystem dient der Sicherstellung von Gesundheit und der Gesundheitsförderung der Bevölkerung (Robert Koch Institut 2017). Aufgrund wirtschaftlicher Zwänge und neuer Gesetze, gibt es immer wieder Bedarf, Teile des Gesundheitssystems an die sich verändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Diese führen zu einem stetigen Wandel im Gesundheitssystem, welcher Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung hat. Verbunden mit den Veränderungen entstehen oft auch Befürchtungen, dass sich das Gesundheitssystem zum Nachteil für die Menschen in Deutschland entwickeln könnte. Veränderungen innerhalb des Gesundheitswesens führen häufig für Menschen mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung zu Barrieren, mit denen sie sich konfrontiert sehen (Böcken et al. 2014). Barrieren können den Zugang zum Gesundheitswesen erschweren, bspw. sprachliche Einschränkungen, mangelndes Fachwissen der Leistungserbring*innen bzw. des medizinischen Personals sowie Zugangsbarrieren (Rathmann/Wetzel 2020).

Insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen ist der Zugang zum Gesundheitswesen sowie den Gesundheitsleistungen nicht immer gewährleistet (Finkenstädt 2017). Bei Menschen mit chronischer Erkrankung bestehen häufig Befürchtungen auf Grund der oftmals kostenintensiven Behandlungsmöglichkeiten und der teilweise erschwerten Informationsbeschaffung zur eigenen Erkrankung. Durch die häufig erschwerte Informationsbeschaffung über die eigene Erkrankung sind neben dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin weitere Informationsquellen wichtig. Hier bieten Selbsthilfegruppen neben der reinen Information vor allem oft auch emotionale und seelische Unterstützung (Schaeffer et al. 2019).

Ergebnisse

In Abbildung 25 ist der Anteil Befragter dargestellt, die verschiedene Befürchtungen über die zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen angeben. Über 91,3 % (n=459) der Befragten befürchteten, dass die persönlichen Ausgaben für die Gesundheit steigen werden. Ein Großteil befürchtete, dass die Wartezeiten im Gesundheitswesen zunehmen werden (83,9 %, n=422) und die Qualität der Versorgung abnehmen wird (73,8 %, n=371). Die Befürchtung im Alter nicht mehr ausreichend versorgt zu sein, äußerten knapp zwei Drittel der befragten Mitglieder der Selbsthilfe (64,6 %, n=323), während über die Hälfte der Befragten (55,7 %, n=279) ebenfalls die Befürchtung äußerte, dass ihre persönlichen Gesundheits- und Behandlungsdaten nicht sicher sind.

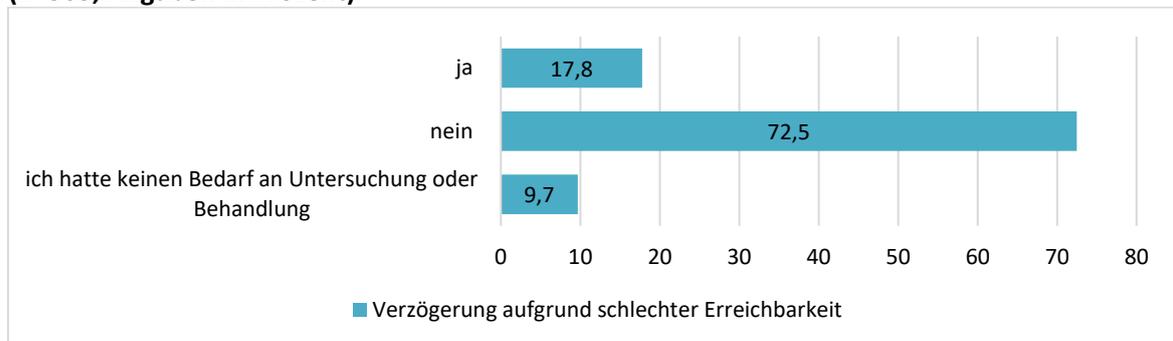
Abbildung 25: Angaben der Befragten zu Befürchtungen über zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen (n=500-503, Angaben in Prozent)



Schlechte Erreichbarkeit und Zugang zum Gesundheitssystem

Abbildung 26 stellt die Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit dar. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass knapp jede*r fünfte Befragte (17,8 %, n=90) berichtete, dass Verzögerungen entstanden seien. Die Mehrheit der Befragten (72,5 %, n=366) gab an, dass sie in den letzten zwölf Monaten keine Verzögerungen aufgrund der schlechten Erreichbarkeit des Gesundheitswesens erlebte.

Abbildung 26: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit (n=505, Angaben in Prozent)



Befürchtete Entwicklungen im Gesundheitswesen differenziert nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen



Abbildung 27 stellt die Ergebnisse der Befürchtungen über zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen dar, differenziert nach dem Alter der Befragten. Mehr als die Hälfte der Befragten (56,5 %, n=147), der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen, stimmten häufig der befürchteten Entwicklung innerhalb des Gesundheitswesens zu. Gefolgt von den jüngeren Befragten der Alterskategorie 22

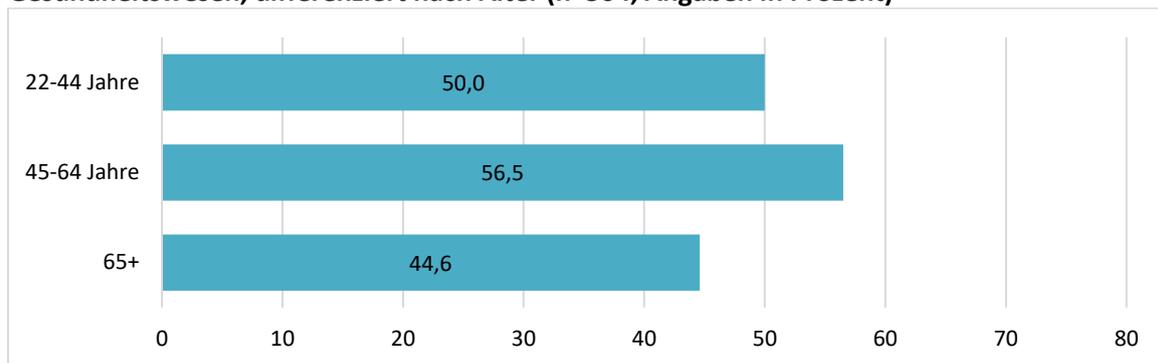
8. Befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen

bis 44 Jahre (50,0 %, n=21). Auch zeigte sich, dass 44,6 % (n=90) der Befragten im Alter ab 65 Jahre und älter ebenfalls dieser Befürchtung zustimmten.



Es lässt sich kein Zusammenhang zwischen den Befürchtungen bezüglich der Zukunft des Gesundheitswesens und dem Geschlecht feststellen. Dennoch zeigte sich, dass Frauen (53,5, n=159) eher der zukünftigen Entwicklung zustimmten als Männer.

Abbildung 27: Angaben der Befragten zu Befürchtungen über die zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen, differenziert nach Alter (n=504, Angaben in Prozent)



Anmerkungen: In der Abbildung ist nur die negative Ausprägung (häufige Zustimmung zur zukünftigen Entwicklung) dargestellt.

Angaben der Befragten zu Befürchtungen über zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen, differenziert nach sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen

Abbildung 28 zeigt, inwieweit die finanzielle Lage und der subjektive Sozialstatus der Befragten mit Befürchtungen über zukünftige Entwicklungen innerhalb des Gesundheitswesens, wie z. B. der Befürchtung im Alter nicht mehr versorgt zu sein oder dass die Qualität der Versorgung abnimmt, zusammenhängen.



66,4 % (n=79) der Befragten mit einer wenig bzw. nicht ausreichenden finanziellen Lage äußerten häufige Befürchtungen über die zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen. Hingegen gaben 46,2% (n=178) der Befragten mit einer (völlig) ausreichenden finanziellen Lage solche Befürchtungen an.

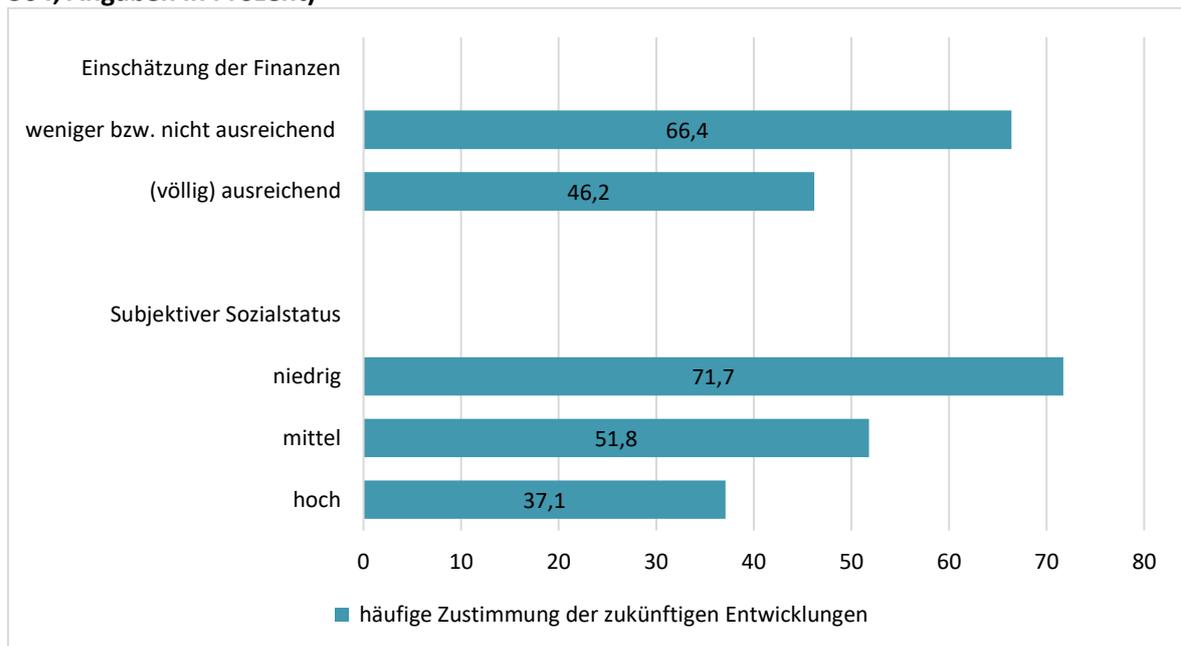


Mehr als zwei Drittel der Befragten (71,7 %, n=43) mit einem niedrigen subjektiven Sozialstatus berichteten häufiger über Befürchtungen zukünftiger Entwicklungen im Gesundheitswesen, während 51,8 % (n=169) der Befragten mit einem mittleren subjektiven Sozialstatus und 37,1 % (n=43) der Personen mit einem hohen subjektiven Sozialstatus solche Befürchtungen berichteten.



Es zeigte sich, dass 60,4 % (n=32) der Befragten mit einem niedrigen Bildungshintergrund am häufigsten Befürchtungen zur künftigen Entwicklung im Gesundheitswesen angaben. Im Vergleich dazu stimmten dieser Befürchtung 53,1 % (n=138) der Personen mit einem mittleren Bildungshintergrund und 45,8 % (n=87) der Befragten mit einem hohen Bildungshintergrund zu.

Abbildung 28: Übersicht der Angaben der Befragten zu befürchteten Entwicklungen im Gesundheitswesen differenziert nach der finanziellen Situation und dem subjektiven Sozialstatus (n=502-504, Angaben in Prozent)



Anmerkungen: In der Abbildung ist nur die negative Ausprägung (häufige Zustimmung der zukünftigen Entwicklung) dargestellt.

Angaben der Befragten zu Befürchtungen über zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen, differenziert nach behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen



50,8 % (n=169) der Befragten mit einer Behinderung und 50,6 % (n=134) der Befragten mit einer Schwerbehinderung gaben Befürchtungen über die zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen an.

Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit, differenziert nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen

In Abbildung 29 wird unter Betrachtung soziodemographischer Merkmale der Anteil Befragter dargestellt, die aufgrund schlechter Erreichbarkeit bzw. zu großer Entfernung Probleme hatten, die Gesundheitseinrichtungen zu erreichen, die keine Probleme oder keinen Bedarf an Gesundheitsleistungen hatten.



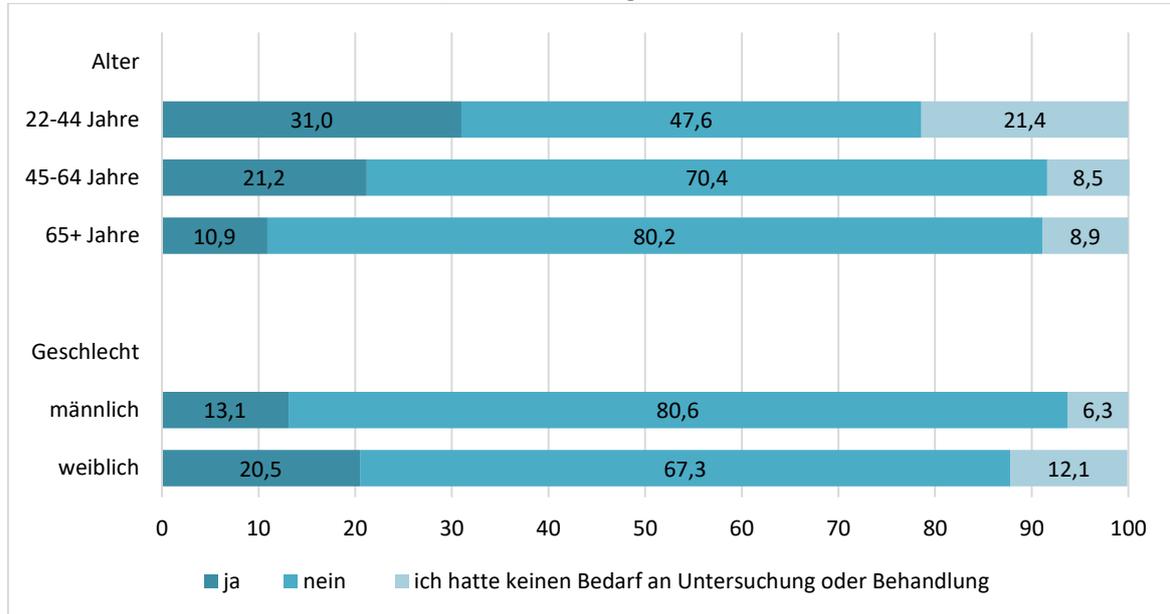
In der Altersgruppe der 22- bis 44-Jährigen gaben 31,0 % (n=13) an, Probleme beim Zugang zu der Gesundheitsversorgung gehabt zu haben. Im Vergleich dazu gaben in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen 21,2 % (n=55) und in der Altersgruppe der über 65-Jährigen 10,9 % (n=22) solche Probleme an.

8. Befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen



Ein Fünftel (20,5 %, n=64) der befragten Frauen gab an, dass sich in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögerte, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen. Lediglich 13,1 % (n=27) der Männer gaben an, eine Verzögerung erlebt zu haben.

Abbildung 29: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit differenziert nach Alter und Geschlecht (n=503-504, Angaben in Prozent)



Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit differenziert nach sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen

In Abbildung 30 wird der Anteil Befragter, die eine schlechte Erreichbarkeit aufgrund von Zugangsprobleme berichteten, differenziert nach dem sozioökonomischen Hintergrund der Befragten dargestellt.



31,1 % (n=37) der Befragten mit einer wenig oder nicht ausreichenden finanziellen Lage gaben an, dass sich bei ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert hat, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab dorthin zu kommen im Vergleich zu 13,8 % (n=53) der Befragten in einer (völlig) ausreichenden finanziellen Situation.

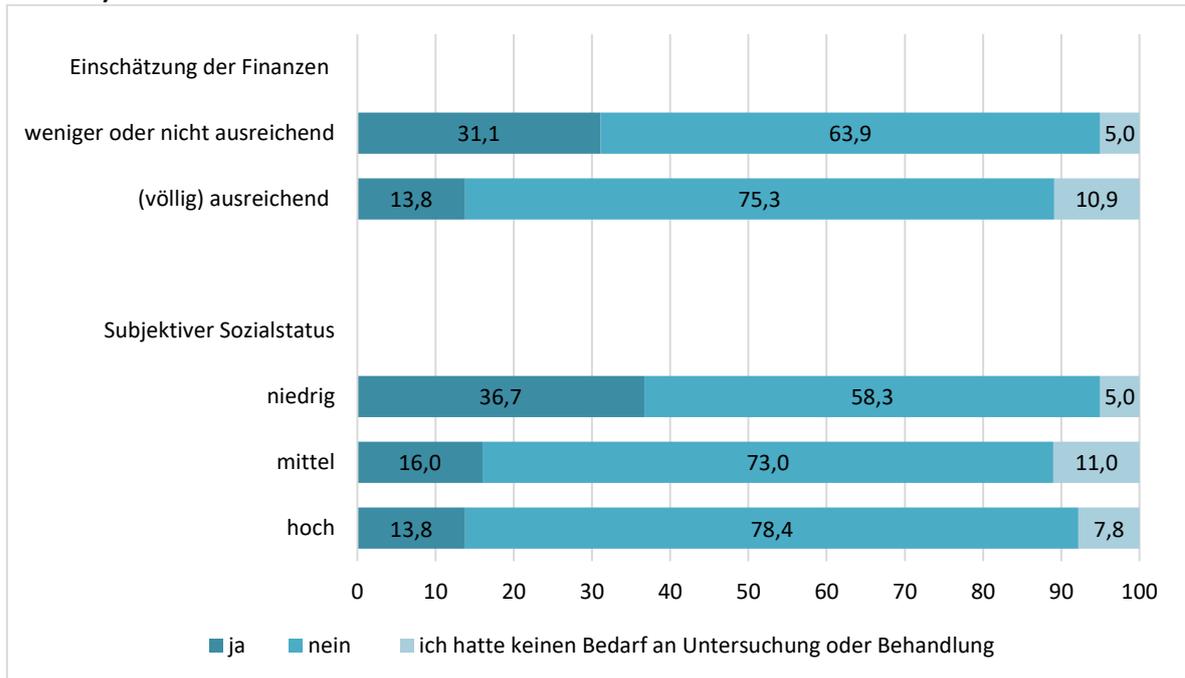


Gut ein Drittel (36,7 %, n=22) der Befragten mit einem niedrigen subjektiven Sozialstatus berichtete Probleme bei dem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Bei den Befragten mit mittlerem bzw. hohem subjektiven Sozialstatus berichteten dies nur 16,0 % (n=52) bzw. 13,8 % (n=16).



Es zeigten sich keine Unterschiede in der Verzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit zur Gesundheitsversorgung zwischen dem Bildungshintergrund der Teilnehmenden.

Abbildung 30: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit differenziert nach Einschätzung der Finanzen und subjektiven Sozialstatus (n=502-504, Angaben in Prozent)



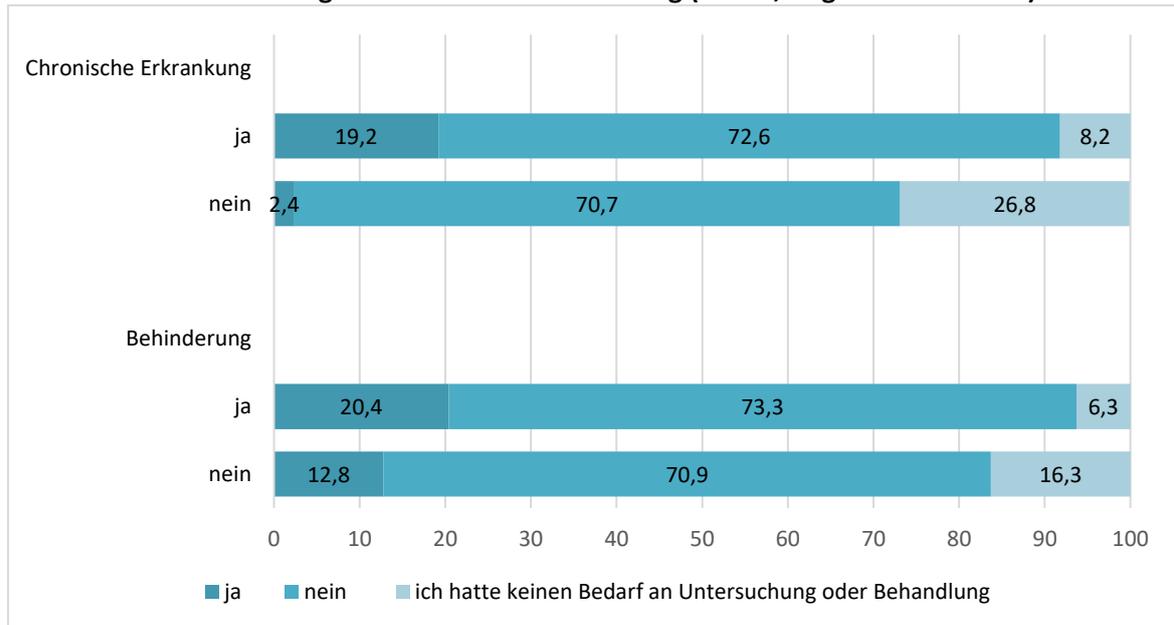
Angaben der Befragten aufgrund schlechter Erreichbarkeit zum Gesundheitssystem differenziert nach behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen

Abbildung 31 zeigt den Anteil der Befragten, die entweder eine schlechte Erreichbarkeit aufgrund der Entfernung, Zugangsprobleme erfahren haben, keinen Bedarf an Untersuchungen oder Behandlungen hatten, im Zusammenhang mit behinderungsspezifischen Merkmalen.



Ein Fünftel (20,4 %, n=68) der Befragten mit einer Behinderung gaben eine schlechte Erreichbarkeit des Gesundheitssystems an im Vergleich zu 12,8 % der Befragten ohne Behinderung. Bei den Befragten mit chronischer Erkrankung waren es ebenfalls rund 20,0 % (n=89), die eine Verzögerung zur Gesundheitsversorgung erfahren haben im Vergleich zu 2,4 % der Teilnehmenden ohne chronische Erkrankung.

Abbildung 31: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit differenziert nach Behinderung und chronischer Erkrankung (n=505, Angaben in Prozent)



Die Ergebnisse der GeMSe-Studie stellen die unterschiedlichen Befürchtungen hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung im Gesundheitswesen dar. Des Weiteren wird der Zugang zum Gesundheitswesen thematisiert, wobei fast jede*r fünfte Befragte schon einmal Zugangsprobleme zur Versorgung hatte. Je nach soziodemographischen, sozioökonomischen und behinderungsspezifischen Merkmalen zeigten sich deutliche Unterschiede in den Ergebnissen. In der Schlussfolgerung werden Bedarfe und Möglichkeiten für die Mitglieder der Selbsthilfe aufgegriffen.

9. Schlussfolgerung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der GeMSe-Studie in den bisherigen Forschungsstand eingeordnet. Erhoben wurden die individuelle Gesundheitskompetenz bei Mitgliedern der Selbsthilfe, das Suchverhalten nach Gesundheitsinformationen sowie die wahrgenommenen Barrieren im Gesundheits- und Versorgungssystem.

Gesundheitskompetenz der Mitglieder der Selbsthilfe

Die Ergebnisse der GeMSe-Studie zeigen Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen bei Mitgliedern der Selbsthilfe. Verglichen mit Studien zur Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung gaben Mitglieder der Selbsthilfe häufiger solche Schwierigkeiten an (Ernstmann et al. 2018; Jordan/Hoebel 2015; Schaeffer et al. 2018; Schaeffer et al. 2021).

In Übereinstimmung mit der Literatur unterstreicht die GeMSe-Studie, dass die Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt ist (Schaeffer et al. 2021). Die Studie zeigt, dass eine solche ungleiche Verteilung auch bei Mitgliedern der Selbsthilfe der Fall ist. Personen mit niedrigem subjektiven Sozialstatus und einem niedrigen Bildungshintergrund gaben bei der GeMSe-Befragung am häufigsten Schwierigkeiten an. Hier bietet sich ein guter Ansatzpunkt für Selbsthilfegruppen, indem bei der bedarfsgerechten Unterstützung der Mitglieder diese Personengruppen besonders in den Fokus gerückt wird.

Des Weiteren weisen die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass die Selbsthilfe mehr auf die Bedarfe bezüglich der Beurteilung und Nutzung von Medieninformationen zu Gesundheitsthemen eingehen könnte. In diesen Bereichen gab die Mehrheit der Befragten Schwierigkeiten an. Da ebenfalls mehr als die Hälfte der Teilnehmenden Schwierigkeiten beim Finden von psychologischer Hilfestellung im Bedarfsfall und dem Finden von Informationen zum psychischen Wohlbefinden angaben, kann die Selbsthilfe in diesem Bereich mit gezielten Hilfs- und Beratungsangeboten die Mitglieder individuell unterstützen. So kann die Selbsthilfe eine positive Wirkung auf die Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder ausüben (Dierks/Kofahl 2019).

Insgesamt ist festzuhalten, dass in Selbsthilfegruppen und -organisationen, genauso wie auch in der allgemeinen deutschen Bevölkerung, Bedarf zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz besteht. In beiden Gruppen finden sich bei der Mehrheit der Personen Schwierigkeiten in den Bereichen Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen. Menschen mit einer guten Gesundheitskompetenz berichten über weniger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen, finden sich besser im Gesundheitssystem zurecht und besitzen wichtige Kompetenzen für die Prävention und Bewältigung von Krankheiten sowie der Förderung eigener Gesundheit (Schaeffer 2018). Da Menschen mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung tagtäglich Gesundheitsentscheidungen treffen müssen, ist die Gesundheitskompetenz für sie eine grundlegende Kernkompetenz. Eine Zielstellung der Selbsthilfe sollte es deshalb sein, ihre Mitglieder bezüglich der Gesundheitskompetenz bestmöglich zu fördern.

Suche nach und Quellen für Gesundheitsinformationen

Die Ergebnisse bestätigen teilweise die Erkenntnisse aus dem bisherigen Forschungsstand aus der Allgemeinbevölkerung. Die GeMSe-Studie zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten nach Gesundheitsinformationen über ihre eigene Gesundheit gesucht haben. Des Weiteren fällt auf, dass bei den internetbasierten Quellen die medizinischen Online-Beratungen am wenigsten genutzt wurden. Die Studie von Marstedt (2018) bestätigt diese Ergebnisse. Bund, Länder und Akteur*innen des Gesundheitswesens haben gemeinschaftlich mit dem Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ eine Checkliste entwickelt. Die Checkliste soll die Qualität der Informationen, die gelesen werden, kontrollieren. Folgende formale Kriterien werden dabei überprüft: Autor*innen, Ziele, Aktualität, Finanzierung und Verständlichkeit. Dies ermöglicht Ratsuchenden Gesundheitsinformationen kritisch zu beurteilen (Bundesministerium für Gesundheit 2020). Die Bundesregierung hat viele Initiativen entwickelt und unterstützt, die der Verbesserung der Informationsmöglichkeiten von Patient*innen zugutekommt. Das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen bietet z. B. seit Februar 2006 auf seiner Internetplattform unabhängige, geprüfte und evidenzbasierte Informationen an. Durch diese werden der breiten Öffentlichkeit und Fachkreisen gesicherte Informationen in allgemein verständlicher Form zur Verfügung gestellt. Des Weiteren können Ratsuchende auch bei der Unabhängigen Patient*innenberatung (UPB) nach gesicherten Informationen nachfragen (Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Digitale Gesundheitskompetenz von Mitgliedern der Selbsthilfeorganisationen

Die Ergebnisse verdeutlichen Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen in Abhängigkeit der soziodemografischen, sozioökonomischen und behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen der Mitglieder der Selbsthilfe. Insbesondere in der mittleren Altersgruppe (45-64 Jahren), bei Personen mit niedrigem Bildungshintergrund, in einer nicht ausreichenden finanziellen Situation, einem niedrigen subjektiven Sozialstatus und Personen mit einer Behinderung (unabhängig des Schweregrades) bestehen Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen. Diese Hintergrundmerkmale bieten ein hohes Potenzial für Handlungsempfehlungen, um die digitale Gesundheitskompetenz bei Mitgliedern der Selbsthilfegruppen und -organisationen zu verbessern. Beispielsweise bietet sich eine Schulung für diese Mitglieder an, in der die Mitglieder eigenständig nach digitalen Gesundheitsinformationen suchen, deren Zuverlässigkeit bzw. Qualität prüfen und ihre Bedeutsamkeit für die eigene Gesundheit kennenlernen. Aktuell stellt die Corona-Pandemie eine zusätzliche Hürde dar, wenn es um die Suche nach digitalen Gesundheitsinformationen oder um die Zuverlässigkeit der online gefundenen Informationen geht.

Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch

Die Ergebnisse bestätigen teilweise die Erkenntnisse aus dem bisherigen Forschungsstand (Baumann et al. 2020; Hambrock 2018; Horch/Jordan 2019; Litzkendorf 2020; Marstedt 2018; Schaeffer et al. 2019). Die GeMSe-Studie zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten vor und/oder nach dem Arztbesuch nach weiteren Gesundheitsinformationen schon einmal gesucht haben. Ebenfalls kommen aktuelle Befragungen zu dem Ergebnis, dass mehr

als die Hälfte der Patient*innen vor und/oder nach dem Arztbesuch nach Gesundheitsinformationen suchen (Marstedt 2018). Die vorliegende Auswertung zeigt, dass insbesondere der Zeitdruck der Ärzt*innen ein Grund für die Suche nach weiteren Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch darstellt. Die Literatur begründet die Suche nach weiteren Gesundheitsinformationen durch eine steigende Unzufriedenheit auf Seiten der Patient*innen, bedingt durch bspw. Zeitdruck der Ärzt*innen, lange Wartezeiten, Angst bzgl. Fehldiagnosen oder Behandlungsfehlern (Hambrock 2018).

Bisherige Studien kommen zu dem Ergebnis, dass das Alter und Vorliegen einer chronischen Erkrankung in Abhängigkeit mit der Suche und Nutzung von Gesundheitsinformationen stehen (Hambrock 2018). Dies konnte die GeMSe-Studie nicht bestätigen.

In Deutschland wird die Suche nach Gesundheitsinformationen von nahezu jedem dritten Patienten/jeder dritten Patientin gegenüber dem Arzt/der Ärztin verschwiegen (Hambrock 2018). In der GeMSe-Studie verschweigt ein deutlich höherer Anteil, d. h. mehr als die Hälfte der Befragten, die Suche nach Gesundheitsinformationen dem Arzt/der Ärztin. Der häufigste Grund für das Verschweigen der Suche gegenüber dem Arzt/der Ärztin war, dass die Befragten zunächst abwarten wollten, wie der Arzt/die Ärztin reagiert. Da sich die Ergebnisse der GeMSe-Studie nur zum Teil mit den Ergebnissen des aktuellen Forschungsstandes decken, besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Suche nach Gesundheitsinformationen bei Mitgliedern der Selbsthilfe in Verbindung mit dem Besuch des Arztes/der Ärztin. Letztlich ist zu beachten, dass der Umgang mit Symptomen oder Erkrankungen und die einhergehende Suche sowie Nutzung von Gesundheitsinformationen abhängig ist von den individuellen Umgangsstilen und Motiven (Hambrock 2018).

Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

Die Ergebnisse der GeMSe-Studie zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten positive Erfahrungen im Gesundheitssystem, insbesondere mit der Zeitdauer für Gespräche zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem/der Patient*in gemacht haben. Die Ergebnisse bestätigen somit teilweise die Erkenntnisse aus dem bisherigen Forschungsstand aus der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse bisheriger Studien weisen darauf hin, dass im Allgemeinen das Gesundheitswesen in Deutschland im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung positiv bewertet wurde (MLP Gesundheitsreport 2019). In Bezug auf die Erfahrungen im Gesundheitssystem zeigen die Ergebnisse der GeMSe-Studie, dass mehr als die Hälfte der Befragten positive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, insbesondere mit der Zeitdauer des Gesprächs zwischen dem/der Arzt/der Ärztin und dem/der Patient*in, gemacht haben. Die Ergebnisse zeigen ebenfalls, dass mehr als zwei Drittel der Befragten zufrieden mit der medizinischen Versorgung in verschiedenen Einrichtungen, insbesondere mit den praktischen Ärzt*innen und Hausärzt*innen, waren.

Die Literatur weist drauf hin, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie chronisch kranke Menschen, deutlich unzufriedener mit der medizinischen Versorgung gegenüber Menschen ohne chronische Erkrankung sind (Deutsches Ärzteblatt 2018). Dieser Zusammenhang ließ sich in der GeMSe-Studie nicht bestätigen.

Bisherige Studien zeigen, dass sozioökonomische Hintergrundmerkmale (z. B. der Bildungshintergrund), die Zufriedenheit der Patient*innen mit der medizinischen Versorgung beeinflussen können. Demnach beurteilen Menschen mit einem höheren Bildungshintergrund die medizinische Versorgung kritischer. Nach Neugebauer und Porst spielt die höhere Erwartungshaltung bei Menschen mit höherem Bildungsabschluss in der Bewertung der medizinischen Versorgung eine zentrale Rolle (Neugebauer/Porst 2001). Die Ergebnisse der GeMSe-Studie bestätigten diesen Zusammenhang.

Ebenfalls geht aus der Literatur hervor, dass das Geschlecht im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung steht (Jungnitz 2013). Diesen Zusammenhang konnte die GeMSe-Studie hinsichtlich der Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem bestätigen. Demnach haben Frauen eher positive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht als Männer. Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass Befragte, die ihre Finanzen als ausreichend einschätzen, eher positive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht haben.

Befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen

Studienergebnisse zeigen, dass Menschen mit Behinderung von Barrieren in der medizinischen Versorgung betroffen sind und diese mit Befürchtungen einhergehen (Rathmann et al. 2020). Die Ergebnisse zeigen ebenfalls, dass über die Hälfte der Befragten angaben, Befürchtungen über die zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen zu haben. Hierunter fallen vor allem die Befürchtung, dass die persönlichen Ausgaben für die Gesunderhaltung steigen und die Wartezeiten zunehmen. Bisherige Studien kommen zu dem Ergebnis, dass für Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Einschränkung der Zugang zum Gesundheitswesen in Deutschland mit Hürden verbunden ist (Rathmann/Wetzel 2020). Diesen Zusammenhang konnte die GeMSe-Studie nicht bestätigen. In der Auswertung wird deutlich, dass die Mehrheit der Befragten mit einer körperlichen oder geistigen Einschränkung keine Zugangsprobleme oder eine schlechte Erreichbarkeit bzgl. der Verzögerungen von medizinischen Behandlungen hatten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass ein Bedarf besteht, die allgemeine und digitale Gesundheitskompetenz der Mitglieder zu stärken und sie in ihrer Suche nach Gesundheitsinformationen sowohl digital als auch persönlich zu unterstützen. Der Selbsthilfe kommt die wichtige Rolle der Unterstützung und Förderung ihrer Mitglieder zu und sollte die Befürchtungen ihrer Mitglieder wahrnehmen und auf diese eingehen. Insbesondere sozial benachteiligte Mitglieder sollten durch die Selbsthilfe bei der Suche, dem Verstehen, der Beurteilung und der Anwendung von Gesundheitsinformationen besser unterstützt werden, um soziale Ungleichheiten auszugleichen. Die Ergebnisse der GeMSe-Studie zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten positive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, bspw. mit der Zeitdauer für das ärztliche Gespräch, gemacht haben.

Danksagung

Wir danken allen, die an der Online-Befragung aktiv teilgenommen haben und somit zur Realisierung der Befragung beigetragen haben. Durch Ihre Unterstützung konnte eine Ist-Stand-Analyse der individuellen Gesundheitskompetenz sowie des Suchverhaltens nach Gesundheitsinformationen bei Mitgliedern aus der Selbsthilfe ermittelt, wahrgenommene Barrieren im Gesundheits- und Versorgungssystem erfasst und Implikationen zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz abgeleitet werden. Damit tragen Sie zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz bei Mitgliedern der Selbsthilfe bei. Wir bedanken uns ebenso für die tatkräftige Unterstützung durch Frau Julia Schrickler (M.A.), die die Umsetzung und Durchführung der Studie Ende 2019 ermöglicht hat.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen in der Gesamtbevölkerung und bei Befragten der GeMSe-Studie (n=505) (Angaben in Prozent)	17
Abbildung 2: Einschätzung der Befragten, wie schwierig bzw. sehr schwierig sie die einzelnen Aspekte der Gesundheitskompetenz beurteilen, differenziert nach den Dimensionen „Finden“, „Verstehen“, „Beurteilen“ und „Anwenden“ (n=505, Angaben in Prozent)	18
Abbildung 3: Anteil der Befragten, die den Umgang mit Gesundheitsinformationen als schwierig bzw. sehr schwierig einschätzen, differenziert nach dem Bildungshintergrund und dem subjektiven Sozialstatus (n=505, Angaben in Prozent)	19
Abbildung 4: Häufigkeiten der genutzten internetbasierten Quellen (n=288-426, Angaben in Prozent)	22
Abbildung 5: Häufigkeiten der Nutzung von internetbasierten Quellen („häufig bzw. manchmal“) differenziert nach soziodemographischen und behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen (n=186-288, Angaben in Prozent)	24
Abbildung 6: Häufigkeiten der Nutzung von internetbasierten Quellen („selten bzw. nie“) im Zusammenhang mit den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen (n=140-141, Angaben in Prozent).....	25
Abbildung 7: Häufigkeiten der Nutzung von Quellen für Gesundheitsinformationen („selten bzw. nie“) differenziert nach den soziodemographischen Hintergrundmerkmalen (n=400, Angaben in Prozent).....	25
Abbildung 8: Häufigkeiten in der Nutzung von Quellen für Gesundheitsinformationen („selten bzw. nie“) differenziert nach den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen (n=400, Angaben in Prozent).....	26
Abbildung 9: Häufigkeiten, wie schwer bzw. sehr schwer die Befragten die einzelnen Aspekte der digitalen Gesundheitskompetenz beurteilen (n=505, Angaben in Prozent)	28
Abbildung 10: Häufigkeiten, wie schwer bzw. sehr schwer die Befragten die digitale Gesundheitskompetenz beurteilen im Zusammenhang mit den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen (n=429, Angaben in Prozent).....	30
Abbildung 11: Häufigkeiten, wie schwer bzw. sehr schwer die Befragten die digitale Gesundheitskompetenz beurteilen im Zusammenhang mit den behinderungsspezifischen Hintergrundmerkmalen (n=429, Angaben in Prozent).....	31
Abbildung 12: Häufigkeiten der Suche nach Gesundheitsinformationen im Zusammenhang mit dem Arztbesuch (n=337-430, Angaben in Prozent)	33
Abbildung 13: Häufigkeiten der Gründe für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch (n=370-383, Angaben in Prozent).....	34

Abbildung 14: Häufigkeiten der Reaktionen des Arztes/der Ärztin auf die eigenständige Informationssuche der Patienten*innen (n=214-217, Angaben in Prozent)	35
Abbildung 15: Der/die Ärzt*in ist auf die gefundenen Gesundheitsinformationen der Patient*innen eingegangen, differenziert nach dem Bildungshintergrund (n=216, Angaben in Prozent) und dem Grad der Behinderung (n=137, Angaben in Prozent)	36
Abbildung 16: Zeitmangel des Arztes/der Ärztin als Grund für die Suche nach Gesundheitsinformationen nach dem Arztbesuch, differenziert nach Einschätzung der Finanzen (n=374, Angaben in Prozent) und subjektiven Sozialstatus (n=372, Angaben in Prozent)	37
Abbildung 17: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen mit den unterschiedlichen Aspekten im Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen (n=501-503, Angaben in Prozent)	39
Abbildung 18: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen im Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen, differenziert nach Alter und Geschlecht (n=497-498, Angaben in Prozent)	40
Abbildung 19: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen in dem Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen, differenziert nach eingeschätzten Finanzen und Bildung (n=497-498, Angaben in Prozent)	41
Abbildung 20: Anteil der Befragten, die ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem als „gut“ oder „schlecht“ beurteilen differenziert nach Vorliegen einer Behinderung (n=499, Angaben in Prozent)	42
Abbildung 21: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen (n=497-502, Angaben in Prozent)	43
Abbildung 22: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen differenziert nach Alter (n=485, Angaben in Prozent)	44
Abbildung 23: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen, differenziert nach subjektiver Sozialstatus und Einschätzung der Finanzen (n=483-485, Angaben in Prozent)	45
Abbildung 24: Anteil der Befragten, die ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in den unterschiedlichen Einrichtungen als „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beurteilen, differenziert nach Vorliegen einer Behinderung und einer chronischen Erkrankung (n=486, Angaben in Prozent)	46
Abbildung 25: Angaben der Befragten zu Befürchtungen über zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen (n=500-503, Angaben in Prozent)	48
Abbildung 26: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit (n=505, Angaben in Prozent)	48

Abbildung 27: Angaben der Befragten zu Befürchtungen über die zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen, differenziert nach Alter (n=504, Angaben in Prozent)	49
Abbildung 28: Übersicht der Angaben der Befragten zu befürchteten Entwicklungen im Gesundheitswesen differenziert nach der finanziellen Situation und dem subjektiven Sozialstatus (n=502-504, Angaben in Prozent).....	50
Abbildung 29: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit differenziert nach Alter und Geschlecht (n=503-504, Angaben in Prozent)	51
Abbildung 30: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit differenziert nach Einschätzung der Finanzen und subjektiven Sozialstatus (n=502-504, Angaben in Prozent).....	52
Abbildung 31: Häufigkeit der Behandlungsverzögerung aufgrund schlechter Erreichbarkeit differenziert nach Behinderung und chronischer Erkrankung (n=505, Angaben in Prozent)	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung (n=330-505)	7
Tabelle 2: Personenbezogene Angaben im Fragebogen	7
Tabelle 3: Allgemeine Gesundheitskompetenz	9
Tabelle 4: Quellen für Gesundheitsinformationen.....	10
Tabelle 5: Merkmale der digitalen Gesundheitskompetenz	11
Tabelle 6: Suche nach Gesundheitsinformationen vor und nach dem Arztbesuch	12
Tabelle 7: Wahrgenommene Barrieren im Gesundheitswesen	14
Tabelle 8: Befürchtete Entwicklung und Zugang zum Gesundheitswesen	14
Tabelle 9: Häufigkeiten der Gründe für das Verschweigen der Suche nach Gesundheitsinformationen beim Arztbesuch (n=186, Angaben in Prozent).....	34

Abkürzungsverzeichnis

BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
ca.	circa
d. h.	das heißt
DNGK	Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V.
Dr.	Doktor*in
et al.	et alteri
GdB	Grad der Behinderung
GeMSe	Gesundheitskompetenz von Mitgliedern der Selbsthilfe in besonderen Lebenslagen
HLS-EU-Q16	European Health Literacy Sourvery Questionnaire
IBM SPSS	International Business Machines Statistical Package for Social Scienes
M.A.	Master of Arts
N	Personen die an der Umfrage teilgenommen haben?
n	Personen, von denen vollständige Angaben vorliegen?
POS	polytechnische Oberschule
Prof.	Professor*in
sog.	sogenannte
SSS	subjektiver Sozialstatus
TK	Techniker Krankenkasse
TK-DiSK	Techniker Krankenkasse – Digital, Selbstbestimmt, Kompetent
UPB	Unabhängige Patientenberatung
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel

Literaturverzeichnis

- Assmann-Stiftung für Prävention (2019): Digitale Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz für den mündigen Patient. Ein Einblick in laufende (Forschungs-) Vorhaben [281]. Online verfügbar unter: <https://www.assmann-stiftung.de/digitale-gesundheitskompetenz-als-schluesselkompetenz-fuer-den-muendigen-patient-ein-einblick-in-laufende-forschungs-vorhaben-281/> (abgerufen am 23.02.2021).
- Baumann, E.; Czerwinski, F.; Rosset, M.; Seelig, M.; Suhr, R. (2020): Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 63 (9): 1.151-1.160.
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2020): Schwerbehinderung. Online verfügbar unter: https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Themen/RechtlicheGrundlagen/Schwerbehinderung/Schwerbehinderung_node.html (abgerufen am 23.02.2021).
- Böcken, J.; Braun, B.; Meier, R. (2014): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK (1), 125-127.
- Brauneker, C. (2016): How to do Empirie, how to do SPSS. Eine Gebrauchsanleitung. Wien: Facultas Verlags – und Buchhandels AG.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Online verfügbar unter: [2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf](https://www.bmwsf.de/SharedDocs/DE/Themen/Teilhabebericht/2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf) (bundesregierung.de) (abgerufen am 23.02.2021).
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Bevölkerungsbefragung 2016: Erhebung des Wissenstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Gesundheitsinformationen. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitsinformationen.html> (abgerufen am: 23.02.2021).
- Deutsches Ärzteblatt (2018): Mehrheit der Deutschen mit deutscher Gesundheitsversorgung zufrieden. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96674/Mehrheit-der-Deutschen-mit-deutscher-Gesundheitsversorgung-zufrieden> (abgerufen am: 23.02.2021).
- Deutsches Netzwerk-Gesundheitskompetenz e.V. (2020): Gesundheits- und Patienteninformationen. Online verfügbar unter: <https://dngk.de/was-ist-gesundheitskompetenz/verlaessliches-gesundheitswissen/> (abgerufen am: 23.02.2021).
- Dierks, M.; Kofahl, C. (2019): Die Rolle der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. In: Bundesgesundheitsblatt 2019, 62:17-25. Springer-Verlag GmbH Deutschland.
- Ernstmann, N.; Sautermeister, J.; Halbach, S. (2018): Gesundheitskompetenz. In: Robin Haring (Hg.): Gesundheitswissenschaften, Bd. 58. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Reference Pflege – Therapie – Gesundheit): 1–9.

- Finkenstädt, V. (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick. Online verfügbar unter: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Zugangshuerden_in_der_Gesundheitsversorgung.pdf (abgerufen am: 23.02.2021).
- 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. 1. Auflage. Bern: Hogrefe: 175–188.
- Hambrock, U. (2018): Die Suche nach Gesundheitsinformationen. Patientenperspektiven und Marktüberblick. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Hasseler, Martina. (2014): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift. 139, 2030-2034.
- Hoebel, J.; Kuntz, B.; Müters, S.; Lampert, T. (2013): Subjektiver Sozialstatus und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS 2010). Das Gesundheitswesen 75: 643-651.
- Horch, K.; Jordan, S. (2019): Sachbericht. Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidungen (KomPaS). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Jordan, S.; Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58 (9): 942–950.
- Jungnitz, L.; Puchert, R.; Puhe, H. (2013): Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).
- Kolpatzik, K.; Mohrmann, M.; Zeeb, H. (Hg.). (2020): Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland. Berlin: KomPart.
- Krüger-Brand, H. (2019): Digitale Gesundheitskompetenz: Datensouveränität als Ziel. In: Deutsches Ärzteblatt 2019; 116(10): A-468 / B-382 / C-378. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205987/Digitale-Gesundheitskompetenz-Datensouveraenitaet-als-Ziel> (abgerufen am: 23.02.2021).
- Link, E.; Baumann, E. (2020): Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet: personenbezogene und motivationale Einflussfaktoren. Hannover: Springer-Verlag GmbH Deutschland.
- Litzkendorf, S.; Frank, M.; Babac, A.; Rosenfeldt, D.; Schaeue, F.; Hartz, T.; Schulenburg, J.-M. (2020): Use and importance of different sources among patients with rare diseases and their relatives over time: a qualitative study. BMC Public Health 20 (1): 860-874.
- Marstedt, G. (2018): Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- MLP Gesundheitsreport 2019 (2019): Repräsentative Umfrage in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach. Online verfügbar unter: <https://mlp->

- se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2019/report/mlp-gesundheitsreport-2019.pdf (abgerufen am: 23.02.2021).
- Neugebauer, B.; Porst, R. (2001): Patientenzufriedenheit: Ein Literaturbericht. (ZUMA-Methodenbericht, 2001/07). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA-. Online verfügbar unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/48754/ssoar-2001-neugebauer_et_al-Patientenzufriedenheit_ein_Literaturbericht.pdf?sequence=1&isAllowed=y&Inkname=ssoar-2001-neugebauer_et_al-Patientenzufriedenheit_ein_Literaturbericht.pdf (abgerufen am 23.02.2021).
- Norman, C. D.; Skinner, H. A. (2006): eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of medical Internet research* 8 (2): e9.
- Quenzel, G.; Schaeffer, D. (2016): Health Literacy - Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Rathmann, K.; Kostka, J., Olukcu S. (2020): Medizinische Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerst-mehrfacher Behinderung (MZEB): eine qualitative Studie zu aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Behandler_innen. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00789-7> (abgerufen am 23.02.2021).
- Rathmann, K.; Nellen, C. (2019): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*. 14 (4), 375–383.
- Robert-Koch-Institut (2017): Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2 (1): 105–135.
- 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) Online verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715507&version=1395738807> (abgerufen am 23.02.21)
- Samerski, S.; Müller, H. (2019): Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland – gefordert, aber nicht gefördert? Ergebnisse der empirischen Studie TK-DiSK. In: *ZEFQ* 144-145 (2019): 42-51.
- Schaeffer, D.; Berens, E.-M.; Gille, S.; Griese, L.; Klinger, J.; de Sombre, S.; Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZKG).
- Schaeffer, D.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018. Online verfügbar unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/nag_broschuere_web_020218.pdf (abgerufen am: 23.02.21).
- Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens, E-M; Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften: 39-40.
- Schaeffer, D.; Vogt, D.; Gille, S. (2019): Gesundheitskompetenz - Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung. Bielefeld: Universität Bielefeld.

- Simonds, S. (1974): Health education as social policy. *Health Education* 2 (1): 1-25.
- 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. In: *BMC public health* 12: 80.
- Techniker Krankenkasse (2019): Digitale Gesundheitskompetenz gewinnt durch Corona an Bedeutung. Hamburg. Online verfügbar unter: <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/e-health-position/digitale-gesundheitskompetenz-2058842> (abgerufen am: 23.02.2021).
- Universität Bielefeld (2007): Gesundheitssurvey für Studierende in NRW: Fragebogen. Online verfügbar unter: [EndversionFBSurvey10.05.06.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/gesundheitsfoerderung/EndversionFBSurvey10.05.06.pdf) ([gesundheitsfoerderung.de](https://www.uni-bielefeld.de/gesundheitsfoerderung/)) (abgerufen am 23.02.2021).
- Van der Vaart, R.; Drossaert, C. (2017): Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research* 19 (1): 1-13.
- Weltgesundheitsorganisation (2020): Gemeinsam gegen die Infodemie. Online verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/6/working-together-to-tackle-the-infodemic> (abgerufen am: 23.02.2021).
- Wetzel, L.D.; Rathmann, K. (2020): Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. *Prävention und Gesundheitsförderung*: 15, 332–339. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00768-y> (abgerufen am: 23.02.2021).