

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie

Ergebnisse des HLS-GER 2

**Doris Schaeffer, Eva-Maria Berens,
Svea Gille, Lennert Griese, Julia Klinger,
Steffen de Sombre, Dominique Vogt, Klaus Hurrelmann**

Universität Bielefeld
Interdisziplinäres Zentrum
für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)
Hertie School Berlin
Bielefeld, Berlin
2021

Wir danken Prof. Dr. Jürgen Pelikan, Leiter des International Coordinating Centre des HLS¹⁹, für die wertvollen Anregungen, die konstruktive Kooperation und Unterstützung der Studie. Unser Dank gilt außerdem Monika Mensing für ihre Beteiligung an den Auswertungsarbeiten.

Das Institut für Demoskopie Allensbach hat unter der Leitung von Dr. Steffen de Sombre die Datenerhebung durchgeführt und war an den statistischen Analysen und der Erstellung des Ergebnisberichts beteiligt.

Zitation:

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>

Soweit nicht anders angegeben, wird diese Publikation unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY NC ND) veröffentlicht. Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> und <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>



Bundesministerium
für Gesundheit

Die Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Förderkennzeichen Kapitel 1504 Titel 54401, ZMV I 1 - 2518 004, Laufzeit 01/2019-06/2021, gefördert.

Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden zweiten Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) werden neue Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vorgelegt. Nach Erscheinen der ersten Daten vor ungefähr einem Jahrzehnt im Rahmen der Europäischen Vergleichsstudie (HLS-EU) folgte 2014 mit dem HLS-GER 1 die Veröffentlichung der ersten repräsentativen Bevölkerungserhebung. Nach weiteren sieben Jahren wird hier eine neue Studie vorgelegt. Mit ihr erfolgt

- eine erneute detaillierte Messung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland;
- eine thematische Erweiterung durch die Aufnahme von drei neuen Themen; (a) digitale Gesundheitskompetenz, (b) navigationale Gesundheitskompetenz und (c) kommunikative Gesundheitskompetenz;
- eine Trendanalyse, denn die Haupterhebung mit Befragungszeitraum Dezember 2019 bis Januar 2020 wurde im August/September 2020 um eine Zusatzerhebung ergänzt (HLS-GER 2'). Dadurch können die Befunde zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie verglichen werden.

Die Studie ist Teil des „WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)“ der WHO Europa und des dazu gehörigen internationalen Surveys HLS₁₉, dessen Ziel es ist, neue Baselinedaten zur Gesundheitskompetenz zu schaffen. Dazu erfolgte eine Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments und der Auswertungsmethodik.

Die wichtigsten Ergebnisse:

1. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den letzten sieben Jahren verschlechtert. Mit 58,8 Prozent weist deutlich mehr als Hälfte der Bevölkerung eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Während der Corona Pandemie ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz leicht zurückgegangen. Doch nach wie vor ist geringe Gesundheitskompetenz kein Problem einer Minderheit, sondern der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz bleibt somit eine wichtige Public-Health-Aufgabe.

2. Gesundheitskompetenz ist sozial ungleich verteilt: Besonders Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, niedrigem Sozialstatus, mit Migrationserfahrung, im höheren Lebensalter und mit chronischer Erkrankung oder langandauernden Gesundheitsproblemen weisen eine durchschnittlich geringere Gesundheitskompetenz auf. Die Studie unterstreicht damit die Bedeutung vulnerabler Gruppen. Sie macht zugleich Verschiebungen sichtbar: Anders als in zurückliegenden Untersuchungen haben auch vermehrt *jüngere* Menschen zwischen 18 und 29 Jahren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformation. Ebenso zeigt sie, dass Menschen mit *mehreren* chronischen Erkrankungen eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen als Personen mit nur einer langandauernden Krankheit. Auch Personen mit *eigener* Migrationserfahrung verfügen über einen deutlich höheren Anteil an geringer Gesundheitskompetenz als Menschen mit nur elterlicher Migrationserfahrung.

Mit diesen und anderen Befunden liefert die Studie wichtige Hinweise für die Entwicklung differenzierter, zielgruppengerechter Interventionskonzepte, wie sie seit langem gefordert werden, um die Teilhabechancen speziell vulnerabler Gruppen zu verbessern. Wie wichtig dies ist, wird durch die während der Corona Pandemie durchgeführte Zusatzerhebung deutlich, denn sie bestätigt die sozialen Unterschiede bei der Ausprägung der Gesundheitskompetenz.

3. Von den vier Schritten bei der Informationsverarbeitung (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden) fällt der Bevölkerung die *Beurteilung* von Informationen am schwersten: Fast Dreiviertel der Bevölkerung sieht sich bei der Einschätzung von Gesundheitsinformationen vor Probleme gestellt. Das deutet an, dass die seit geraumer Zeit zu beobachtende Expansion von Information und auch von Fehl- und Falschinformation für die Bevölkerung erhebliche Probleme aufwirft und folglich die Qualität gesundheitsrelevanter Information verbesserungsbedürftig ist. Darauf weist ein weiteres Ergebnis: Auch die *Anwendung* von Gesundheitsinformation ist für die Bevölkerung häufig schwierig. Hier ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz ebenfalls gestiegen.

Während der Corona Pandemie haben sich Verbesserungen vollzogen. Speziell die Beurteilung von Information wird seither einfacher eingeschätzt. Doch liegt der Anteil geringer Gesundheitskompetenz hier weiterhin auf hohem Niveau.

4. In allen drei untersuchten Bereichen – Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung – fällt den Befragten der Umgang mit Informationen schwer. Besonders gilt das für den Bereich *Gesundheitsförderung*. So wird etwa das Finden von Informationen zur Gesundheitsförderung in den alltäglichen Lebenswelten (Arbeitsplatz, Schule, Wohnumgebung) oder zu psychischen Gesundheitsproblemen als sehr schwierig eingeschätzt.

Doch auch im Bereich *Prävention* bestehen Herausforderungen, wie sich etwa beim Thema Impfen zeigt. Ähnlich ist es bei der *Krankheitsbewältigung/Versorgung*. Beispielsweise werden Beipackzettel noch weitaus häufiger als zuvor für schwer verständlich gehalten. Auch zu beurteilen, ob eine Zweitmeinung eingeholt werden sollte, findet ein Großteil der Bevölkerung schwierig. Die Einzelergebnisse deuten exemplarisch an, wie vielfältig die Herausforderungen in den drei erfragten Bereichen sind.

5. Geringe Gesundheitskompetenz hat zahlreiche negative Folgen und ist mit ungesundem Verhalten wie geringerer Bewegung, schlechterer Ernährung, häufigerem Übergewicht, schlechterer subjektiver Gesundheit, mehr Fehltagen am Arbeitsplatz und intensiverer Nutzung des Gesundheitssystems (mehr Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten, häufigerer Nutzung von Notfalldiensten) verbunden. Diese Zusammenhänge zeigen sich in der während der Corona Pandemie durchgeführten Zusatzerhebung stärker und belegen, dass geringe Gesundheitskompetenz eine wichtige Gesundheitsdeterminante und ein ökonomischer Faktor ist.

6. Die *digitale Gesundheitskompetenz* der Befragten ist sehr schwach ausgeprägt. Drei Viertel der Befragten weist eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf und hat große Schwierigkeiten, mit digitaler Information umzugehen. Besonders die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und Neutralität digitaler Informationen wird als schwierig erachtet.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Nutzung digitaler Informationsmöglichkeiten zum Thema Gesundheit, die der Studie zufolge nicht sehr hoch ist. Auch das hat sich während der Corona Pandemie verändert. Seither ist die Nutzung digitaler Informationsmöglichkeiten gestiegen und der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz gesunken. Dennoch besteht großer Handlungsbedarf bei der Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz – auch um den hier bestehenden Entwicklungsrückstand im Vergleich zu anderen Ländern aufzuholen.

7. Das gilt auch für die *navigationale Gesundheitskompetenz*: Nahezu vier Fünftel der Bevölkerung haben eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz und sehen sich vor Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen zur Navigation und Orientierung gestellt – besonders, wenn es um die Funktionsweise des Gesundheitssystems, das Verstehen von Gesundheitsreformen, Patientenrechte und Qualitätsfragen geht. Das trifft besonders für Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, niedrigem Sozialstatus, ältere Menschen, doch bemerkenswerterweise auch für jüngere Menschen zu. Im Verlauf der Corona Pandemie hat sich das kaum verändert. Die Ergebnisse unterstreichen somit, dass die Navigation im Gesundheitssystem und seinen Organisationen und auch die dazu nötige Information der Verbesserung bedürfen.

8. Die *Interaktion und Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten* fällt den Befragten leichter: Der Anteil geringer kommunikativer Gesundheitskompetenz ist relativ niedrig. Doch bestehen auch hier Herausforderungen: Mehr als die Hälfte der Bevölkerung findet es beispielsweise schwer, die von Ärztinnen und Ärzten verwendeten Begriffe zu verstehen oder ausreichend Gesprächszeit zu bekommen. Damit sind zwei seit langem als veränderungsbedürftig kritisierte Themen angesprochen, die nicht an Aktualität verloren haben.

9. Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse der HLS-GER 2 und auch der Zusatzstudie HLS-GER 2' den politischen *Handlungsbedarf* und zeigen, wie wichtig es ist, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung weiter voran zu bringen und die dazu nötige Interventionsentwicklung, Forschung

und auch Netzwerkbildung zu intensivieren. Nur durch ein Kooperationsbündnis aller relevanten Akteurinnen und Akteure und ihrer Netzwerke aus unterschiedlichen Bereichen der Gesellschaft ist es möglich, die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu fördern.

Wie wichtig gut ausgeprägte Gesundheitskompetenz ist, bestätigen die während der Corona Pandemie gesammelten Erfahrungen. Sie zeigen, dass umfangreiche, kontinuierliche, auf vielen Kanälen verbreitete Gesundheitsinformation wirksam ist – vorausgesetzt, sie ist passgenau auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zugeschnitten, barrierefrei, verständlich, zuverlässig und anwendbar. Die Studie liefert zahlreiche Hinweise dafür, wie entsprechende Interventionsmaßnahmen aussichtsreich gestaltet werden können. Vor allem stellt sie heraus, wie wichtig es ist, bei der Förderung der Gesundheitskompetenz parallel zu verhaltens- und individuenbezogenen Interventionen verhältnisorientierte Interventionen zu entwickeln, die darauf zielen, die Lebensumwelten gesundheitskompetenzförderlich zu gestalten und dort bestehende Hürden abzubauen.

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Allgemeine Gesundheitskompetenz

- 58,8 Prozent der Bevölkerung in Deutschland weisen nach dem HLS-GER 2 eine geringe Gesundheitskompetenz auf.
- Während der Corona Pandemie hat sich die Gesundheitskompetenz um 3 Prozentpunkte verbessert.

Vulnerable Gruppen

- Zu den Personengruppen mit durchschnittlich geringerer Gesundheitskompetenz gehören Menschen
 - mit niedrigem Bildungsniveau (78,3 Prozent),
 - mit niedrigem Sozialstatus (71,9 Prozent),
 - ab 65 Jahren (65,1 Prozent),
 - mit chronischer Erkrankung (62,3 Prozent), besonders mit mehreren langandauernden Erkrankungen
 - mit Migrationshintergrund (63,1 Prozent), vor allem Personen mit eigener Migrationserfahrung
 - im Alter zwischen 18 und 29 Jahren (60,7 Prozent).
- Zwischen Frauen und Männern bestehen geringe Unterschiede in der Gesundheitskompetenz.

Schritte der Informationsverarbeitung

- Die *Beurteilung* von Informationen fällt der Bevölkerung am schwersten: 74,9 Prozent der Befragten verfügen hier über eine geringe Gesundheitskompetenz.
- Auch bei der *Anwendung* von Gesundheitsinformation ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz mit 53,7 Prozent relativ hoch.
- Nach Ausbruch der Corona Pandemie hat sich die Gesundheitskompetenz bei allen Schritten der Informationsverarbeitung tendenziell verbessert.

Bereiche der Gesundheitskompetenz

- Im Bereich *Gesundheitsförderung* ist mit 67,7 Prozent der höchste Anteil an geringer Gesundheitskompetenz vorzufinden.
- Im Bereich *Prävention* beläuft er sich auf 54,8 Prozent, im Bereich *Krankheitsbewältigung/Versorgung* auf 45,2 Prozent.
- Während der Corona Pandemie hat sich die Gesundheitskompetenz hier tendenziell verbessert.

Folgen geringer Gesundheitskompetenz

- Personen mit hoher Gesundheitskompetenz verhalten sich gesundheitsförderlicher: 49,6 Prozent der Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz essen täglich Obst, Gemüse oder Salate. Bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind es lediglich 31,0 Prozent.

- Befragte mit geringer Gesundheitskompetenz weisen mehr krankheitsbedingte Fehltag auf: 35,4 Prozent der Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz waren während der letzten 12 Monate 6 Tage oder mehr krankgeschrieben, bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz waren es 49,6 Prozent.
- Personen mit geringer Gesundheitskompetenz nutzen das Gesundheitssystem häufiger. 13,6 Prozent der Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz verzeichneten 6 oder mehr Hausarztkontakte in den letzten 12 Monaten, bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz waren es 27,8 Prozent.
- Diese Zusammenhänge sind während der Corona Pandemie noch stärker geworden.

Digitale Gesundheitskompetenz

- Der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz beträgt 75,8 Prozent. Besonders ältere Menschen ab 65 Jahren (86,0 Prozent) und Menschen mit geringer Bildung (86,7 Prozent) weisen eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf.
- Während der Corona Pandemie hat sich die digitale Gesundheitskompetenz verbessert; das gilt speziell für jüngere Altersgruppen, für ältere Menschen nicht.
- Internetseiten zum Thema Gesundheit werden von fast zwei Dritteln der Bevölkerung genutzt, von 35,6 Prozent jedoch nie.
- Digitale Geräte werden von 68,5 Prozent der Bevölkerung nie genutzt, Gesundheits-Apps werden von 79 Prozent nicht genutzt.
- Während der Corona Pandemie hat die Nutzung digitaler Gesundheitsinformations- und Kommunikationsmöglichkeiten zugenommen.

Navigationale Gesundheitskompetenz

- Fast 83 Prozent der Befragten weisen eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz auf.
- 57,7 Prozent der Befragten bereitet es Schwierigkeiten, Informationen zur Funktionsweise des Gesundheitssystems zu verstehen. Informationen zur Qualität von Gesundheitseinrichtungen/-diensten zu finden, betrachten 68,1 Prozent als schwierig, und Informationen zu aktuellen Gesundheitsreformen zu verstehen sogar 73,6 Prozent. Auch herauszufinden, welche Rechte man als Patientin bzw. Patient im Gesundheitssystem hat, fällt 70,7 Prozent schwer.
- Während der Corona Pandemie hat sich die navigationale Gesundheitskompetenz kaum verändert.

Kommunikative Gesundheitskompetenz

- Die kommunikative Gesundheitskompetenz ist besser ausgeprägt. Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz beträgt hier 35,7 Prozent.
- Vor allem die Verständlichkeit von Begriffen (46,5 Prozent) und die Zeitknappheit (47,5 Prozent) werden für schwierig in der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten gehalten.

Inhaltsverzeichnis

1	Bedeutung von Gesundheitskompetenz	1
1.1	Definition von Gesundheitskompetenz	1
1.2	Empirische Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz.....	2
1.3	Konzeptionelle Ausrichtung	4
1.4	Neue Themenpakete.....	5
2	Methodisches Vorgehen.....	8
2.1	Operationalisierung und Auswertung der Themenpakete	8
2.2	Übersetzung und Pretest.....	14
2.3	Studiendesign und Durchführung	15
2.4	Stichprobenbeschreibung und Repräsentativität	17
3	Ausprägung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse des HLS-GER 2 und HLS-GER 2'	21
3.1	Gesundheitskompetenz in einzelnen Bevölkerungsgruppen.....	23
3.2	Schritte der Informationsverarbeitung.....	26
3.3	Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung	33
3.4	Konsequenzen geringer Gesundheitskompetenz	46
4	Gesundheitsinformationsverhalten	58
5	Digitale Gesundheitskompetenz	64
6	Navigationale Gesundheitskompetenz	75
7	Kommunikative Gesundheitskompetenz.....	81
8	Diskussion und Einordnung der Ergebnisse	85
9	Fazit: Bedeutung der Studie für Politik, Praxis und Forschung	96
	Literaturverzeichnis	99
	Tabellenverzeichnis.....	105
	Abbildungsverzeichnis.....	105
	Anhang.....	108

1 Bedeutung von Gesundheitskompetenz

Moderne Gesellschaften sind Informations- und Wissensgesellschaften, in denen eine kaum noch überschaubare Menge an Fakten und Wissen zur Verfügung steht. Gesundheitsthemen, wie beispielsweise Informationen über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, Prävention von Krankheiten, aber auch über Krankheitssymptome und den Umgang mit Krankheiten sowie über verfügbare Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten und Einrichtungen, haben darin einen festen Platz und gewinnen immer größeren Stellenwert.

Täglich ist jede und jeder Einzelne daher vor die Aufgabe gestellt, Informationen zu filtern, die für sich richtige Information ausfindig zu machen, sie zu bewerten und auf dieser Grundlage Entscheidungen für das eigene Gesundheitsverhalten oder das der Angehörigen zu treffen.

Diese Herausforderungen stellen sich in allen Lebensbereichen: der häuslichen Umgebung, im sozialen Umfeld, am Arbeitsplatz, beim Konsum- und Freizeitverhalten und besonders folgenreich im Fall einer Erkrankung im Gesundheitssystem. Als Patientin und Patient ist jede und jeder gefordert, sich in einem hoch leistungsfähigen, aber zergliederten und unübersichtlich gewordenen Versorgungssystem zurecht zu finden und möglichst gut informiert an Entscheidungen über die Diagnostik, Auswahl und den Ablauf der Behandlung mitzuwirken. Das setzt voraus, versiert mit gesundheitsrelevanter Information umgehen zu können, also über eine hohe „Gesundheitskompetenz“ zu verfügen.

1.1 Definition von Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz stellt die freie Übersetzung des englischen Begriffs „Health Literacy“ dar. Semantisch und fachlich präziser wäre eine Übersetzung wie „gesundheitsbezogene Literalität“. Sie ist jedoch sperrig, und dies dürfte der Grund dafür sein, dass sie sich in der Alltagssprache nicht durchgesetzt hat. Der englische Begriff weist jedoch darauf hin, worum es im Kern geht, wenn von Gesundheitskompetenz die Rede ist. Gemeint ist nicht etwa die Fähigkeit, generell mit Gesundheitsherausforderungen umgehen zu können, sondern in der Lage zu sein, gesundheitsrelevante Informationen erschließen, verstehen, beurteilen und konstruktiv zur Entscheidungsfindung bei Gesundheitsfragen nutzen zu können. Dies schließt ausreichende literale und alphanumerische Fähigkeiten ein, wie sich auch in der Definition des European Health Literacy Consortium niederschlägt:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al. 2012, S. 3, dt. Fassung Pelikan/Ganahl 2017, S. 94).

Nach dieser Definition, die sich in Europa und auch in Deutschland durchgesetzt hat, liegen der Gesundheitskompetenz basale Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten („Literalität“) zugrunde, die benötigt werden, um beispielsweise Behandlungsinformationen oder Hinweise zur Medikamenteneinnahme in gedruckter oder elektronischer Form zu lesen und zu verstehen. Der Begriff ist absichtlich weit gefasst und schließt über Literalität hinaus auch die kognitiven

und sozialen Fertigkeiten und Fähigkeiten eines Menschen ein, um sich Zugang zu Informationen verschaffen und sie so verstehen und nutzen zu können, dass sie zur Förderung und zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen. Das Konzept bezieht dabei bewusst Information in unterschiedlicher Form ein (Bitzer/Sørensen 2018), reicht also von digitalen über gedruckte Quellen, Zeitungen oder Flyer bis hin zum Arztgespräch, also zur mündlichen Information.

In der einschlägigen Literatur wird betont, dass Gesundheitskompetenz als „relational“ zu verstehen ist (Parker 2009; Parker/Ratzan 2010). Gemeint ist, dass sie nicht allein auf den persönlichen Fähigkeiten eines Menschen beruht, sondern auch durch den sozialen und gesellschaftlichen Kontext und die Komplexität der Anforderungen in den Lebenswelten bestimmt wird, in denen Menschen sich aufhalten und mit Gesundheitsinformation umgehen. Aus diesem Grund sollten Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz immer auf beides zielen: auf die persönlichen Fähigkeiten („individuelle Gesundheitskompetenz“) wie auf die Kontextbedingungen („systemische und organisatorische Gesundheitskompetenz“), also beispielsweise darauf, das Gesundheitssystem nutzerfreundlicher zu gestalten (Schaeffer et al. 2018; Schaeffer/Pelikan 2017).

1.2 Empirische Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz

Um zu ermitteln, wie die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verteilt ist, werden international seit etlichen Jahren Erhebungen durchgeführt. Anfänglich konzentrierten sich diese (mehrheitlich US-amerikanischen) Studien, die in der Tradition der Alphabetisierungsforschung standen, auf funktionale Gesundheitskompetenz. Auch die nachfolgenden Studien basierten zunächst noch auf einem funktionalen alphanumerischen Verständnis von Gesundheitskompetenz. Später setzten sich jedoch weiter gefasste Ansätze (finden, verstehen, beurteilen, anwenden) durch (siehe dazu auch Rudd 2017; Rudd et al. 2007; Sørensen et al. 2012; Vogt et al. 2016). Bevölkerungswert ausgerichtete Surveys, in denen untersucht wird, wie hoch die Prävalenz geringer Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und in einzelnen Bevölkerungsgruppen ist und welche Faktoren damit assoziiert sind, entstanden zunächst in den USA, später auch in anderen Ländern, etwa in Kanada oder Australien (Australian Bureau of Statistics 2008; Canadian Council on Learning 2008; Kutner et al. 2006; Rootman/Gordon-EI-Bihbet 2008; Rudd et al. 2004).

In Europa fanden diese Studien erst mit zeitlicher Verzögerung Beachtung. Dabei kam dem vergleichenden europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) besondere Bedeutung zu (HLS-EU Consortium 2012; Sørensen et al. 2015). Durch diese Studie erhielt das Thema in vielen europäischen Ländern hohe Aufmerksamkeit. Das gilt auch für Deutschland. Denn die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland lag im Ranking der beteiligten Länder nur im Mittelfeld. Dies und die Tatsache, dass Deutschland nur mit einem Bundesland (NRW) an der HLS-EU Studie teilgenommen hatte, bildete den Anlass dafür, dass in der Folgezeit in Deutschland weitere Initiativen zur Erhebung der Gesundheitskompetenz entstanden, meist mit dem Anspruch, gesamtdeutsche Daten zu erheben (Jordan/Hoebel 2015; Schaeffer et al. 2016; Zok 2014).

Dazu gehört auch der Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 1). Mit ihm folgte 2014 – eng angelehnt an das Konzept und die Methodik des HLS-EU – eine erste deutschlandweite, repräsentative Face-to-Face Befragung mit detaillierten Daten zur Gesundheitskompetenz der

Bevölkerung (Schaeffer et al. 2016)¹. Sie brachte ein Ergebnis, das aufgeschreckt und mobilisiert hat: Mehr als die Hälfte der befragten Personen, nämlich 54,3 Prozent der repräsentativen Stichprobe von 2000 Bürgerinnen und Bürgern im Alter ab 15 Jahren in Deutschland, gaben an, Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogener Information zu haben. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung sind das mehr als 40 Millionen Menschen.

Seit der Erhebung im Jahr 2014 haben sich zahlreiche gesellschaftliche Veränderungen vollzogen. Stichworte wie anhaltende Veränderung des Alters- und Morbiditätsspektrums und Bedeutungszuwachs neuer, unkalkulierbarer Gesundheitsrisiken wie die Corona Pandemie, vorschreitende Digitalisierung und Zunahme der Fülle an Information (und auch an Fehlinformation) kennzeichnen diese Entwicklung. Verstärkt wird sie durch die anhaltende Demokratisierung der Patientenrolle (Dierks 2019) sowie die wachsende Unübersichtlichkeit der Gesundheitssysteme und damit einhergehend die steigenden Anforderungen an die Navigation und Kommunikation im Gesundheitssystem. Es ist deshalb dringend notwendig, aktualisierte Erhebungen durchzuführen, wie es zuletzt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) deutlich gefordert hat (WHO 2019).

Mit dem hier vorliegenden zweiten Health Literacy Survey Germany 2020 (HLS-GER 2) wird ein erster Schritt dazu unternommen. Der Survey ist Teil des internationalen Health Literacy Population Survey 2019 (HLS₁₉), der vom „WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)“ unter dem Dach der European Health Information Initiative (EHII) der WHO Europa initiiert wurde. Ziel des internationalen Konsortiums ist, neue Baseline-Daten zum Vergleich der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskompetenz in Europa zu schaffen und zugleich neue Themenfelder zu erschließen. Im Rahmen des HLS₁₉ wird die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in verschiedenen Ländern erhoben.

Mit dem HLS-GER 2 erfolgt auch für Deutschland eine erneute repräsentative, persönliche Befragung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung².

Der Schwerpunkt des vorliegenden Surveys liegt in drei Bereichen:

- Zum einen erfolgt eine erneute detaillierte Erfassung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland.
- Zudem werden drei Bereiche mit neu erarbeiteten Erhebungsinstrumenten erschlossen: (a) die digitale Gesundheitskompetenz, (b) die navigationale Gesundheitskompetenz und (c) die kommunikative Gesundheitskompetenz.
- Außerdem ist die Haupterhebung mit dem Befragungszeitraum Dezember 2019 bis Januar 2020 um eine Zusatzerhebung (HLS-GER 2') mit Befragungszeitraum August und September 2020 ergänzt worden. Auf diese Weise können die Befunde zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor dem Ausbruch der Corona Pandemie mit denen während der andauernden Pandemie miteinander in Beziehung gesetzt werden.

¹ Die Studie wurde von 2013-2016 durch das Bundesministerium der Justiz und den Verbraucherschutz (BMJV) gefördert und unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer an der Universität Bielefeld durchgeführt.

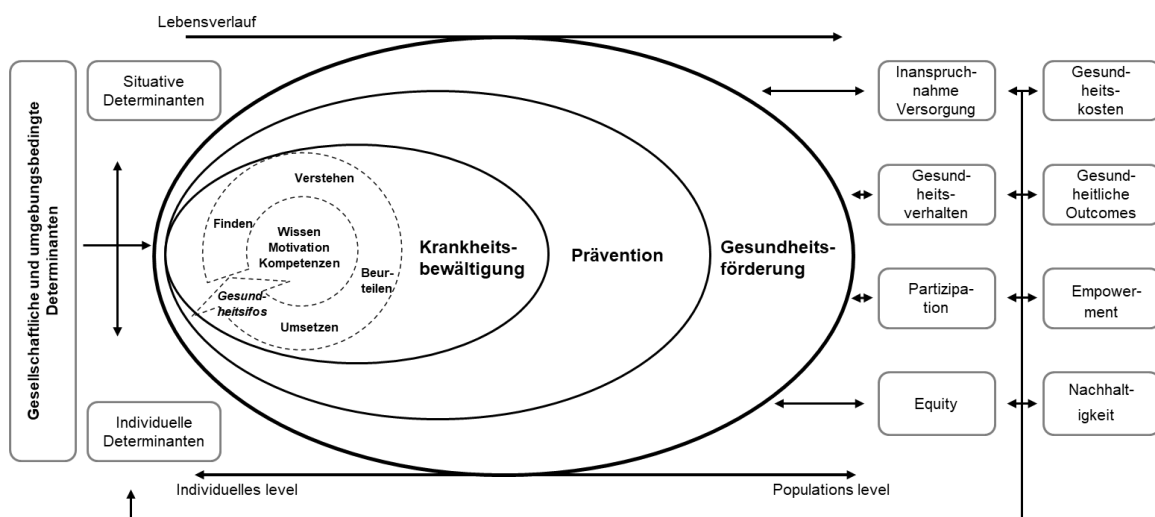
² Der Survey ist eng mit einer weiteren Studie, dem *HLS-MIG*, verknüpft, in der die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund vertiefend betrachtet wird.

1.3 Konzeptionelle Ausrichtung

Dem konzeptionellen Modell (Abbildung 1) und der eingangs erwähnten Definition des HLS-EU Konsortiums folgend, basiert Gesundheitskompetenz auf Literalität und schließt die Motivation und Fähigkeiten ein, die verschiedenen Schritte des Umgangs mit Gesundheitsinformation in drei Bereichen gesundheitlicher Versorgung zu bewältigen (Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2012; Sørensen 2019). Zu den drei Bereichen gehören *Krankheitsbewältigung/Versorgung*, *Prävention* und *Gesundheitsförderung*.

Die Untersuchung des Umgangs mit gesundheitsrelevanter Information berücksichtigt vier Schritte der Informationsverarbeitung. Konkret sind dies: (1) Gesundheitsinformationen *suchen und finden*, (2) Gesundheitsinformationen *verstehen*, (3) Gesundheitsinformationen *beurteilen* und (4) Gesundheitsinformationen für die eigene Gesundheitserhaltung *anwenden und umsetzen* zu können.

Abbildung 1: Integriertes Modell von Gesundheitskompetenz (Sørensen et al. 2012, S. 9)



Das integrierte Modell verdeutlicht, dass Gesundheitskompetenz mit einer Reihe von Determinanten und Konsequenzen verknüpft ist. Zu den Determinanten von Gesundheitskompetenz gehören demografische und sozioökonomische, aber auch situationsbedingte Faktoren, die wiederum eng mit gesellschaftlichen und umweltbedingten Faktoren zusammenhängen. Zudem wird Gesundheitskompetenz nicht als starrer, feststehender Zustand, sondern als situativ und als über den Lebensverlauf hinweg veränderlich angesehen. Schließlich hängt Gesundheitskompetenz nach diesem Modell mit zahlreichen gesundheitlichen Outcomes zusammen, etwa dem Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Nutzung des Gesundheitssystems.

Dieses Modell bildet die Grundlage für die vorliegende Erhebung. Angelehnt an die theoretischen Überlegungen werden daher folgende Aspekte integriert:

- Umfassende Gesundheitskompetenz
- Determinanten von Gesundheitskompetenz
- Konsequenzen von Gesundheitskompetenz

Wichtig zu betonen ist nochmals, dass Gesundheitskompetenz auch nach diesem Konzeptverständnis *relationalen Charakter* hat (Parker 2009; Parker/Ratzan 2010; Rudd et al. 1999), wengleich das in dem dargestellten Modell nicht ausreichend deutlich zum Ausdruck kommt (Pelikan/Ganahl 2017, S. 96). Anders formuliert, Gesundheitskompetenz wird sowohl durch die persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten wie auch die situativen Anforderungen und die Komplexität der Lebensumwelten bestimmt.

1.4 Neue Themenpakete

Die hier vorgestellte Erhebung HLS-GER 2 enthält drei neue Themenpakete: a) digitale Gesundheitskompetenz, b) navigationale Gesundheitskompetenz und c) kommunikative Gesundheitskompetenz. Daneben ist auch das Gesundheitsinformationsverhalten Teil der Erhebung. Es wurde bereits im HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014 untersucht und jetzt um einige Aspekte zum digitalen Informationsverhalten ergänzt.

Digitale Gesundheitskompetenz

Seit Erscheinen der ersten Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (Schaeffer et al. 2016) hat die Digitalisierung enorm an Dynamik gewonnen. Diese Entwicklung ist auch im Gesundheitssystem deutlich spürbar und wird durch die Corona Pandemie aktuell stark befördert. Mit der Umsetzung der aktuellen Digitalisierungsgesetze³ wird sie neue Schubkraft erhalten. Durch sie werden sich die Informations-, Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten im Gesundheitssystem deutlich erweitern. Doch fragt sich, ob alle Bevölkerungsgruppen ausreichende Gesundheitskompetenz besitzen, um diese Möglichkeiten auch konstruktiv zu nutzen. Um das abschätzen zu können, sind Daten zur digitalen Gesundheitskompetenz (DGK) (englisch: Digital Health Literacy) erforderlich. An ihnen mangelt es bislang in Deutschland. Deshalb wurde das Thema neu in die Befragung aufgenommen.

Mit der Digitalisierung ist die Menge verfügbarer gesundheitsrelevanter Informationen enorm gestiegen. Damit einhergehend hat gleichzeitig die Unübersichtlichkeit zugenommen, sodass das Finden individuell relevanter Information insbesondere im digitalen Raum nicht einfach ist. Erschwert wird dies dadurch, dass vermehrt interessengeleitete, falsche und manipulative Informationen im Umlauf sind. Durch Entwicklungen wie diese sind neue Gesundheitsrisiken entstanden, wie etwa die Anti-Impf-Kampagnen oder die Leugnung der Corona Pandemie in den sozialen Medien zeigen. Die WHO spricht deshalb inzwischen von einer Infodemie (WHO 2020). Gemeint ist die übermäßige Fülle und Durchmischung korrekter und inkorrekt Information, die es Menschen erschwert, vertrauenswürdige und verlässliche Gesundheitsinformation zu erhalten, wenn sie diese benötigen, und die sie daran hindert, angemessene Maßnahmen für ihre Gesundheitserhaltung zu ergreifen oder die sie gar zu gefährlichen Verhaltensweisen animiert. Auch dies unterstreicht, wie wichtig die Untersuchung der digitalen Gesundheitskompetenz geworden ist.

Das Konzept der digitalen Gesundheitskompetenz geht auf Norman und Skinner zurück, die bereits 2006 eine erste, bis heute viel beachtete Definition von eHealth Literacy vorgelegt haben. Parallel dazu hat sich der Begriff „digital health literacy“ bzw. digitale Gesundheitskom-

³ Dazu gehören das „Digitale-Versorgung-Gesetz“ (DVG), das "Patientendaten-Schutz-Gesetz" (PDSG) sowie das „Digitale Versorgung und Pflege - Modernisierungs-Gesetz" (DVPMG), deren Umsetzung beispielsweise die Einführung der Elektronischen Patientenakte, Ermöglichung von E-Konsultationen und Verschreibung digitaler Gesundheits-Apps beinhalten wird.

petenz etabliert, worunter zunächst speziell die Fähigkeit zum Umgang mit digitaler Technologie verstanden wurde. Er wird inzwischen synonym zu eHealth Literacy verwendet. In dieser Studie wird der Begriff digitale Gesundheitskompetenz präferiert und als Bezeichnung für die Fähigkeit zum Umgang mit digital zur Verfügung stehender gesundheitsrelevanter Information und digitaler Technologie verwendet.

Digitale Gesundheitskompetenz wird hier als Teil von Gesundheitskompetenz verstanden. Denn bei einem großen Teil an Gesundheitsinformation handelt es sich heute bereits um digitale Information. Zudem bezieht sich die in dieser Studie zugrundeliegende Definition von Gesundheitskompetenz explizit auf Gesundheitsinformationen *unterschiedlicher Form* und schließt somit auch digitale Gesundheitsinformationen ein (siehe auch Ernstmann et al. 2020)⁴. Deshalb ist aus unserer Sicht keine gesonderte Definition von digitaler Gesundheitskompetenz nötig.

Wichtig zu betonen ist, dass auch digitale Gesundheitskompetenz auf persönlichen Fähigkeiten basiert, aber genauso durch die Bedingungen in der Lebensumwelt geprägt wird.

Navigationale Gesundheitskompetenz

Zu den aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen neu aufgenommenen Themenpaketen gehört zudem die bei der Navigation durch das Gesundheitssystem benötigte Gesundheitskompetenz, konkret die navigationale Gesundheitskompetenz (NGK) (englisch: Navigation Health Literacy).

Dieser Bereich wurde aufgenommen, weil auch das Thema Navigation in den letzten Jahren immer größere Bedeutung erhalten hat (SVR 2018). Denn die Gesundheitssysteme sind infolge der anhaltenden Spezialisierung und Ausdifferenzierung immer komplexer und unübersichtlicher geworden. Für die Nutzerinnen und Nutzer ist es dadurch zusehends schwierig, sich im Gesundheitssystem zu orientieren. Vielen von ihnen fehlt es an ausreichendem Wissen und auch an entsprechender Gesundheitskompetenz. Umwege, belastende Suchbewegungen und kostenintensive Fehlnutzung sind nur einige der Konsequenzen. Bislang fehlt es an Daten und Erkenntnissen zur navigationalen Gesundheitskompetenz, denn das Thema erhält in der Gesundheitskompetenzforschung eher periphere Aufmerksamkeit.

Unter navigationaler Gesundheitskompetenz werden hier – in Anlehnung an die Definition von Gesundheitskompetenz von Sørensen et al. (2012) – das Wissen, die Motivation und Fähigkeiten von Menschen verstanden, die zur Navigation durch das Gesundheitssystem und seine Organisationen/Dienste nötigen Informationen in unterschiedlicher Form finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um die bestmögliche Versorgung für sich oder nahestehende Personen zu erhalten (übersetzt nach Griese et al. 2020).

Mit Blick auf das konzeptionelle Modell von Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. (2012) wird navigationale Gesundheitskompetenz hier vorrangig mit Blick auf die Informationsherausforderungen bei Krankheitsbewältigung/Versorgung (Health Care) untersucht. Zwar stellen auch Prävention und Gesundheitsförderung wichtige Anwendungsbereiche von Gesundheitskompetenz dar, in denen navigationale Gesundheitskompetenz notwendig ist. Doch

⁴ Zur begrifflichen und konzeptionellen Verortung digitaler Gesundheitskompetenz liegen – ähnlich wie zur allgemeinen Gesundheitskompetenz – mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Vorschläge vor (Übersicht siehe Bittlingmayer et al. 2020).

konzentrieren wir uns hier bewusst auf den Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung und die Anforderungen, die mit der Nutzung des Gesundheitssystems verbunden sind.

Ebenso wie Gesundheitskompetenz ist auch navigationale Gesundheitskompetenz als relational zu verstehen. So können beispielsweise fehlende Fähigkeiten bei der Informationsbeschaffung zur Navigation durch leicht zugängliche und verständliche Informations- und Kommunikationsstrukturen kompensiert werden. Umgekehrt können Menschen, die sich in anderen Bereichen des Lebens als grundlegend kompetent beschreiben würden, von komplexen und unübersichtlichen Rahmenbedingungen des Systems überfordert sein.

Kommunikative Gesundheitskompetenz

Auch die kommunikative Gesundheitskompetenz (KGK) (englisch: Communicative Health Literacy) wurde neu in die Erhebung aufgenommen. Denn durch die Stärkung der Patientenautonomie und die Veränderung der Patientenrolle hin zu mehr partnerschaftlicher Kooperation, Ko-Produktion und gemeinsamer (informierter) Entscheidungsfindung hat die persönliche Kommunikation und Information ebenfalls höheren Stellenwert erhalten und ist zugleich anspruchsvoller geworden. Um den veränderten Anforderungen an die Patientenrolle gerecht zu werden, müssen Patientinnen und Patienten sich aktiv informieren. Sie benötigen und erhoffen sich dazu von den Gesundheitsprofessionen – besonders von Ärztinnen und Ärzten – detaillierte Informationen, müssen deren Ausführungen zur Behandlung und Versorgung aber auch verstehen und nachvollziehen können und fähig sein, nachzufragen und um ergänzende Erläuterung oder Klarstellungen und Einordnungen von unverstandenen oder schwer für sie beurteilbaren Informationen zu bitten. All dies sind wichtige Voraussetzungen für eine aktive Mitwirkung und gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten.

Anforderungen wie diese reiben sich im Alltag jedoch an zahlreichen Hürden – so allem voran daran, dass die Anpassung an die veränderten Interaktions- und Kommunikationsanforderungen noch immer wechselseitig schwer fällt, doch ebenso an der Minderbewertung von Kommunikation im ärztlichen Alltag wie auch an Zeitknappheit (Hurrelmann/Baumann 2014) und Qualifikationsdefiziten. Kommunikation und Information erfordern unter diesen Bedingungen hohe kommunikative Gesundheitskompetenz. Über sie fehlen bislang ebenfalls genaue Daten.

In Anlehnung an die Definition von Sørensen et al. (2012) wie auch die Ausführungen von Nutbeam (2000) werden unter kommunikativer Gesundheitskompetenz in dieser Studie die kommunikativen und sozialen Fähigkeiten von Patientinnen bzw. Patienten und Nutzerinnen bzw. Nutzern verstanden, sich aktiv an der persönlichen Interaktion und Kommunikation mit den Gesundheitsprofessionen zu beteiligen, Information bereitzustellen und einzuholen, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen. Analog zur Gesundheitskompetenz ist kommunikative Gesundheitskompetenz immer in Abhängigkeit zu den bestehenden Informationsmöglichkeiten (insbesondere bestimmt durch das kommunikative Verhalten der Gesundheitsprofessionen) zu interpretieren. Fehlen sie oder sind sie nicht ausreichend, hat dies Auswirkungen auf die kommunikative Gesundheitskompetenz der Patientinnen bzw. Patienten und Nutzerinnen bzw. Nutzer.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Operationalisierung und Auswertung der Themenpakete

Gesundheitskompetenz

Für die Messung der Gesundheitskompetenz wurde, wie bereits im HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014, der Fragebogen European Health Literacy Survey Questionnaire mit 47 Fragen (HLS-EU-Q47) – allerdings in einer weiterentwickelten Fassung – verwendet. Der mittlerweile vielfach international eingesetzte HLS-EU-Q47 (siehe dazu Pelikan/Ganahl 2017) misst die subjektiv eingeschätzten Schwierigkeiten einer Person bei der Bewältigung von 47 konkreten, gesundheitsrelevanten Informationsaufgaben und -anforderungen beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanter Information in den Bereichen der Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung (Tabelle 1).

Tabelle 1: Matrix der Items des Gesundheitskompetenz-Messinstruments

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

Durch die Operationalisierung über selbst eingeschätzte Schwierigkeiten wird dem relationalen Charakter von Gesundheitskompetenz Rechnung getragen und neben den individuellen Fähigkeiten implizit auch die organisatorischen Rahmenbedingungen erfasst, in denen die Informationsaufgaben bewältigt werden müssen. Diese kontextuelle Sensibilität des Messinstruments ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

In Reaktion auf bisherige nationale und internationale Ergebnisse und Erfahrungen in der Anwendung des Instruments wurde der HLS-EU-Q47 im Rahmen der Kooperation der verschiedenen europäischen Teams des HLS₁₉ überarbeitet und weiterentwickelt. So wurden im Vergleich zur Version des HLS-EU-Q47 als unklar oder missverständlich empfundene Frageformulierungen und auch die Antwortkategorien verändert. Das überarbeitete Instrument (HLS₁₉-Q47-Germany_German) ist dem Anhang zu entnehmen. Die Anpassungen werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Insgesamt wurden wichtige Anpassungen am Instrument vorgenommen, die Erkenntnissen aus bisherigen Studien und Erfahrungen mit der Anwendung des Instruments Rechnung tragen. Wegen der vorgenommenen Veränderungen ist es nicht möglich, direkte Vergleiche mit den Ergebnissen des ersten Surveys aus dem Jahr 2014 vorzunehmen. Es ist aber möglich, Trends und Antwortmuster beider Surveys miteinander in Beziehung zu setzen. Deshalb sind die Ergebnisse des HLS-GER 2 als neue Baseline für die bevölkerungsbezogene Gesundheitskompetenz zu betrachten.

Da bei der mündlich-persönlichen, vorgelesenen Abfrage des HLS-EU-Q47 – wie im HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014 – einige der Fragen als gleichlautend wahrgenommen und die Schritte der Informationsverarbeitung für die Probandinnen und Probanden schwierig zu differenzieren waren, erfolgte eine *Veränderung der Abfrageart* in Deutschland. Die Items wurden im Rahmen der vorliegenden Studie schriftlich vorgelegt. Hierzu bekommen die Teilnehmenden die einzelnen Fragen auf kleinen Karten gereicht und lesen diese selbst durch. Personen mit geringen Lesefähigkeiten können sich die Fragen durch die Interviewenden vorlesen lassen. Die Karten werden dann auf Stapel für die Antwortkategorien abgelegt. Um ein sich wiederholendes Antwortmuster zu vermeiden, werden die abgelegten (beantworteten) Karten in drei Teilen (nach den Bereichen der Gesundheitskompetenz) überreicht bzw. abgeräumt.

Die Ergebnisse früherer nationaler und internationaler qualitativer und quantitativer Untersuchungen deuten darauf hin (Domanska et al. 2018), dass einige Items oder einzelne Wörter des Fragebogens schwer verständlich waren oder hohe Antwortausfallraten aufwiesen. Um die Qualität des Instruments zu verbessern, wurden daher zahlreiche *Fragen überarbeitet*. Dabei wurden folgende Kriterien angelegt:

- Vereinfachung und entsprechende Überarbeitung komplizierter Formulierungen oder Wörter;
- Harmonisierung ähnlicher Begriffe und Beispiele;
- Überarbeitung bzw. Anpassung schwer zu übersetzender Wörter;
- Klärung und Präzisierung von nicht eindeutigen oder unklaren Formulierungen und Wörtern.

Auf dieser Grundlage wurden auf einem eigens dafür vorgesehenen mehrtägigen internationalen Meeting zur HLS₁₉-Studie Vorschläge für Formulierungsänderungen einzelner Fragen gesammelt, die kritisch diskutiert und anschließend konsentiert wurden. Dabei wurde den Erfahrungen durch bisherige Ergebnisse, Pretests und kognitive Interviews ebenso wie den unterschiedlichen Bedingungen in den verschiedenen Ländern (z.B. durch Arztzentriertheit) Rechnung getragen.

Die vorgenommenen Veränderungen an den Frageformulierungen sind unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei einigen Fragen wurde eine Angleichung der Beispiele vorgenommen. So ist beispielsweise bei Fragen mit Bezug zu Medien nun ein Hinweis auf Zeitungen, Fernsehen und Internet gegeben, wohingegen in der alten Version nicht immer auf die gleichen Medienbeispiele verwiesen wurde. Bei anderen Fragen wurden lediglich einzelne Wörter angepasst, die jedoch enorm wichtig für den Bezugsrahmen und die Interpretation der Frage sind. So wird nun beispielsweise gefragt, wie einfach oder schwierig es ist zu beurteilen, ‚ob‘ statt wie in der alten Version ‚wann‘ eine zweite Meinung von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt eingeholt werden sollte. Zudem wurden Fragen mit paternalistischem Charakter angepasst.

So wird beispielsweise nun nach der Schwierigkeit gefragt, den ‚Empfehlungen‘ statt den ‚Anweisungen‘ der Ärztin/des Arztes oder der Apothekerin/des Apothekers⁵ zu folgen. Zudem wurde die Frage „...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen“ ersetzt durch „...Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen“. Des Weiteren zielen einige Fragen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung nun zumeist nicht mehr auf Unterstützungsangebote, sondern auf den Umgang mit bestimmten Themen.

Neben der Veränderung zahlreicher Frageformulierungen wurde, initiiert durch eine Arbeitsgruppe der Teilnehmerländer des HLS₁₉, eine *Veränderung der Antwortmetrik* beschlossen. Zwar werden weiterhin vier Antwortkategorien verwendet, allerdings sind diese jetzt anders benannt.

Die Antwortkategorien des bisherigen Instruments waren

- „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“, „sehr schwierig“.

„Weiß nicht“ wurde nicht als Kategorie angeboten, sondern lediglich von den Interviewenden als „keine Antwort“ codiert. Internationale Erfahrungen bei der Anwendung des Instruments zeigten jedoch, dass der Begriff für die Mittelkategorien (im englischen ‚fairly‘) nicht eindeutig zu übersetzen ist. In verschiedenen Ländern bzw. Sprachen können Begriffe mit etwas unterschiedlicher Bedeutung und relativem Abstand zur Kategorie „sehr schwierig/leicht“ gewählt werden. In Deutschland wären beispielsweise die Begriffe „ziemlich“, „eher“, „ein bisschen“, „etwas“ möglich. In anderen Sprachen sind ebenso verschiedene Übersetzungen denkbar, die eine Vergleichbarkeit erschweren. Hinzu kommt, dass die gewählte Variante „ziemlich“ allein in Deutschland unterschiedlich interpretiert wird.

Um Ungenauigkeiten in dieser Hinsicht zu vermeiden, wurde das Wort „fairly“ (deutsch „ziemlich“) aus den Antwortkategorien gestrichen. Die überarbeiteten Antwortmöglichkeiten lauten daher

- „sehr einfach“, „einfach“, „schwierig“, „sehr schwierig“.

Der eingesetzte Fragebogen liefert Daten zu 47 konkreten Einzelaufgaben, deren Schwierigkeitsgrad – wie oben erwähnt – auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet wird. In diesem Bericht werden daher auch Daten zu den einzelnen konkreten Items dargestellt, da diese wichtigen Informationen für die Diagnose schwieriger Informationsaufgaben für die Bürgerinnen und Bürger und für die Planung von Interventionen durch die Politik liefern.

Zudem werden Gesundheitskompetenz-Niveaus dargestellt, die auf entsprechenden Indices basieren (Tabelle 2). Für die *Kalkulation der Gesundheitskompetenz-Indices* werden – gemäß der Vorgaben des HLS₁₉ – die Antworten zunächst dichotomisiert (nach „einfach“ und „sehr einfach“ zusammengefasst), dann summiert und auf 100 skaliert⁶. Der Index gibt somit den prozentualen Anteil der Items an, die mit „einfach“ oder „sehr einfach“ beantwortet wurden. Damit ein Index berechnet werden konnte, mussten mindestens 80 Prozent der zum (Sub-) Index gehörenden Items beantwortet werden. Auf Basis der Gesundheitskompetenz-Indices

⁵ Es wurden bewusst keine anderen Gesundheitsprofessionen aufgenommen, weil sie sehr unterschiedliche Positionen und Rollen in den Gesundheitssystemen der beteiligten Länder des HLS₁₉ haben.

⁶ Im Rahmen des HLS-EU sowie des HLS-GER 1 wurden die Indices als auf 50 skalierte Mean-Scores auf Basis polytomer Antworten berechnet.

werden dann vier Kompetenz-Niveaus festgelegt. Die absoluten Grenzwerte für die Niveaubildung liegen – wie beim HLS-EU – bei 1/2, 2/3 und 5/6 des Index. Die so festgelegten Grenzwerte sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Übersicht Grenzwerte Gesundheitskompetenz-Niveaus

Index	Niveaugrenzen	Bezeichnung	Niveaugrenzen dichotomisiert	Bezeichnung dichotomisiert
0-100	0-50	inadäquat	0-66,67	gering
	>50-66,67	problematisch		
	>66,67-83,33	ausreichend	>66,67-100	hoch
	>83,33-100	exzellent		

Konsequenzen geringer Gesundheitskompetenz

Als potenzielle Konsequenzen von Gesundheitskompetenz gingen Fragen zu *gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen* (Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Alkoholkonsum und Rauchen), zum *Gesundheitszustand* (Body-Mass-Index, subjektive Gesundheit, Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme, Anzahl ärztlich verordneter Medikamente, Anzahl krankheitsbedingter Fehltage) sowie zur *Nutzung des Gesundheitssystems* (Anzahl Konsultationen mit Hausärztinnen und -ärzten oder Fachärztinnen und -ärzten, stationäre Behandlungen im Krankenhaus, Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste) ein, die sich an internationalen Surveys orientieren. Weitere Details sind dem entsprechenden Kapitel zu entnehmen.

Zusammenhänge werden hier wie auch für die vulnerablen Gruppen mittels t-Tests geprüft; statistisch signifikante oder nicht signifikante Unterschiede beziehen sich stets auf ein 5-Prozent-Signifikanzniveau.

Gesundheitsinformationsverhalten

Zur Ermittlung des Gesundheitsinformationsverhaltens wurden Fragen zum Informationsinteresse, zu persönlichen Erfahrungen mit Informationsinstanzen und zu Informationsbedürfnissen/-wünschen aufgenommen. Hierfür wurden überwiegend die im HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014 genutzten Fragen verwendet. Jedoch wurden die Antwortlisten zu den persönlichen Informationsinstanzen und den Informationsbedürfnissen überarbeitet und um neue Aspekte erweitert. Ergänzend wurde das Online-Gesundheitsinformationsverhalten aufgegriffen. Weitere Details sind dem entsprechenden Kapitel zu entnehmen. Im Rahmen der Zusatzerhebung HLS-GER 2' wurden nur ausgewählte Aspekte des Informationsverhaltens abgefragt.

Digitale Gesundheitskompetenz

Für die Messung der digitalen Gesundheitskompetenz wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe des HLS₁₉ Konsortiums eine neue Skala entwickelt. Dazu erfolgte zunächst eine Literaturrecherche validierter und standardisierter Instrumente zur digitalen Gesundheitskompetenz, die als Grundlage für die Instrumentenentwicklung diente. Das neue Instrument wurde in Anlehnung an ein bestehendes Instrument (Digital Health Literacy Instrument – DHLI) (van der Vaart/Drossaert 2017) zur Messung der digitalen Gesundheitskompetenz erarbeitet. Es besteht aus insgesamt zehn Items, wobei acht Items für die Bildung des Index herangezogen

wurden, die die subjektiven Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, der Beurteilung und Anwendung digitaler Gesundheitsinformation erfassen. Zwei ergänzte Items zielen auf die Fähigkeiten, digitale Nachrichten zu Gesundheitsthemen mit Gesundheitsprofessionen oder über soziale Medien/Online-Foren formulieren bzw. teilen zu können. Sie werden separat dargestellt. Das Instrument wurde im Pretest des HLS-GER 2 ebenfalls für praktikabel bewertet; es ist dem Anhang zu entnehmen. Die weiterführende Validierung der hier genutzten Instrumente wird auf Basis der zu erwartenden HLS₁₉-Daten vorzunehmen sein.

Auf der Grundlage der skalierten Abfrage, für wie einfach oder schwierig diese acht gesundheitsbezogenen digitalen Informationsaufgaben eingeschätzt werden, wird analog zu den weiter oben im Bericht dargestellten Indices als Maß für die digitale Gesundheitskompetenz ein Index auf Basis dichotomisierter Antworten gebildet, der die summierte empfundene Schwierigkeit im Umgang mit diesen digitalen Informationsaufgaben abbildet. Dieser Index wird wieder so skaliert, dass ein Skalenwert von Null der geringsten und ein Skalenwert von 100 der größten digitalen Gesundheitskompetenz entspricht und anschließend die in Tabelle 2 berichteten Niveaus einteilt.

Navigationale Gesundheitskompetenz

Für die Messung der navigationalen Gesundheitskompetenz wurde ein neues Instrument erarbeitet⁷. Die Entwicklung basierte auf einem Scoping Review der Literatur zu bestehenden Definitionen, Konzepten und Instrumenten, der Erarbeitung eines konzeptuellen Rahmens für navigationale Gesundheitskompetenz, einer daran anschließenden Itementwicklung, einer Itemevaluation in Fokusgruppendifkussionen mit Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitssystems sowie einer Stakeholderbefragung. Parallel wurde das Instrument kontinuierlich im HLS₁₉ Konsortium diskutiert. Das finale Instrument erfasst mit Hilfe von 12 Items die subjektiven Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen über Navigationsaufgaben im Gesundheitssystem, dies auf System-, Organisations- und Interaktionsebene (ausführlich Griese et al. 2020). Das Instrument wurde im Pretest des HLS-GER 2 als praktikabel beurteilt; es ist dem Anhang zu entnehmen.

Für die navigationale Gesundheitskompetenz wird auf die gleiche Weise ein Index gebildet, wie für die eingangs dargestellten Indices für die Gesundheitskompetenz bzw. die von ihr umfassten Teilbereiche: Für die 12 einzelnen Informationsaufgaben bzw. -herausforderungen wurde auf einer vierstufigen Likert-Skala erhoben, als wie einfach oder schwierig diese Punkte von den Befragten eingeschätzt werden. Über diese 12 Einschätzungen hinweg wird auf Basis dichotomisierter Antworten für jede/jeden Befragten ein skaliertes Summenindex gebildet, der zur Vergleichbarkeit mit den anderen Gesundheitskompetenz-Skalen in eine Metrik von 0 (niedrigster Wert) bis 100 (höchster Wert) überführt wird. Auch hier werden die Gesundheitskompetenz-Niveaus wie oben dargestellt eingeteilt (Tabelle 2).

⁷ Es wurde ebenfalls durch eine eigens dazu gebildete Arbeitsgruppe im Rahmen des HLS₁₉ Konsortiums erarbeitet, die von Prof. Dr. Doris Schaeffer und Dr. Peter Nowak geleitet und von Lennert Griese koordiniert wurde.

Kommunikative Gesundheitskompetenz

Auch die kommunikative Gesundheitskompetenz wurde mit einem neuen, im Rahmen des HLS₁₉ systematisch entwickelten Instruments erhoben. Es beinhaltet elf Items, die die subjektiven Schwierigkeiten bei der persönlichen Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten erfragen. Das Instrument basiert ebenfalls auf einer umfassenden Literaturrecherche bestehender Instrumente zur Messung von Kommunikation. Das Instrument wurde zudem in Anlehnung an den „*Calgary-Cambridge guide to the medical interview (CCG)*“ (Silverman et al. 2013)⁸ bzw. die daraus abgeleiteten Hauptinformationsaufgaben entwickelt. Darüber hinaus bildet es Bestandteile der interaktiven Gesundheitskompetenz nach Nutbeam (2000) und die Schritte der Informationsverarbeitung (Sørensen et al. 2012) ab.

Der Fokus liegt auf der Kommunikation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten⁹. Die Entwicklung und Evaluation des Instruments erfolgten ebenfalls unter Einbezug von Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitssystems; das Instrument wurde kontinuierlich innerhalb des HLS₁₉ Konsortiums diskutiert und angepasst. Nach dem erfolgreichen Pre-test wurde es in die Erhebung integriert. Das finale Instrument ist im Anhang aufgeführt.

Die Befragten wurden auch hier analog zu den anderen Instrumenten auf einer vierstufigen Likert Skala um eine Einschätzung gebeten. Die auf Basis der dichotomisierten Antworten gebildete Summe werden dann in einen Wertebereich von 0 bis 100 überführt und entsprechend Gesundheitskompetenz-Niveaus (Tabelle 2) berichtet. Die kommunikative Gesundheitskompetenz wurde nur im Rahmen der Hauptuntersuchung HLS-GER 2 erhoben.

Identifizierung ausgewählter Bevölkerungsgruppen

Im Rahmen des Berichts werden – in Anlehnung an das theoretische Modell und bisherige Befunde – bestimmte sozio-demografische Determinanten bzw. Bevölkerungsgruppen näher betrachtet. Dazu gehören das Geschlecht und das Alter der Befragten, der Bildungsstatus, der selbsteingeschätzte Sozialstatus, der Migrationshintergrund und zudem das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Die ausgewiesenen Gruppen wurden wie folgt operationalisiert.

Der *Migrationshintergrund* wurde auf Basis der eigenen sowie der elterlichen Migrationserfahrung definiert. Als Menschen mit Migrationshintergrund werden demnach Befragte kategorisiert, die selbst oder deren Eltern in einem anderen Land als Deutschland geboren sind. Zudem wird an einigen Stellen nach eigener und elterlicher Migrationserfahrung stratifiziert.

Das *Bildungsniveau* wurde mit Hilfe der „International Standard Classification of Education 2011“ (ISCED-11) erfasst. In der ISCED-Skala wird der höchste erworbene Bildungsabschluss in neun Kategorien beschrieben. Die Operationalisierung der ISCED-Skala beruht auf Einzelfragen zur schulischen und beruflichen Ausbildung, die zu den entsprechenden ISCED-Gruppen zusammengeführt werden. Für die weiteren Auswertungen wird in ‚niedriges Bildungsniveau‘

⁸ Der CCG wird häufig für die Konzeptualisierung interpersonaler gesundheitsrelevanter Kommunikation herangezogen. In vielen Ländern wird er seit etlichen Jahren in der medizinischen Aus- und Weiterbildung verwendet (Gillard et al. 2009) und hat auch in die Kommunikationsforschung Eingang gefunden (Burt et al. 2014; Howells et al. 2010).

⁹ Selbstverständlich haben andere Gesundheitsprofessionen, etwa Pflegende oder Apothekerinnen/Apotheker ebenfalls hohen Stellenwert für die Kommunikation. Dennoch fiel im Rahmen des HLS₁₉ die Entscheidung, sich auf die Ärztinnen und Ärzte zu konzentrieren, da sie in allen an der Studie beteiligten Ländern trotz großer Unterschiede der Gesundheitssysteme eine zentrale Position innehaben – auch als Informationsquelle.

veau' (ISCED 0 bis 2: u. a. ohne Schulbesuch; ohne allgemeinen Schulabschluss; ohne beruflichen Abschluss; Haupt- und Realschulabschluss ohne beruflichen Abschluss oder Anlernausbildung), ‚mittleres Bildungsniveau‘ (ISCED 3 und 4: u. a. Personen mit Fach-/Hochschulreife ohne beruflichen Abschluss oder eine abgeschlossene Lehre) und ‚hohes Bildungsniveau‘ (ISCED 5 bis 8: u. a. Personen mit Hochschulbildung; Abschluss einer Berufsfachschule oder Meister- und Techniker Ausbildung; Promotion) gruppiert.

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

Das *Alter* wurde in Altersjahren erhoben und wird für Analysezwecke nachträglich in vier Gruppen (18-29, 30-45, 46-64 und ab 65 Jahre) zusammengefasst.

Für die Ermittlung des selbsteingeschätzten *Sozialstatus* wurden die Befragten gebeten, ihre gesellschaftliche Stellung auf einer Leiter mit zehn Sprossen selbst einzuschätzen. Werte von 1 bis 4 werden als geringer Sozialstatus, Werte von 5 bis 7 als mittlerer und Werte größer als 7 als hoher Sozialstatus zusammengefasst.

Zur Erfassung *chronischer Krankheit* wurden die Befragten nach dem Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Krankheiten oder lang andauernder, voraussichtlich länger als sechs Monate existenten, gesundheitlichen Problemen befragt. Befragte mit mindestens einer chronischen Erkrankung werden Personen ohne chronische Erkrankungen gegenübergestellt.

2.2 Übersetzung und Pretest

Vor der Durchführung der Befragung wurden die internationalen Themenpakete und Fragen des HLS₁₉ unabhängig vom Umfrageinstitut sowie dem Studienteam übersetzt. Anschließend erfolgte zur Kontrolle eine Abstimmung mit den österreichischen und schweizerischen Studienteams der internationalen Vergleichsstudie.

Im Rahmen eines Pretests wurde der Fragebogen, die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Fragen, die Sinnhaftigkeit und Vollständigkeit von Antwortvorgaben sowie der Ablauf und Umfang der Befragung in insgesamt 33 Pretest-Interviews geprüft. Sie wurden als papier-assistierte mündlich-persönliche Interviews (PAPI) von Interviewerinnen und Interviewern des Instituts für Demoskopie Allensbach zwischen dem 2. und 13. November 2019 realisiert.

Zeitlich parallel zu dem Pretest unter realen Feldbedingungen wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Demoskopie Allensbach 12 interne Pretests durchgeführt. Hier standen neben den o. g. Aspekten auch die technische Korrektheit des Fragebogens sowie die Logik der Fragen im Vordergrund.

Insgesamt verlief der Pretest erfolgreich. Auf Basis der Pretest-Ergebnisse wurden lediglich einzelne Fragen im internationalen Survey sowie im deutschlandspezifischen Teil leicht angepasst und überarbeitet.

2.3 Studiendesign und Durchführung

Die vorliegende Studie basiert auf einer repräsentativen, quantitativen Querschnittsbefragung der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Die Befragung wurde mit Hilfe papierassistierter mündlich-persönlicher Interviews (PAPI) durchgeführt.

Die Grundgesamtheit der Befragten bilden deutschsprachige Personen ab 18 Jahren, die in einem Privathaushalt der Bundesrepublik Deutschland wohnhaft sind. Sie umfasst somit gemäß Mikrozensus 2018 insgesamt 67,5 Millionen Menschen.

Die Auswahl der Befragten erfolgte nach dem Quotenverfahren. Unter Berücksichtigung der regionalen Verteilung¹⁰ wurden das Geschlecht in Kombination mit der Altersgruppe sowie der Schulabschluss und die Haushaltsgröße quotiert. Basis der Quotierung war der Mikrozensus 2018.

Durchführung der Haupterhebung HLS-GER 2

Für die Haupterhebung HLS-GER 2 im Dezember 2019 und Januar 2020 wurden vom Institut für Demoskopie Allensbach insgesamt 3.985 Personen von 558 Interviewerinnen und Interviewern gemäß den Quotenvorgaben kontaktiert. Dabei lehnten 1.232 Personen eine Teilnahme an der Studie ab. Weitere 591 Interviews wurden aufgrund bereits erfüllter Quotenvorgaben nicht durchgeführt. Alle begonnenen Interviews wurden beendet, sodass insgesamt 2.162 Interviews realisiert werden konnten. Nach Bereinigung gemäß Vorgaben des HLS₁₉ gehen 2.151 Interviews in die Analysen ein. Die Response Rate betrug 63,4 Prozent. Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 65 Minuten. Eine Übersicht über die Kennzahlen der Interviewdurchführung gibt Tabelle 3.

Zur Qualitätssicherung wurden zehn Prozent der Fragebögen (n = 216) unabhängig voneinander zweimal von verschiedenen Personen eingegeben. Die Auswertung zeigt, dass die Qualität der Dateneingabe insgesamt als sehr gut bewertet werden kann.

Zusätzlich wurden die jeweils zu einer Interviewerin bzw. einem Interviewer gehörenden Daten auf Ähnlichkeit und auf Häufung ungewöhnlicher Antworten geprüft. Auffällig war ein Fall, dessen vier Interviews untereinander sehr ähnlich waren und in denen sich mehrfach ein sehr monotones Antwortverhalten zeigte. Sie wurden bei der Datenbereinigung ausgeschlossen. Nach den Vorgaben des HLS₁₉ wurden zudem Interviews ausgeschlossen, bei denen weniger als 80 Prozent der Kernfragen beantwortet waren.

¹⁰ Die regionale Verteilung der Interviews wurde der tatsächlichen Verteilung der Bevölkerung angeglichen (NUTS2-Level).

Tabelle 3: Übersicht Parameter Interviewdurchführung des HLS-GER 2 und des HLS-GER 2'

Erhebungszeitraum	HLS-GER 2	HLS-GER 2'
Feldbeginn	13.12.2019	21.08.2020
Feldende	27.01.2020	09.09.2020
Stichprobengröße		
Anzahl kontaktierter Personen	3.985	903
davon Verweigerung, Terminschwierigkeiten, andere Gründe	1.232	118
davon Interviews wegen erfüllter Quote nicht durchgeführt	591	245
davon abgebrochene Interviews	-	-
Anzahl realisierter Interviews	2.162	540
Anzahl in Auswertung einbezogener Interviews*	2.151	532
Response Rate (%)	63,4	67,8
Beteiligte Interviewer		
Anzahl Interviewer	558	138
Durchschnittliche Anzahl Interviews pro Interviewer	3,9	3,9
Minimale Interviewanzahl pro Interviewer	1	1
Maximale Interviewanzahl pro Interviewer	4	4
Interviewdauer		
Durchschnittliche Interviewlänge (in Minuten)	65,3	51,9
Minimale Interviewlänge (in Minuten)	15	15
Maximale Interviewlänge (in Minuten)	180	150

*realisierte Interviews mit mind. 80 Prozent vollständig beantworteten Kernfragen und bestandener Qualitäts- bzw. Plausibilitätsprüfung

Durchführung der Zusatzerhebung HLS-GER 2'

Für die Zusatzbefragung HLS-GER 2' wurden vom Institut für Demoskopie Allensbach zwischen dem 21. August und dem 9. September 2020 insgesamt 903 Personen von 138 Interviewerinnen und Interviewern nach den Quotenvorgaben kontaktiert. Dabei konnten 245 Interviews aufgrund bereits erfüllter Quotenvorgaben nicht durchgeführt werden. Weitere 118 Personen lehnten eine Teilnahme an der Studie ab, da sich kein passender Termin für das Interview fand oder ein anderer Grund der Durchführung entgegenstand. Alle begonnenen Interviews wurden beendet, sodass insgesamt 540 Interviews realisiert wurden. Die Response Rate beträgt 67,8 Prozent. Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 51,9 Minuten. Eine Übersicht über die Kennzahlen der Interviewdurchführung gibt Tabelle 3.

Von den 540 realisierten Interviews wurden vier Interviews von der Analyse ausgeschlossen, weil in ihnen weniger als 80 Prozent der Kernfragen beantwortet wurden. Vier weitere Interviews wurden aus Gründen der Qualitätssicherung ausgeschlossen. Hier handelte es sich um vier Interviews eines Spots, deren Antworten deutlich überdurchschnittlich ähnlich waren und die zudem bei den Kernfragen ein sehr monotones Antwortverhalten zeigten. Insgesamt wurden 532 Interviews in die Auswertung einbezogen.

2.4 Stichprobenbeschreibung und Repräsentativität

Um die Repräsentativität der Daten zu gewährleisten und Verzerrungen durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft in bestimmten Bevölkerungsgruppen auszugleichen, wurde zusätzlich zu den Quotenvorgaben die Stichprobenstruktur faktoriell gewichtet und an die amtliche Statistik (Mikrozensus 2018) angeglichen. Dabei wurden folgende Aspekte für die Gewichtung herangezogen:

- Geschlecht in Kombination mit sieben Altersgruppen (18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66-75, 76+ Jahre),
- Bevölkerungsdichte (überwiegend ländlich, mittel, überwiegend städtisch) in Kombination mit acht Regionen („Nielsengebiete“),
- Bundesland (Ost- und West-Berlin getrennt),
- Bildungsniveau in acht Kategorien (Schülerin bzw. Schüler, Studium, ohne Schulabschluss, Volksschule/Hauptschule, Mittlere Reife, Fachhochschulreife, Hochschulreife, ohne Angabe) in Kombination mit Geschlecht.

Stichprobenbeschreibung der Haupterhebung HLS-GER 2

Insgesamt wurden 2.151 Interviews in die Auswertung einbezogen. In Tabelle 4 wird die Stichprobe anhand von soziodemographischen Merkmalen und chronischer Erkrankung dargestellt und im Folgenden wenn möglich mit der amtlichen Statistik (Statistisches Bundesamt 2019) verglichen. Für einige Merkmale liegen jedoch keine amtlichen Daten vor, sodass auf andere umfangreiche Daten mit Zufallsstichprobe zurückgegriffen wird, um eine Einordnung zu ermöglichen.

Schon in der ungewichteten Stichprobe weisen viele Merkmale (*Geschlecht, Alter, Bildung und Bundesland*) eine repräsentative Verteilung auf. Dies ist auf die verwendete Methode der Quotenstichprobe zurückzuführen, für die eine auf diesen Merkmalen basierende Vorauswahl an Befragten getroffen wurde. Bezüglich dieser Merkmale können die Daten der vorliegenden Studie also als repräsentativ für Deutschland bewertet werden. Die einzelnen Anteile für die Merkmalsgruppen in dieser Erhebung können der Tabelle 4 entnommen werden.

Personen mit Migrationshintergrund sind auch nach der Gewichtung mit einem Anteil von 13,8 Prozent (laut Mikrozensus 25,5 Prozent) unterrepräsentiert. Dies ist jedoch nicht überraschend, da die Teilnahme an Umfragen und Studien von selbst zugewanderten Personen oder ihren Nachkommen ohne besondere Rekrutierungsanstrengungen meistens geringer als in der Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund ist (Kurth/Razum 2019). Ein Grund dafür dürfte auch darin liegen, dass die Befragung auf Deutsch durchgeführt wurde und Personen mit geringeren Deutschkenntnissen somit ausgeschlossen waren¹¹. Jedoch ist positiv festzuhalten, dass der Anteil der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund höher ist als in der ersten Studie zur Gesundheitskompetenz HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014 (7,9 Prozent). Das dürfte nur bedingt auf den seither gestiegenen Anteil in der Gesamtbevölkerung zurückzuführen sein, sondern resultiert vermutlich auch aus der geänderten Samplingstrategie.

¹¹ Im Rahmen der Studie *Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund (HLS-MIG)* erfolgt deshalb eine Befragung von russisch- und türkischsprachigen Personen in der jeweiligen Sprache.

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung des HLS-GER 2

Variable	ungewichtete Stichprobe		gewichtete Stichprobe	
	%	n	%	n
Geschlecht				
Männer	49,4	1063	49,1	1056
Frauen	50,3	1082	50,6	1089
Fehlende Werte	0,2	5	0,3	6
Alter (in Jahren)				
18-29 Jahre	15,3	330	16,8	362
30-45 Jahre	23,0	494	22,9	493
46-64 Jahre	31,7	682	31,8	685
65 Jahre und älter	29,1	625	27,6	593
Fehlende Werte	0,9	20	0,9	19
Bundesland				
Schleswig-Holstein	3,9	84	3,5	75
Hamburg	2,3	49	2,2	47
Niedersachsen	9,8	211	9,6	206
Bremen	0,7	16	0,8	18
Nordrhein-Westfalen	20,8	447	21,4	460
Hessen	9,3	201	7,5	162
Rheinland-Pfalz	6,0	130	4,9	106
Baden-Württemberg	11,4	246	13,2	285
Bayern	14,6	314	15,8	340
Saarland	1,4	30	1,2	26
Berlin-West	2,1	46	2,5	54
Berlin-Ost	2,3	50	1,9	40
Brandenburg	3,0	64	3,1	66
Mecklenburg-Vorpommern	2,0	44	2,0	43
Sachsen	5,1	109	5,0	108
Sachsen-Anhalt	2,6	56	2,7	59
Thüringen	2,5	54	2,6	57
Bildungsniveau				
Niedrig	9,3	201	11,1	238
Mittel	57,3	1232	58,7	1263
Hoch	31,1	670	28,2	607
Fehlende Werte	2,2	48	2,1	44
Migrationshintergrund				
Nein	85,9	1847	85,5	1838
Ja	13,6	292	13,8	297
Fehlende Werte	0,6	12	0,7	15
Chronische Erkrankung				
Nein	47,0	1011	47,7	1026
Ja	51,4	1106	50,5	1086
Fehlende Werte	1,6	34	1,8	39
Sozialstatus				
Niedrig	17,2	371	18,7	402
Mittel	63,5	1366	63,4	1364
Hoch	16,4	353	15,1	325
Fehlende Werte	2,8	61	2,8	60

n=2151; *gewichtete Angaben auf Basis von Alter, Geschlecht, Bundesland, Bevölkerungsdichte und Bildungsniveau des Mikrozensus 2018; rundungsbedingt summieren sich die Prozentwerte nicht immer auf 100 Prozent.

Daten des Gesundheitsmonitoring (GEDA) des Robert Koch-Instituts (RKI) von 2012 legen nahe, dass ca. 40 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland mindestens unter einer *chronischen Krankheit* leiden (RKI 2014). Nach den Daten der Europäischen Gemeinschaftsstatistik aus dem Jahr 2018 ist der Anteil mit knapp 44 Prozent etwas höher (Eurostat 2020). In der Stichprobe der vorliegenden Befragung haben chronisch Erkrankte einen Anteil von 50,5 Prozent. Angesichts der steigenden Prävalenz chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung erscheint dieser Anteil realistisch.

Ein für die Gesundheitsforschung als wichtig anerkanntes Merkmal ist der soziale bzw. sozial-ökonomische Status. Im vorliegenden Survey wurde der *Sozialstatus* als Selbsteinstufung erhoben. Die gleiche Frage wurde in der anerkannten Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) von 2018 verwendet (Baumann et al. 2019, S. 709f.). Dort gab mit knapp 10 Prozent ein geringerer Teil der Befragten einen niedrigen Sozialstatus an als in der vorliegenden Studie (18,7 Prozent nach Gewichtung). Entsprechend mehr Personen hatten einen hohen Sozialstatus, während sich bei der mittleren Kategorie keine substantielle Abweichung zeigt. Durch die quotenbasierte Stichprobenziehung in dieser Studie konnten offenbar mehr Personen mit niedrigem Sozialstatus für die Befragung gewonnen werden als mit der registerbasierten Zufallsstichprobe im ALLBUS, was als Stärke der aktuellen Studie gewertet werden kann.

Bei der Stichprobenszusammensetzung sind weitere Punkte zu beachten, die einen Vergleich mit den Ergebnissen des HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014 erschweren. Bei der ersten Studie wurde die Bruttostichprobe innerhalb der Sampling Points mittels des zufallsbasierten Random-Route-Prinzips ausgewählt. Es ist denkbar, dass sich die zur Teilnahme bereiten Personen dennoch systematisch von der Grundgesamtheit unterscheiden, da sich beispielsweise Personen, die sich für das Thema Gesundheit interessieren, eher motiviert sind, die Zeit für eine Befragung aufzubringen. Hinweise darauf liefern die gesundheitsbezogenen Merkmale. Chronisch Erkrankte waren in der Stichprobe von 2014 (mit nur 25 Prozent) deutlich unterrepräsentiert. Personen, die ihren Gesundheitsstatus als „sehr gut“ beurteilten (mit 27 Prozent) waren dagegen deutlich überrepräsentiert. In der Stichprobe der vorliegenden Studie sind diese Merkmale ähnlich häufig wie in anderen großangelegten Gesundheitsstudien und bilden die Realität gut ab.

Stichprobenbeschreibung der Zusatzerhebung HLS-GER 2'

Tabelle 5 zeigt die Struktur der Stichprobe des HLS-GER 2' – ungewichtet und gewichtet – nach den gleichen Merkmalen wie Tabelle 4. Ein Vergleich mit der Struktur der Stichprobe der Hauptbefragung HLS-GER 2 zeigt nur sehr geringe Abweichungen, die alle innerhalb des üblichen statistischen Konfidenzintervalls liegen¹². Insgesamt untermauern die im Rahmen der statistischen Genauigkeit identischen Stichprobenstrukturen der beiden Befragung die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

¹² Bei einem Signifikanzniveau von 5 Prozent.

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung des HLS-GER 2'

Variable	ungewichtete Stichprobe		gewichtete Stichprobe	
	%	n	%	n
Geschlecht				
Männer	49,6	264	49,0	260
Frauen	50,0	266	50,8	270
Fehlende Werte	0,4	2	0,3	2
Alter (in Jahren)				
18-29 Jahre	15,4	82	15,7	84
30-45 Jahre	23,1	123	24,0	128
46-64 Jahre	30,1	160	31,9	170
65 Jahre und älter	30,1	160	27,1	144
Fehlende Werte	1,3	7	1,3	7
Bundesland				
Schleswig-Holstein	3,2	17	3,5	19
Hamburg	2,3	12	2,2	12
Niedersachsen	9,2	49	9,6	51
Bremen	0,6	3	0,8	4
Nordrhein-Westfalen	21,2	113	21,3	113
Hessen	7,1	38	7,5	40
Rheinland-Pfalz	5,3	28	4,9	26
Baden-Württemberg	13,7	73	13,3	71
Bayern	15,4	82	15,8	84
Saarland	1,5	8	1,2	6
Berlin-West	2,8	15	2,7	14
Berlin-Ost	1,1	6	1,7	9
Brandenburg	3,4	18	3,1	16
Mecklenburg-Vorpommern	2,3	12	2,0	11
Sachsen	5,3	28	5,0	26
Sachsen-Anhalt	2,6	14	2,7	14
Thüringen	3,0	16	2,6	14
Bildungsniveau				
Niedrig	10,0	53	10,8	57
Mittel	58,6	312	59,3	316
Hoch	29,9	159	28,5	151
Fehlende Werte	1,5	8	1,4	7
Migrationshintergrund				
Nein	83,6	445	82,9	441
Ja	15,8	84	16,5	88
Fehlende Werte	0,6	3	0,6	3
Chronische Erkrankung				
Nein	51,5	274	52,8	281
Ja	47,6	253	46,3	247
Fehlende Werte	0,9	5	0,9	5
Sozialstatus				
Niedrig	17,1	91	16,7	89
Mittel	65,2	347	66,0	351
Hoch	15,4	82	15,2	81
Fehlende Werte	2,3	12	2,1	11

n=532; *Gewichtung auf Basis der Verteilungen von Alter, Geschlecht, Bundesland, Bevölkerungsdichte und Bildungsniveau gemäß Mikrozensus 2018; rundungsbedingt summieren sich die Prozentwerte nicht immer auf 100 Prozent.

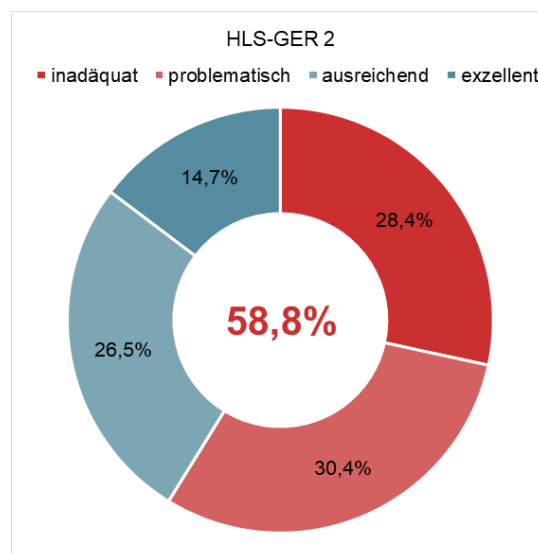
3 Ausprägung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse des HLS-GER 2 und HLS-GER 2'

Nachfolgend werden die Ergebnisse der zweiten repräsentativen Erhebung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2) dargestellt, die Ende 2019/Anfang 2020, also vor dem Ausbruch der Corona Pandemie, erhoben wurden. Sie werden in Beziehung zu der Zusatzerhebung (HLS-GER 2') gesetzt, in der die Gesundheitskompetenz nach dem Beginn der Corona Pandemie im August/September 2020 erneut ermittelt wurde. Beide Erhebungen sind vergleichbar und ermöglichen, Veränderungen der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie aufzuzeigen. Die Ergebnisse der Zusatzerhebung HLS-GER 2' werden jeweils in abgesetzten Kästen dargestellt.

Allgemeine Gesundheitskompetenz

Von den insgesamt 2.151 Befragten in der HLS-GER 2 Studie verfügen 14,7 Prozent über eine exzellente Gesundheitskompetenz und 26,5 Prozent über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Diese Befragten haben keine oder kaum Schwierigkeiten, benötigte Informationen ausfindig zu machen, sie zu verstehen, einzuschätzen und für die Gesundheitserhaltung zu nutzen. Dagegen ist bei 30,4 Prozent der Befragten eine problematische Gesundheitskompetenz und bei 28,4 Prozent sogar eine inadäquate Gesundheitskompetenz festzustellen. Insgesamt weisen somit 58,8 Prozent der Bevölkerung in Deutschland nach der Ende 2019/Anfang 2020 durchgeführten Erhebung eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Abbildung 2)¹³. Im Vergleich zur Studie HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014 hat sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland demnach verschlechtert¹⁴.

Abbildung 2: Gesundheitskompetenz in Deutschland im HLS-GER 2



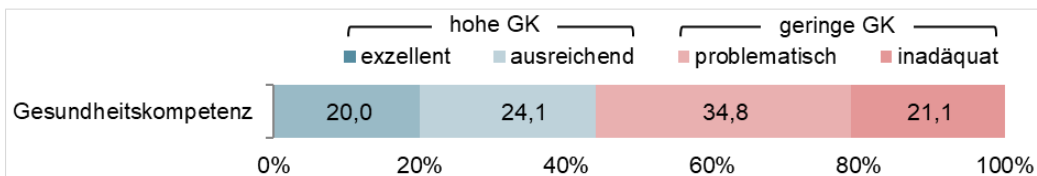
¹³ Geringe Gesundheitskompetenz meint zusammengefasst problematische und inadäquate Gesundheitskompetenz. Von hoher Gesundheitskompetenz wird hingegen gesprochen, wenn ausreichende und exzellente Gesundheitskompetenz summiert werden. Zuvor verwendete Begriffe weisen z.T. eine starke Defizitorientierung auf und werden leicht als stigmatisierend empfunden. Deshalb wurden sie der Alphabetisierungsdiskussion folgend ersetzt (Grotlüschen/Buddeberg 2020).

¹⁴ Zur Erinnerung: aus methodischen Gründen ist kein direkter Vergleich mit den Ergebnissen des HLS-GER 1 möglich, doch belegt auch der direkte, mit identischem Erhebungsinstrument durchgeführte Vergleich HLS-GER 1 und HLS-GER 1' (Hurrelmann et al. 2020) die Verschlechterung der Gesundheitskompetenz.

Tendenzielle Verbesserung der Gesundheitskompetenz während der Corona Pandemie

In der während der Corona Pandemie durchgeführten Zusatzerhebung zeigt sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung tendenziell verbessert. Der Anteil der Personen mit geringer Gesundheitskompetenz ist danach um rund 3 Prozentpunkte zurückgegangen – von 58,8 auf 55,9 Prozent (Abbildung 3). Besonders deutlich sind die Veränderungen an den Rändern der Skala: So ist der Anteil der Bevölkerung mit inadäquater Gesundheitskompetenz von 28,4 auf 21,1 Prozent zurückgegangen, der Anteil der Bevölkerung mit exzellenter Kompetenz von 14,7 auf 20,0 Prozent gestiegen. Zu bedenken ist allerdings, dass der Rückgang des Anteils der Bevölkerung mit geringer Gesundheitskompetenz insgesamt statistisch nicht signifikant ist, d. h. im Bereich einer möglichen statistischen Zufallsschwankung liegt.

Abbildung 3: Gesundheitskompetenz in Deutschland im HLS-GER 2'

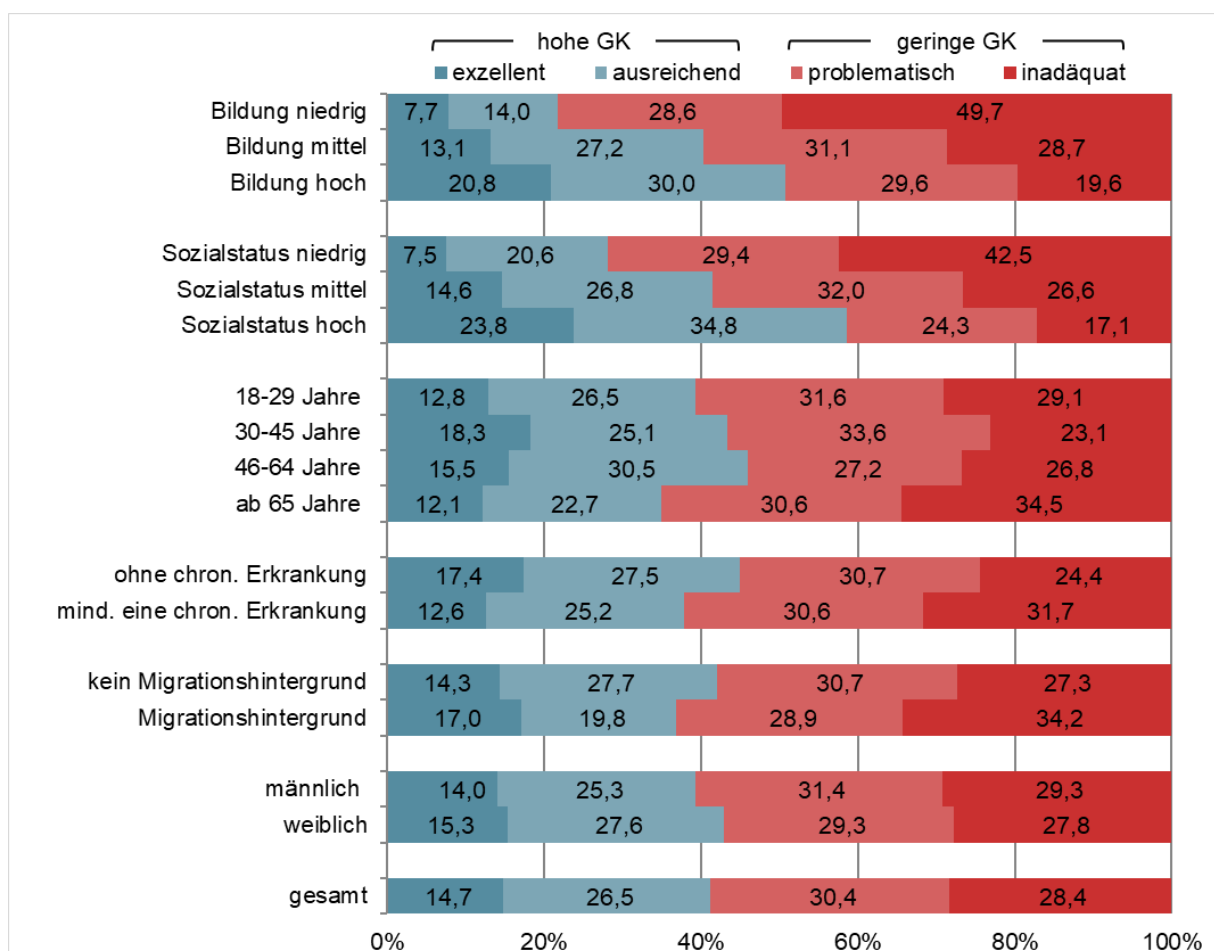


Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten, dass geringe Gesundheitskompetenz weiterhin ein gravierendes Public Health-Problem in Deutschland darstellt, denn nach wie vor schätzt die Mehrheit der Bevölkerung den Umgang mit gesundheitsrelevanter Information als schwierig ein. Während der Corona Pandemie hat sich die Gesundheitskompetenz leicht verbessert. Das dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Bevölkerung seit Beginn der Pandemie sehr viel mehr und intensiver mit gesundheitsrelevanter Information auseinandersetzen musste und die Sensibilität für Gesundheitsthemen und -information dadurch gestiegen ist. Doch ob und inwieweit diese positive Tendenz während der Pandemie auf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig ist und auch nach Abklingen der Pandemie erhalten bleiben wird, ist eine offene Frage.

3.1 Gesundheitskompetenz in einzelnen Bevölkerungsgruppen

Betrachtet man die Verteilung der Gesundheitskompetenz differenziert nach Bevölkerungsgruppen, werden große soziale Unterschiede sichtbar (Abbildung 4). Besonders unter Personen mit niedrigem Bildungsniveau ist der Anteil derjenigen mit geringer Gesundheitskompetenz sehr hoch. 78,3 Prozent von ihnen weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf und sehen sich besonders häufig vor Schwierigkeiten gestellt, wenn sie gefordert sind, sich Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen zu verschaffen, sie zu verstehen oder für ihre Belange und Fragen zu nutzen. Andere Untersuchungen kommen zu einem ähnlichen Ergebnis (HLS-EU-Consortium 2012; Protheroe et al. 2016; Schaeffer et al. 2016).

Abbildung 4: Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen starken, statistisch signifikanten Bildungsgradienten bei der Gesundheitskompetenz: So haben 50,8 Prozent der Menschen mit einem hohen Bildungsniveau eine hohe Gesundheitskompetenz. Bei Personen mit mittlerem Bildungsniveau liegt dieser Anteil bei 40,3 Prozent und bei Menschen mit niedriger Bildung lediglich bei 21,7 Prozent.

Ein ähnliches Bild wird bei einer Betrachtung der Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit vom Sozialstatus sichtbar. Auch hier ist ein starkes, statistisch signifikantes Gefälle zu erkennen:

Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz beträgt bei Menschen mit niedrigem selbst eingeschätzten Sozialstatus 71,9 Prozent; bei Menschen mit mittlerem Sozialstatus 58,6 Prozent, bei Menschen mit hohem Sozialstatus liegt er dagegen lediglich bei 41,4 Prozent.

Auch Menschen im höheren Lebensalter zählen zu den vulnerablen Gruppen mit geringer Gesundheitskompetenz, wie in der Gesundheitskompetenzdiskussion seit längerem betont wird (Chesser et al. 2016; Vogt et al. 2017; 2020; Zamora/Clingerman 2011). Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Erhebung: Rund 65 Prozent der Menschen ab 65 Jahren weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf – also deutlich mehr als die Hälfte der älteren Bevölkerung in Deutschland. Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz unterscheidet sich bei ihnen statistisch signifikant von den anderen Altersgruppen.

Neben Menschen im höheren Lebensalter haben auch jüngere Menschen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren häufig Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformation: 60,7 Prozent von ihnen verfügen über eine geringe Gesundheitskompetenz. Dies belegt, wie wichtig altersdifferenzierte Betrachtungen der Gesundheitskompetenz sind (Berens et al. 2016; Vogt et al. 2017; 2020).

Ähnliches gilt für Menschen mit chronischer Krankheit oder lang andauernden gesundheitlichen Problemen. Sie gehören nach wie vor zu den Gruppen, die die an sie gestellten Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformation überdurchschnittlich häufig als schwierig einschätzen. 62,3 Prozent der in dieser Studie befragten Menschen mit mindestens einer chronischen Erkrankung verfügen über eine geringe Gesundheitskompetenz; bei Personen ohne chronische Krankheit trifft dies auf 55,1 Prozent und somit einen statistisch signifikant geringeren Anteil zu.

Die neuen Daten des HLS-GER 2 liefern zugleich ein differenzierteres Bild als frühere Untersuchungen, denn sie erlauben Aussagen zum Zusammenhang der Dauer und Anzahl chronischer Krankheiten mit Gesundheitskompetenz. So unterscheidet sich die Gesundheitskompetenz von Personen mit nur *einer* chronischen Krankheit oder einem langandauernden Gesundheitsproblem statistisch signifikant von der Gesundheitskompetenz von Menschen mit *mehrer*en chronischen Krankheiten. Letztere weisen einen größeren Anteil an geringer Gesundheitskompetenz auf. Daneben besteht zwischen der Dauer chronischer Erkrankung und dem Niveau der Gesundheitskompetenz ein positiver Zusammenhang, d. h. je länger eine Person an einer chronischen Krankheit leidet, desto höher ist in der Tendenz die Gesundheitskompetenz¹⁵. Mit Zunahme der Krankheitsdauer scheint sich also ein Expertisierungsprozess zu vollziehen. Dies ist ein wichtiger Hinweis für die Interventionsentwicklung.

Auch zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeichnen sich leichte Unterschiede ab: Während Befragte *mit* Migrationshintergrund zu 63,1 Prozent eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen, sind es bei Befragten *ohne* Migrationshintergrund mit 58 Prozent ca. 5 Prozentpunkte weniger (statistisch nicht signifikant). Die vorliegenden Daten erlauben auch hier ein differenzierteres Bild und zeigen, dass Personen mit *eigener Migrationserfahrung* über eine statistisch signifikant geringere Gesundheitskompetenz verfügen als Personen ohne Migrationshintergrund. Menschen mit nur elterlicher Migrationserfahrung weisen dagegen keine signifikanten Unterschiede zu Personen *ohne* Migrationshintergrund auf¹⁶.

¹⁵ Dieser Zusammenhang ist zwar statistisch signifikant, aber nur schwach ausgeprägt. Die Daten dazu sind in dem vorliegenden Bericht nicht gezeigt.

¹⁶ Mit der alsbald erscheinenden Untersuchung zur Gesundheitskompetenz von russisch- oder türkischsprachigen Menschen mit Migrationshintergrund sind dazu detailliertere Erkenntnisse zu erwarten.

Zu bedenken ist allerdings, dass mit der Befragung nur Personen erreicht werden konnten, die ausreichend gut Deutsch sprechen.

Bei einem Vergleich der Gesundheitskompetenz von Männern und Frauen werden nur geringe Unterschiede sichtbar. Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz ist mit 60,7 Prozent bei männlichen Befragten im Vergleich zu 57,1 Prozent bei weiblichen Befragten etwas höher. In den vorangegangenen Studien zur Gesundheitskompetenz konnten ebenfalls kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden.

Heterogene Veränderungen der Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bevölkerungsteilgruppen während der Corona Pandemie

Eine Analyse der verschiedenen Bevölkerungsgruppen danach, inwieweit sich deren Gesundheitskompetenz während der Corona Pandemie verändert hat, zeigt nur leichte Unterschiede und lässt kein kohärentes Muster erkennen. Speziell die Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen scheint sich zum Teil verbessert zu haben, zum Teil aber auch nicht. So ist der Anteil an Personen mit geringer Gesundheitskompetenz unter Männern tendenziell stärker gesunken als unter Frauen, unter Personen bis 45 Jahre – auch unter 18- bis 29-Jährigen – deutlicher als in den Altersgruppen darüber, bei Menschen ohne chronische Erkrankungen und Menschen ohne Migrationshintergrund stärker als bei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder mit Migrationshintergrund. Gleichzeitig scheint die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der unteren Bildungsschicht etwas ausgeprägter zu sein als in höheren Bildungsschichten – nicht allerdings in unteren Sozialschichten. Alle genannten Veränderungen sind allerdings statistisch nicht signifikant. Eine detaillierte Übersicht über die Gesundheitskompetenz der einzelnen Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2') ist dem Anhang zu entnehmen.

Zusammenfassend bestätigen die vorliegenden Ergebnisse, dass Gesundheitskompetenz ungleich verteilt ist und bestimmte Bevölkerungsgruppen eine geringere Gesundheitskompetenz aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Sie werden deshalb als vulnerable Gruppen bezeichnet, womit begrifflich betont werden soll, dass ihnen und ihrem Lebensumfeld bei der Stärkung von Gesundheitskompetenz besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte, um ihre Teilhabechancen und ihre Möglichkeiten auf ein gesundes Leben zu verbessern. Dazu gehören besonders Menschen mit geringer Bildung (und Literalität), niedrigem Sozialstatus, im höheren Lebensalter und Personen mit chronischer Krankheit und eigener Migrationserfahrung. Das hat sich auch mit der Corona Pandemie nicht verändert.

Zugleich erlauben die Ergebnisse eine differenziertere Betrachtung der vulnerablen Gruppen – so etwa bei Menschen mit chronischer Krankheit (bspw. nach Dauer und Anzahl der Erkrankungen) oder bei Personen mit Migrationshintergrund (bspw. nach Generation). Dazu sind allerdings noch weitergehende Analysen notwendig. Das gilt auch mit Blick auf das Alter: So dürfte eine altersdifferenzierte Untersuchung der Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter aufschlussreich sein. Zugleich bedarf das jüngere Alter und hier die Schwankung des Anteils geringer Gesundheitskompetenz bei Menschen zwischen 18 und 29 Jahren größerer analytischer Beachtung.

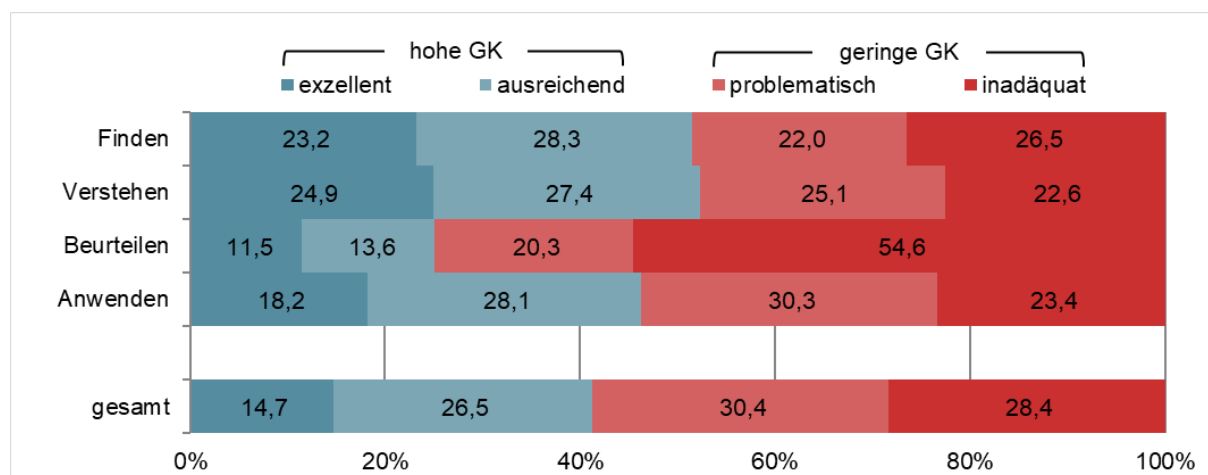
Die Ergebnisse zeigen somit einmal mehr, wie wichtig eine differenzierte, zielgruppengerechte Interventionsentwicklung zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Verbesserung der Information ist. Das ist gerade in Zeiten der Corona Pandemie besonders zu betonen, in der die unterschiedlichen vulnerablen Gruppen mit größeren und jeweils anderen Herausforderungen bei dem Umgang mit Gesundheitsinformation konfrontiert sind.

3.2 Schritte der Informationsverarbeitung

Allgemeinbevölkerung

Betrachtet man die einzelnen Schritte der Informationsverarbeitung (Abbildung 5), wird rasch deutlich, dass die *Beurteilung* von Informationen der Bevölkerung am schwersten fällt: 74,9 Prozent der Befragten sehen sich bei der Einschätzung von Gesundheitsinformationen vor Probleme gestellt und verfügen hier über eine geringe Gesundheitskompetenz – davon 54,6 Prozent sogar über eine inadäquate Gesundheitskompetenz. Ebenfalls hoch ist der Anteil mit 53,7 Prozent, wenn es um die Anwendung bzw. Nutzung von Gesundheitsinformation geht.

Abbildung 5: Gesundheitskompetenz nach Schritten der Informationsverarbeitung (HLS-GER 2)



Am leichtesten wird in der HLS-GER 2 Erhebung das Finden und Verstehen von Informationen eingeschätzt. Der Anteil hoher Gesundheitskompetenz liegt hier bei 51,5 bzw. 52,3 Prozent¹⁷. Dies dürfte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass die Menge an Informationen in den letzten Jahren enorm zugenommen hat, und Information und Wissen dem überwiegenden Teil der Bevölkerung offenbar leicht(er) zugänglich sind.

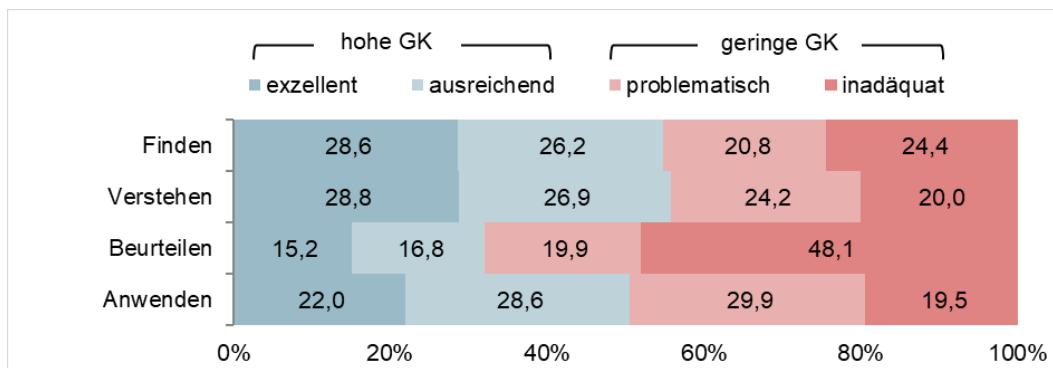
¹⁷ Hier zeichnet sich eine Verschiebung zur ersten Erhebung 2014 ab. Auch damals wurde *die Beurteilung* als am schwierigsten eingeschätzt, aber zu einem geringeren Anteil. Die Anwendung von Information erschien den Befragten seinerzeit relativ einfach zu sein. Dagegen wurde das Finden für schwieriger gehalten.

Fähigkeiten zur Beurteilung von Informationen während der Corona Pandemie leicht verbessert

In der nach Ausbruch der Corona Pandemie durchgeführten Zusatzerhebung werden für alle vier Stufen der Informationsverarbeitung tendenzielle Verbesserungen der Gesundheitskompetenz sichtbar, d.h. der Anteil der Bevölkerung mit geringer Gesundheitskompetenz ist für alle vier Stufen zurückgegangen. Das gilt am deutlichsten für die *Beurteilung* von Informationen. Hier geht der Anteil der Bevölkerung mit geringer Gesundheitskompetenz statistisch signifikant von 74,9 Prozent auf 68,0 Prozent zurück. Gleichwohl zeigen sich hier nach wie vor die meisten Schwierigkeiten bei der Verarbeitung und dem Management von Gesundheitsinformation (Abbildung 6).

Die übrigen Veränderungen sind statistisch nicht signifikant, d. h. der Rückgang des Anteils von Personen mit geringer Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit dem Finden von Informationen (von 48,5 auf 45,2 Prozent), mit dem Verstehen von Informationen (von 47,7 auf 44,2 Prozent) sowie mit dem Anwenden von Informationen (von 53,7 auf 49,4 Prozent) ist nur gering.

Abbildung 6: Gesundheitskompetenz nach Schritten der Informationsverarbeitung (HLS-GER 2')

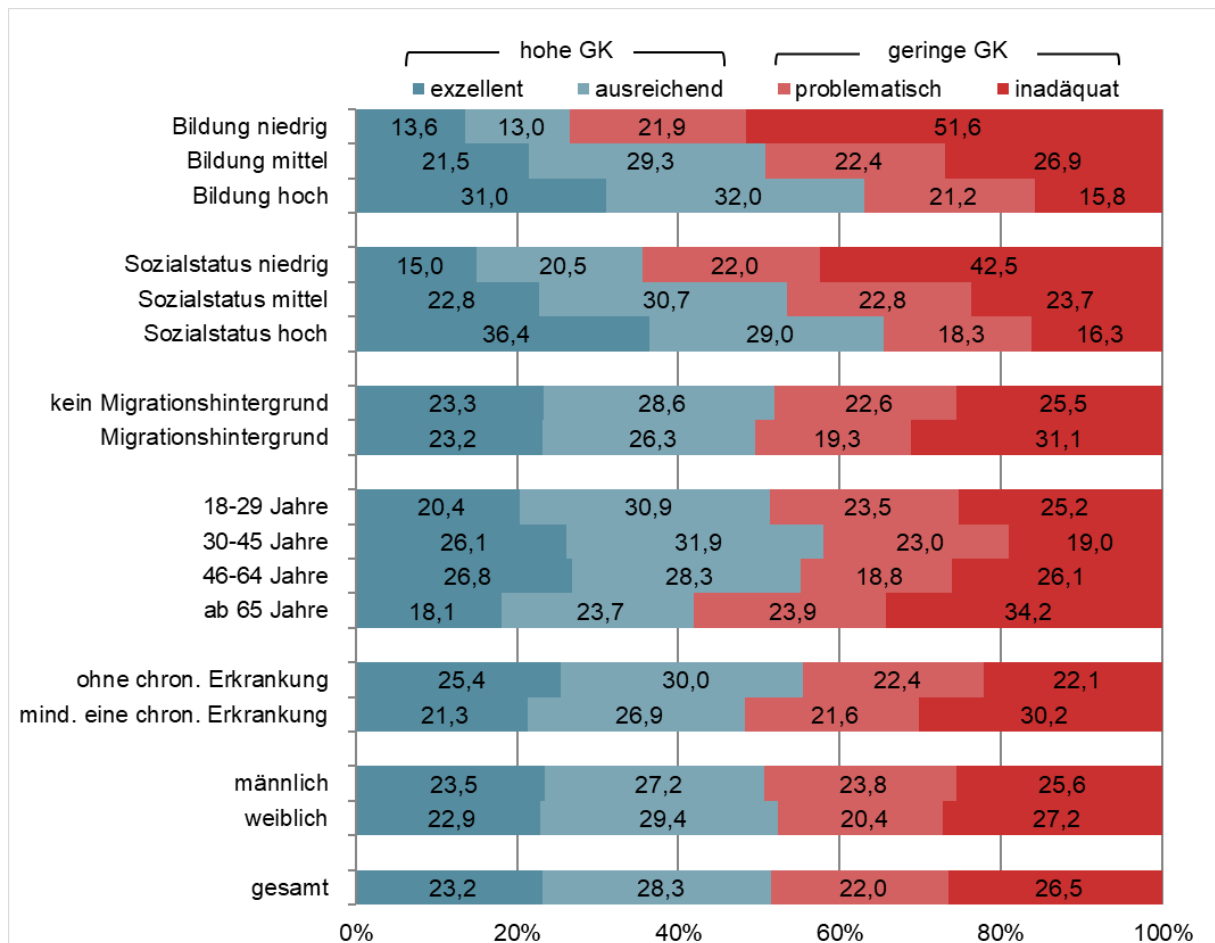


Einzelne Bevölkerungsgruppen

Ein Blick auf die einzelnen Bevölkerungsgruppen und ihre Fähigkeiten bei den einzelnen Schritten der Informationsverarbeitung zeigt ein ähnliches Bild wie schon zuvor: Für Menschen mit niedriger Bildung oder niedrigem Sozialstatus wirkt das Finden von Informationen häufiger Schwierigkeiten auf (Abbildung 7). Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz beträgt bei ihnen hier 73,5 Prozent bzw. 64,5 Prozent; bei Menschen mit hoher Bildung oder hohem Sozialstatus liegt er dagegen mit 37,0 Prozent bzw. mit 34,6 Prozent statistisch signifikant niedriger. Hier wird also eine große Spreizung sichtbar.

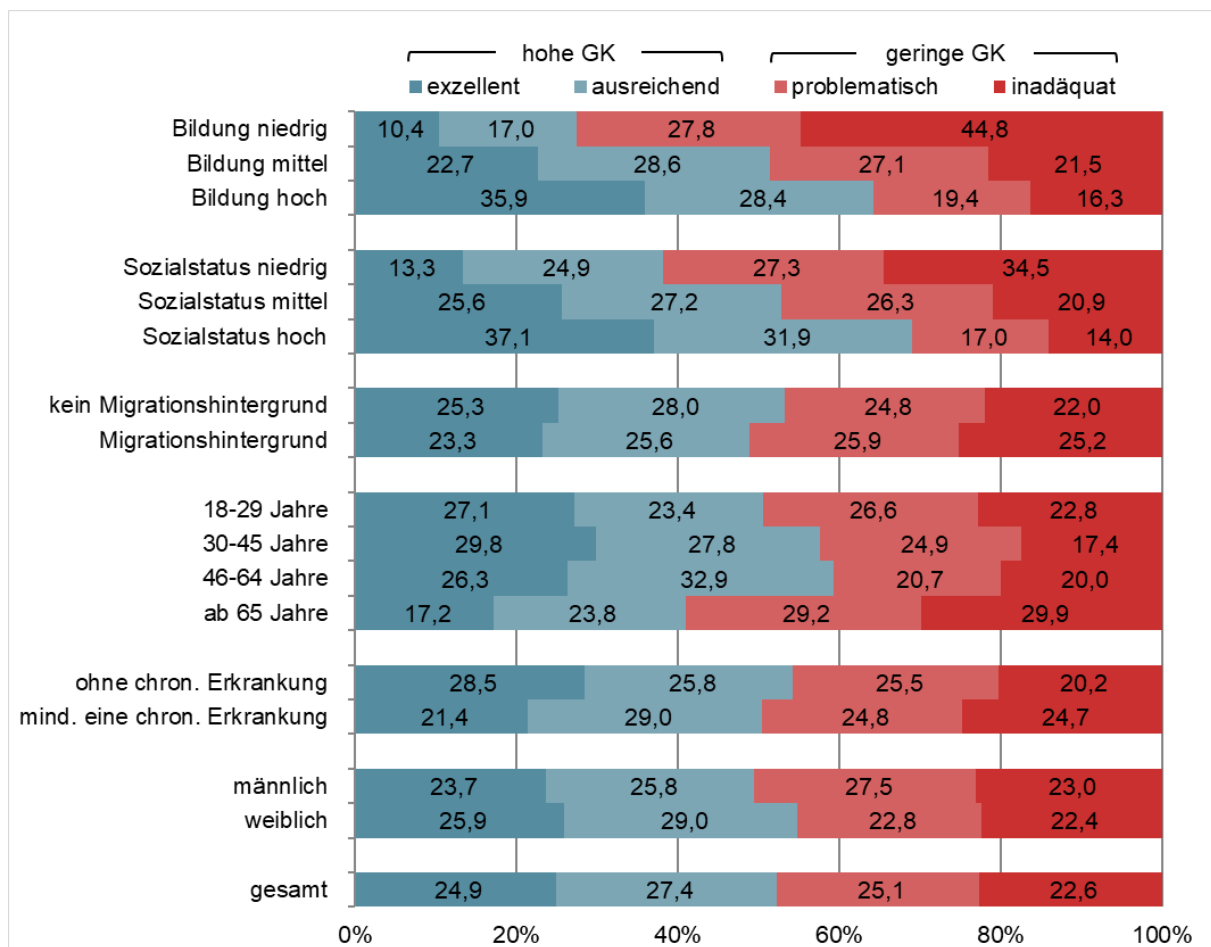
Ebenso fällt auf, dass auch ältere Menschen mit 58,1 Prozent und Menschen mit chronischer Krankheit mit knapp 52 Prozent hier eine signifikant geringere Gesundheitskompetenz haben als die jeweiligen Vergleichsgruppen.

Abbildung 7: Gesundheitskompetenz beim **Finden** von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



Das *Verstehen* von Informationen bereitet den einzelnen Bevölkerungsgruppen hingegen etwas weniger Schwierigkeiten (Abbildung 8). Allerdings sticht auch hier der hohe Anteil geringer Gesundheitskompetenz bei Menschen mit niedriger Bildung hervor: Er beläuft sich auf 72,6 Prozent – ein unter Interventionsgesichtspunkten bemerkenswerter Befund. Bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus beträgt dieser Anteil 61,8 Prozent. Auch bei Menschen ab 65 Jahren sind es immerhin 59,1 Prozent, die hier eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. All diese Werte sind statistisch signifikant verschieden von den Werten der jeweiligen Vergleichsgruppen.

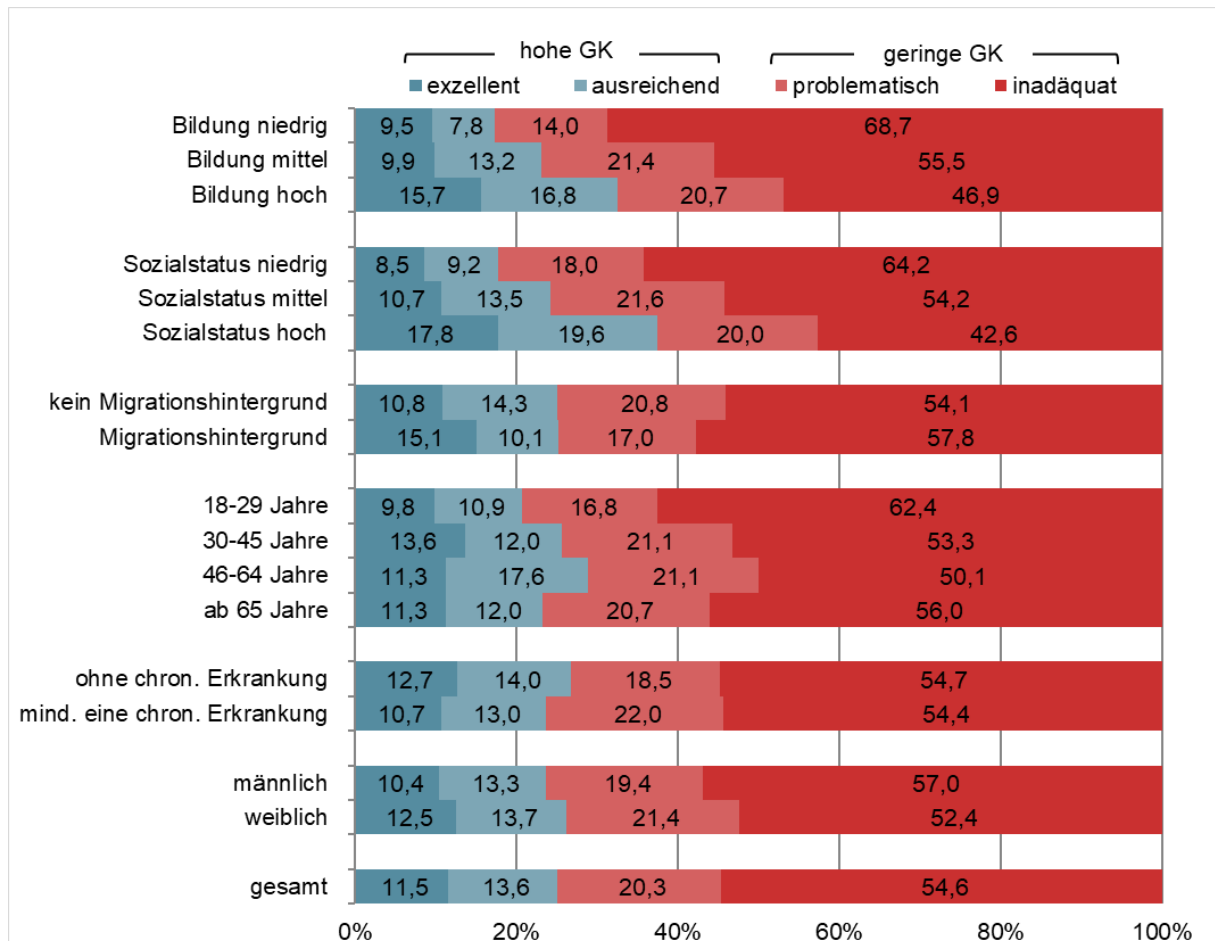
Abbildung 8: Gesundheitskompetenz beim **Verstehen** von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



Die *Beurteilung* von gesundheitsrelevanter Information fällt den genannten vulnerablen Gruppen besonders schwer (Abbildung 9). Bei Menschen mit niedriger Bildung liegt der Anteil geringer Gesundheitskompetenz bei diesem Informationsschritt sogar bei nahezu 83 Prozent. Ähnlich hoch ist er mit 82,2 Prozent bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus und damit statistisch signifikant höher als in den Vergleichsgruppen. Bei älteren Menschen liegt der Anteil geringer Gesundheitskompetenz mit 76,7 Prozent nur unwesentlich über den anderen Altersgruppen. Auch die Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Krankheit oder Migrationshintergrund unterscheidet sich hier kaum von den Vergleichsgruppen – ein ebenfalls bemerkenswerter Befund.

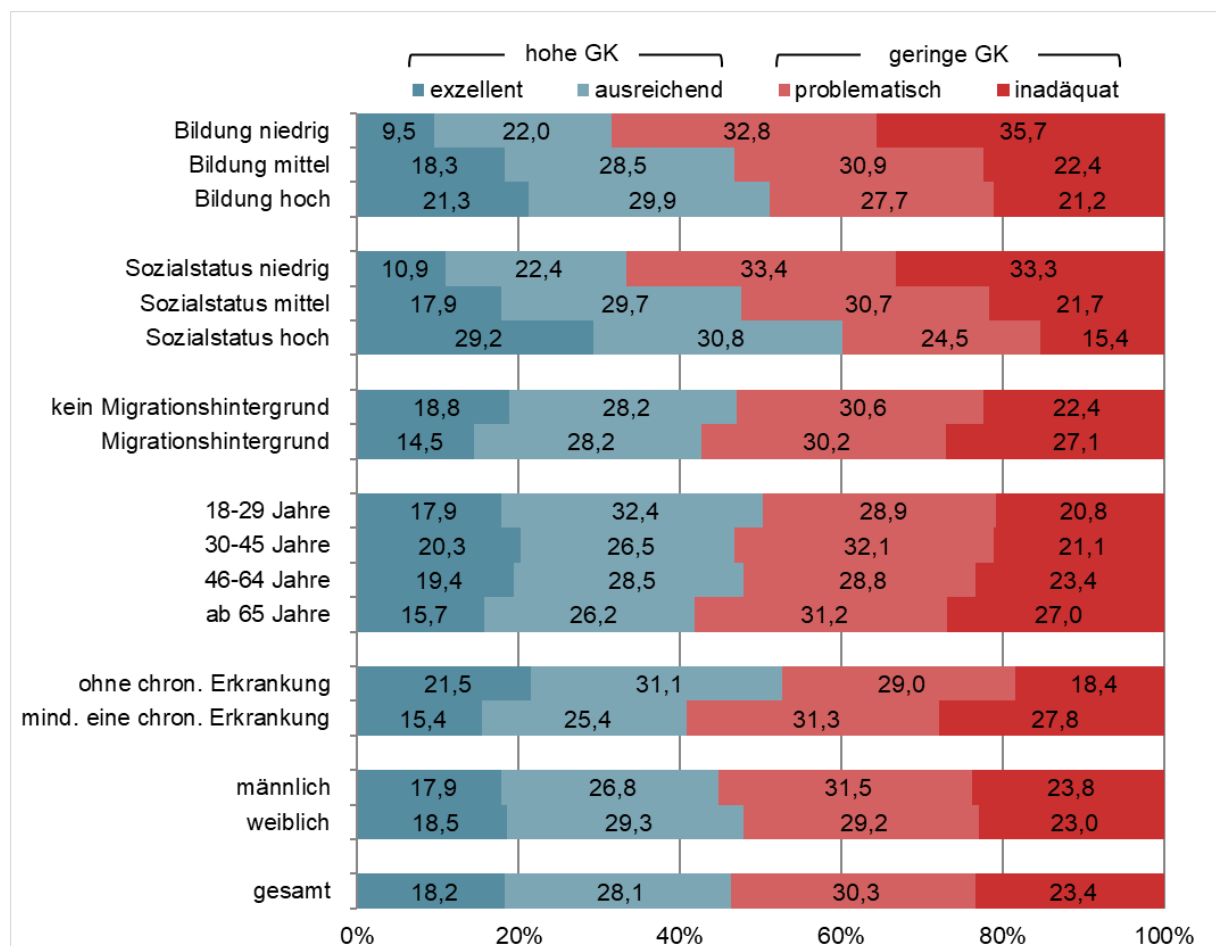
Auffällig ist hier der sehr hohe Anteil an inadäquater Gesundheitskompetenz bei allen Gruppen. Er zeigt, wie herausfordernd und schwierig dieser Schritt der Informationsverarbeitung eingeschätzt wird. Auch dies deutet auf die mittlerweile existente und stetig zunehmende Fülle an fragwürdigen und generell an schwer beurteilbaren Informationen.

Abbildung 9: Gesundheitskompetenz bei der **Beurteilung** von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



Auch die *Anwendung* von Informationen ist für die Bevölkerung und insbesondere Menschen aus unteren Bildungs- oder Sozialschichten schwierig (Abbildung 10). Menschen mit niedriger Bildung weisen hier zu 68,5 Prozent, Menschen mit niedrigem Sozialstatus zu 66,7 Prozent und Personen mit chronischer Erkrankung zu 59,1 Prozent eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Diese Anteile sind statistisch signifikant höher als die der jeweiligen Vergleichsgruppen. Weniger deutlich ist der Unterschied nach Altersgruppen oder Migrationshintergrund. Bei älteren Menschen ab 65 Jahren ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz mit 58,2 Prozent nur geringfügig höher als in den jüngeren Altersgruppen. Zwar haben 57,3 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund eine geringe Gesundheitskompetenz in diesem Bereich, Menschen ohne Migrationshintergrund weisen jedoch mit 53,0 Prozent einen ähnlich hohen Anteil geringer Gesundheitskompetenz auf.

Abbildung 10: Gesundheitskompetenz bei der **Anwendung** von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



Von Verbesserungen der Fähigkeiten während der Corona Pandemie profitieren ältere Menschen, chronisch Erkrankte und Menschen mit Migrationshintergrund kaum

Durch die Ausbreitung der Corona Pandemie hat sich die Gesundheitskompetenz einzelner Bevölkerungsteilgruppen bei den verschiedenen Schritten der Informationsverarbeitung zum Teil unterschiedlich verändert. Der statistisch signifikante Rückgang des Bevölkerungsanteils, der eine geringe Gesundheitskompetenz bei der Beurteilung von Informationen aufweist (s. o.), ist auch bei Personen *ohne* chronische Erkrankung sowie *ohne* Migrationshintergrund festzustellen – nicht hingegen bei chronisch Erkrankten bzw. Personen *mit* Migrationshintergrund. Personen ohne chronische Erkrankungen weisen tendenziell auch Verbesserungen der Fähigkeiten beim Finden von Informationen auf (statistisch nicht signifikant). Ansonsten zeigen sich ähnliche, allerdings nicht signifikante Veränderungstendenzen wie oben: Ältere Menschen profitieren kaum von der Tendenz zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Unter den ab 65-Jährigen geht der Anteil an Personen mit geringer Gesundheitskompetenz bei allen vier Schritten der Informationsverarbeitung nicht bzw. am ehesten noch beim Anwenden von Informationen zurück, aber auch dort nur unterdurchschnittlich stark.

Beim Verstehen und Anwenden von Informationen ist der Anteil der Personen mit geringer Gesundheitskompetenz in unteren Bildungsschichten tendenziell stärker rückläufig als in mittleren und oberen Bildungsschichten. Dagegen zeigen beim Beurteilen von Informationen höhere Sozialschichten eine tendenziell verbesserte Gesundheitskompetenz. Eine Übersicht über die HLS Ger 2' Daten ist exemplarisch für die *Beurteilung* von Informationen im Anhang aufgeführt.

Insgesamt – so kann als Zwischenfazit festgehalten werden – zeigen die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz bei den einzelnen Schritten der Informationsverarbeitung, dass die Beurteilung und Anwendung von Information den Befragten besonders häufig Schwierigkeiten bereiten. Wenngleich sich dies seit Beginn der Corona Pandemie verbessert hat, weisen die Befunde doch auf die zunehmend größer werdenden Herausforderungen hin, in der inzwischen existenten Fülle an Informationen, darunter auch an fragwürdigen und nicht faktenbasierten Informationen, die Zuverlässigkeit und Vertrauenswürdigkeit einzelner Informationen einzuschätzen. Ganz in diesem Sinn wird seit längerem kritisiert, dass die Qualität von Information – insbesondere digitaler Information – in den letzten Jahren in der Summe eher schlechter geworden ist (Feldwisch-Dentrup/Kuhr 2019; Nielsen et al. 2020; WHO 2020). Trotz zahlreicher Bemühungen sind daher weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität, Zuverlässigkeit und Beurteilbarkeit von Gesundheitsinformationen gefordert, doch ebenso zur Unterstützung bei der Einschätzung, Deutung und Bewertung von Gesundheitsinformation, sei es durch rückversichernde und erklärende Kommunikation mit den Gesundheitsprofessionen, besonders den Ärztinnen und Ärzten oder durch Beratung.

Notwendig ist außerdem, die verfügbaren Informationen auch in anderer Hinsicht auf den Prüfstand zu stellen. Denn für einen großen Teil der Befragten ist – wie gezeigt wurde – die Anwendung gefundener Informationen schwierig. Das dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Informationen aus der Sicht der Rezipientinnen und Rezipienten oft wenig brauchbar sind – entweder, weil es sich um reine Sachinformation ohne Anwendungsbezug handelt, weil die

Nützlichkeit zu abstrakt, zu unklar und schwer einschätzbar ist oder weil die Überbrückung zwischen ‚Knowing that‘ und ‚Knowing how‘ nicht hinreichend adäquat dargelegt wird.

Doch auch die Ergebnisse zum Finden und Verstehen von Informationen bedürfen der Beachtung – speziell, wenn sie differenziert nach Bevölkerungsgruppen betrachtet werden. Denn dann wird abermals sichtbar, dass Menschen aus den unteren Bildungs- oder Sozialschichten und ältere Menschen bei diesen wie auch bei allen anderen Schritten der Informationsverarbeitung größere Probleme haben und die an sie gestellten Anforderungen subjektiv schwieriger finden. Soll eine Vergrößerung der sich hier zeigenden sozialen Kluft vermieden werden, müssen sie bei Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz besonders beachtet werden.

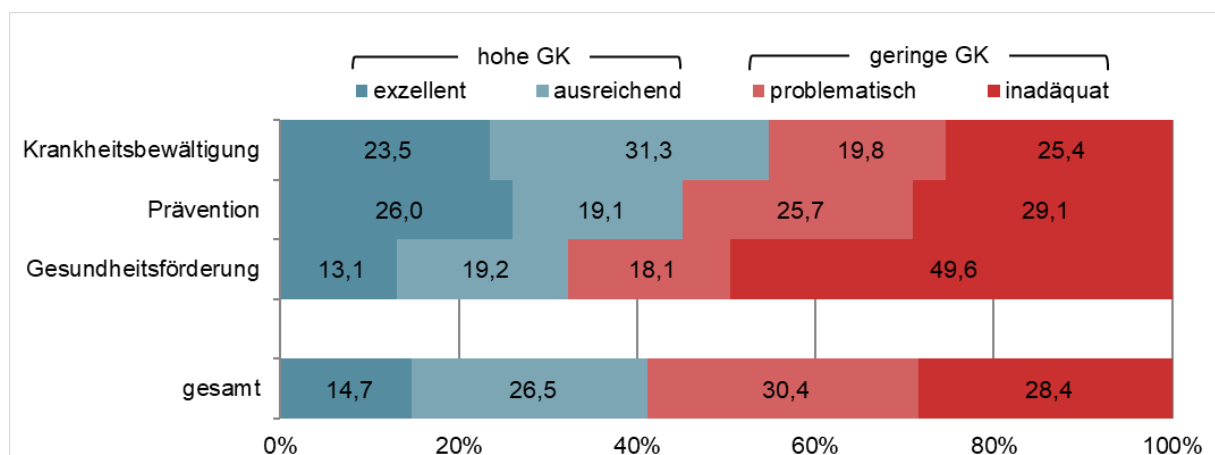
3.3 Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung

Internationalen Vorbildern folgend, wurde auch in dieser Studie Gesundheitskompetenz in den drei Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung untersucht.

Die nachfolgende Abbildung 11 zeigt, dass der Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung die wenigsten Schwierigkeiten aufwirft. 54,8 Prozent der Befragten haben hier eine hohe Gesundheitskompetenz und sehen sich kaum mit Schwierigkeiten konfrontiert, gesundheitsbezogene Information zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen. 45,2 Prozent der Befragten haben im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung eine geringe Gesundheitskompetenz.

Anders ist es im Bereich der Gesundheitsförderung, der am schwierigsten eingeschätzt wird. Hier weisen 67,7 Prozent der Befragten eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Im Bereich Prävention sind es 54,8 Prozent.

Abbildung 11: Gesundheitskompetenz nach Bereichen (HLS-GER 2)

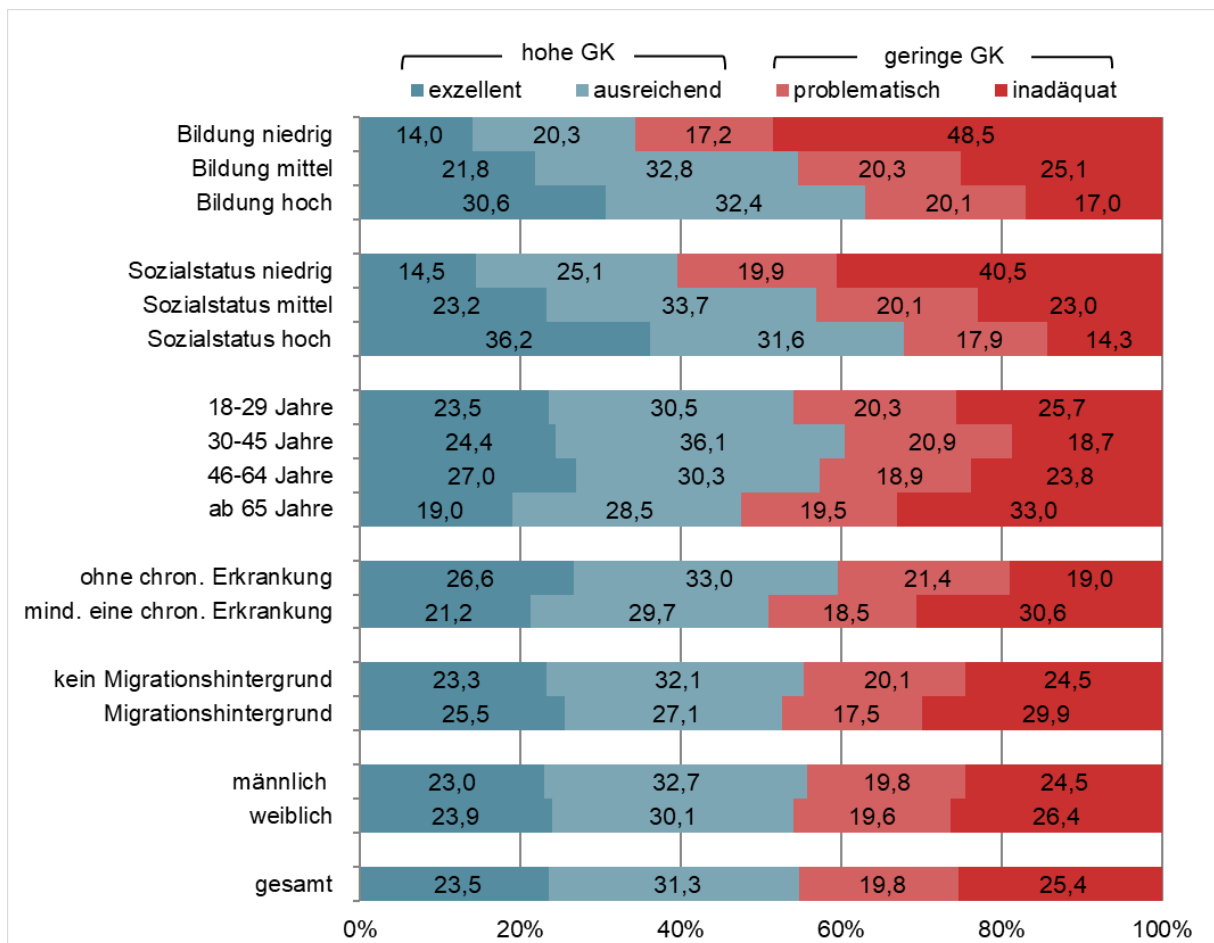


Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung

Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach Bevölkerungsgruppen, zeigen sich große Unterschiede (Abbildung 12).

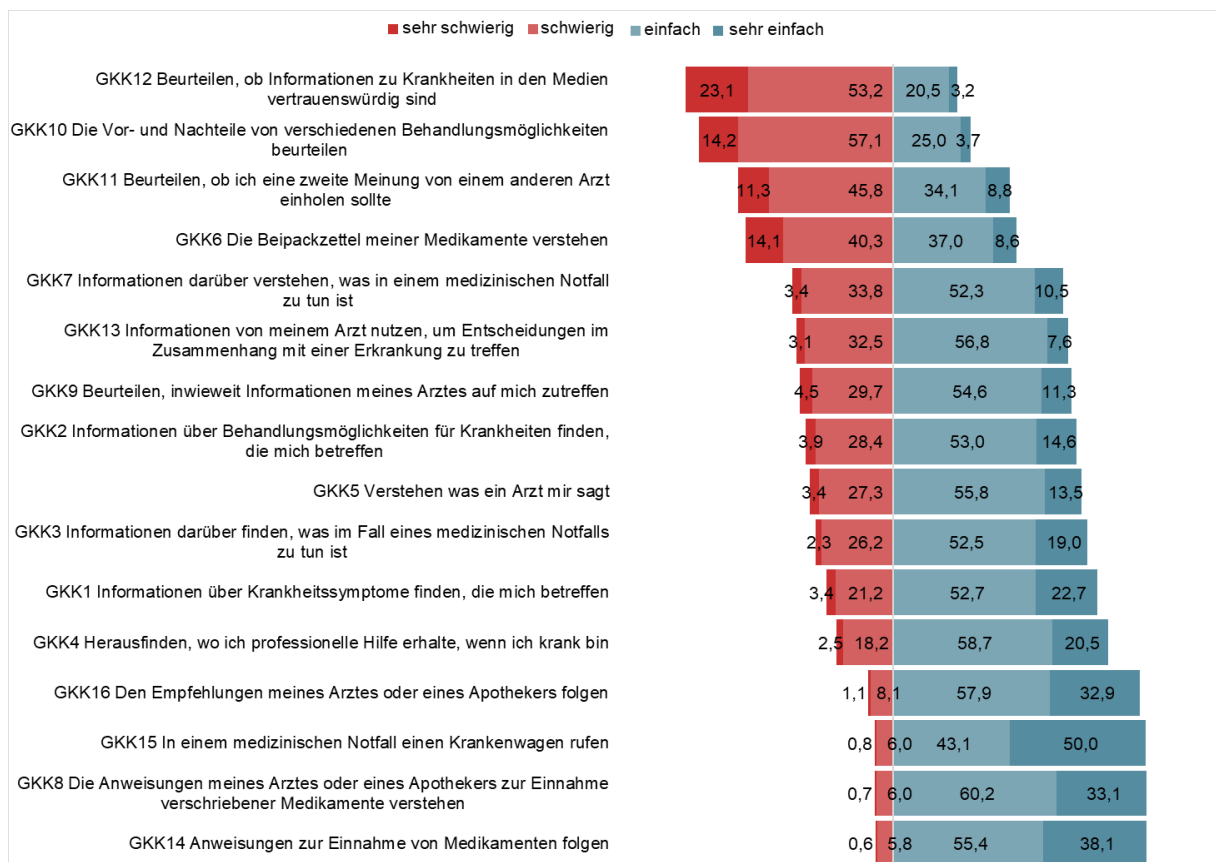
Personen mit niedriger Bildung weisen im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung mit 65,7 Prozent einen hohen Anteil an geringer Gesundheitskompetenz auf. Ähnlich hoch ist er mit 60,4 Prozent bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus. Menschen ab 65 Jahren verfügen mit 52,5 Prozent ebenfalls über einen statistisch signifikant höheren Anteil geringer Gesundheitskompetenz im Vergleich zu den anderen Altersgruppen. Auffällig, wenngleich nicht statistisch signifikant, ist zudem, dass auch 46 Prozent der 18- bis 29-Jährigen hier eine geringe Gesundheitskompetenz haben. Bei Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz mit 49,1 Prozent ebenfalls relativ hoch und statistisch signifikant höher als bei Menschen ohne langandauernde Krankheit (40,4 Prozent). Obwohl der Unterschied bemerkenswert ist, fällt er doch weniger groß aus als in anderen Erhebungen (Hurrelmann et al. 2020; Schaeffer et al. 2016). Dagegen zeigen sich zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Abbildung 12: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



Fragt man, welche konkreten Anforderungen die Befragten im Umgang mit Informationen im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung (sehr) schwierig finden, zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 13)¹⁸: An oberer Stelle rangieren Items, in denen es um die Beurteilung von Information geht. Hier wird erneut sichtbar, dass die Einschätzung und Beurteilung von Information als (sehr) schwierig empfunden wird. Besonders häufig wird die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen zu Krankheiten in den Medien als schwierig eingeschätzt. Über 76 Prozent der Befragten finden dies (sehr) schwierig. An zweiter und dritter Stelle rangieren Items, die die Rolle als Patientin oder Patient und die Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten betreffen: Unterschiedliche Behandlungsoptionen einzuschätzen (71,3 Prozent) oder zu beurteilen, ob eine Zweitmeinung eingeholt werden sollte (57,1 Prozent), ist für die Befragten überaus häufig schwierig, ebenso, ärztliche Informationen für die eigene Entscheidungsfindung zu nutzen (35,6 Prozent). In der Summe deutet dies an, dass die Arzt-Patient-Interaktion nach wie vor ein beachtenswertes Thema darstellt, bei dem Handlungsbedarf besteht, wenn die Eigenverantwortung und auch die Patientensouveränität nachhaltig gestärkt werden sollen.

Abbildung 13: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)



Der Erwähnung bedarf auch, dass an vierter Stelle in der Rangfolge der als schwierig angesehenen Anforderungen Verständnisprobleme bei Beipackzetteln von Medikamenten angeführt werden – ein seit vielen Jahren, wenn nicht Jahrzehnten diskutiertes Thema, an

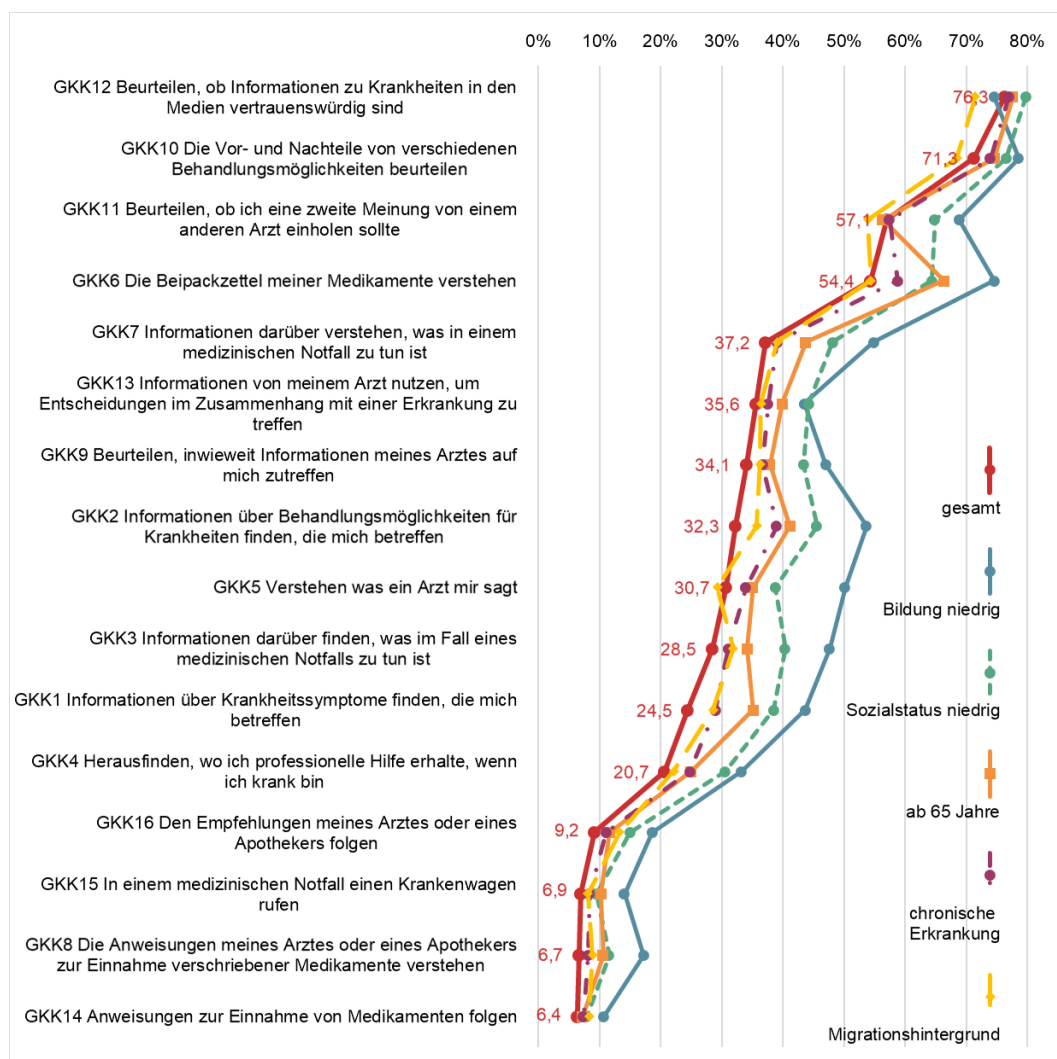
¹⁸ Für diese Form der Darstellung wurde auf eine Nachkommastelle gerundet, weshalb es zu minimalen Abweichungen in den Nachkommastellen zu den ansonsten zusammengefassten Kategorien „(sehr) schwierig“ kommen kann.

dem sich auch seit Erscheinen der ersten Gesundheitskompetenzstudien wenig verbessert hat, eher im Gegenteil: Die Packungsbeilagen zu verstehen, wird inzwischen von mehr Menschen als schwierig eingeschätzt als in vorangegangenen Studien. Ganz besonders schwer finden dies Menschen mit niedriger Bildung, daneben auch Menschen mit niedrigem Sozialstatus und Personen mit chronischer Erkrankung – ein Befund, der zu denken gibt, zumal letztere überdurchschnittlich viele Medikamente pro Tag einnehmen (Glaeske/Schicktanz 2013; Haslbeck 2017).

Als einfach wird dagegen eingeschätzt, die Anweisungen von Ärztinnen und Ärzten oder Apothekerinnen und Apothekern zur Medikamenteneinnahme zu verstehen oder ihnen zu folgen, ebenso den Empfehlungen dieser Gesundheitsprofessionen Folge zu leisten. Auch einen Krankenwagen im Notfall zu rufen, halten nur knapp 7 Prozent der Befragten für schwierig.

Die nachfolgende Abbildung 14 veranschaulicht die sozialen Unterschiede bei der Einschätzung der sich in diesem Bereich stellenden Aufgaben im Umgang mit Information nach Bildungsgrad, Sozialstatus, Alter, Vorliegen chronischer Krankheit und Migrationsstatus.

Abbildung 14: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Krankheitsbewältigung/ Versorgung und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)



Wie am Verlauf der Linien zu erkennen ist, beurteilen besonders Menschen mit niedriger Bildung, Personen mit niedrigem Sozialstatus und Menschen im höheren Alter die an sie gestellten Anforderungen als (sehr) schwierig.

Das gilt nicht nur für das Verstehen der Packungsbeilagen von Medikamenten, sondern auch für das Verstehen der Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten. Das ist insofern bemerkenswert, weil es sie darin behindert, sich an Entscheidungen zu beteiligen und eine aktive Rolle als Patientin bzw. Patient einzunehmen. Informationen über Krankheitssymptome zu finden, die sie betreffen, wird von Menschen mit niedriger Bildung ebenfalls überdurchschnittlich häufig als (sehr) schwierig eingeschätzt. Auch das ist für ein aktives Management der eigenen Gesundheits- bzw. Krankheitssituation hinderlich.

Während der Corona Pandemie ist die Gesundheitskompetenz der jungen Bevölkerung im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung gestiegen

In der nach Ausbruch der Corona Pandemie durchgeführten Erhebung zeigt sich eine tendenzielle Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung. Der Rückgang des Anteils der Bevölkerung mit geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich von 45,2 Prozent auf 41,8 Prozent ist allerdings statistisch nicht signifikant.

Im Vergleich zur Situation vor Ausbruch der Corona Pandemie hat sich die Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung in jüngeren Altersgruppen deutlich positiver entwickelt als in höheren Altersgruppen: Der Anteil der 18- bis 29-Jährigen, die in dem Bereich über eine nur geringe Gesundheitskompetenz verfügen, ist von 46,0 Prozent auf 35,0 Prozent zurückgegangen. Der Anteil unter den ab 65-Jährigen mit geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich ist dagegen nicht zurückgegangen.

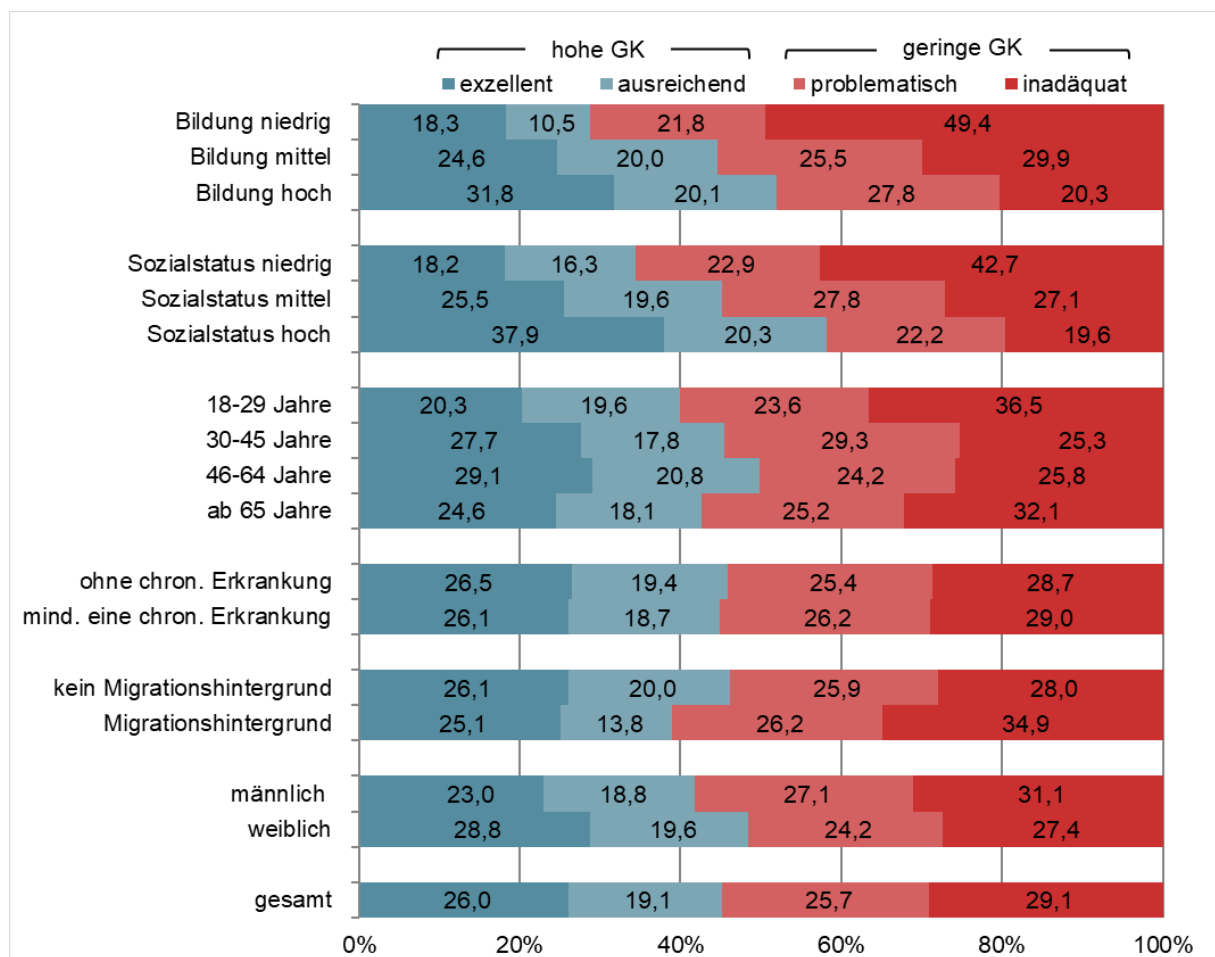
In unteren Bildungs- und Sozialschichten ist die Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung tendenziell gestiegen. Daneben hat sich die Gesundheitskompetenz von Personen ohne chronische Erkrankungen an dieser Stelle positiver entwickelt als die von denjenigen mit einer chronischen Krankheit; die Gesundheitskompetenz von Personen ohne Migrationshintergrund positiver als die von Personen mit Migrationshintergrund. Die genannten Veränderungen sind allerdings statistisch nicht signifikant. Eine detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Corona-Nacherhebung für den Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung nach Bevölkerungsgruppen ist dem Anhang zu entnehmen.

Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention

Auch wenn es um Präventionsfragen geht, schneiden Menschen mit niedriger Bildung am schlechtesten ab (Abbildung 15). Von ihnen weisen 71,2 Prozent im Bereich Prävention eine geringe Gesundheitskompetenz auf; bei Menschen mit hohem Bildungsgrad beträgt der Anteil dagegen 48,1 Prozent. Ihnen folgt die Gruppe mit niedrigem Sozialstatus mit einem Anteil von 65,6 Prozent. Diese Unterschiede sind statistisch signifikant.

Bei Personen mit Migrationshintergrund verfügen 61,1 Prozent über eine geringe Gesundheitskompetenz in diesem Bereich. Deutlich geringer, jedoch nicht statistisch signifikant, ist der Anteil mit 53,9 Prozent bei Menschen ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 15: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



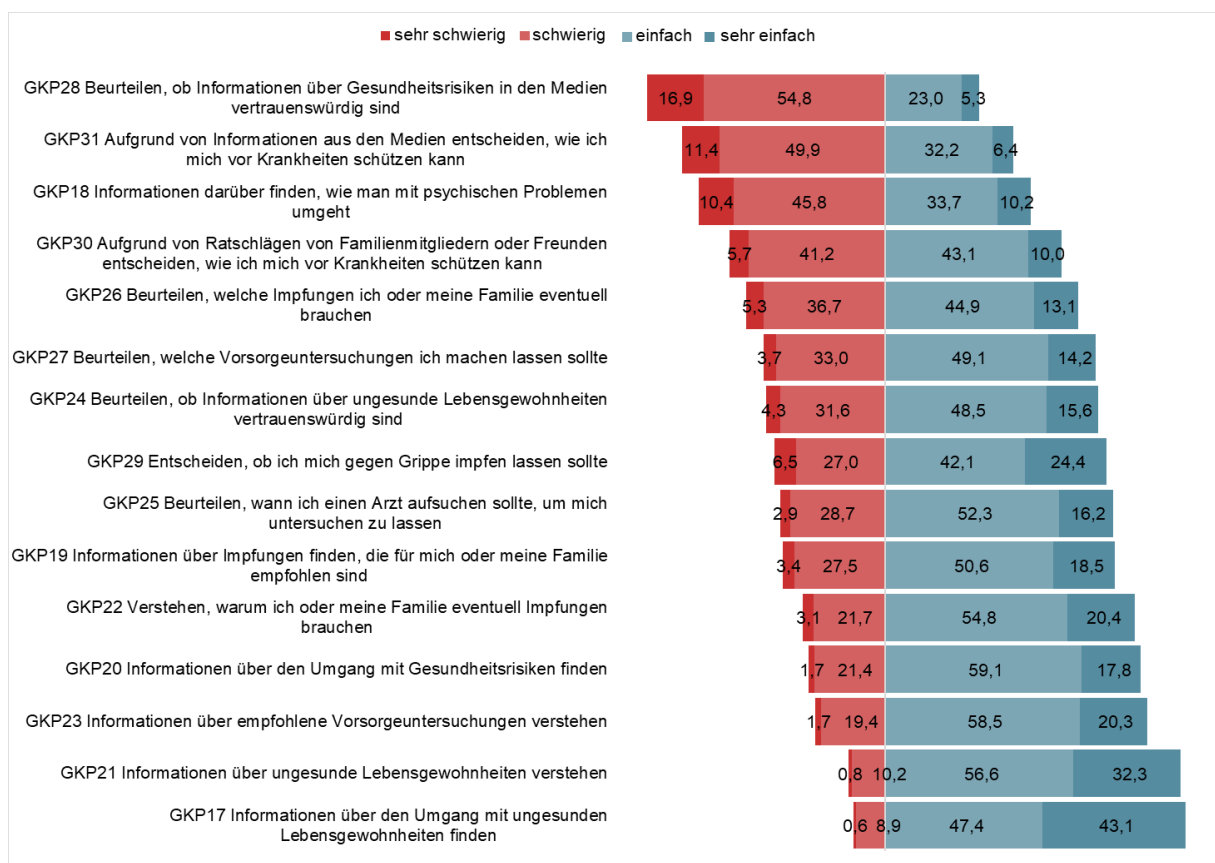
Interessant ist auch hier eine Betrachtung unter Altersgesichtspunkten. Sie verdeutlicht einerseits, dass ältere Menschen auch bei Präventionsfragen Schwierigkeiten haben, mit entsprechenden Informationen umzugehen. Ein ähnliches, aber nicht statistisch signifikantes Bild zeigt sich bei den 18- bis 29-Jährigen: Mit 60,1 Prozent liegt der Anteil an geringer Gesundheitskompetenz bei ihnen noch höher als bei Personen ab 65 Jahren (57,3 Prozent).

Ein weiteres Ergebnis fällt auf: Zwischen Personen mit und ohne chronische Krankheit gibt es im Bereich Prävention kaum Unterschiede: Menschen mit mindestens einer chronischen

Krankheit verfügen zu 55,2 Prozent über eine geringe Gesundheitskompetenz, Menschen ohne chronische Erkrankung zu 54,1 Prozent. Statistisch signifikante Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen Frauen und Männern (51,6 versus 58,2 Prozent).

Fragt man auch hier, welche der Informationsanforderungen die Befragten als besonders schwierig beurteilen (Abbildung 16), zeigt sich, dass an erster und zweiter Stelle Medienitems stehen. Dabei geht es einmal um die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen in den Medien – 71,7 Prozent der Befragten finden dies (sehr) schwierig – und einmal um die Nutzung medialer Informationen für die Entscheidungsfindung. Dies halten 61,3 Prozent für (sehr) schwierig.

Abbildung 16: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)



Auffällig ist aber auch, dass an dritter Stelle das Thema *psychische Gesundheit* rangiert. Ein Großteil der Bevölkerung – konkret 56,2 Prozent – findet es schwer, dazu Informationen zu finden. In Anbetracht der Tatsache, dass mentale/psychische Gesundheitsprobleme seit längerem an Bedeutung gewinnen¹⁹, sollte das zu denken geben.

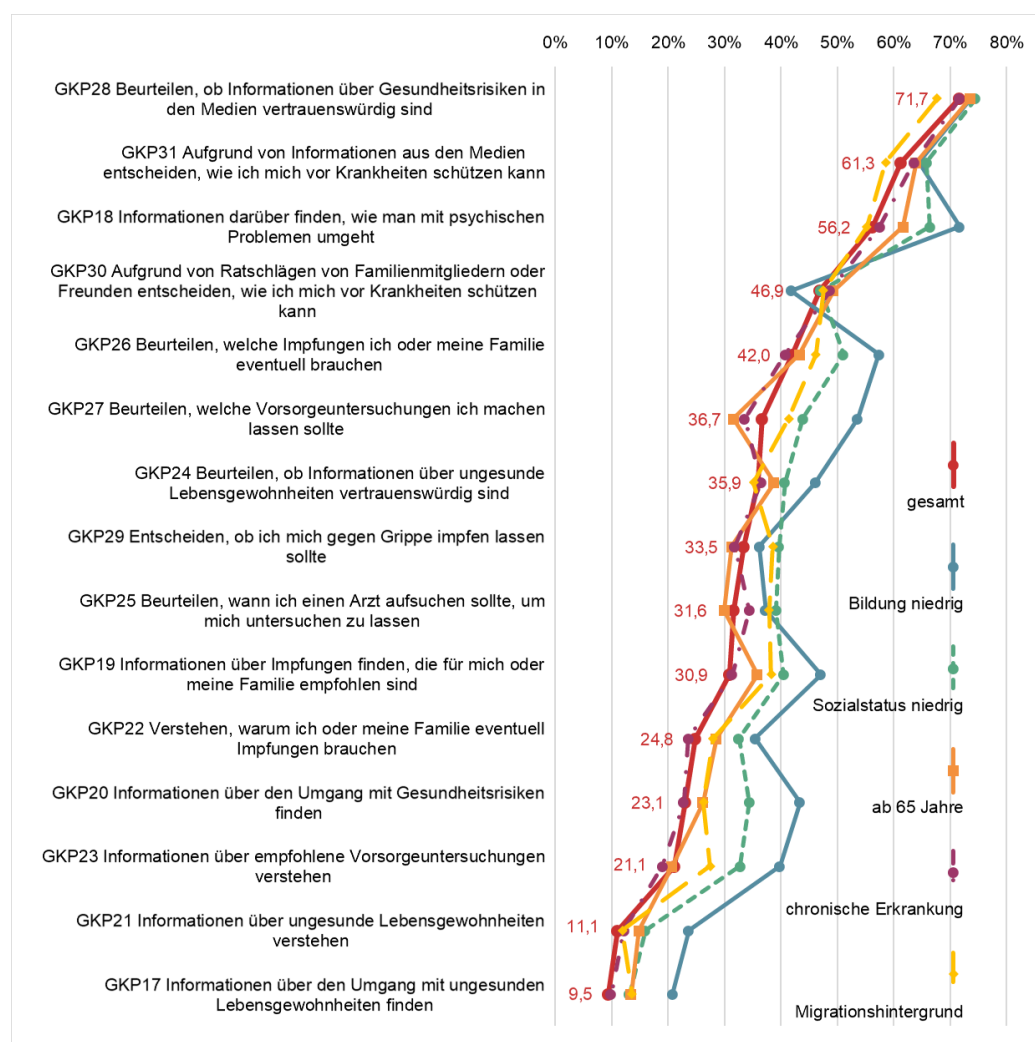
Das Thema *Impfen* wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Eines der Items dazu steht ziemlich weit oben in der Rangfolge der als schwierig eingeschätzten Informationsanforderungen: 42,0 Prozent der Befragten finden es (sehr) schwierig zu beurteilen, welche Impfungen sie oder ihre Familie benötigen. Als relativ einfach wird dagegen empfunden, Informationen darüber zu

¹⁹ Psychische Erkrankungen sind der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland (SVR 2015).

verstehen, warum man Impfungen benötigt (24,8 Prozent) und entsprechende Informationen zu finden (30,9 Prozent). Recht einfach ist es für die Befragten auch, Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (21,1 Prozent) oder ungesunde Lebensgewohnheiten (9,5 Prozent) zu verstehen und zu finden.

Die nachfolgende Abbildung 17 veranschaulicht das Profil sozialer Unterschiede. Auch bei der Prävention fällt Menschen aus unteren Bildungs- oder Sozialschichten der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen besonders schwer. Das gilt speziell für das Finden von Informationen zu den Themen „psychische Gesundheit“ oder „Impfen“ und generell den Umgang mit Informationen zu Gesundheitsrisiken.

Abbildung 17: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Prävention und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)



Interessant ist aber auch, dass Menschen mit niedriger Bildung es im Vergleich zu anderen Gruppen als einfacher einschätzen, aufgrund von Ratschlägen aus der Familie und dem Freundeskreis zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können, wengleich die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Familie und soziale Netzwerke hohe Bedeutung für sie haben.

Von tendenziellen Verbesserungen der Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention während der Corona Pandemie profitieren vulnerable Gruppen nicht

Die nach Ausbruch der Corona Pandemie durchgeführte Zusatzerhebung zeigt auch für den Bereich Prävention eine tendenziell verbesserte Gesundheitskompetenz. Der Anteil der Bevölkerung mit geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich ist von 54,8 Prozent auf 50,9 Prozent – statistisch nicht signifikant – zurückgegangen.

Dabei hat sich die Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention bei Personen unter 45 Jahren tendenziell positiv entwickelt, in den Altersgruppen darüber dagegen kaum verändert. Auch untere Bildungs- oder Sozialschichten sowie Personen mit chronischen Erkrankungen profitieren von dem positiven Trend nicht.

Der bemerkenswerte Befund, dass es Personen mit niedriger Bildung – entgegen dem generellen Bildungsgradienten in den Ergebnissen – tendenziell überdurchschnittlich häufig als einfach empfinden, aufgrund von Ratschlägen aus der Familie und dem Freundeskreis zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können, bestätigt sich in der Zusatzerhebung. Eine detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Corona-Nacherhebung für den Bereich Prävention nach Bevölkerungsgruppen ist dem Anhang zu entnehmen.

Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung

Im Bereich Gesundheitsförderung ist es für die Befragten mit Abstand am schwierigsten, die an sie gestellten Anforderungen im Umgang mit entsprechenden Informationen zu bewältigen. 67,7 Prozent der Befragten haben hier eine geringe, nahezu 50 Prozent sogar eine inadäquate Gesundheitskompetenz. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen zurückliegende Untersuchungen (HLS-EU Consortium 2012; Hurrelmann et al. 2020; Schaeffer et al. 2016; Van der Heide et al. 2013).

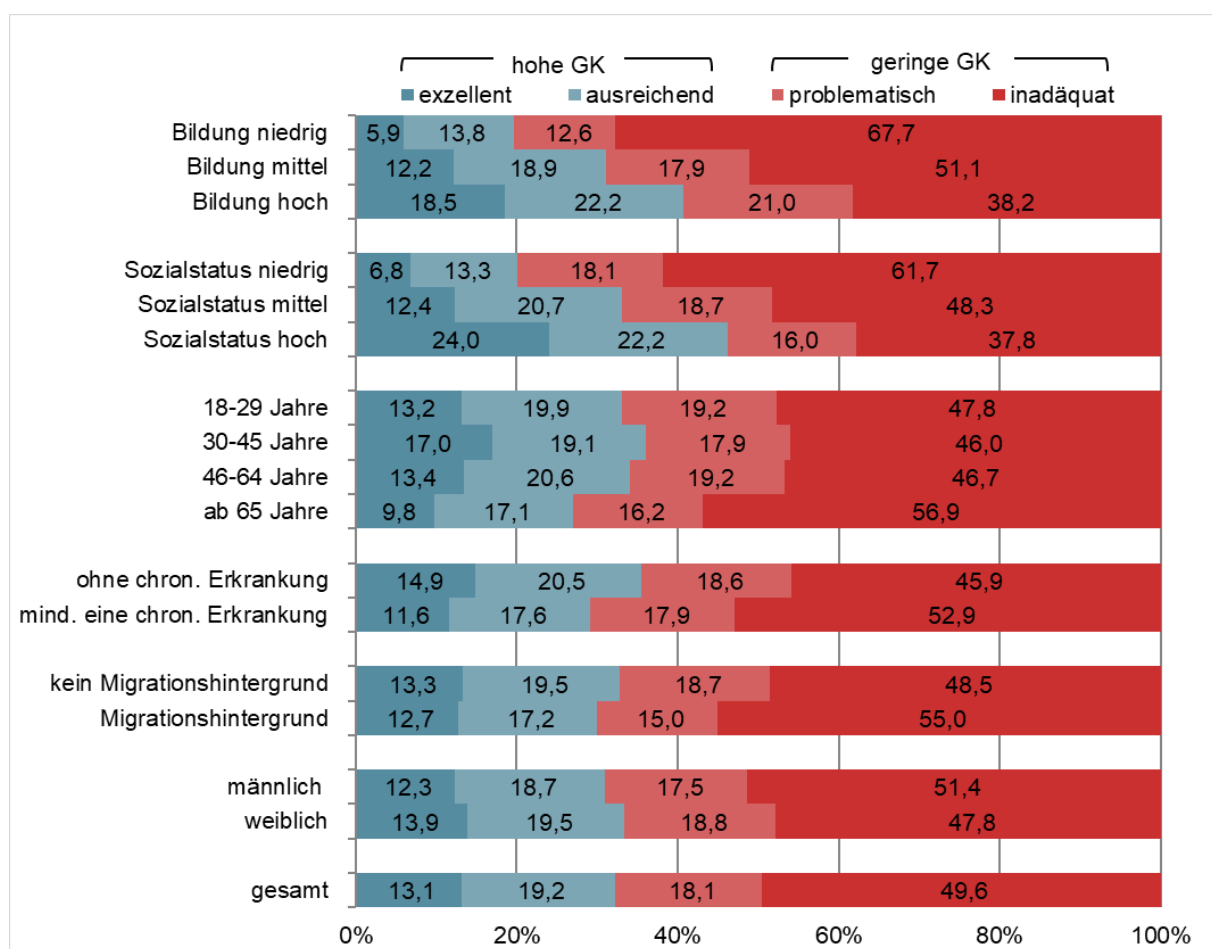
Wie in den anderen Bereichen weisen hier ebenfalls besonders Menschen mit niedriger Bildung oder niedrigem Sozialstatus eine geringe Gesundheitskompetenz und statistisch signifikante Unterschiede zu den Vergleichsgruppen auf. Rund 80 Prozent der Befragten mit einem niedrigen Bildungsgrad haben, wie Abbildung 18 zeigt, im Bereich Gesundheitsförderung eine geringe Gesundheitskompetenz und finden den Umgang mit Informationen (sehr) schwierig. Bei Personen mit einem mittleren Bildungsniveau sind es 69,0 Prozent. Bei Menschen mit hoher Bildung fällt dieser Anteil mit etwa 60 Prozent etwas niedriger aus, obgleich auch dies ein hoher Wert ist. Er verdeutlicht ebenso wie die anderen Werte, dass die Anforderungen im Umgang mit Information in diesem Bereich als überaus schwierig eingeschätzt werden.

Bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus stellt sich die Situation ähnlich dar. 79,8 Prozent von ihnen verfügen im Bereich Gesundheitsförderung über eine geringe Gesundheitskompetenz. Auch bei ihnen ist der Anteil derjenigen, die große Probleme im Umgang mit gesundheitsförderlicher Information haben, damit sehr hoch. Je höher der Sozialstatus ist, desto höher ist auch die Gesundheitskompetenz in diesem Bereich.

Bei einer Betrachtung nach Altersgruppen fällt auf, dass der Anteil der Personen mit geringer Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung unter Personen ab 65 Jahren mit 73,1 Prozent statistisch signifikant höher liegt als in den mittleren Altersgruppen. Der Unterschied der Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ist dagegen vergleichsweise gering.

Menschen mit mindestens einer chronischen Erkrankung finden es häufiger schwierig, mit Informationen zur Gesundheitsförderung umzugehen. Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz beträgt bei ihnen 70,8 Prozent; bei Menschen ohne chronische Erkrankung ist er mit 64,5 Prozent statistisch signifikant geringer.

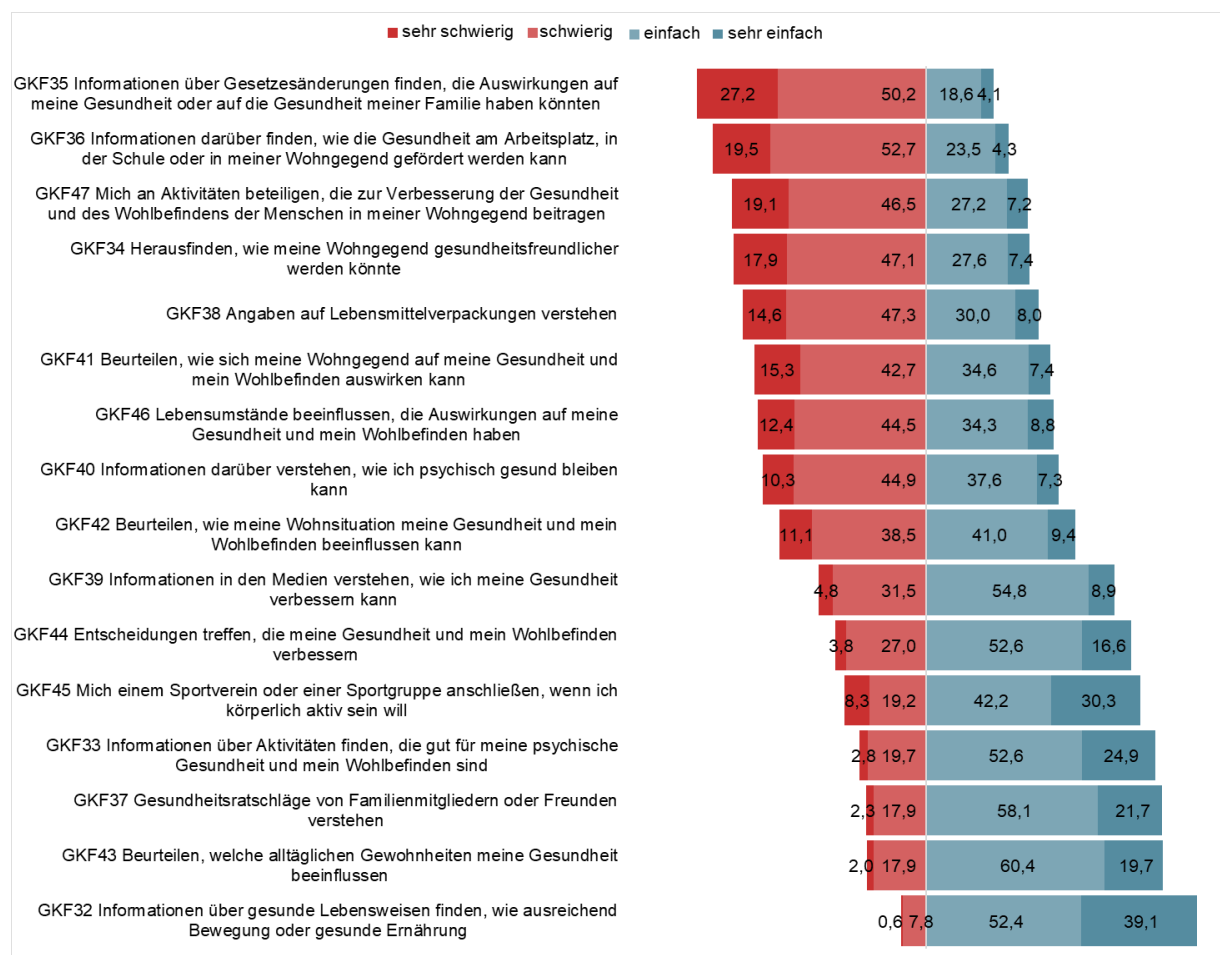
Abbildung 18: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung nach Bevölkerungsgruppen, in Prozent (HLS-GER 2)



Betrachten wir auch hier, welche Anforderungen im Umgang mit Informationen im Einzelnen Herausforderungen aufwerfen (Abbildung 19). Im Bereich Gesundheitsförderung befindet sich das Item, das von allen 47 Items den meisten Befragten Schwierigkeiten bereitet: 77,4 Prozent aller Befragten haben Probleme damit, Informationen über Gesetzesänderungen zu finden, die Auswirkungen auf die eigene Gesundheit oder die der Familie haben könnten. Hier deuten sich auf politischer Ebene bestehende Kommunikationsprobleme und Handlungsherausforderungen an.

Ähnlich große Schwierigkeiten bereitet den Befragten, Informationen darüber zu finden, wie die Gesundheit in der eigenen Lebenswelt (am Arbeitsplatz, in der Schule oder der Wohnumgebung) gefördert werden kann (72,2 Prozent). Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen, wird ebenfalls von über der Hälfte der Bevölkerung in Deutschland als (sehr) schwierig angesehen: 62 Prozent der Befragten sehen sich hier vor Verständnisprobleme gestellt. Auch dies weist auf politischen Handlungsbedarf und zeigt, dass weitere Schritte gefordert sind, um zu Angaben zu gelangen, die für die gesamte Bevölkerung gut nachvollziehbar und leicht verständlich sind, denn das ist eine wesentliche Voraussetzung für bewusstes Ernährungsverhalten.

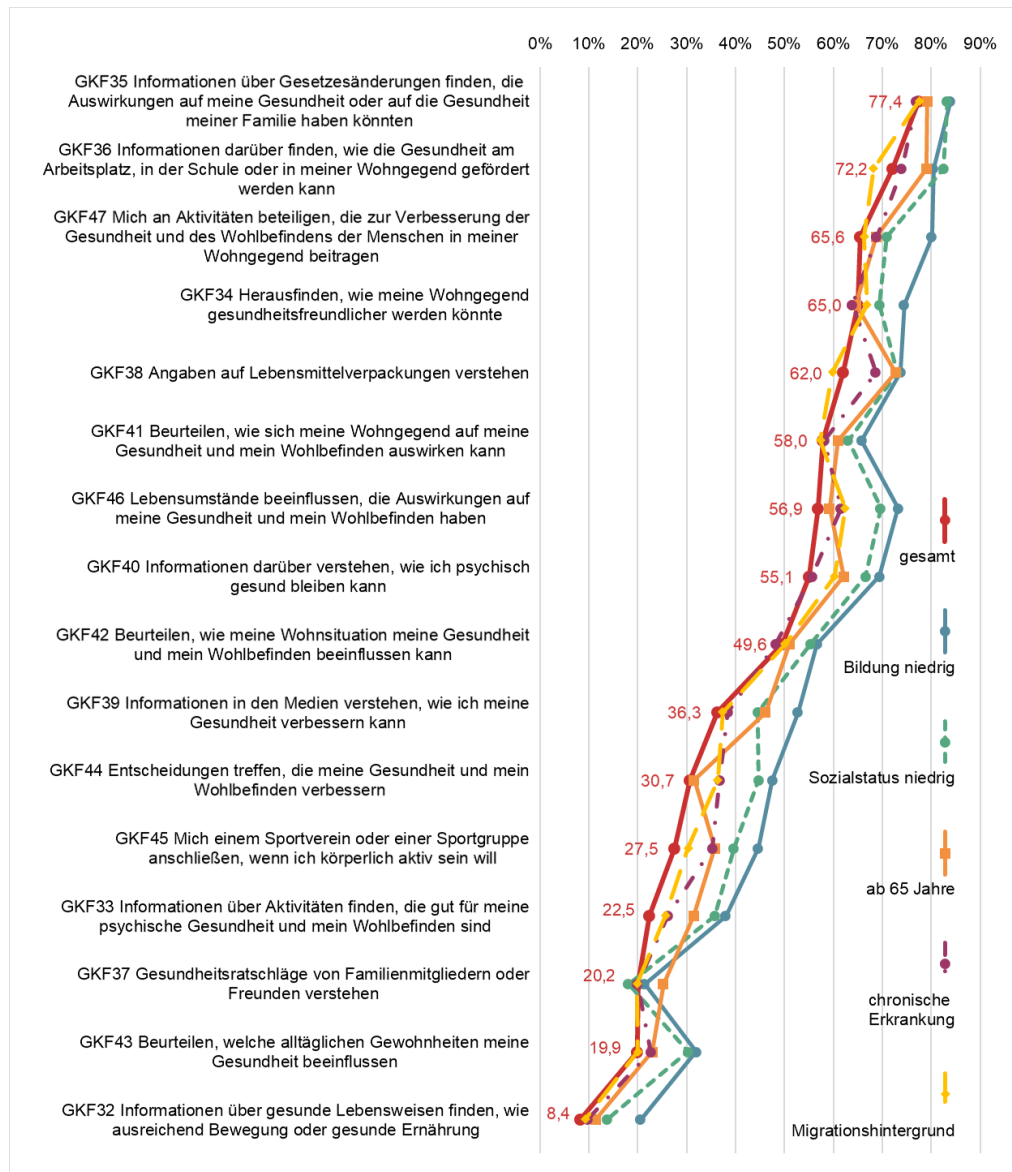
Abbildung 19: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)



Erheblich einfacher wird dagegen die Informationssuche zu einer gesunden Lebensweise mit ausreichend Bewegung oder gesunder Ernährung eingeschätzt. Nur für 8,4 Prozent der Bevölkerung ist es (sehr) schwierig, darüber Informationen zu finden. Etwas höher ist der Anteil, wenn es um das Thema psychische Gesundheit geht: 20,2 Prozent der Befragten fällt es schwer, Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden sind.

Bei der Darstellung des Profils der sozialen Unterschiede fällt auf, dass die Items, die generell als schwierig eingeschätzt werden, häufiger von Menschen aus niedrigen Bildungs- oder Sozialschichten und mit etwas Abstand auch von älteren Menschen als schwierig beurteilt werden als in den Vergleichsgruppen (Abbildung 20).

Abbildung 20: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Gesundheitsförderung und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)



Hervorzuheben ist besonders das an zweiter Stelle rangierende Item ‚Informationen darüber zu finden, wie die Gesundheit am Arbeitsplatz, in der Schule oder meiner Wohnumgebung gefördert werden kann‘. Es wird von allen drei Gruppen zu rund 80 Prozent oder mehr als schwierig eingeschätzt. Ähnlich ist es mit den Items 40 und 33, die sich mit dem Thema psychische Gesundheit befassen: Auch hier fällt es den Personen der genannten drei Gruppen schwer und (in den meisten Fällen statistisch signifikant) schwerer als Personen der Vergleichsgruppen, entsprechende Informationen zu finden, und damit fehlt es ihnen an wichtigen Voraussetzungen des Informations- und Gesundheitsmanagements im Alltag.

Verbesserte Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung während der Corona Pandemie – heterogene Entwicklungen in Bevölkerungsteilgruppen

Die nach Ausbruch der Corona Pandemie durchgeführte Erhebung zeigt eine deutliche und statistisch signifikante Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Bereich Gesundheitsförderung: Hier geht der Anteil derjenigen mit geringer Kompetenz von 67,7 Prozent auf 60,9 Prozent zurück.

Verbessert hat sich dabei die Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung in jungen und mittleren Altersgruppen, nicht dagegen unter Personen ab 65 Jahren. Auch bei unteren und mittleren Sozial- und Bildungsschichten sind tendenzielle Kompetenzverbesserungen zu verzeichnen. Zudem hat sich die Gesundheitskompetenz von Personen ohne chronische Erkrankungen positiver entwickelt als die von chronisch Erkrankten, die Gesundheitskompetenz von Personen ohne Migrationshintergrund positiver als die von Personen mit Migrationshintergrund. Eine detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Corona-Nacherhebung für den Bereich Gesundheitsförderung nach Bevölkerungsgruppen ist dem Anhang zu entnehmen.

Als Zwischenfazit der Betrachtung der Gesundheitskompetenz in den erfragten Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung ist festzuhalten, dass bei der Gesundheitsförderung erneut der höchste Anteil an geringer Gesundheitskompetenz vorzufinden ist, und der Bevölkerung hier der Umgang mit entsprechenden Informationen am schwierigsten erscheint. Daran hat sich durch die Corona Pandemie wenig verändert. Allerdings ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz in allen drei Bereichen, besonders der Gesundheitsförderung, im Zuge der Corona Pandemie gesunken.

Die sozialen Unterschiede spiegeln sich in allen drei Bereichen wider: Menschen mit niedriger Bildung oder niedrigem Sozialstatus zeichnen sich durchgängig durch einen besonders hohen Anteil geringer Gesundheitskompetenz aus. Ähnliches gilt für ältere Menschen und – anders als in vorangegangenen Studien – auch für jüngere Menschen. Im Zuge der Corona Pandemie haben sich auch hier Veränderungen vollzogen, und ist partiell ein (deutlicher) Gewinn an Gesundheitskompetenz zu verzeichnen. In besonderer Weise gilt dies für die Gruppe der jüngeren Menschen und hier im Bereich der Krankheitsbewältigung/Versorgung. Wie zeitstabil diese Entwicklung sein wird, gehört zu den offenen Fragen.

Ein Blick darauf, was den Befragten schwierig erscheint, macht ein breites Themenspektrum sichtbar, das einerseits seit langem bekannte und diskutierte Themen umfasst. Exemplarisch sei hier noch einmal auf das Thema Beipackzettel verwiesen oder die Verständnisschwierigkeiten bei der Rezeption medialer Information. Andererseits zeigt es, wie herausfordernd die Informationsbeschaffung und -verarbeitung bei den Themen Impfen, psychische Gesundheit oder Förderung der Gesundheit in alltäglichen Lebenswelten ist. Damit deutet sich bereits an, was später ausführlicher zu diskutieren ist: Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist eine multilaterale Aufgabe, die sehr viele Ebenen und Bereiche des Alltagslebens betrifft und Anstrengungen in allen Bereichen der Gesellschaft erfordert.

3.4 Konsequenzen geringer Gesundheitskompetenz

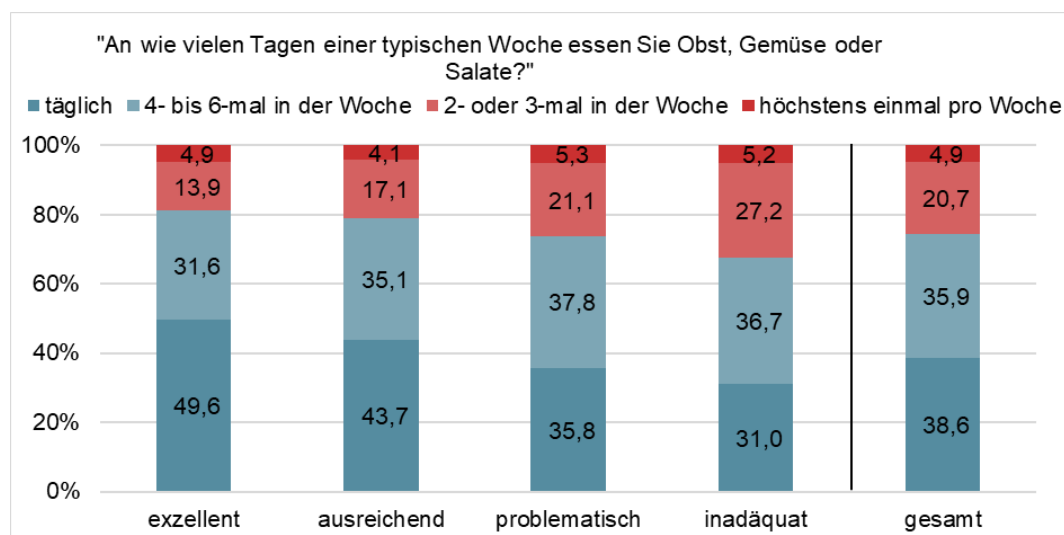
Gesundheitskompetenz hängt nach dem integrierten Modell von Sørensen et al. (2012) (vgl. Kapitel 1.3) – wie zahlreiche Studien inzwischen bestätigen (Berkman et al. 2011; Neter/Braun 2019; Hurrelmann et al. 2020) – mit einer Vielzahl an gesundheitlichen Indikatoren zusammen. Auch in der vorliegenden Studie wurde der Frage nachgegangen, mit welchen Aspekten des Gesundheitsverhaltens und mit welchen gesundheitlichen Outcomes Gesundheitskompetenz assoziiert ist und wie sie mit der Nutzung von Einrichtungen und Diensten des Gesundheitssystems zusammenhängt²⁰.

Gesundheitsverhalten

Zunächst wird die Rolle der Gesundheitskompetenz für das Gesundheitsverhalten in den Blick genommen. Gefragt wird konkret, in welcher Beziehung sie zu dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten (als gesundheitsförderliche Verhaltensweisen) sowie dem Alkohol- und Tabakkonsum (als gesundheitsschädigende Verhaltensweisen) steht.

Zum Ernährungsverhalten lässt sich festhalten, dass insgesamt 38,6 Prozent der Befragten täglich Obst, Gemüse oder Salate verzehren. Weitere 35,9 Prozent konsumieren diese Produkte vier- bis sechsmal in der Woche. 20,7 Prozent der Befragten essen hingegen nur zwei- bis dreimal in der Woche Obst, Gemüse oder Salate und weitere 4,9 Prozent tun dies sogar höchstens einmal in der Woche (Abbildung 21).

Abbildung 21: Gesundheitskompetenz und wöchentlicher Verzehr von Obst, Gemüse oder Salat (HLS-GER 2)



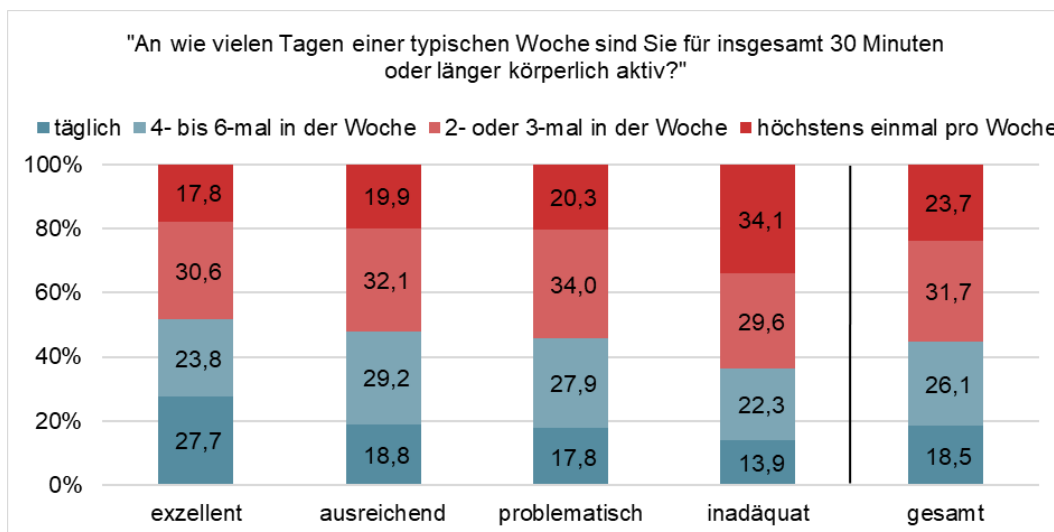
Diese Ernährungsgewohnheiten hängen – wie die Ergebnisse zeigen – mit Gesundheitskompetenz zusammen: Befragte mit hoher Gesundheitskompetenz verzehren signifikant häufiger täglich Obst, Gemüse oder Salate, konkret 49,6 Prozent der Personen mit exzellenter und 43,7

²⁰ Im Folgenden werden Zusammenhänge von Gesundheitskompetenz mit verschiedenen gesundheitlichen Aspekten bivariat beschrieben; wichtige Einflussfaktoren wie der aktuelle Gesundheitszustand, das Vorliegen einer chronischen Erkrankung sowie ggf. soziodemografische Faktoren spielen dabei eine wichtige Rolle, können in diesem Rahmen jedoch nicht detailliert betrachtet werden.

Prozent der Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz, als Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz. Hier liegt der Anteil der Befragten, die täglich diese Produkte verzehren, bei 35,8 (problematische Gesundheitskompetenz) bzw. 31,0 Prozent (inadäquate Gesundheitskompetenz).

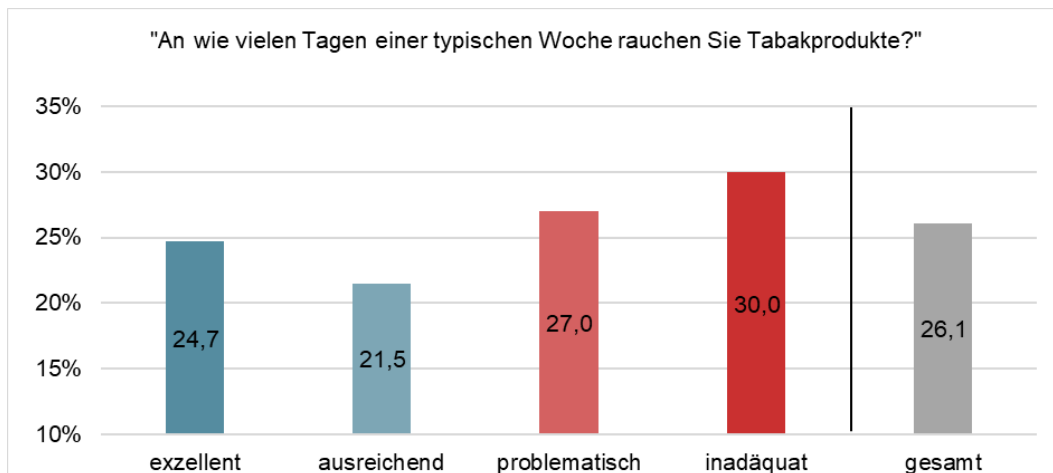
Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der körperlichen Aktivität, gemessen als Häufigkeit mindestens 30 Minuten langer körperlicher Aktivität, sodass Atmung und Puls etwas schneller werden. Insgesamt sind 18,5 Prozent der Befragten täglich und weitere 26,1 Prozent mindestens viermal in der Woche für 30 Minuten oder länger körperlich aktiv. 31,7 Prozent zwei- bis dreimal und 23,7 Prozent höchstens einmal pro Woche (Abbildung 22). Auch hier lassen sich deutliche – statistisch signifikante – Unterschiede je nach Gesundheitskompetenz erkennen. Während 27,7 Prozent der Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz täglich für mindestens 30 Minuten körperlich aktiv sind, sind es bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz nur 13,9 Prozent. Umgekehrt betätigen sich nur wenige Befragte mit exzellenter Gesundheitskompetenz (17,8 Prozent) selten körperlich, also höchstens einmal in der Woche. Der Anteil der wenig körperlich Aktiven ist bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz mit 34,1 Prozent deutlich höher.

Abbildung 22: Gesundheitskompetenz und wöchentliche körperliche Aktivität (HLS-GER 2)



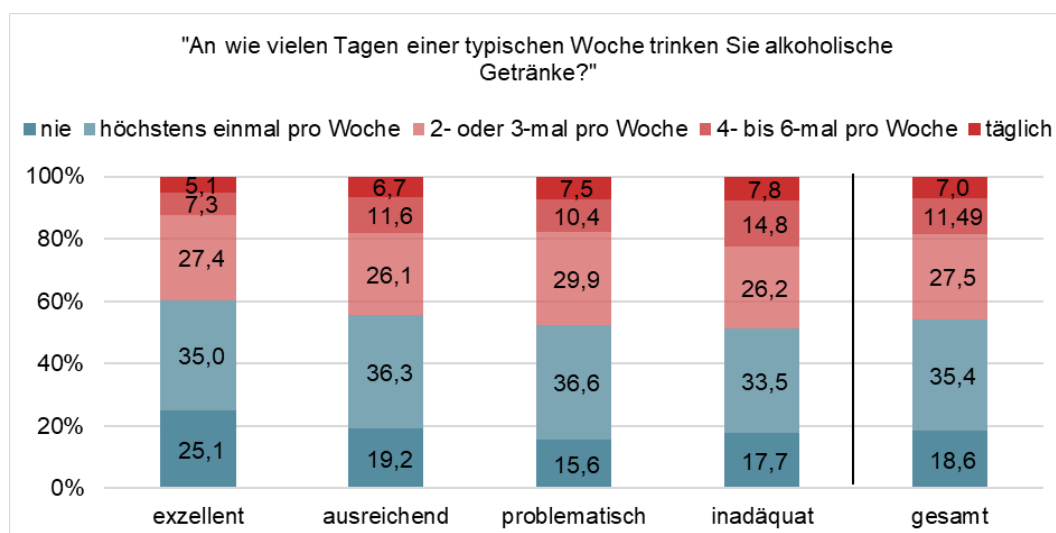
Auch zwischen Tabakrauchen und Gesundheitskompetenz besteht eine Beziehung; sie ist nicht so stark ausgeprägt wie bei den gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Insgesamt raucht etwa ein Viertel der Befragten mindestens gelegentlich. Bei Personen mit exzellenter und ausreichender Gesundheitskompetenz liegt der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei 24,7 bzw. 21,5 Prozent. Bei Personen mit inadäquater und problematischer Gesundheitskompetenz ist er höher und beträgt 30,0 bzw. 27,0 Prozent (Abbildung 23).

Abbildung 23: Gesundheitskompetenz und Anteil Raucherinnen und Raucher (HLS-GER 2)



Auch zwischen Gesundheitskompetenz und der Häufigkeit, mit der alkoholische Getränke konsumiert werden, zeigt sich teilweise ein Zusammenhang (Abbildung 24). Insgesamt trinken 18,6 Prozent der Befragten nie Alkohol. Bei Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz ist der Anteil der Personen, die nie Alkohol trinken mit 25,1 Prozent am höchsten und statistisch signifikant höher als bei Personen mit problematischer und inadäquater Gesundheitskompetenz. Auf der anderen Seite ist bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz der Anteil an Personen, die täglich Alkohol trinken, mit 7,8 Prozent leicht höher, als bei Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz mit 5,1 Prozent. Dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

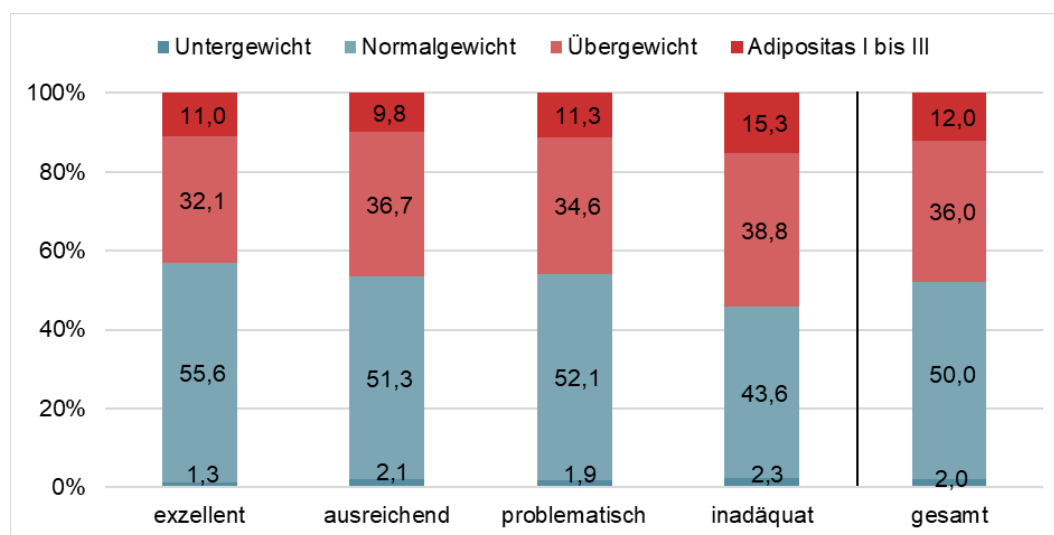
Abbildung 24: Gesundheitskompetenz und wöchentlicher Konsum alkoholischer Getränke (HLS-GER 2)



Gesundheitskompetenz ist nicht nur mit gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen assoziiert, sondern wurde in Querschnittstudien ebenfalls als wichtiger, direkter Einflussfaktor auf den Gesundheitszustand identifiziert (Pelikan et al. 2018).

Adipositas und Übergewicht, gemessen über den Body-Mass-Index (BMI), sind wichtige Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen. Der BMI somit ein wichtiger Frühwarnwert für die Gesundheit. Insgesamt sind 12,0 Prozent der Befragten adipös und weitere 36,0 Prozent übergewichtig. Auch hier lässt sich ein Zusammenhang zur Gesundheitskompetenz erkennen. Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind eher adipös (15,3 Prozent) oder übergewichtig (38,8 Prozent) als Personen mit exzellenter, ausreichender oder sogar problematischer Gesundheitskompetenz (Abbildung 25). Allerdings sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

Abbildung 25: Gesundheitskompetenz und WHO-Klassifikation des Body-Maß-Index (HLS-GER 2)

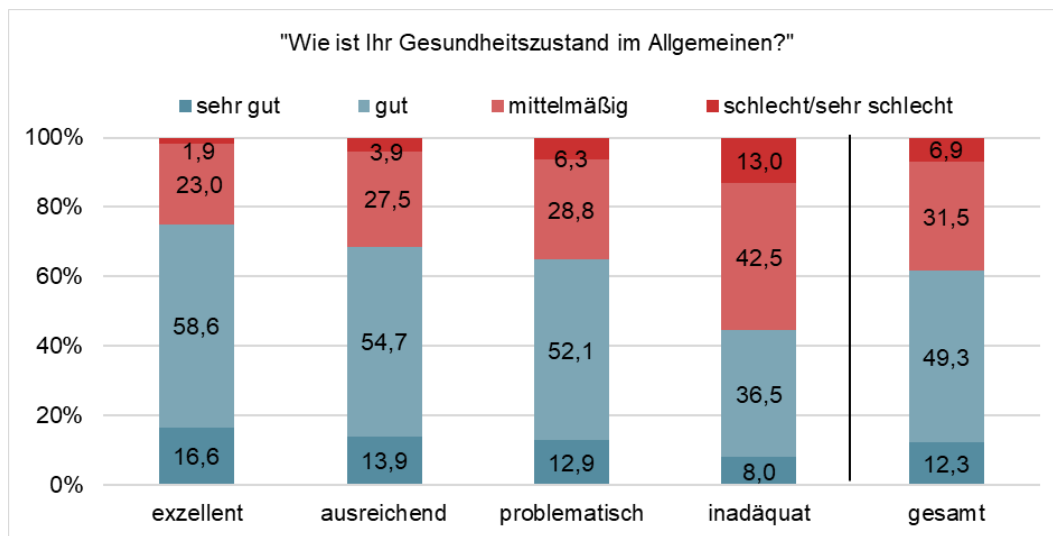


Zudem wurde die subjektiv eingeschätzte Gesundheit als anerkannter Indikator für den Gesundheitszustand erhoben. Die Befragten wurden auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ gebeten, ihren Gesundheitszustand einzuschätzen. Die Kategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“ wurden hier zusammengefasst, da nur sehr wenige Befragte (1,0 Prozent) eine sehr schlechte subjektive Gesundheit aufweisen.

Insgesamt schätzen, wie Abbildung 26 zeigt, 12,3 Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand als sehr gut und weitere 49,3 Prozent als gut ein. 31,5 Prozent der Befragten beschreiben ihren Gesundheitszustand hingegen als mittelmäßig und sogar 6,9 Prozent als schlecht oder sehr schlecht²¹. Wie schon bei dem Gesundheitsverhalten besteht auch hier eine enge Beziehung zur Gesundheitskompetenz. So ist der Anteil Befragter mit sehr guter subjektiver Gesundheit bei Personen mit exzellenter (16,6 Prozent), ausreichender (13,9 Prozent) oder problematischer (12,9 Prozent) Gesundheitskompetenz signifikant höher als bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz (8,0 Prozent). Analog verhält es sich bei schlechter bzw. sehr schlechter subjektiver Gesundheit: Befragte mit geringer (inadäquater und problematischer) Gesundheitskompetenz geben ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger mit (sehr) schlecht an als Personen mit hoher (exzellenter und ausreichender) Gesundheitskompetenz.

²¹ Die Anteile in der Stichprobe sind vergleichbar mit der aktuellsten Gesundheitsbefragung des Bundes (GEDA) von 2014/2015 (Lampert et al. 2018).

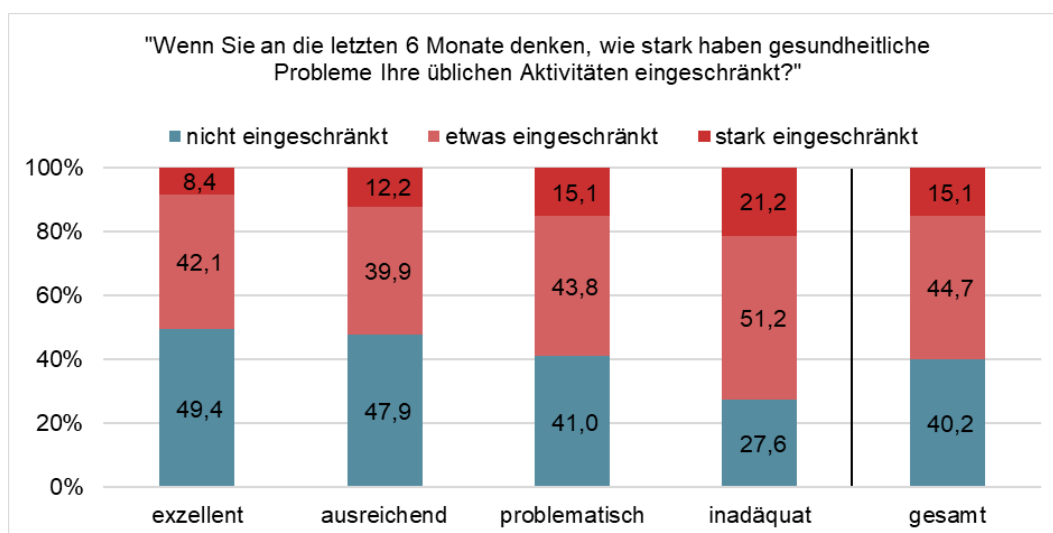
Abbildung 26: Gesundheitskompetenz und subjektiver Gesundheitszustand (HLS-GER 2)



Gefragt wurde außerdem, ob ein Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und der empfundenen Einschränkung durch bestehende gesundheitliche Probleme besteht – eine Frage, die besonders im Kontext chronischer Erkrankungen von Bedeutung ist.

Insgesamt gaben 15,1 Prozent der Befragten mit gesundheitlichen Problemen an, dass diese sie in den letzten 6 Monaten stark eingeschränkt haben²². Weitere 44,7 Prozent fühlen sich dadurch etwas eingeschränkt und 40,2 Prozent nicht eingeschränkt. Auch hier zeigt sich eine Beziehung zur Gesundheitskompetenz. 27,6 Prozent der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz gaben an, durch ihre gesundheitlichen Probleme nicht eingeschränkt gewesen zu sein (Abbildung 27).

Abbildung 27: Gesundheitskompetenz und Einschränkung durch gesundheitliche Probleme (HLS-GER 2)

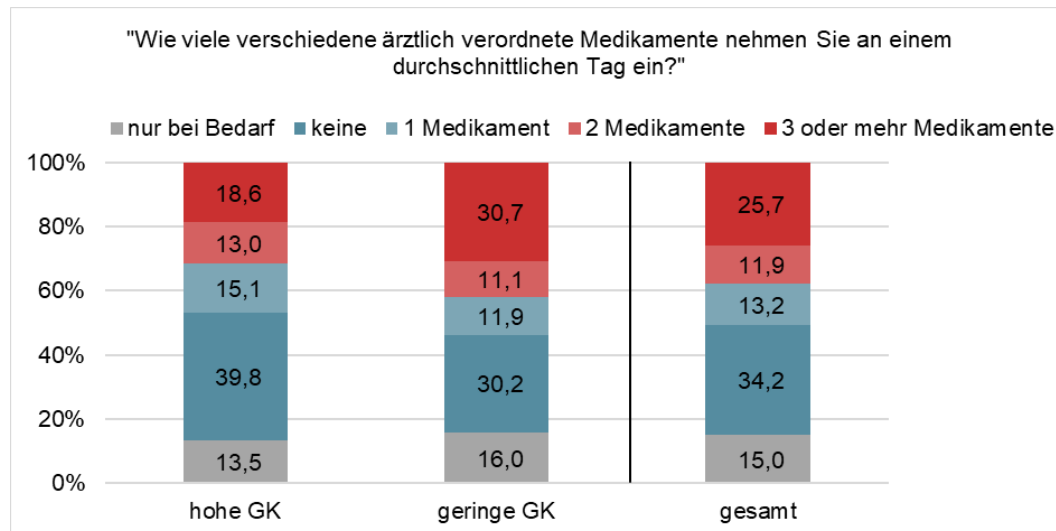


²² Personen, die bei der Frage nach gesundheitlichen Einschränkungen in den letzten 6 Monaten „nicht zutreffend“ angeben (7,5 Prozent) oder keine Angabe dazu gemacht haben (0,5 Prozent), wurden ausgeschlossen.

Bei Personen mit exzellenter (49,4 Prozent), ausreichender (47,9 Prozent) und problematischer (41,0 Prozent) Gesundheitskompetenz ist dieser Anteil statistisch signifikant höher. Auf der anderen Seite sind Personen mit geringer Gesundheitskompetenz zu einem statistisch signifikant größeren Anteil stark durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt. 21,2 Prozent der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz fühlten sich in den letzten sechs Monaten durch ihre gesundheitlichen Probleme stark eingeschränkt. Bei Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz sind dies nur 8,4 Prozent.

Auch die Anzahl täglich eingenommener, ärztlich verordneter Medikamente²³ ist in diesem Kontext relevant, da eine medikamentöse Therapie bei vielen chronischen Krankheiten ein elementarer Baustein der Behandlung ist. Auch hier zeigt sich eine Beziehung zur Gesundheitskompetenz (Abbildung 28)²⁴.

Abbildung 28: Gesundheitskompetenz und Anzahl täglich eingenommener, ärztlich verordneter Medikamente (HLS-GER 2)



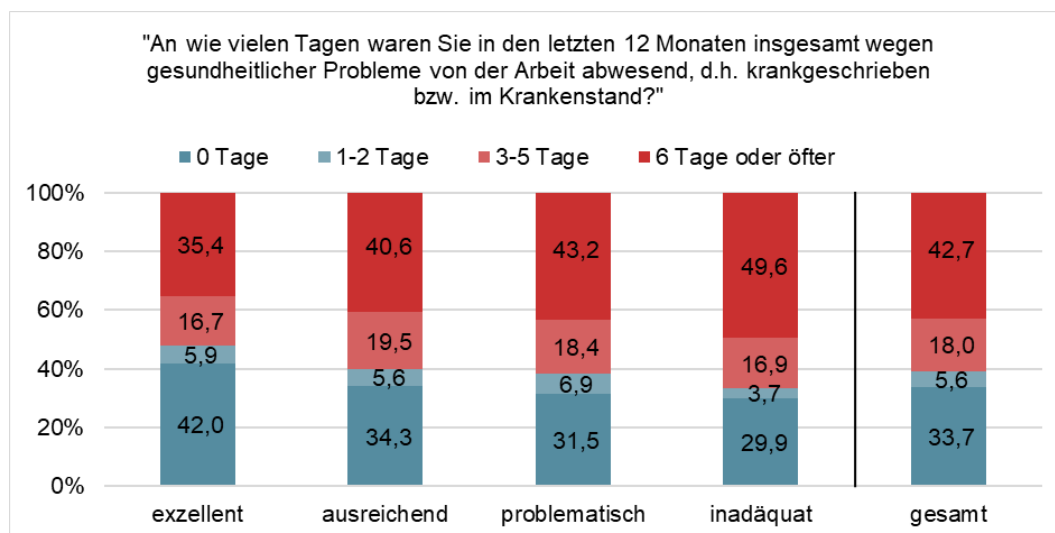
Insgesamt nehmen 34,2 Prozent der Befragten gar keine ärztlich verordneten Medikamente ein, bei Personen mit hoher Gesundheitskompetenz sind es 39,8 Prozent. Je niedriger die Gesundheitskompetenz, desto höher ist der Medikamentenkonsum. Während 30,7 Prozent der Befragten mit geringer Gesundheitskompetenz täglich drei oder mehr Medikamente zu sich nehmen, sind dies bei Personen mit hoher Gesundheitskompetenz mit lediglich 18,6 Prozent statistisch signifikant weniger Personen. Bei ein oder zwei täglich eingenommenen, ärztlich verschriebenen Medikamenten zeigen sich hingegen kaum Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz, ebenso wenig bei Personen, die nur bei Bedarf, also zeitweise, ärztlich verordnete Medikamente einnehmen.

²³ Erfragt wurde die Anzahl verschiedener, ärztlich verordneter und täglich eingenommener Medikamente an einem durchschnittlichen Tag. Insulin, Salben, die Anti-Baby-Pille, Hormonersatzpräparate oder länger wirkende Depotmittel sollten ebenfalls mitbedacht werden.

²⁴ Die Ergebnisse beziehen sich auf die Befragten insgesamt. Für den Medikamentenkonsum wichtige Aspekte wie bspw. das Alter oder das Vorliegen chronischer Erkrankung(en) wurden hier nicht einbezogen.

Ein weiterer, insbesondere gesundheitsökonomisch bedeutsamer Aspekt, ist die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag²⁵. Auch hier besteht eine Wechselbeziehung zur Gesundheitskompetenz. Bei Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz liegt, wie Abbildung 29 zeigt, der Anteil der Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate bei ihrer Arbeit krankheitsbedingt gar nicht gefehlt haben, mit 42 Prozent statistisch signifikant höher als bei Personen mit problematischer (31,5 Prozent) oder inadäquater (29,9 Prozent) Gesundheitskompetenz. Der Anteil der Personen mit vielen, hier sechs oder mehr, Fehltagen liegt bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz bei 49,6 Prozent und ist somit ebenfalls statistisch signifikant höher als bei Personen mit exzellenter (35,4 Prozent) Gesundheitskompetenz.

Abbildung 29: Gesundheitskompetenz und Abwesenheit vom Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)



Nutzung des Gesundheitssystems

Im folgenden Abschnitt geht es um die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und der Nutzung gesundheitlicher Einrichtungen und Dienstleistungen besteht²⁶. Dies ist im Hinblick auf Ressourceneinsatz und unter Kostengesichtspunkten besonders wichtig und gibt Hinweise für die Bedeutung gesundheitskompetenter Organisationen.

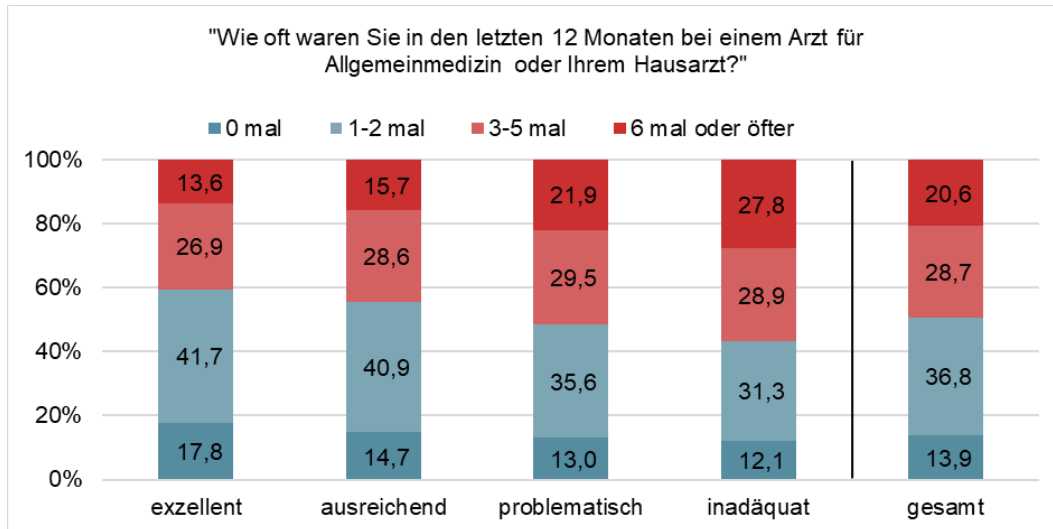
Insgesamt hatten 13,9 Prozent der Befragten in den letzten 12 Monaten gar keinen Kontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt für Allgemeinmedizin. 36,8 Prozent besuchten ein- bis zweimal eine Ärztin oder einen Arzt, weitere 28,7 Prozent hatten drei bis fünf Kontakte in den letzten 12 Monaten und 20,6 Prozent der Befragten waren sechsmal oder häufiger bei der Ärztin oder dem Arzt. Nach der Gesundheitskompetenz betrachtet, zeigen sich deutliche Unterschiede (Abbildung 30). Bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz ist der Anteil der Vielnutzerinnen und Vielnutzer (sechsmal oder häufiger) mit 27,8 Prozent und bei Befragten mit problematischer Gesundheitskompetenz mit 21,9 Prozent statistisch signifikant höher als bei

²⁵ Hier wurden nur Personen gewertet, die berufstätig sind und eine Angabe gemacht haben (69,6 Prozent der Stichprobe). Da dies mehrheitlich auf ältere Personen nicht zutrifft, wird der Faktor Alter hier schon etwas kontrolliert.

²⁶ Die Kontaktierung bzw. Nutzung bezieht sich nur auf die eigene Person, eine Kontaktierung für andere wird nicht mitefassen. Terminvereinbarungen, Rezept- oder Befundabholungen sowie Begleitungen anderer zählen nicht als Kontakt. Zudem ist zu beachten, dass es sich bei den folgenden Darstellungen um deskriptive, bivariate Zusammenhänge handelt.

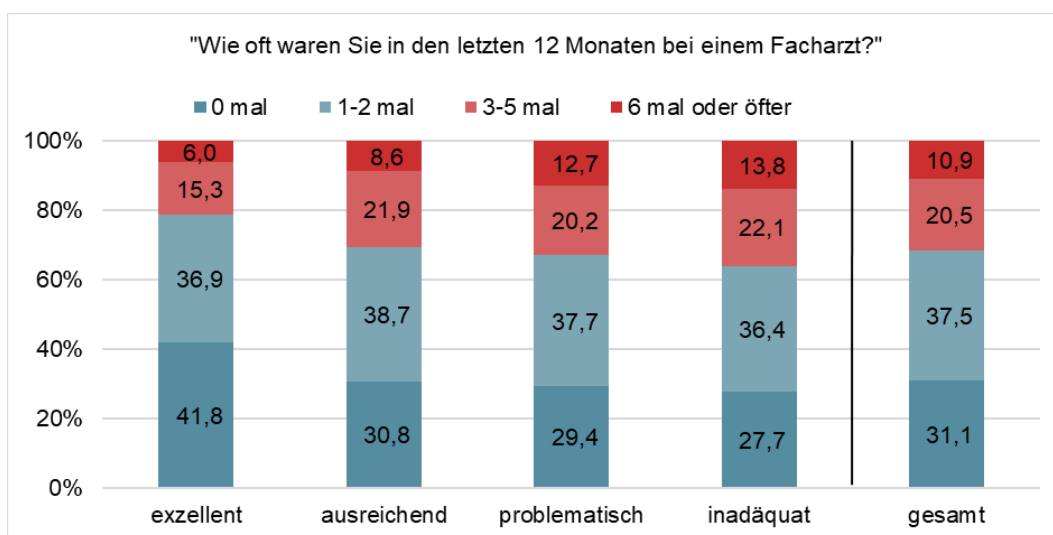
Personen mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz, die lediglich zu 13,6 Prozent bzw. 15,7 Prozent sehr viele Kontakte zu einer Ärztin oder einem Arzt hatten.

Abbildung 30: Gesundheitskompetenz und Hausarztkontakte in den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)



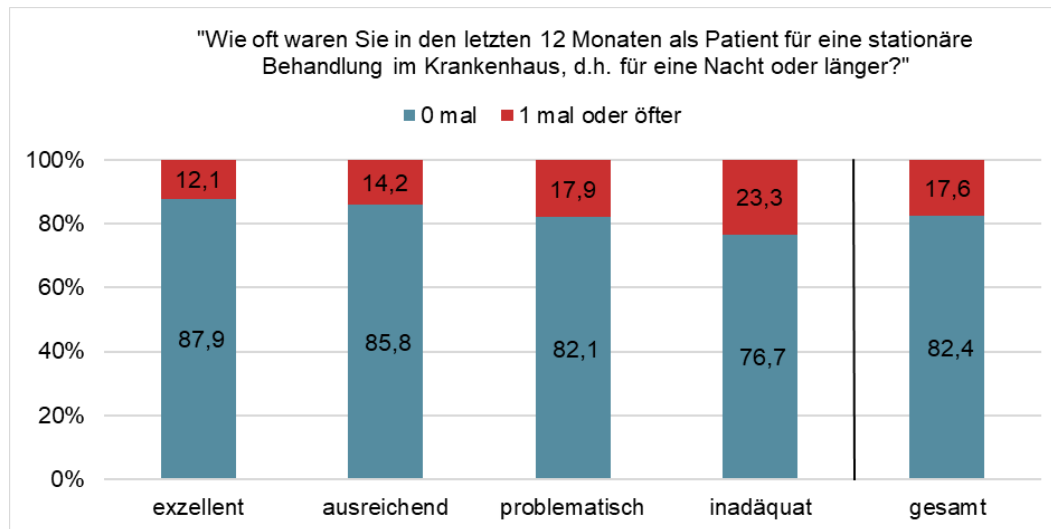
Auch bei der Anzahl der Kontakte mit einer Fachärztin oder einem Facharzt zeigen sich Unterschiede nach Gesundheitskompetenz (Abbildung 31). Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz haben weniger Facharztkontakte. So hatten beispielsweise 41,8 Prozent der Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz in den letzten 12 Monaten gar keine Konsultation bei einer Fachärztin oder einem Facharzt, bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz waren dies mit nur 27,7 Prozent statistisch signifikant weniger.

Abbildung 31: Gesundheitskompetenz und Facharztkontakte in den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)



Auch zwischen Gesundheitskompetenz und stationären Krankenhausaufenthalten in den letzten 12 Monaten zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang²⁷. Insgesamt waren 17,6 Prozent der Befragten mindestens einmal stationär im Krankenhaus. Bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz lag der Anteil bei 23,3 Prozent und damit deutlich höher als bei Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz; von ihnen hatten lediglich 12,1 Prozent in den letzten 12 Monaten mindestens einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus (Abbildung 32).

Abbildung 32: Gesundheitskompetenz und stationäre Krankenhausbehandlungen im den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)

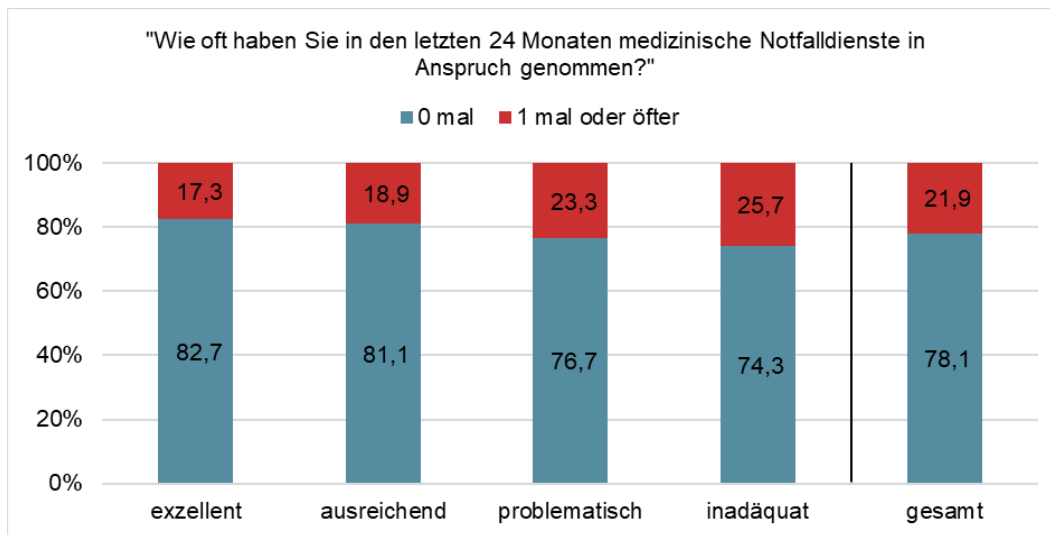


Zwischen der Nutzung ärztlicher Notfalldienste²⁸ innerhalb der letzten 24 Monate und Gesundheitskompetenz existiert ebenfalls eine Wechselbeziehung. Insgesamt nutzten 21,9 Prozent der Befragten mindestens einmal einen ärztlichen Notdienst, Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz nutzten sogar zu 25,7 Prozent mindestens einmal einen ärztlichen Notdienst. Bei Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz nahmen hingegen nur 17,3 Prozent und damit ein statistisch signifikant geringerer Anteil einen ärztlichen Notdienst in Anspruch, wie Abbildung 33 zeigt.

²⁷ Als Krankenhausaufenthalte werden stationäre Behandlungen für mindestens eine Nacht gezählt. Da die Fallzahlen bei häufigeren Krankenhausaufenthalten gering sind, wird nicht nach der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte differenziert.

²⁸ Unter Notfalldienste fallen Krankenwagen, ärztlicher Bereitschaftsdienst oder die Notaufnahme.

Abbildung 33: Gesundheitskompetenz und Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste in den letzten 24 Monaten (HLS-GER 2)



Während der Corona Krise haben sich die aufgezeigten Zusammenhänge eher noch verstärkt.

Die Daten der im August/September 2020 durchgeführten zusätzlichen Repräsentativbefragung der Bevölkerung bestätigen die zuvor dargestellten Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz einerseits und Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und der Nutzung des Gesundheitssystems andererseits.

Einige Zusammenhänge sind während der Corona Pandemie sogar statistisch signifikant stärker geworden. So zeigt sich beim Gesundheitsverhalten, dass der regelmäßige Alkoholkonsum – viermal in der Woche oder häufiger – von Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz im Vergleich zur Zeit vor der Corona Pandemie statistisch signifikant von 22,6 auf 29,7 Prozent zugenommen hat. Gleichzeitig ist der Anteil derer, die regelmäßig Sport treiben – viermal in der Woche oder öfter – in dieser Gruppe von 36,2 auf 25,7 Prozent statistisch signifikant zurückgegangen. Bei den anderen Gruppen gab es keine substantiellen Veränderungen. Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind in der derzeitigen Krise offenbar anfälliger für gesundheitsschädliche Verhaltensweisen.

Auch der Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und subjektivem Gesundheitszustand hat sich verstärkt. Hier hat insbesondere der Anteil derer mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz zugenommen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ einschätzen – von 14,7 Prozent auf 30,1 Prozent.

Zudem wird die Beziehung zwischen Gesundheitskompetenz und im Alltag empfundenen Einschränkungen enger. Der Anteil der Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz, die von keinerlei Alltagseinschränkungen wegen gesundheitlicher Probleme berichten, ist von 49,6 auf 64,2 Prozent statistisch signifikant gestiegen.

Ebenso sind die Assoziationen zwischen Gesundheitskompetenz und der Nutzung des Gesundheitssystems – also der Zahl der Hausarzt- und Facharztbesuche, der stationären Aufenthalte im Krankenhaus sowie die Häufigkeit der Nutzung von Notfalldiensten – während der Corona-Krise tendenziell stärker geworden. So ist insbesondere der Anteil derer, die in den letzten 12 Monaten gar nicht bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt waren, unter Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz leicht gestiegen (von 17,8 auf 20,5 Prozent). Das gilt in gleicher Weise für die Anteile derer, die in den letzten 12 Monaten keine Fachärztin bzw. keinen Facharzt konsultiert haben.

Die Unterschiede sind zwar nicht statistisch signifikant, zu bedenken gilt hier jedoch, dass sich die Fragen auf einen Zeitraum von 12 bzw. 24 Monaten und somit auch den Zeitraum vor der Pandemie bezogen. Möglicherweise wird der Zusammenhang zwischen der Nutzung verschiedener Anlaufstellen des Gesundheitssystems und der Gesundheitskompetenz hier eher unterschätzt.

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass Gesundheitskompetenz insgesamt mit zahlreichen Konsequenzen für die Gesundheit einhergeht. Personen mit hoher Gesundheitskompetenz verhalten sich insgesamt gesundheitsförderlicher: Sie ernähren sich gesünder und bewegen sich häufiger als Personen mit geringer Gesundheitskompetenz. Zudem verhalten sie sich tendenziell weniger gesundheitsschädlich: Sie rauchen etwas weniger und trinken etwas weniger regelmäßig Alkohol als Personen mit geringer Gesundheitskompetenz. Zudem sind Personen mit hoher Gesundheitskompetenz in der Regel gesünder, sind tendenziell weniger übergewichtig oder adipös, fühlen sich subjektiv gesünder und weniger eingeschränkt bei gesundheitlichen Problemen und fehlen seltener krankheitsbedingt bei der Arbeit. Auch bei der Nutzung des Gesundheitssystems lassen sich deutliche Zusammenhänge zur Gesundheitskompetenz feststellen. Personen mit geringer Gesundheitskompetenz nutzen das Gesundheitssystem häufiger, konsultieren Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sowie Notfalldienste öfter und sind häufiger stationär im Krankenhaus als Personen mit hoher Gesundheitskompetenz.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse der Zusatzbefragung während der Corona-Krise. Eine hohe Gesundheitskompetenz scheint insbesondere in Zeiten mit zusätzlichen Auflagen und Regelungen bzw. Einschränkungen des Alltagslebens an Bedeutung für das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit zu gewinnen. Auch die Nutzung des Gesundheitssystems scheint unter den ungewohnten Rahmenbedingungen, wie sie bei der Corona Pandemie vorherrschen, eher deutlicher von der Gesundheitskompetenz abzuhängen als unter normalen Umständen.

Die Ergebnisse der beiden Befragungen zeigen somit eindrücklich, dass die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für die Gesundheitserhaltung tendenziell zunimmt; die Notwendigkeit der Förderung von Gesundheitskompetenz ist damit aktueller denn je.

Neue Themenpakete

4 Gesundheitsinformationsverhalten

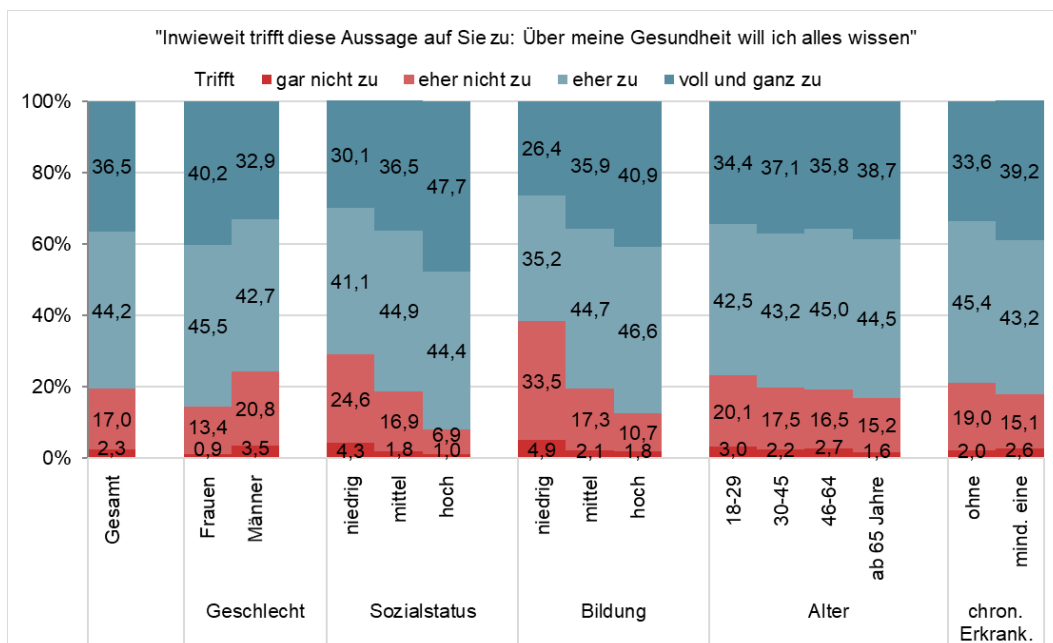
In der vorliegenden Studie wurden ergänzend Daten zum Informationsverhalten erhoben. Konkret wurden das Interesse an Gesundheitsinformationen, Einschätzungen zur Qualität und Verständlichkeit erhaltener Informationen sowie vorhandene Informationswünsche erfragt.

Informationsinteresse

Das Interesse und die Motivation dazu, sich mit Gesundheitsinformationen auseinanderzusetzen, sind in der Bevölkerung insgesamt groß: Auf mehr als ein Drittel (36,5 Prozent) der Bevölkerung trifft die Aussage „über meine Gesundheit will ich alles wissen“ nach eigener Einschätzung voll und ganz, auf weitere 44,2 Prozent trifft sie eher zu. Lediglich 17,0 Prozent stimmen der Aussage eher nicht zu, weitere 2,3 Prozent gar nicht zu.

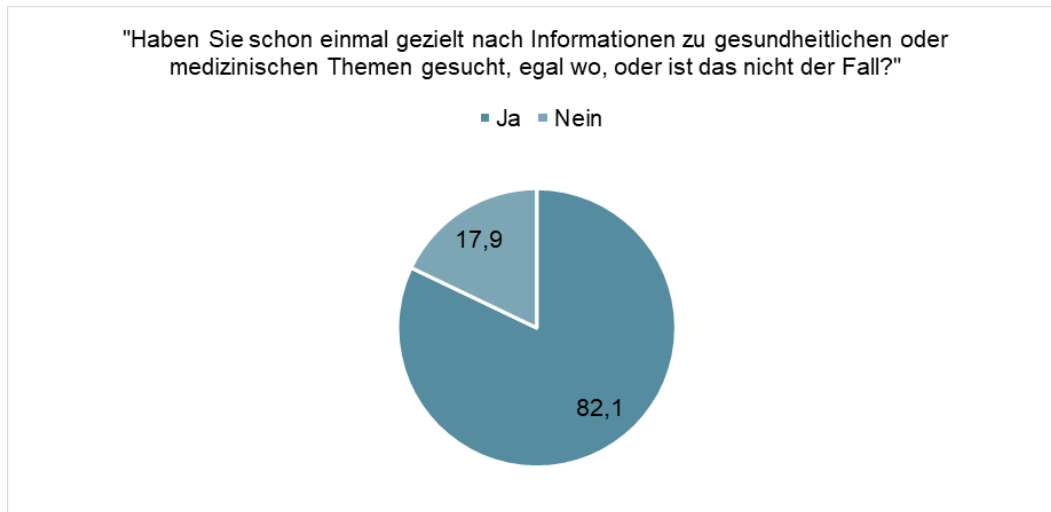
Das Interesse an Gesundheitsinformationen unterscheidet sich je nach Bevölkerungsgruppe. So wollen Frauen statistisch signifikant häufiger „alles über ihre Gesundheit wissen“ als Männer; das Gleiche gilt für Personen aus oberen Sozial- und Bildungsschichten im Vergleich zu Personen aus unteren Schichten. Zwischen den verschiedenen Altersgruppen bestehen dagegen nur geringe Unterschiede, wobei das Interesse an Gesundheitsfragen mit steigendem Alter zunimmt: Auf 76,9 Prozent der 18- bis 29-Jährigen trifft die obige Aussage voll und ganz oder eher zu. Bei den ab 65-Jährigen liegt dieser Anteil bei 83,2 Prozent. Auch zwischen Personen mit und ohne chronischer Erkrankung zeigen sich nur geringe, statistisch nicht signifikante Unterschiede beim Interesse an Gesundheitsinformationen (Abbildung 34).

Abbildung 34: Interesse an Gesundheitsinformationen (HLS-GER 2)



In Einklang mit dem hohen Interesse an Gesundheitsinformationen steht, dass vier von fünf Befragten (82,1 Prozent) schon einmal gezielt nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen gesucht haben. Nur 17,9 Prozent geben an, dass das bei ihnen noch nicht der Fall war (Abbildung 35).

Abbildung 35: Suche nach Gesundheitsinformation (HLS-GER 2)



Dabei haben Menschen mit hohem Sozialstatus (85,5 Prozent) oder hohem Bildungsgrad (89,4 Prozent), aber auch Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit (86,3 Prozent) sowie Menschen im Alter zwischen 46 und 64 Jahren (88,0 Prozent) häufiger schon einmal gezielt Informationen zu Gesundheitsthemen gesucht.

Verständlichkeit der Informationen von Gesundheitsdienstleistenden

Viele Untersuchungen zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte nach wie vor wichtigste Anlaufstelle bei der Suche nach Gesundheitsinformationen sind – obgleich das Internet als Informationsquelle an Bedeutung gewinnt (ex. Baumann et al. 2020; RKI 2019). Zur Einschätzung der Qualität erhaltener Gesundheitsinformationen wurde deshalb gefragt, ob es in den vergangenen 12 Monaten schon einmal vorgekommen ist, dass eine Erklärung eines Gesundheitsdienstleistenden²⁹ nicht richtig verstanden wurde. Zwar gibt die Mehrheit der Befragten (65,1 Prozent) an, keine Verständnisprobleme bei den Erklärungen eines Gesundheitsdienstleistenden gehabt zu haben. Doch immerhin mehr als ein Drittel (34,9 Prozent) der Befragten hat erhaltene Informationen im letzten Jahr bereits einmal nicht richtig verstanden.

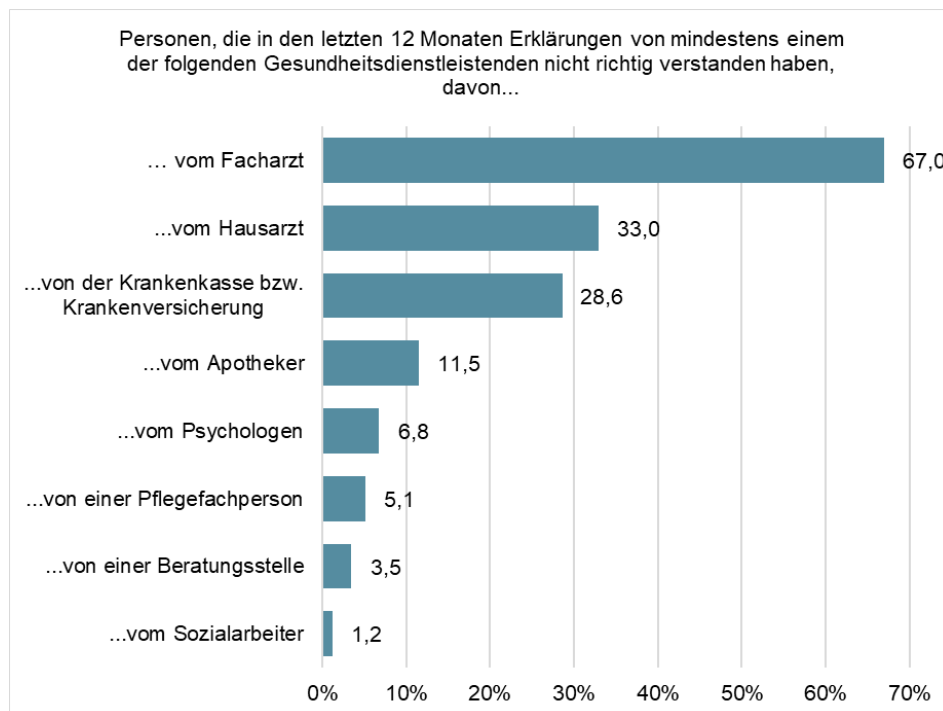
Eine Betrachtung differenziert nach Bevölkerungsgruppen zeigt, dass auch hier Personen mit niedrigem Sozialstatus (46,0 Prozent), niedrigem Bildungsgrad (51,9 Prozent), chronischer Erkrankung (45,5 Prozent) sowie ab einem Alter von 65 Jahren (44,9 Prozent) statistisch signifikant häufiger in den letzten 12 Monaten Erklärungen von Gesundheitsdienstleistenden nicht richtig verstanden haben als Personen der jeweiligen Vergleichsgruppen³⁰.

²⁹ Als Gesundheitsdienstleistende sind hier genannt worden: Hausärztin/Hausarzt, Fachärztin/Facharzt, Krankenkasse, Apothekerin/Apotheker, Psychologin/Psychologe, Pflegefachperson, Beratungsstelle, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter. Dabei konnten Mehrfachantworten gegeben werden.

³⁰ Die Daten dazu sind in dem vorliegenden Bericht nicht gezeigt.

Probleme, Erklärungen zu verstehen, treten mit Abstand am häufigsten in der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten auf. Von denjenigen, die in den letzten 12 Monaten über Verständnisprobleme berichten, geben 67 Prozent an, Erklärungen einer Fachärztin oder eines Facharztes nicht richtig verstanden zu haben³¹. Ein Drittel der Befragten mit Verständnisproblemen hatte Schwierigkeiten bei den Erklärungen der Hausärztin oder des Hausarztes (33 Prozent) und weitere 28,6 Prozent bei der Krankenkasse oder Krankenversicherung. Etwa jede bzw. jeder neunte Befragte mit Verständnisproblemen hat in den letzten 12 Monaten Erklärungen der Apothekerin oder des Apothekers nicht richtig verstanden (11,5 Prozent). Erklärungen von anderen Gesundheitsdienstleistenden wurden in der Bevölkerung von jeweils nur deutlich kleineren Anteilen im vergangenen Jahr nicht richtig verstanden (Abbildung 36).

Abbildung 36: Verständlichkeit von Erklärungen durch Gesundheitsdienstleistende (HLS-GER 2)



Der Ausbruch der Corona Pandemie hat Folgen für das gesundheitsbezogene Informationsverhalten: Verständnisprobleme in der älteren Bevölkerung nehmen zu

Während der Corona Pandemie sind Verständnisprobleme der Bevölkerung in der Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden tendenziell größer geworden. Der Anteil der Bevölkerung, der in den vergangenen 12 Monaten Erklärungen eines Gesundheitsdienstleistenden nicht richtig verstanden hat, ist von 34,9 auf 37,3 Prozent leicht, aber nicht statistisch signifikant gestiegen.

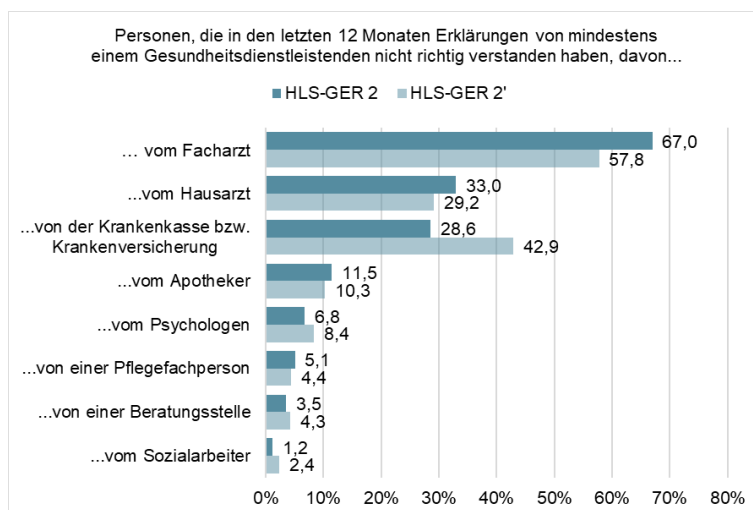
³¹ Anzumerken ist, dass hierbei die Häufigkeit der Nutzung verschiedener Gesundheitsdienstleistender nicht berücksichtigt wurde. Wie in Kapitel 3.4 gezeigt, wurden Hausärztinnen/-ärzte im vergangenen Jahr häufiger als Fachärztinnen/-ärzte konsultiert. Dennoch ist der Anteil an Befragten, die Informationen ihrer Hausärztin oder ihres Hausarztes nicht richtig verstanden haben, deutlich geringer als bei Fachärztinnen oder -ärzten.

Dabei hat der Altersgradient in dieser Frage deutlich zugenommen: Während der ohnehin niedrige Anteil der 18- bis 29-Jährigen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten Erklärungen eines Gesundheitsdienstleistenden nicht richtig verstanden zu haben, tendenziell weiter gesunken ist (von 28,9 auf 21,3 Prozent), ist der Anteil der ab 65-Jährigen, die von Verständnisproblemen berichten, statistisch signifikant von 44,9 auf 54,3 Prozent gestiegen.

Besonders Erklärungen der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung bereiten der Bevölkerung während der Corona Pandemie häufiger Verständnisprobleme. Gegenüber vormals 28,6 Prozent berichten nun 42,9 Prozent der Bevölkerung mit Verständnisproblemen in den vergangenen 12 Monaten davon, dass diese bei Erklärungen der Krankenkasse oder Krankenversicherung aufgetreten sind. Diese Veränderung ist statistisch signifikant.

Beim Verständnis der Erklärungen von Ärztinnen und Ärzten führt die Corona Pandemie hingegen zu einer Verbesserung – besonders bei Fachärztinnen und Fachärzten. Während vor der Corona Pandemie 67,0 Prozent der Bevölkerung mit Verständnisproblemen angeben, Erklärungen der Fachärztin oder des Facharztes in den letzten 12 Monaten nicht richtig verstanden zu haben, trifft dies aktuell auf 57,8 Prozent der Bevölkerung zu (Abbildung 37). Diese Veränderung ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Abbildung 37: Verständlichkeit von Informationen durch Gesundheitsdienstleistende vor und während der Corona Pandemie (HLS-GER 2 und HLS-GER 2')



Informationswünsche

Ungestillte Informationswünsche zu Gesundheitsthemen gibt es in der Bevölkerung vor allem, wenn es um Behandlungsalternativen geht. Fast die Hälfte der Befragten (47,0 Prozent) wünscht sich hierzu mehr Information. Auch Qualitätsfragen stehen an ranghoher Position bei den Informationswünschen. 42,4 Prozent hätten gern mehr Informationen über die Qualität von Krankenhäusern und jeweils 39,9 Prozent über die Qualität von Ärztinnen und Ärzten sowie über die eigenen Rechte als Patientin bzw. Patient. Aber auch Fragen der Kostenerstattung von Gesundheitsleistungen durch Krankenkassen spielen eine wichtige Rolle: 42,3 Prozent der Befragten hätten dazu gern mehr Information (Abbildung 38)³².

Abbildung 38: Informationswünsche der Bevölkerung (HLS-GER 2)



Eher selten wünscht die Bevölkerung zusätzliche Information zu digitalen Gesundheitsanwendungen bzw. Apps (8,4 Prozent), über die elektronische Patientenakte (17,3 Prozent), über Impfpfehlungen (17,5 Prozent) sowie darüber, wie die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden gefördert werden können (17,6 Prozent). Bei den Ergebnissen zu digitalen Gesundheitsanwendungen bzw. Apps und der elektronischen Patientenakte ist allerdings zu bedenken, dass diese Themen vermutlich noch relativ wenig im Bewusstsein der Bevölkerung präsent sind, weil die aktuelle Gesetzeslage zur Digitalisierung des Gesundheitswesens, wie beispielsweise das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das Patientendaten-Schutz-Gesetz

³² Auch bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

(PDSG) oder das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG), die einen Anspruch auf eine Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen oder die Einführung der elektronischen Patientenakte vorsehen, bislang nicht sehr breitenwirksam kommuniziert wurde.

Zusammengefasst deuten die Ergebnisse an, dass die Motivation und das Interesse, sich mit Gesundheitsinformation auseinanderzusetzen, in der Bevölkerung recht hoch sind – bei einigen Bevölkerungsgruppen noch ausgeprägter als bei anderen.

Nicht weniger groß sind allerdings auch die ungestillten Informationswünsche – besonders wenn es um die aktive Mitwirkung im Behandlungsprozess, Patientenrechte und Qualitätsfragen geht. Ebenso wie an anderen Stellen deutet sich hier an, dass dem Wandel der Patientenrolle hin zu mehr Ko-Produktion, Partizipation, Autonomie und Selbstbestimmung noch immer Informationsasymmetrien und Verständnisprobleme entgegenstehen. Sie erschweren – wie der Abschnitt zur navigationalen Gesundheitskompetenz zeigt – auch die Orientierung im Gesundheitssystem. Die Informationsasymmetrien und auch die bestehenden Verständnisprobleme (insbesondere älterer Menschen) dürften u. a. darauf zurückzuführen sein, dass es den Gesundheitsprofessionen – allen voran Ärztinnen und Ärzten – nicht immer gelingt, Informationen einfach verstehbar zu vermitteln (siehe auch Kapitel 7).

5 Digitale Gesundheitskompetenz

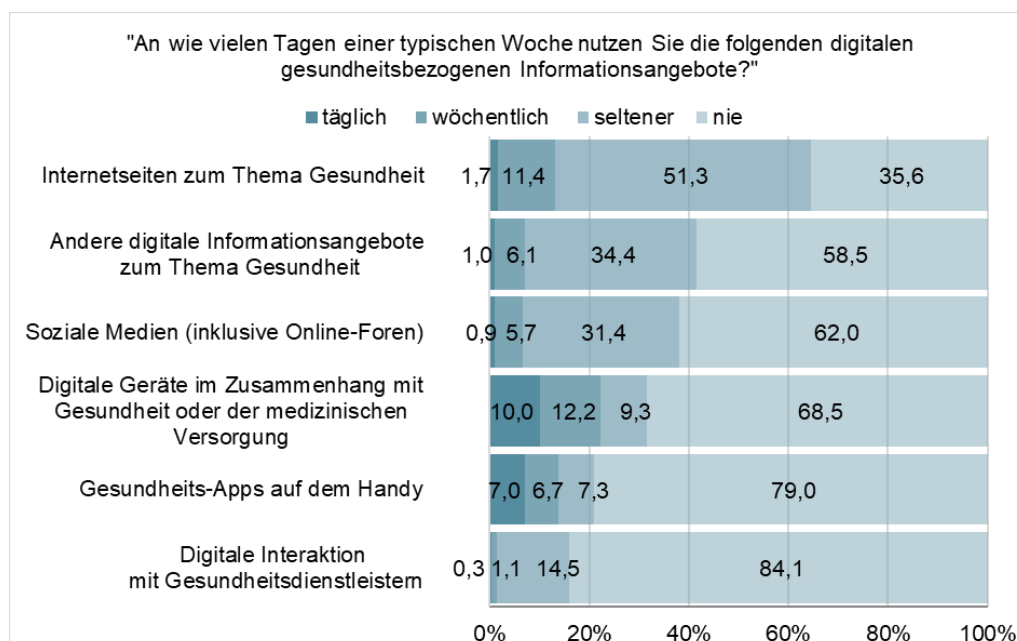
Zu den drei neu in die Studie aufgenommenen Themen gehört auch die digitale Gesundheitskompetenz, deren gesellschaftliche Relevanz inzwischen unübersehbar ist, denn in allen Lebensbereichen schreitet die Digitalisierung zügig voran – auch im Gesundheitswesen. Durch die Corona Pandemie hat diese Entwicklung neue Schubkraft bekommen. Inwieweit sie auf eine ausreichend ausgeprägte Gesundheitskompetenz trifft, ist eine bislang offene Frage. Um sie zu beantworten, erfolgt hier erstmals in diesem Kontext eine Analyse der digitalen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland.

Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote

Bevor die Ergebnisse zur digitalen Gesundheitskompetenz dargestellt werden, wird zunächst die Nutzung der verschiedenen digitalen gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten betrachtet. Dabei steht nicht die Frage danach im Vordergrund, welche digitalen und nicht digitalen Informationsquellen und -angebote von den Befragten bevorzugt, sondern wie gesundheitsbezogene digitale Informationsmöglichkeiten real genutzt werden.

Die Ergebnisse zeigen ein sehr heterogenes Bild, denn die Nutzerreichweiten und die Nutzungsfrequenzen der Angebote sind sehr unterschiedlich. So werden Internetseiten zum Thema Gesundheit zwar von fast zwei Dritteln der Bevölkerung genutzt, aber nur 11,4 Prozent suchen solche Seiten in der Regel mindestens wöchentlich auf; 35,6 Prozent tun das nie (Abbildung 39).

Abbildung 39: Nutzungshäufigkeit digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote (HLS-GER 2)

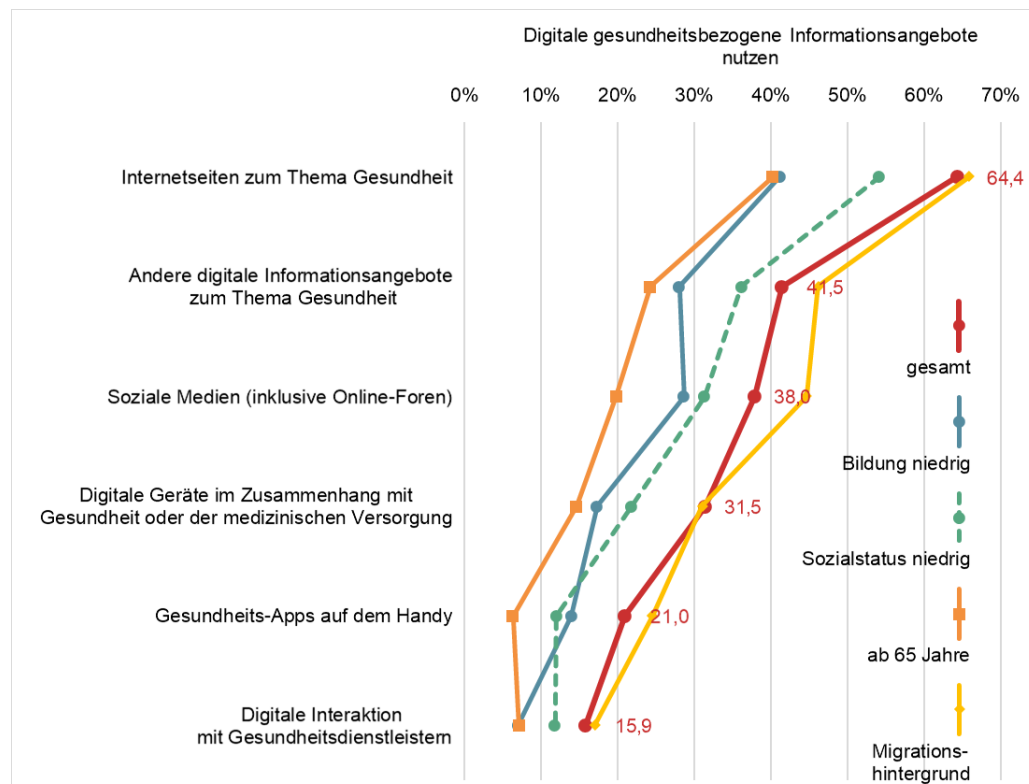


Wenn es um soziale Medien bzw. Online-Foren geht, ist die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer deutlich kleiner: 38 Prozent der Bevölkerung informieren sich über diese Kanäle über Gesundheitsthemen oder frequentieren sie zum Austausch, 5,7 Prozent in der Regel mindestens einmal in der Woche. Mit Gesundheitsdienstleistenden (Ärztinnen/Ärzten; Pflegenden etc.) interagieren bislang nur insgesamt 15,9 Prozent der Bevölkerung digital und dies fast ausschließlich seltener als einmal in der Woche.

Sowohl Wearables, also digitale Geräte im Zusammenhang mit Gesundheit wie z. B. Fitnessarmbänder oder Schrittzähler, als auch Gesundheits-Apps auf dem Handy, um z. B. den Kalorienverbrauch zu kontrollieren, die Medikamenteneinnahme zu unterstützen oder körperliche Aktivität zu messen, werden lediglich 31,5 Prozent bzw. von 21,0 Prozent der Bevölkerung genutzt. Der Anteil sehr regelmäßiger Nutzerinnen und Nutzer liegt hier aber deutlich höher: Jede bzw. jeder Zehnte nutzt Wearables täglich, weitere 12,2 Prozent geben an, dies mindestens einmal in der Woche zu tun. Gesundheits-Apps auf ihrem Handy nutzen 7 Prozent täglich und 6,7 Prozent wöchentlich.

Betrachtet man, wie die verschiedenen digitalen Möglichkeiten zur Gesundheitsinformation von unterschiedlichen Teilgruppen der Bevölkerung genutzt werden, zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 40): Auffällig häufig – und meist noch häufiger als von der Allgemeinbevölkerung – werden die erfragten digitalen Informationsmöglichkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen. Dabei stechen besonders die sozialen Medien hervor: Sie werden von 44,7 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund genutzt, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren oder auszutauschen; Menschen ohne Migrationshintergrund nutzen sie mit nur 37,0 Prozent statistisch signifikant geringer.

Abbildung 40: Genutzte digitale gesundheitsbezogene Informationsangebote nach ausgewählten Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)

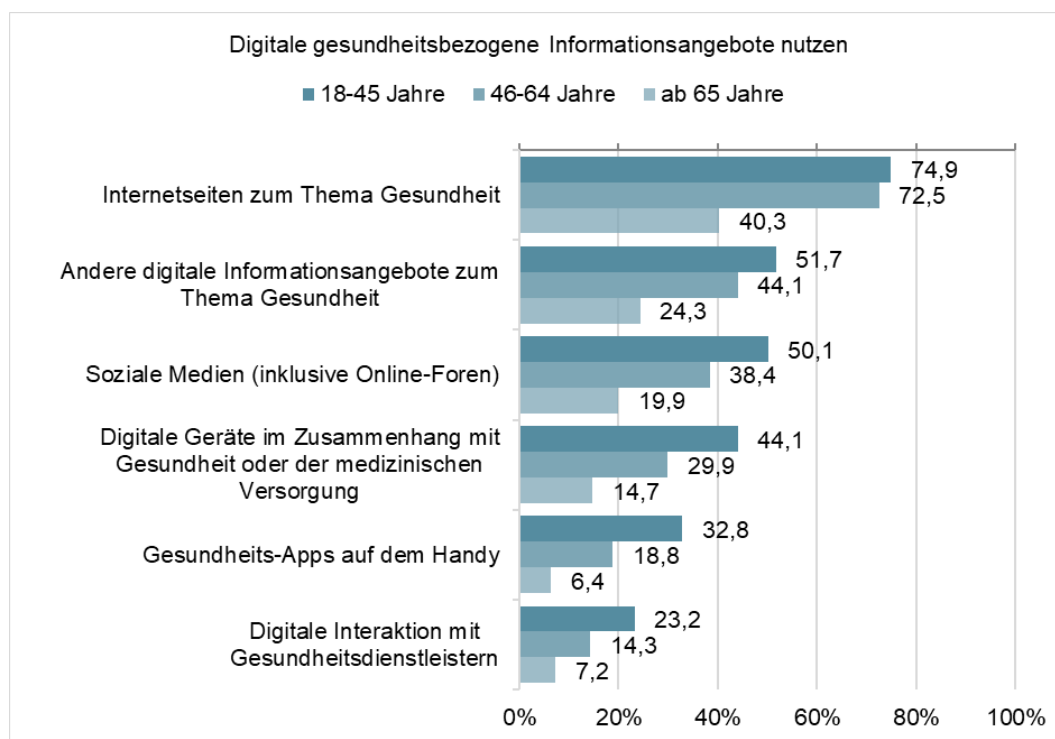


Von Menschen im höheren Lebensalter werden digitale Informationsmöglichkeiten am seltensten genutzt: Bei ihnen liegt der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer bei allen Angeboten statistisch signifikant unter den Anteilen der Vergleichsgruppen. Ihnen folgen mit etwas Abstand Menschen mit niedriger Bildung und niedrigem Sozialstatus. Auch sie nehmen alle genannten digitalen Informationsmöglichkeiten vergleichsweise wenig und signifikant seltener als Personen aus den oberen (und in den meisten Fällen auch aus den mittleren) Bildungs- und Sozialschichten in Anspruch.

Besonders große Unterschiede lassen sich erkennen, wenn die Verteilung der Nutzung digitaler Medien gesondert nach Altersgruppen betrachtet wird (Abbildung 41). Dann wird sichtbar, dass Personen ab 65 Jahren alle genannten Informationsmöglichkeiten deutlich weniger als jüngere Altersgruppen in Anspruch nehmen. Zwar nutzen 40,3 Prozent von ihnen Internetseiten zum Thema Gesundheit, aber Gesundheits-Apps werden nur von 6,4 Prozent verwendet, und digitale Interaktionen mit Gesundheitsprofessionen erfolgen nur bei 7,2 Prozent der über 65-Jährigen.

Am intensivsten werden diese Möglichkeiten von den 18- bis 45-Jährigen in Anspruch genommen: Rund drei Viertel (74,9 Prozent) von ihnen nutzen Internetseiten zum Thema Gesundheit, rund die Hälfte (50,1 Prozent) soziale Medien und Online-Foren, 44,1 Prozent Wearables, 32,8 Prozent Gesundheits-Apps auf dem Smartphone, und immerhin rund jede bzw. jeder Vierte (23,2 Prozent) dieser Altersgruppe tauscht sich mit Gesundheitsdienstleistenden auch digital aus. Bei der Nutzung digitaler Informationsmöglichkeiten zeigt sich also eine starke Altersabhängigkeit.

Abbildung 41: Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote nach Altersgruppen (HLS-GER 2)



Stärkere Nutzung gesundheitsbezogener digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote und Kommunikationsmöglichkeiten

Die Nutzung gesundheitsbezogener digitaler Informationsangebote und Kommunikationsmöglichkeiten hat während der Corona Pandemie zugenommen. Die Zusatzerhebung zeigt gestiegene Nutzungshäufigkeiten sowohl für Internetseiten zum Thema Gesundheit, als auch für digitale Geräte im Zusammenhang mit der Gesundheit oder medizinischen Versorgung (z. B. Schrittzähler, Smartwatches, Fitnessarmbänder, etc.), für Gesundheits-Apps auf dem Handy, für die digitale Interaktion mit Gesundheitsdienstleistenden sowie für andere digitale Informationsangebote zum Thema Gesundheit.

Dabei ist der Nutzerkreis digitaler Interaktionsangebote mit Gesundheitsprofessionen statistisch signifikant von 15,9 Prozent auf 23,4 Prozent der Bevölkerung gestiegen. Die anderen digitalen Angebote werden jetzt zwar in höherer Frequenz als vor der Corona Pandemie genutzt, ohne dass sich aber deren Nutzerkreise signifikant vergrößert hätten; d. h. Personen, die diese Optionen auch schon zuvor in Anspruch genommen haben, nutzen sie jetzt intensiver. Eine Übersicht ist dem Anhang zu entnehmen.

Die Nutzung dieser gesundheitsbezogenen digitalen Informationsangebote und Kommunikationsmöglichkeiten hat sich unterschiedlich entwickelt. So hat die Nutzungshäufigkeit von digitalen Geräten und von Gesundheits-Apps bei Männern zugenommen, ohne dass dabei die Nutzerkreise (signifikant) größer geworden sind. Unter Personen ab 65 Jahren hat der Anteil der täglichen Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheits-Apps und Wearables tendenziell zugenommen, ebenfalls ohne dass sich die Nutzerkreise insgesamt vergrößert hätten. 18- bis 29-Jährige nutzen jetzt häufiger Webseiten zu Gesundheitsthemen und Smartphone-Apps. Auch hier haben sich aber die Nutzerkreise nicht signifikant vergrößert. 46- bis 64-Jährige nutzen Gesundheits-Apps während der Pandemie häufiger und verbreiteter als zuvor. Und sowohl 18- bis 29-Jährige als auch 46- bis 64-Jährige nutzen in höheren Anteilen jetzt Möglichkeiten zur digitalen Interaktion mit Gesundheitsdienstleistenden.

Sowohl Personen aus unteren als auch aus oberen Bildungsschichten nutzen Gesundheits-Apps häufiger als vor Ausbruch der Corona Pandemie, Personen aus unteren sowie mittleren Bildungsschichten nutzen digitale Kommunikationsmöglichkeiten mit Gesundheitsdienstleistenden jetzt verbreiteter. Auch Personen mit niedrigem Sozialstatus nutzen manche der genannten digitalen Informations- und Kommunikationsangebote verbreiteter oder häufiger (statistisch nicht signifikant), Personen aus mittleren Sozialschichten nutzen speziell digitale Kommunikationsmöglichkeiten mit Gesundheitsdienstleistenden statistisch signifikant verbreiteter.

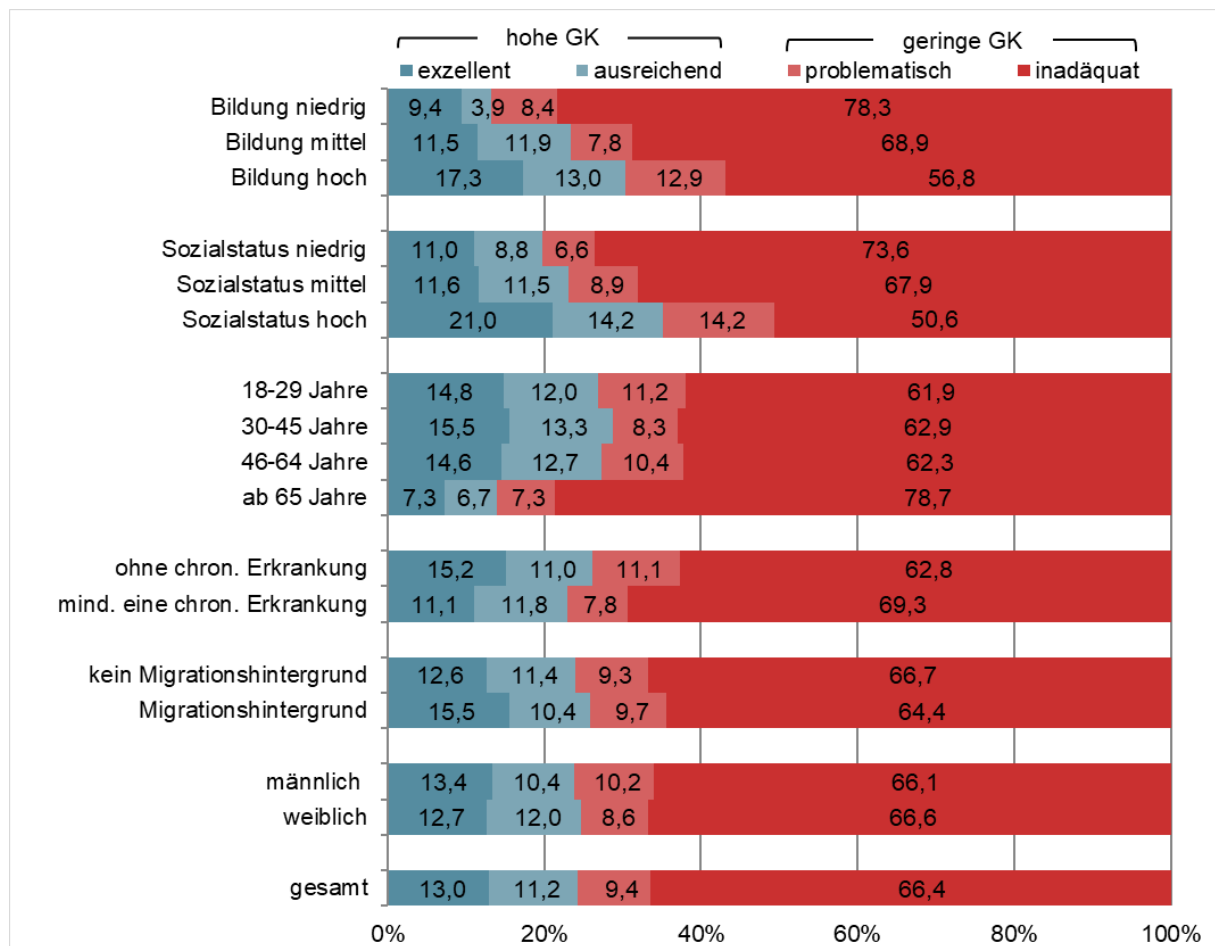
Personen mit chronischen Erkrankungen nutzen Internetseiten zum Thema Gesundheit und Wearables häufiger und soziale Medien sowie Möglichkeiten der digitalen Interaktion mit Gesundheitsdienstleistenden signifikant verbreiteter.

Webseiten, Wearables und Smartphone-Apps werden auch von Personen mit Migrationshintergrund häufiger genutzt (statistisch nicht signifikant).

Ausprägung digitaler Gesundheitskompetenz

Die digitale Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeiten, im Internet relevante Gesundheitsinformation zu suchen, zu finden, sie zu verstehen, deren Zuverlässigkeit zu beurteilen und sie umzusetzen, ist in der Bevölkerung in Deutschland relativ schwach ausgeprägt. Wie Abbildung 42 zeigt, beträgt der Anteil inadäquater Gesundheitskompetenz hier 66,4 Prozent. 9,4 Prozent der Bevölkerung weisen zusätzlich eine problematische digitale Gesundheitskompetenz auf, womit der Anteil geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich mit 75,8 Prozent im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz bedeutend höher ist.

Abbildung 42: Digitale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



Ähnliches zeigt sich bei einem Blick auf die unterschiedlichen vulnerablen Gruppen: Auch bei ihnen überwiegt durchgängig der Anteil inadäquater digitaler Gesundheitskompetenz. Zugleich werden auch hier soziale Unterschiede sichtbar: So sehen sich Menschen aus niedrigen Sozial- und Bildungsschichten bei dem Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen statistisch signifikant häufiger vor Probleme gestellt als Menschen aus höheren Schichten. 80,2 Prozent der Personen mit niedrigem Sozialstatus und sogar 86,7 Prozent der Menschen mit niedrigem Bildungsgrad verfügen über eine geringe digitale Gesundheitskompetenz.

Auf Personen ab 65 Jahren trifft ähnliches zu: Mit 86,0 Prozent haben sie den höchsten Anteil an geringer digitaler Gesundheitskompetenz. In den anderen Altersgruppen ist er mit 73,1 bei

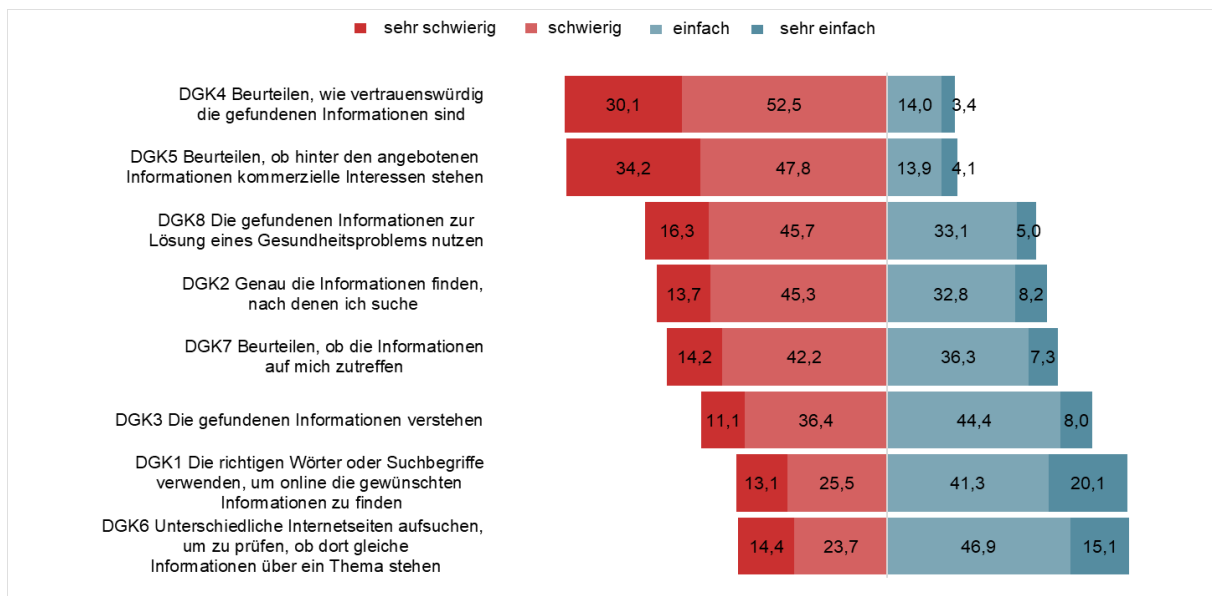
den 18-29-Jährigen, 71,2 Prozent bei den 30-45-Jährigen und 72,7 Prozent bei den 46-64-Jährigen signifikant geringer.

Weniger groß sind die Unterschiede zwischen Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit und ohne chronische Krankheit. Bei Letzteren liegt der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz bei 73,9 Prozent, bei Personen mit mindestens einer chronischen Krankheit ist er mit 77,1 Prozent etwas höher.

Zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sind die Unterschiede gering. Bemerkenswert ist aber, dass sie – wie oben berichtet – viele der digitalen Informationsangebote nicht nur häufiger nutzen, sondern auch tendenziell weniger Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen haben.

Fragt man danach, was der Bevölkerung im Umgang mit digitalen Informationen Schwierigkeiten bereitet, zeigt sich auch hier, dass die Beurteilung von Informationen für sie die größte Herausforderung darstellt (Abbildung 43): Für über 82 Prozent der Bevölkerung ist es (sehr) schwierig zu beurteilen, wie vertrauenswürdig die gefundenen Informationen sind. Fast ebenso viele Befragte finden es (sehr) schwer einzuschätzen, ob hinter den Informationen kommerzielle Interessen stehen.

Abbildung 43: Digitale Gesundheitskompetenz: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)



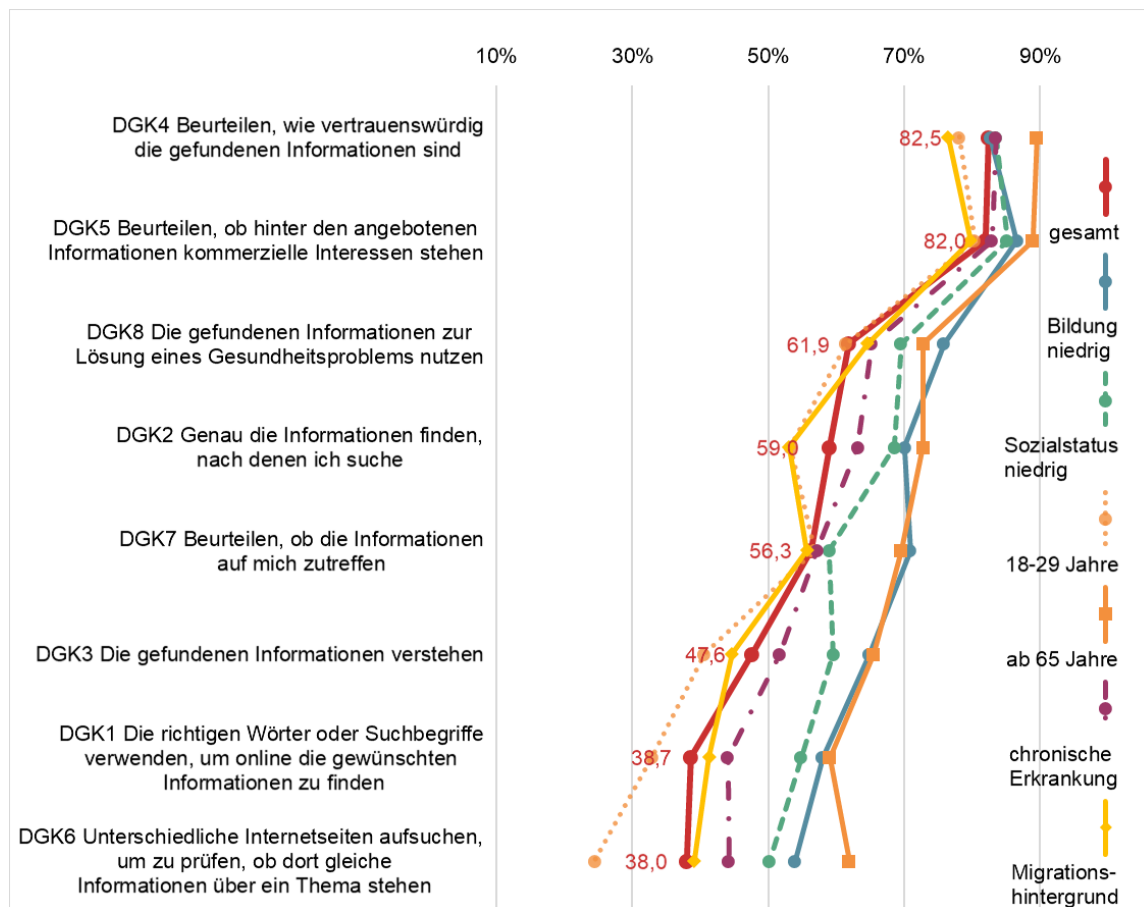
Auch bereits genau die digitale Gesundheitsinformation zu finden, nach der man sucht, scheint für viele Menschen nicht einfach zu sein; dies stufen 59 Prozent als (sehr) schwierig ein. Noch häufiger wird als problematisch eingeschätzt, die gefundenen Informationen anzuwenden: 62 Prozent halten es für (sehr) schwierig, die gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems heran zu ziehen.

Am wenigsten Schwierigkeiten haben die Befragten damit, sich zielgerichtet im Internet zu bewegen. Die Mehrheit findet es (sehr) einfach, die richtigen Suchbegriffe zu verwenden. Über 61 Prozent finden dies (sehr) leicht, und auch unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen,

um zu prüfen, ob dort gleiche Informationen über ein Thema stehen, wird von dem Großteil (62 Prozent) als (sehr) einfach empfunden.

Wie Abbildung 44 verdeutlicht, bestehen bei den als (sehr) schwierig oder (sehr) einfach eingeschätzten Anforderungen im Umgang mit digitalen Informationen deutliche Unterschiede nach Bildung, Status, Alter, Vorliegen chronischer Krankheit und Migrationshintergrund. Insbesondere ältere Personen ab 65 Jahren und Menschen aus unteren Bildungs- oder Sozialschichten finden es deutlich und statistisch signifikant schwieriger, die richtigen Wörter oder Suchbegriffe zu verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden, unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um zu prüfen, ob dort die gleichen Informationen über ein Thema stehen, genau die Informationen zu finden, nach denen man sucht, sowie die gefundenen Informationen zu verstehen.

Abbildung 44: Digitale Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)

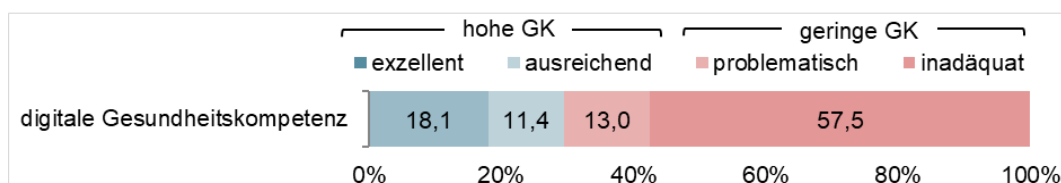


Die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist seit Ausbruch der Corona Pandemie gestiegen

Ebenso wie die Nutzung gesundheitsbezogener digitaler Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten hat auch der Anteil hoher digitaler Gesundheitskompetenz der Bevölkerung während der Corona Pandemie zugenommen (Abbildung 45). Der Anteil der Bevölkerung mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz ist von 75,8 Prozent auf 70,5 Prozent statistisch signifikant zurückgegangen, darunter insbesondere der Anteil der Bevölkerung mit inadäquater digitaler Gesundheitskompetenz von 66,4 auf 57,5 Prozent). Signifikant gestiegen ist auf der anderen Seite der Anteil der Bevölkerung mit exzellenter digitaler Gesundheitskompetenz – von 13,0 auf 18,1 Prozent.

Ein Rückgang der empfundenen Schwierigkeit zeigt sich bei allen acht digitalen Informationsaufgaben, die die Befragten zu beurteilen hatten. Am schwächsten fällt er bei den beiden Aufgaben aus, bei denen es um die Beurteilung der Qualität von Informationen geht. Diese Aufgaben werden nach wie vor auch als mit Abstand am schwierigsten empfundenen. Der Rückgang des Anteils derer, die es als (sehr) schwierig empfinden, zu beurteilen, ob hinter (digitalen) Informationen kommerzielle Interessen stehen, ist als einziger statistisch nicht signifikant. Am stärksten geht die empfundene Schwierigkeit zurück, wenn es um das Verstehen von (digitalen) Informationen geht, sowie darum, die (digital) gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems zu nutzen.

Abbildung 45: Digitale Gesundheitskompetenz (HLS-GER 2')



Fähigkeit und Möglichkeit zur digitalen Kommunikation

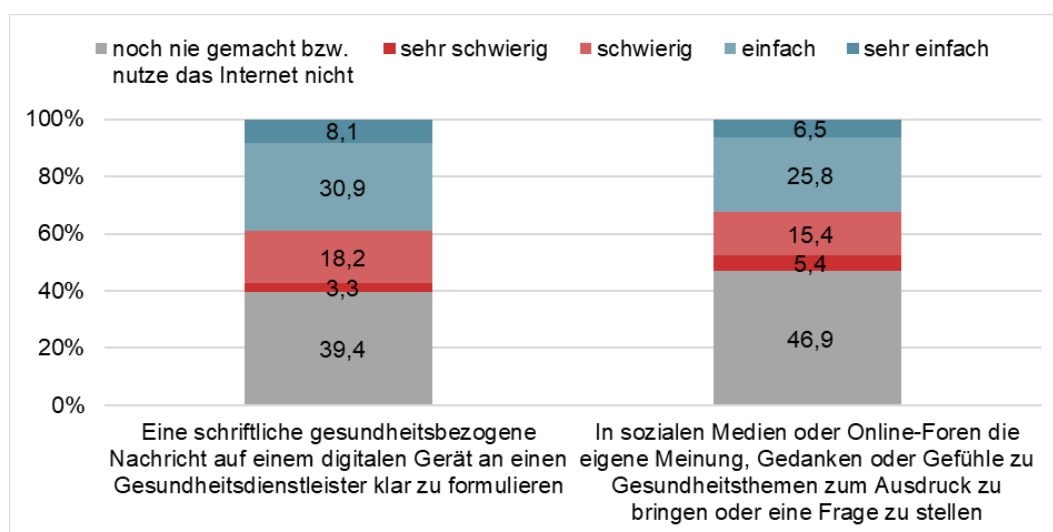
Ergänzend wurden zwei Fragen zur digitalen Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden sowie in sozialen Medien bzw. Online-Foren gestellt. Gefragt wurde a) wie einfach oder schwierig es ist, auf einem digitalen Gerät eine schriftliche Nachricht an einen Gesundheitsdienstleistenden klar zu formulieren und b) wie einfach oder schwierig es ist, in sozialen Medien oder Online-Foren Meinungen, Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Bevölkerung kaum Erfahrung mit diesen digitalen Praktiken hat (Abbildung 46). Zur digitalen Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden geben 39,4 Prozent an, dass sie diese noch nie praktiziert haben oder das Internet nicht nutzen. 21,5 Prozent geben an, es (sehr) schwierig zu finden, eine gesundheitsbezogene schriftliche Nachricht auf einem digitalen Gerät an Gesundheitsdienstleistende klar zu formulieren. Bei der Nutzung sozialer Medien bzw. Online-Foren liegt der Anteil derer, die dies noch nie gemacht haben oder das Internet nicht nutzen, mit 46,9 Prozent noch höher.

Sich über Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen in sozialen Medien oder Online-Foren mitzuteilen, bewertet hier ebenfalls mehr als jede bzw. jeder Fünfte (20,8 Prozent) als (sehr) schwierig.

Auch die Möglichkeiten und Fähigkeiten zur digitalen Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden sind stark vom Alter sowie dem Sozialstatus und dem Bildungsniveau abhängig. Während in den Altersgruppen unter 65 Jahren die Anteile derer, die das für (sehr) einfach halten, jeweils über 40 Prozent liegen und die Anteile derer, die das als (sehr) schwierig beurteilen, in etwa im Verhältnis 2:1 überwiegen, schätzen gerade einmal 21,1 Prozent der ab 65-Jährigen das als (sehr) einfach ein; 15,9 Prozent dagegen als (sehr) schwierig. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Eine Mehrheit von 63,1 Prozent dieser Altersgruppe äußert sich dazu allerdings nicht, entweder, weil sie das Internet nicht nutzen oder weil sie so etwas noch nicht gemacht haben.

Abbildung 46: Möglichkeit und Fähigkeit zur gesundheitsbezogenen digitalen Kommunikation (HLS-GER 2)



Personen aus unteren Bildungs- oder Sozialschichten tun sich ebenfalls zu einem statistisch signifikant größeren Anteil schwer, digitale Nachrichten an Gesundheitsdienstleistende klar zu formulieren. Der Anteil derjenigen, die das als (sehr) einfach beurteilen, ist in diesen Gruppen nur etwas kleiner als der Anteil derjenigen, die das als (sehr) schwierig empfinden. Konkret liegt er bei 18 bzw. 24 Prozent. Etwa die Hälfte der Personen aus diesen Teilgruppen gibt allerdings keine konkrete Antwort auf die Frage, weil sie das Internet nicht nutzen oder solche Nachrichten noch nicht verfasst haben. Bei Personen aus oberen Bildungs- und Sozialschichten hält es jeweils weit über die Hälfte (rund 53 bzw. 60 Prozent) für (sehr) einfach, digitale Nachrichten an einen Gesundheitsdienstleistenden klar zu formulieren.

Auch wenn es darum geht, in sozialen Medien oder Onlineforen seine Meinungen, Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen oder eine Frage zu stellen, sind bedeutsame Unterschiede zwischen den Sozial- und Bildungsschichten festzustellen. Personen aus höheren Schichten schätzen das ebenfalls signifikant häufiger als (sehr) einfach ein als Personen aus unteren Schichten. Gleichwohl sind die Schichtunterschiede in dieser

Frage begrenzter als wenn es – wie vorangehend dargestellt – darum geht, gesundheitsbezogene Nachrichten an Gesundheitsdienstleistende auf einem digitalen Gerät klar zu formulieren.

Personen ab 65 Jahren empfinden es in signifikant kleineren Teilen als (sehr) einfach (13,6 Prozent) als jüngere Personen. Aber auch hier ist der Anteil derer, die keine konkrete Antwort auf die Frage geben, mit 72,1 Prozent hoch³³.

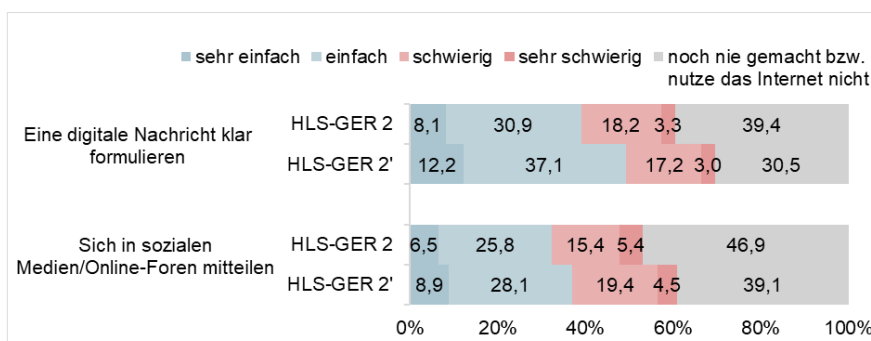
Verbesserte Fähigkeiten zur digitalen Kommunikation

Parallel zur Zunahme der Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten und der digitalen Gesundheitskompetenz haben sich auch die Fähigkeiten der Bevölkerung zur digitalen Kommunikation über gesundheitliche Themen während der Corona Pandemie verbessert (Abbildung 47). So ist der Anteil der Bevölkerung, der es als (sehr) einfach empfindet, eine gesundheitsbezogene Nachricht an einen Gesundheitsdienstleistenden auf einem digitalen Gerät klar zu formulieren, von 39,0 Prozent auf 49,3 Prozent statistisch signifikant gestiegen.

Auch der Anteil derjenigen, die so etwas überhaupt schon gemacht haben, ist signifikant gewachsen: von 60,6 Prozent auf 69,5 Prozent. Ebenso ist der Anteil derjenigen, die es als (sehr) einfach empfinden, in sozialen Medien oder Online-Foren ihre Meinung, Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen, von 32,3 Prozent auf 37,0 Prozent angestiegen.

Die Fähigkeit (und Möglichkeit) zur digitalen Gesundheitskommunikation hat dabei in fast allen der näher betrachteten Bevölkerungsgruppen zugenommen – nicht jedoch bei Personen ab 65 Jahren. Ansonsten haben die Anteile derer, die diese Punkte als (sehr) einfach empfinden, in oberen Sozial- und Bildungsschichten (auf deutlich höherem Niveau) weniger stark zugenommen als in mittleren und unteren Schichten, unter Frauen stärker als unter Männern und unter Personen ohne chronische Erkrankungen bzw. ohne Migrationshintergrund stärker als unter Personen mit chronischen Erkrankungen bzw. mit Migrationshintergrund.

Abbildung 47: Möglichkeit und Fähigkeit zur gesundheitsbezogenen digitalen Kommunikation (HLS-GER 2 und HLS-GER 2')



³³ Die Daten dazu sind in dem vorliegenden Bericht nicht gezeigt.

Festhalten lässt sich als Zwischenfazit, dass die digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland sehr schwach ausgeprägt ist und dringend der Verbesserung bedarf. Zugleich existieren auch bei der digitalen Gesundheitskompetenz große soziale Unterschiede. Insbesondere ältere Personen und Menschen aus unteren Bildungs- und Sozialschichten nutzen digitale Informationsmöglichkeiten nicht nur weniger häufig; sie finden es auch deutlich häufiger (sehr) schwierig, die Anforderungen beim Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen zu bewältigen.

Eine Veränderung – so deuten die Daten der Zusatzerhebung an – scheint die Corona Pandemie mit sich zu bringen, nicht zuletzt, weil große Teile der Bevölkerung vermutlich im Schnellverfahren gelernt haben, besser mit digitaler Gesundheitsinformation und digitaler Kommunikation umzugehen. Darauf lässt die in dieser Phase intensivierete Nutzungshäufigkeit digitaler Informationsangebote und Kommunikationsmöglichkeiten schließen. Allerdings trifft dies nicht auf alle Bevölkerungsgruppen zu. Das gilt etwa für ältere Menschen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse zur digitalen Gesundheitskompetenz, dass in diesem Bereich erheblicher Handlungsbedarf besteht, auch um den Entwicklungsrückstand im Vergleich zu anderen Ländern aufzuholen und ebenso, um eine Ausweitung der bestehenden digitalen Kluft zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen zu verhindern.

6 Navigationale Gesundheitskompetenz

Zu den neu aufgegriffenen Themen gehört auch die navigationale Gesundheitskompetenz. In vielen Ländern sind die Gesundheitssysteme immer komplexer und unüberschaubarer geworden. Das deutsche Gesundheitssystem bildet hier keine Ausnahme. Damit einhergehend sind auch die Anforderungen an die Orientierung und Navigation der Nutzerinnen und Nutzer gestiegen.

Das belegen auch die zu diesem Thema in der vorliegenden Studie erhobenen Daten. Demnach war rund jede bzw. jeder fünfte Befragte schon einmal mit Orientierungsproblemen im Gesundheitssystem konfrontiert. Bei 19,9 Prozent ist es schon einmal vorgekommen, dass sie nicht wussten, an wen oder welche Stelle sie sich mit gesundheitlichen Sorgen oder Problemen wenden sollten. Überdurchschnittlich häufig trifft dies auf Personen aus der niedrigen Bildungs- oder Sozialschicht zu (27,6 Prozent; 26,8 Prozent). Aber auch Personen im höheren Alter ab 65 Jahren berichten signifikant häufiger von Orientierungsschwierigkeiten (24,7 Prozent). Bei Menschen mit Migrationshintergrund sind es 24,1 Prozent der Befragten.

Welche Herausforderungen die Navigation und der Umgang mit entsprechender Information dazu im Einzelnen aufwerfen, zeigen die Ergebnisse zur navigationalen Gesundheitskompetenz.

Dem Großteil der Bevölkerung in Deutschland bereiten die Navigation und der Umgang mit navigationsbezogener Information Schwierigkeiten. Darauf lässt der hohe Anteil an geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich schließen: Fast 83 Prozent der Befragten weist eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz auf, von denen ein beträchtlicher Teil – immerhin 68,4 Prozent – sogar über eine inadäquate Gesundheitskompetenz verfügt. Über eine exzellente navigationale Gesundheitskompetenz verfügen dagegen nur 8,4 Prozent, 8,9 Prozent verfügen über ausreichend Gesundheitskompetenz in diesem Bereich (Abbildung 48).

Auch hier zeigen sich soziale Unterschiede zwischen den verschiedenen Teilgruppen der Bevölkerung. Zwar ist der Anteil geringer (und besonders an inadäquater) navigationaler Gesundheitskompetenz bei allen betrachteten Teilgruppen sehr hoch. Dennoch zeigt vor allem ein Blick auf den Sozialstatus, dass der Anteil geringer navigationaler Gesundheitskompetenz mit 89,4 Prozent um einiges (und statistisch signifikant) höher ist als bei Personen mit hohem (69,6 Prozent) und mittlerem (83,7 Prozent) Sozialstatus.

Ähnliches – auch wenn statistisch nicht signifikant – zeigen die Ergebnisse für die Bildung der Befragten. Weniger als eine von zehn Personen mit niedriger Bildung verfügt über eine hohe Gesundheitskompetenz im Bereich der Navigation. Dagegen weisen 91,6 Prozent hier eine geringe Gesundheitskompetenz auf – ein Befund, der deutlich macht, wie schwierig die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem in Deutschland ist. Personen mit hoher Bildung haben hingegen nur zu 76,6 Prozent eine geringe Gesundheitskompetenz.

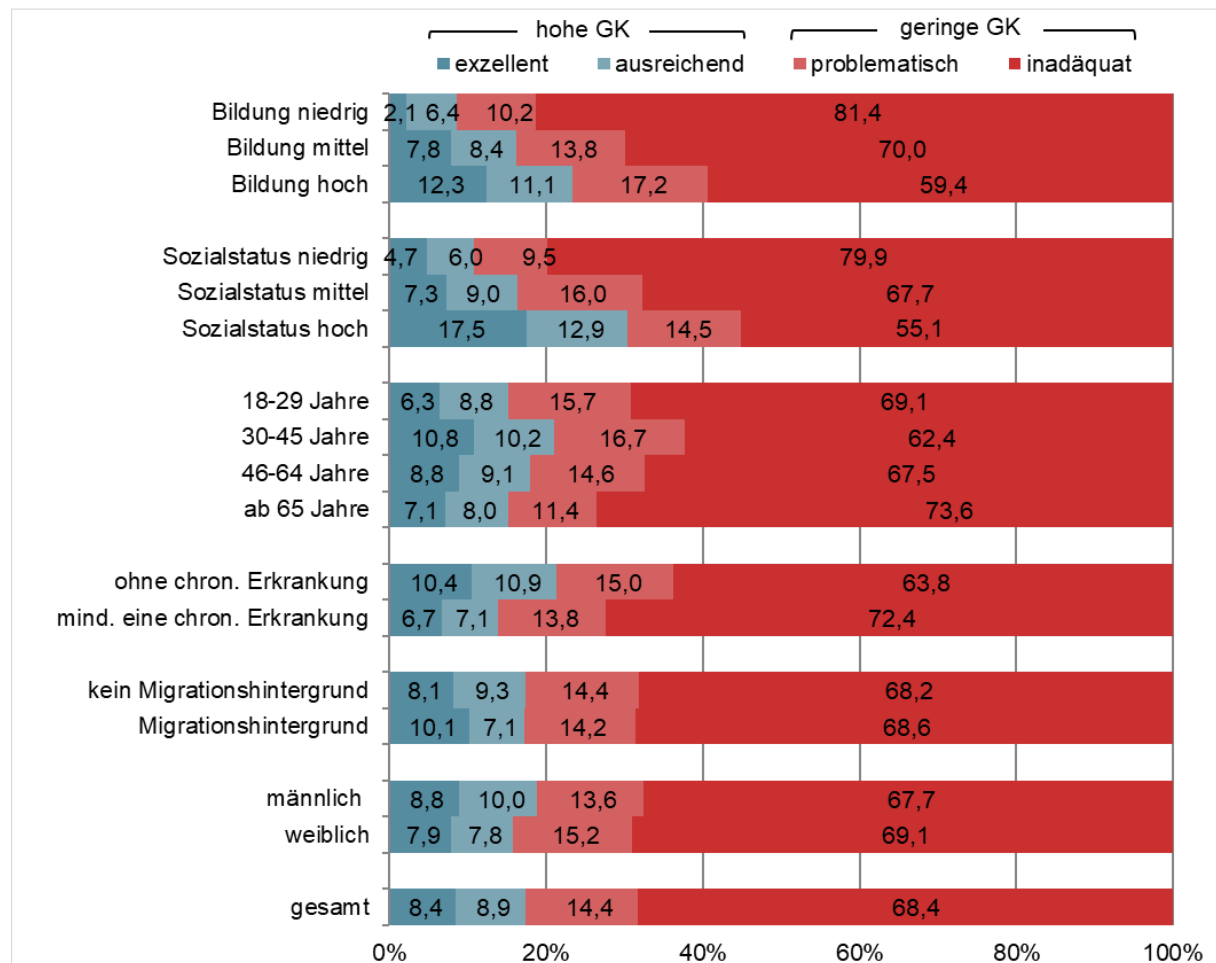
Menschen im höheren Alter, aber bemerkenswerterweise auch jüngere Personen zwischen 18 und 29 Jahren, verfügen im Bereich Navigation häufig über eine geringe Gesundheitskompetenz. Bei Menschen ab 65 Jahren beträgt der Anteil geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich 85 Prozent. Bei den 18- bis 25-Jährigen ist er mit 84,8 Prozent nahezu gleich

hoch. Diese Altersgruppen unterscheiden sich allerdings nicht statistisch signifikant von den anderen.

Auch bei Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung oder einem lang andauernden Gesundheitsproblem ist der Anteil geringer navigationaler Gesundheitskompetenz hoch: von ihnen haben 86,2 Prozent eine geringe navigationale Gesundheitskompetenz. Auch das stimmt nachdenklich, denn Menschen mit chronischer Erkrankung sind besonders auf Informationen zur Navigation im Gesundheitssystem angewiesen.

Bemerkenswert ist, dass zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund keine statistisch signifikanten Unterschiede bestehen und sich der Anteil geringer Gesundheitskompetenz bei ihnen nicht von der Gesamtstichprobe unterscheidet.

Abbildung 48: Navigationale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)



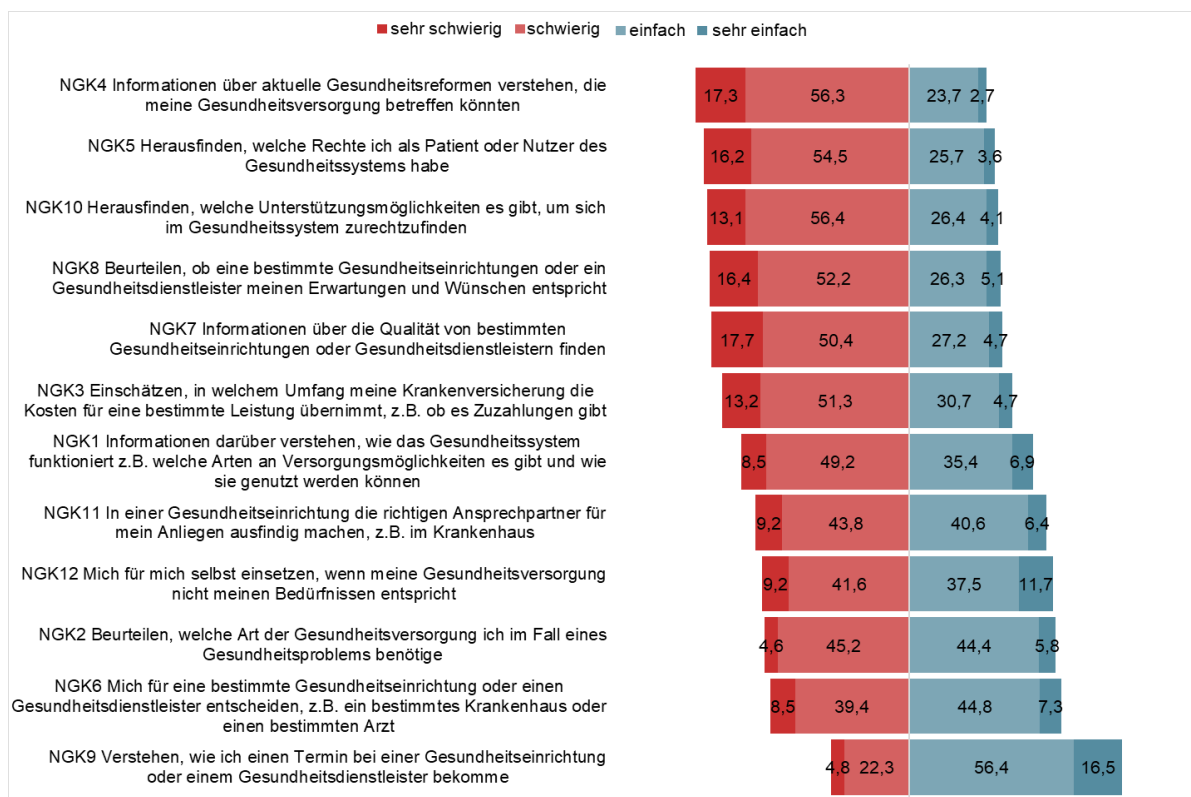
Fragt man, welche (Informations-)Anforderungen bei der Navigation als schwierig eingeschätzt werden, zeigt sich, dass es den Befragten am häufigsten Schwierigkeiten bereitet, Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen, die die eigene gesundheitliche Versorgung betreffen könnten: Rund drei Viertel – konkret 73,6 Prozent – bewerten dies als (sehr) schwierig (Abbildung 49).

Auch generell zu verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert (z. B. welche Versorgungsmöglichkeiten es gibt und wie sie genutzt werden können), wird von einer Mehrheit der Befragten (57,7 Prozent) als (sehr) schwierig eingeschätzt. Herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden, wird sogar von fast 70 Prozent als (sehr) schwierig angesehen. Ähnlich schwierig wird eingeschätzt, in Erfahrung zu bringen, welche Rechte man als Patientin bzw. Patient hat. Einem auffällig hohen Anteil von 70,7 Prozent der Befragten bereitet das Schwierigkeiten.

Herausforderungen wirft auch die Beurteilung der Qualität von Gesundheitseinrichtungen (z. B. Krankenhäusern oder Pflegeheimen) für die Nutzerinnen und Nutzer auf. Jeweils gut zwei Drittel der Befragten halten es für (sehr) schwierig, Informationen über die Qualität von bestimmten Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleistenden zu finden (68,1 Prozent). Innerhalb einer Einrichtung mit Hilfe der vorhandenen Informationen zu navigieren und den richtigen Ansprechpartner bzw. die richtige Ansprechpartnerin innerhalb einer Gesundheitseinrichtung zu finden, fällt 53 Prozent schwer.

Dagegen findet nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Befragten es (sehr) schwierig zu verstehen, wie sie einen Termin bei einer bzw. einem Gesundheitsdienstleistenden bekommen – ein Befund, der möglicherweise bereits auf die Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes zurückzuführen ist. Dennoch, auch in diesem Bereich berichtet immer noch ein Viertel der Befragten von Problemen.

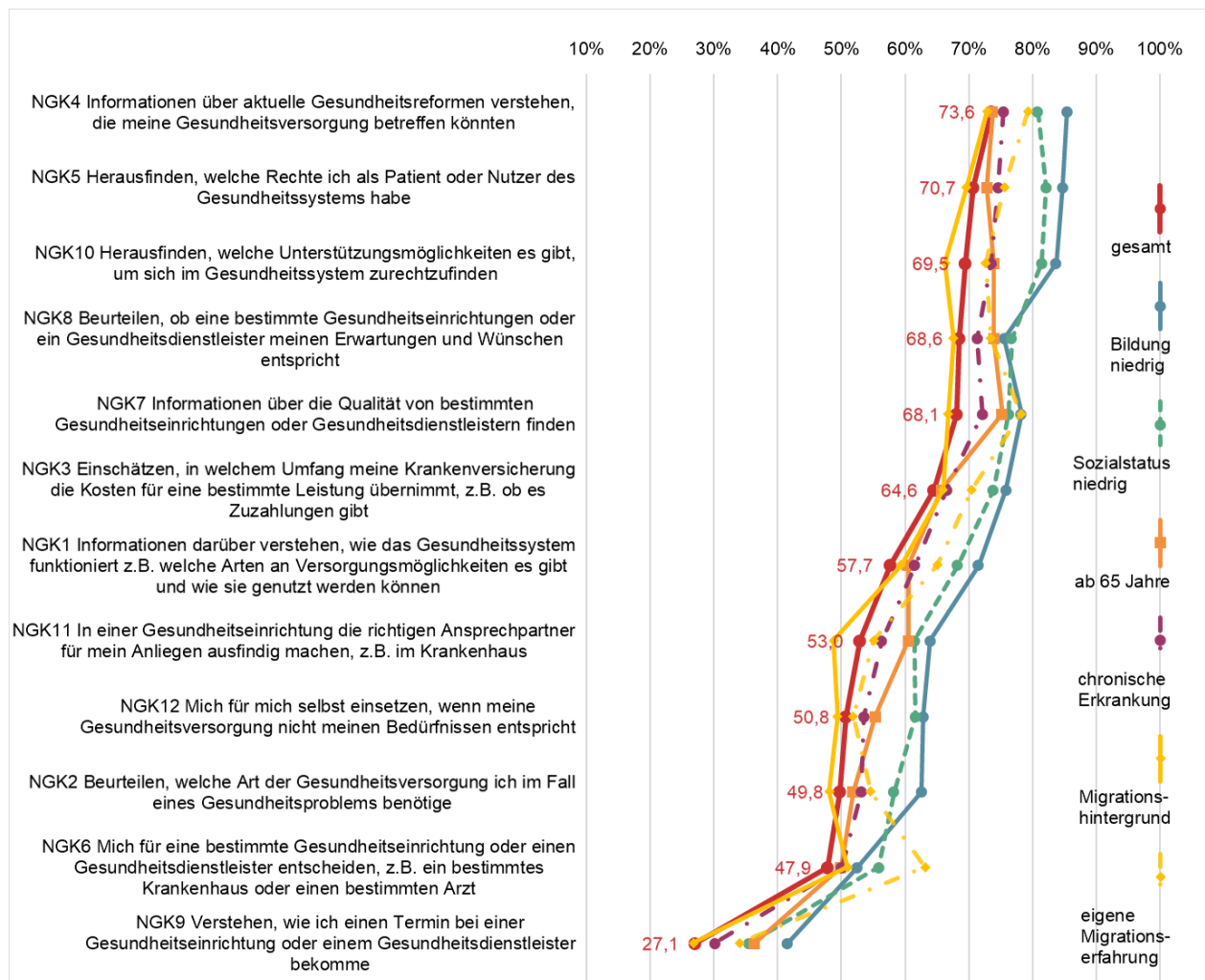
Abbildung 49: Navigationale Gesundheitskompetenz: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)



Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach ausgewählten Bevölkerungsgruppen, werden auch hier erhebliche Unterschiede sichtbar (Abbildung 50). Personen mit niedrigem Bildungsgrad und Personen mit niedrigem Sozialstatus finden so gut wie alle bei der Navigation an sie gestellten (Informations-)Anforderungen signifikant schwieriger als Personen der jeweiligen Vergleichsgruppen. Mit nahezu 15 Prozentpunkten Abstand zur Allgemeinbevölkerung halten sie es beispielsweise für (sehr) schwer, herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Konkret schätzen dies 83,8 Prozent der Befragten mit niedriger Bildung als (sehr) schwierig ein. Auch geeignete Informationen zur Qualität von Gesundheitseinrichtungen ausfindig zu machen, beurteilen 78,3 Prozent als (sehr) schwierig.

Wie erwähnt, sehen sich Menschen mit Migrationshintergrund hier nicht häufiger vor Schwierigkeiten gestellt als die Allgemeinbevölkerung. Anders ist es allerdings bei der Gruppe mit eigener Migrationserfahrung. Sie schätzt es vergleichsweise häufig als (sehr) schwierig ein, sich für eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder einen Gesundheitsdienstleistenden zu entscheiden (63,2 Prozent). Auch Qualitätsinformationen ausfindig zu machen, findet der Großteil von ihnen vergleichsweise (sehr) schwierig (78,2 Prozent).

Abbildung 50: Navigationale Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)



Der Ausbruch der Corona Pandemie hat bislang keine signifikanten Folgen für die navigationale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt, aber die junge Bevölkerung zeigt sich besser orientiert

Die Corona Pandemie hat nach der Zusatzerhebung nur begrenzte Auswirkungen darauf, wie gut sich die Bevölkerung im Gesundheitssystem und seiner Informationsvielfalt zurechtfindet.

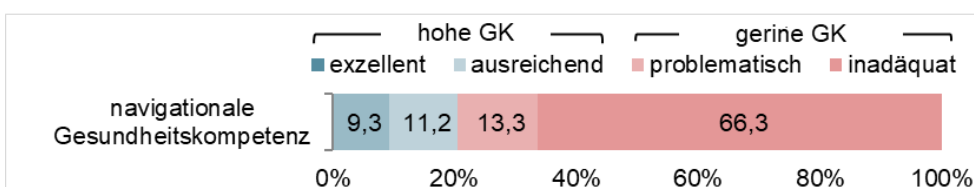
Die navigationale Gesundheitskompetenz hat sich zwar tendenziell verbessert, der Rückgang des Bevölkerungsanteils mit geringer Kompetenz in diesem Bereich von 82,8 Prozent auf 79,6 Prozent ist aber statistisch nicht signifikant.

Allerdings lässt sich eine signifikante Verbesserung der navigationalen Gesundheitskompetenz bei der jüngsten Altersgruppe beobachten (Abbildung 51). Der Anteil der Personen mit geringer navigationaler Gesundheitskompetenz ist bei den 18- bis 29-Jährigen von 84,8 Prozent auf 73,1 Prozent deutlich zurückgegangen. Diese Altersgruppe hat sich damit von einer in diesem Bereich tendenziell unterdurchschnittlich kompetenten Gruppe zu einer tendenziell überdurchschnittlich kompetenten Gruppe entwickelt. Möglicherweise war die Pandemie Anlass für viele junge Menschen, sich mit dem Gesundheitssystem zu beschäftigen, wofür sonst – auch wegen der überdurchschnittlich guten Gesundheit dieser Gruppe – vermutlich wenig Grund bestand.

Auch bei Frauen ist eine tendenzielle Verbesserung der navigationalen Gesundheitskompetenz zu verzeichnen. Bei ihnen ist der Anteil an Personen mit geringer navigationaler Gesundheitskompetenz von 84,3 auf 76,7 Prozent gesunken; allerdings ist diese Entwicklung nicht statistisch signifikant.

Daneben werden einige der navigationalen Informationsaufgaben im Vergleich zu der Zeit vor dem Ausbruch der Corona Pandemie von den Befragten in signifikant kleineren Anteilen als (sehr) schwierig empfunden. Das gilt, wenn es darum geht, einzuschätzen, in welchem Umfang die Krankenversicherung die Kosten für bestimmte Leistungen übernimmt (Rückgang von 64,6 auf 58,2 Prozent, die das für (sehr) schwierig halten), Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen, die die eigene Gesundheitsversorgung betreffen könnten (Rückgang von 73,6 auf 67,3 Prozent) sowie sich für sich selbst einzusetzen, wenn die Gesundheitsversorgung nicht den eigenen Bedürfnissen entspricht (statisch nicht signifikanter Rückgang von 50,8 auf 46,0 Prozent).

Abbildung 51: Navigationale Gesundheitskompetenz (HLS-GER 2')



Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse, wie schwierig die Navigation und die Orientierung im Gesundheitssystem und seinen Organisationen sind. Dies trifft auch für den Umgang mit den dazu verfügbaren Informationen zu. Von allen erfragten Bereichen sind die Werte geringer Gesundheitskompetenz hier am höchsten, d.h. die meisten Menschen in Deutschland haben erhebliche Probleme mit der Navigation durch das Gesundheitssystem und dem dazu nötigen Informationsmanagement. Vor allem dazu gestellte Fragen, die auf die systemische Ebene zielen und das Gesundheitssystem bzw. systemische Rahmenbedingungen oder sich verändernde Gesetzeslagen betreffen, werden als (sehr) schwierig angesehen.

Auch bei der navigationalen Gesundheitskompetenz werden soziale Unterschiede deutlich, sodass davon auszugehen ist, dass ohnehin (gesundheitlich) benachteiligte Bevölkerungsgruppen in diesem Bereich schlechter gestellt sind. Daran hat die Corona Pandemie bislang wenig verändert. Es zeichnen sich lediglich leichte Verbesserungen bei einigen Teilgruppen der Bevölkerung ab, so etwa bei jüngeren Menschen, die sich ausgelöst durch Corona offenbar eingehender mit dem Gesundheitssystem befasst haben.

Dennoch sind die hohen Anteile geringer navigationaler Gesundheitskompetenz beachtenswert. Denn sie dürften weniger auf die persönlichen Fähigkeiten der Befragten zurückzuführen sein. Vielmehr schlägt sich hier die Vielschichtigkeit und Intransparenz des deutschen Gesundheitssystems und seiner Informationsstrukturen nieder, das für die Bevölkerung schwer zu durchschauen und schlecht navigierbar ist. Bei der Entwicklung von Interventionen und Maßnahmen ist das zu beachten.

7 Kommunikative Gesundheitskompetenz

Um das Gesundheitssystem bestmöglich zur Erhaltung oder Wiederherstellung der eigenen Gesundheit nutzen zu können, ist es notwendig, auch die Kommunikation und Interaktion mit den Gesundheitsprofessionen möglichst konstruktiv gestalten. Dies ist um so bedeutsamer, als durch die veränderte Patientenrolle die Forderung nach mehr Partizipation und gemeinsamer Entscheidungsfindung neue Anforderungen an die Kommunikation und die kommunikative Gesundheitskompetenz entstanden sind. Wie einfach oder schwierig es ist, ihnen nachzukommen, wurde exemplarisch am Austausch und der Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass 35,7 Prozent der Bevölkerung in diesem Bereich über eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz verfügen (Abbildung 52). Gemessen an den Gesundheitskompetenzwerten in anderen Bereichen scheint dies ein eher niedriger Wert zu sein. Dennoch betrachten damit immerhin gut ein Drittel der Befragten die sich bei der Interaktion und Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten stellenden Anforderungen als (sehr) schwierig. Wenn man bedenkt, seit wie vielen Jahren die Arzt-Patienten-Kommunikation diskutiert und die Verwendung verständlicher Sprache gefordert wird, ist dies ein recht hoher Anteil. Er deutet darauf, dass einfache, verständliche Sprache und die Vermeidung von Fachvokabular offenbar noch immer kein Standard im Gespräch zwischen den Ärztinnen und Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten in Deutschland sind.

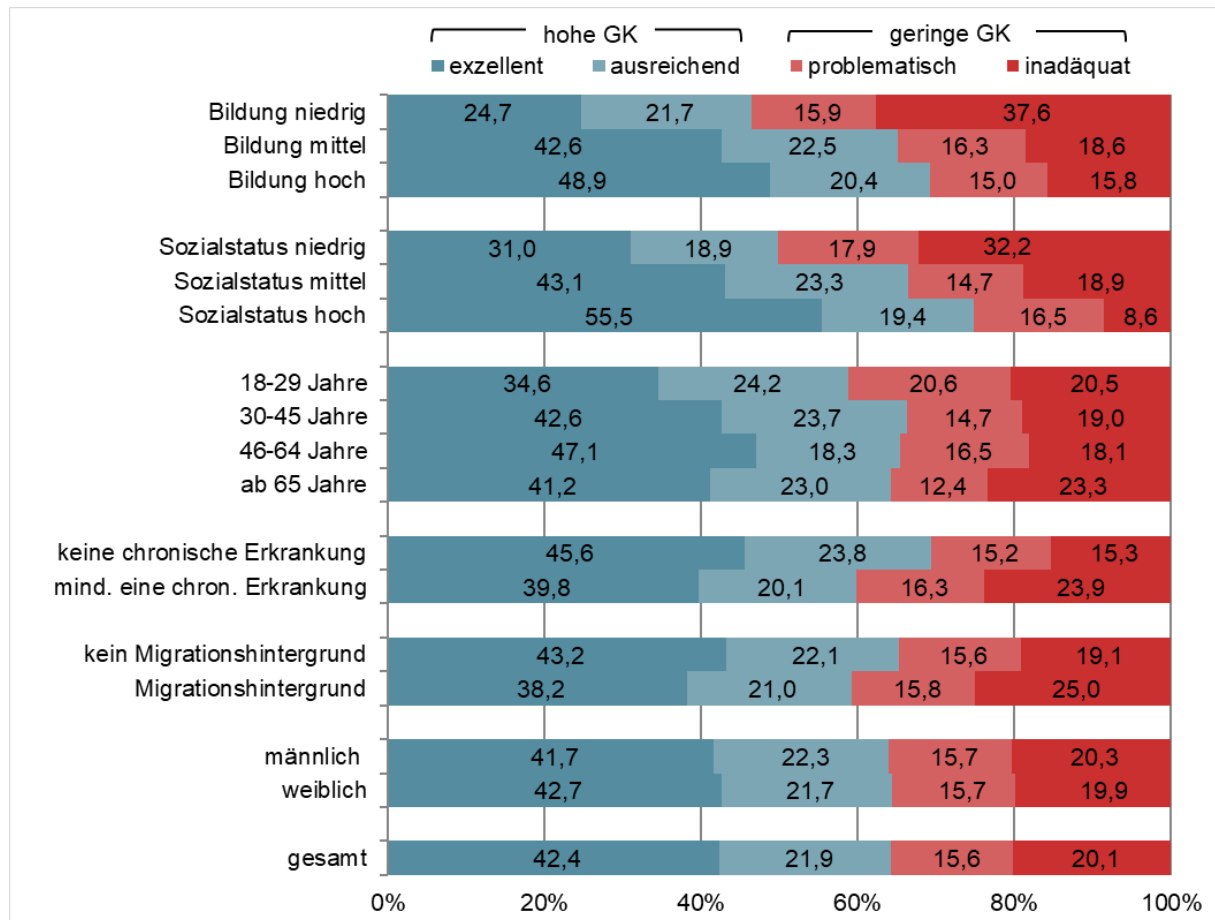
Auch in diesem Bereich unterscheidet sich die Gesundheitskompetenz zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen statistisch signifikant. Personen aus unteren Bildungs- oder Sozialschichten weisen eine deutlich geringere kommunikative Gesundheitskompetenz auf: Bei den Befragten mit einem niedrigen Bildungsgrad sind es konkret 53,5 Prozent und bei denjenigen mit einem niedrigen Sozialstatus immerhin 50,1 Prozent.

Zudem fällt unter Altersgesichtspunkten betrachtet auf, dass der höchste Anteil geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich – anders als in den weiteren inhaltlichen Bereichen – hier bei den *jüngeren* Befragten zu finden ist. Von den 18- bis 29-Jährigen haben 41,1 Prozent eine niedrige Gesundheitskompetenz und empfinden damit am häufigsten im Vergleich aller Altersgruppen Schwierigkeiten beim Gespräch/Informationsaustausch mit der Ärztin oder dem Arzt. Obgleich der Unterschied nicht signifikant ausfällt, ist dies ein überraschendes Ergebnis, das für die Interventionsentwicklung beachtenswert ist.

Zwischen dem Vorliegen mindestens einer chronischen Krankheit und kommunikativer Gesundheitskompetenz gibt es ebenfalls einen engen Zusammenhang. So ist der Anteil geringer kommunikativer Gesundheitskompetenz bei Personen ohne chronisches Gesundheitsproblem statistisch signifikant geringer als bei Personen mit mindestens einer chronischen Krankheit. Menschen mit chronischen Erkrankungen gehören krankheitsbedingt häufig zu den Vielnutzern des Systems und haben zahlreiche Arztkontakte. Das vielfach komplexe Krankheitsgeschehen geht zudem meist mit einem höheren Kommunikationsbedarf einher, der mit den gegebenen Rahmenbedingungen kollidiert, sodass es nicht verwundert, dass chronisch Erkrankte über mehr Schwierigkeiten bei der Kommunikation berichten.

Bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich nur leichte (statistisch nicht signifikante) Unterschiede: Der Anteil von Personen mit geringer kommunikativer Gesundheitskompetenz beträgt bei Personen mit Migrationshintergrund 40,8 Prozent, bei Personen ohne Migrationshintergrund 34,7 Prozent.

Abbildung 52: Kommunikative Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)

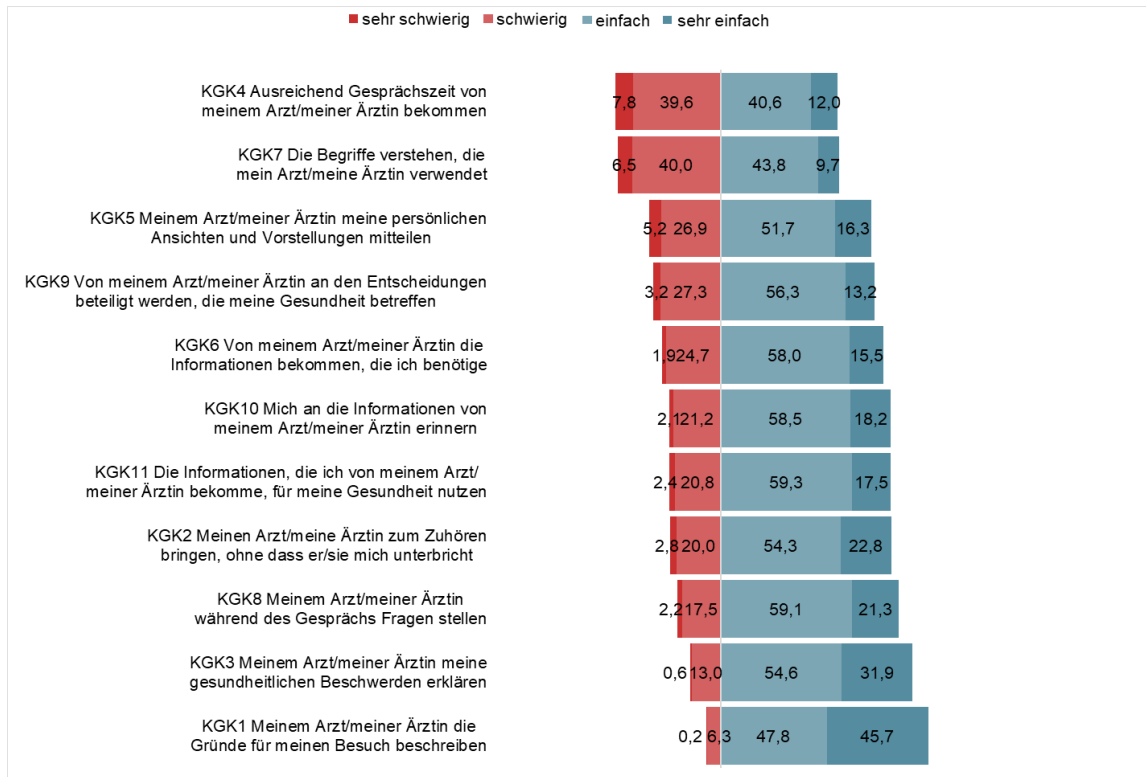


Auch hier ist ein Blick auf die Frage, was der Bevölkerung schwer oder leicht erscheint, lohnenswert (Abbildung 53). Als mit Abstand am schwierigsten wird eingeschätzt, ausreichend Gesprächszeit zu bekommen, oder die Begriffe zu verstehen, die die Ärztin bzw. der Arzt verwendet. Für jeweils knapp die Hälfte der Bevölkerung ist das (sehr) schwierig. Auch Ärztinnen und Ärzten die persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu vermitteln, ist für knapp ein Drittel der Befragten (sehr) schwierig und auch an gesundheitlichen Entscheidungen beteiligt zu werden, stellt über 30 Prozent vor Herausforderungen. Angesichts der seit langem unternommenen Anstrengungen zur Ermöglichung einer partnerschaftlichen Interaktion und eines ko-produktiven Arbeitsbündnisses inklusive gemeinsamer Entscheidungsfindungen ist dies ein bemerkenswertes Ergebnis

Im Gegensatz dazu hält es die Bevölkerung für weniger schwer, ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt die Gründe für den Besuch zu beschreiben sowie die eigenen gesundheitlichen Beschwerden zu erklären, „nur“ rund 7 bzw. 14 Prozent erachten dies als (sehr) schwierig. Und auch während des Gesprächs Fragen zu stellen, scheint ebenfalls verhältnismäßig wenig Personen

Probleme zu bereiten (19,7 Prozent), auch wenn dies bedeutet, dass immerhin noch rund jede bzw. jeder Fünfte von Schwierigkeiten diesbezüglich berichtet.

Abbildung 53: Kommunikative Gesundheitskompetenz: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)



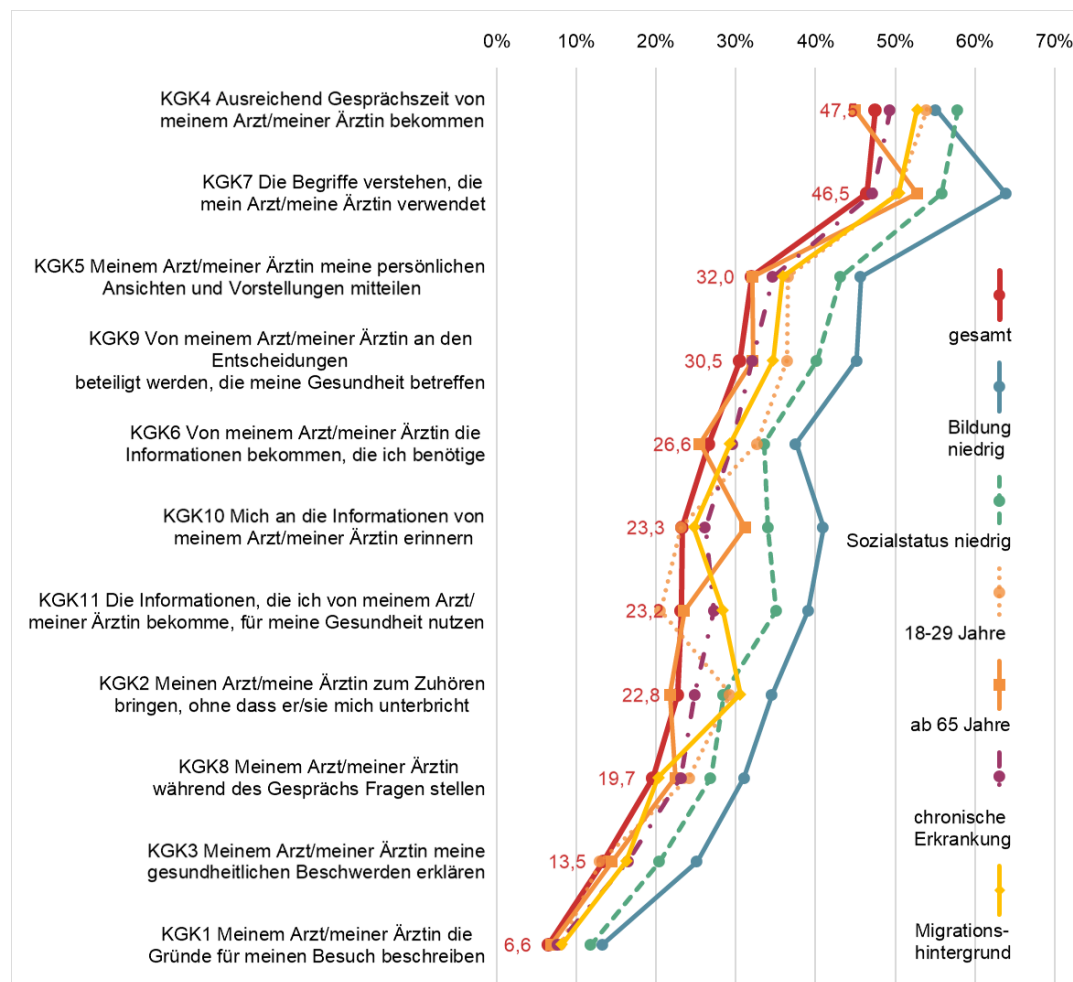
Bei einem Blick darauf, was den einzelnen Bevölkerungsgruppen Schwierigkeiten bereitet (Abbildung 54), zeigt sich Folgendes: Personen mit niedriger Bildung finden alles signifikant schwieriger, schätzen aber insbesondere – wenig erstaunlich – deutlich schwieriger als andere ein, von Ärztinnen bzw. Ärzten verwendete Begriffe zu verstehen. Auch sich an die Information der Ärztin/des Arztes zu erinnern, fällt ihnen mit 41,0 Prozent fast doppelt so schwer wie der Allgemeinbevölkerung. Ähnliches gilt für ältere Menschen (31,2 Prozent). Dies dürfte mitentscheidend dafür sein, dass auch die Verwendung ärztlicher Information von 39,1 Prozent von ihnen als (sehr) schwierig empfunden wird.

Vergleichbar ist es mit Personen mit niedrigem Sozialstatus. Auch ihnen fallen alle abgefragten Aspekte statistisch signifikant (sehr) schwieriger als den Personen der beiden Vergleichsgruppen.

Bemerkenswert ist, was von Personen mit Migrationshintergrund als schwierig angesehen wird: Sie schätzen signifikant deutlich häufiger als (sehr) schwierig ein, die Ärztin bzw. den Arzt zum Zuhören zu bringen, ohne unterbrochen zu werden. Auch ausreichend Gesprächszeit zu bekommen und ebenso die erhaltenen Informationen zu nutzen stellt sie tendenziell vor größere Schwierigkeiten. Insbesondere von den 18- bis 29-Jährigen, denen der Umgang mit Information in diesem Bereich – wie erwähnt – große Schwierigkeiten bereitet, werden folgende Anforderungen als problematisch eingeschätzt:

- 54,0 Prozent: ausreichend Gesprächszeit zu bekommen,
- 50,3 Prozent: die Begriffe zu verstehen, die ihr ihre Ärztin bzw. ihr Arzt verwendet und
- 36,6 Prozent: ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt die eigenen Ansichten und Vorstellungen mitzuteilen,
- 36,5 Prozent: an Entscheidungen beteiligt zu werden, die ihre Gesundheit betreffen.

Abbildung 54: Kommunikative Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)



Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten, dass die Kommunikation³⁴ zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten trotz besserer Gesundheitskompetenzwerte ein weiterhin zu beachtendes Thema darstellt. Die hier von den Befragten als (sehr) schwierig empfundenen Herausforderungen weisen zum großen Teil auf jahrzehntelang diskutierte und angemahnte Schwachstellen, die die vulnerablen Bevölkerungsgruppen besonders betreffen, wenngleich in unterschiedlicher Weise. Sie zeigen zudem, dass vielen der Reformanstrengungen zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation wie auch der Beteiligung von Patientinnen und Patienten an Entscheidungen und auch zur Demokratisierung der Interaktion zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten bislang nur bedingt Erfolg beschieden ist. Auch hier besteht also nach wie vor Interventionsbedarf.

³⁴ Die kommunikative Gesundheitskompetenz wurde nicht als Teil der Corona-Nacherhebung aufgenommen.

8 Diskussion und Einordnung der Ergebnisse

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat sich verschlechtert

Es ist fast zehn Jahre her, dass in Europa die ersten Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in acht Ländern präsentiert wurden. Die erste repräsentative empirische Erhebung für ganz Deutschland folgte im Jahr 2014. Sieben Jahre später liegen mit dieser Studie nun neue, differenzierte Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung für Deutschland vor. Sie zeigen, dass sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland verschlechtert hat. Die parallel durchgeführte direkte Vergleichsstudie (Hurrelmann et al. 2020) bestätigt dies.

Weite Teile der Bevölkerung in Deutschland sehen sich demnach vor große Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformation gestellt. Das ist sehr plausibel, wenn man bedenkt, dass sich in den letzten Jahren vieles verändert hat: Die Gesellschaft – und so auch das Gesundheitssystem – ist noch komplexer, diverser und unüberschaubarer geworden. Die Digitalisierung hat enorm an Tempo zugelegt, verändert alle Lebensbereiche und hat gleichzeitig einen rasanten Anstieg der Menge an verfügbarer und auch an zu rezipierender Informationen nach sich gezogen – allerdings auch der Menge an fragwürdiger Informationen. Denn in dem gleichen Maß, wie der Ruf nach Evidenzbasierung und wissenschaftlich gesicherter Information immer lauter wird, haben auch Fake News und Verschwörungsmythologien zugenommen und irritieren folgenreich das Vertrauen in (gesundheits-)wissenschaftliche Erkenntnisse und Expertensysteme.

Zu all dem ist 2020 noch die Corona Pandemie hinzugekommen. Sie erschüttert das Alltagsleben und seine Gewissheiten noch einmal mehr und tiefer und zwingt zu weitgreifenden Veränderungen des Handelns und vieler Routinen. Seither ist die Bevölkerung gefordert, sich neu und bewusster mit Gesundheit und Gesundheitsinformation auseinanderzusetzen. Dies könnte eine großes, wenngleich unfreiwilliges Lernprojekt sein – das deutet die während der Pandemie durchgeführte Zusatzbefragung (HLS-GER 2') an. Sie zeigt nämlich, dass während der Zeit der ständigen Auseinandersetzung mit Informationen zum Covid-19-Virus ein leichter Anstieg der Gesundheitskompetenz zu verzeichnen ist – wie nachhaltig, das bleibt abzuwarten. Sicher ist aber, dass Gesundheitskompetenz in Zeiten der Corona Pandemie wichtiger ist denn je.

Das ist umso mehr zu betonen, als wir uns beim Thema Gesundheitskompetenz auf politischer Ebene nach wie vor in der Phase des Agenda Settings und der Etablierung als Politikfeld befinden. Vor allem bei der Interventionsentwicklung stehen wir noch am Anfang. Anders als in vielen Ländern hat Deutschland inzwischen zwar einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Schaeffer et al. 2018; 2020a), unterstützt von einer „Allianz für Gesundheitskompetenz“, in der sich die Spitzenverbände im Gesundheitswesen zusammengeschlossen haben, um sich in Praxisprojekten der Förderung der Gesundheitskompetenz zu widmen. Seit Kurzem existiert auch ein Nationales Gesundheitsportal. Doch gibt es bislang noch keine systematischen, umfassenden breitenwirksamen Maßnahmenprogramme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Die hier vorgelegten Daten zeigen jedoch, wie wichtig

sie sind und wie dringend es ist, über Zuschnitt und Ausrichtung von breitenwirksamen Maßnahmen zur beurteilbaren und überdies verhaltenswirksamen Information nachzudenken. Die Ergebnisse der Studie geben dazu wichtige Hinweise.

Für Menschen mit niedrigem Bildungs- oder Sozialstatus, ältere Menschen und Menschen mit chronischer Erkrankung stellt der Umgang mit Gesundheitsinformation eine besonders große Herausforderung dar

Die Studie bestätigt, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung einem sozialen Gradienten unterliegt. Vor allem für Menschen aus den *unteren Bildungs- oder Sozialschichten* ist der Umgang mit Informationen über Gesundheit und Krankheit sehr schwierig. Sie sind – wie die Ergebnisse zeigen – vielfach nicht in der Lage, Informationen zu einer gesunden Lebensführung und einem konstruktiven Umgang mit Gesundheitsherausforderungen und auch Krankheit zu finden und zu verarbeiten³⁵. Ein hoher oder zumindest mittlerer Grad an formaler Bildung in den heutigen Gesellschaften ist jedoch eine Voraussetzung dafür, angemessen mit der eigenen Gesundheit und mit Gesundheitseinschränkungen umzugehen, Gesundheitsinformationen zu verstehen und konstruktiv zu nutzen sich ko-produktiv am Behandlungs- und Versorgungsgeschehen und den dazu nötigen Entscheidungen zu beteiligen und partnerschaftlich mit den Gesundheitsprofessionen zu interagieren und kommunizieren. In diesen Bereichen haben Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau und Sozialstatus große Schwierigkeiten. Auch ist ihre Motivation geringer, sich eigeninitiativ über gesundheitliche Fragen zu informieren³⁶. Um hier gegenzusteuern, sind sowohl Maßnahmen auf persönlicher Ebene durch Bildungsprozesse notwendig, aber auch – wenn nicht sogar wichtiger – strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen, die den Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen erleichtern.

Zu den Gruppen mit einem hohen Anteil an geringer Gesundheitskompetenz gehören auch *ältere Menschen*. Speziell im höheren Alter sind sie oft stark von Gesundheitsproblemen belastet und tendenziell von ihnen überfordert. Auch der Umgang mit Gesundheitsinformation bereitet ihnen vielfach Schwierigkeiten (Chesser et al. 2016; Tiller et al. 2015; Vogt et al. 2017; Wolf et al. 2005). Das gilt besonders für ihre Fähigkeit, mit neueren Informationsmedien und besonders dem Internet umzugehen. Diese Fähigkeit ist – wie die Daten zur digitalen Gesundheitskompetenz zeigen – deutlich geringer als in anderen Bevölkerungsgruppen, und das hat sich auch während der Corona Pandemie nicht verändert.

Die Gesundheitskompetenz der älteren Bevölkerung durch zielgruppenspezifische, altersgerechte Information zu stärken und dabei die trotz gesundheitlicher Belastung vorhandenen Potenziale und Ressourcen in den Blick zu nehmen und zu fördern, ist deshalb eine wichtige Aufgabe, die in Anbetracht des voranschreitenden demografischen Wandels künftig weiter an Bedeutung gewinnt. Noch mangelt es jedoch an geeigneten evidenzbasierten Konzepten, die den unterschiedlichen Besonderheiten in der Lebensphase Alter entsprechen. In besonderer Weise gilt dies für das höhere Alter und die sogenannten „*älteren alten*“ Menschen ab 75 Jahren (Vogt et al. 2019; 2020). Sie benötigen besondere Beachtung bei der Förderung

³⁵ Andere Studien bestätigen dies (ex. Jordan/Hoebel 2015; Kolpatzik/Zok 2017; Schaeffer et al. 2017).

³⁶ Diese Befunde korrespondieren mit sozialepidemiologischen Untersuchungen. Danach sind Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger von Krankheit, Sterblichkeit und Gesundheitsstörungen betroffen als Personen mit höherem Status (Lampert et al. 2005; Richter/Hurrelmann 2009). Von wenigen Ausnahmen abgesehen verstärkt sich die Krankheitslast mit absteigender sozialer Schicht.

von Gesundheitskompetenz und – aufgrund der altersbedingt erhöhten Vulnerabilität – auch spezielle Förderstrategien.

Interessant sind die Ergebnisse über *jüngere Menschen*, denn sie schneiden ebenfalls tendenziell schlechter ab als zuvor. Junge Menschen haben sich offenbar unter dem Eindruck des Infektionsgeschehens intensiver mit Gesundheitsfragen auseinandergesetzt. Jedenfalls geben sie in der während der Pandemie durchgeführten Zusatzbefragung vergleichsweise weniger Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von gesundheitlichen Informationen zu Protokoll als davor (Hurrelmann et al. 2020). Offensichtlich reagieren sie sensibel auf Veränderungen der Lebensbedingungen. Sollte sich dies bestätigen, könnte es als Hinweis darauf gewertet werden, dass jüngere Menschen grundsätzlich für Botschaften zur Gesundheitserhaltung und -förderung offen sind, besonders wenn diese sie direkt betreffen.

Zu den Gruppen, die in besonderer Weise auf Gesundheitskompetenz angewiesen sind, gehören auch *Menschen mit chronischen Erkrankungen*. Langandauernde Krankheiten und besonders Multimorbidität beeinträchtigen das Alltagsleben in vielfältiger Weise und gehen mit zahlreichen Herausforderungen für die Erkrankten und auch ihre Angehörigen einher. Deren Bewältigung gelingt umso besser, je höher die Gesundheitskompetenz ist (Diederichs et al. 2018; Heijmans et al. 2015; Neter/Brainin 2019; Paasche-Orlow/Wolf 2005; Rowlands et al. 2019; Schaeffer 2017). Die Mehrheit chronisch Erkrankter sieht sich jedoch – so zeigt die Studie erneut – vor erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheits- und krankheitsrelevanter Information gestellt (auch Jordan/Hobel 2015; Schaeffer et al. 2017, 2020b; Sørensen et al. 2015).

Die Studienergebnisse erlauben zugleich ein differenzierteres Bild. Sie zeigen, dass sich besonders Personen mit *mehreren* chronischen Erkrankungen durch die an sie gestellten Informationsanforderungen vor Schwierigkeiten gestellt sehen und über eine signifikant geringere Gesundheitskompetenz verfügen. Bei Menschen mit nur einer chronischen Erkrankung stellt sich das anders dar. Erst wenn die Krankheitslast durch Multimorbidität steigt, beeinflusst dies also die Gesundheitskompetenz ungünstig. Positiv wiederum wird die Gesundheitskompetenz durch die Krankheitsdauer beeinflusst.

Mit anderen Worten: mit zunehmender Dauer chronischer Krankheit wächst die Gesundheitskompetenz. Dieser Befund stützt die These vom Kompetenzzuwachs mit der Dauer chronischer Krankheit, die bisher nicht klar nachgewiesen werden konnte (Schaeffer et al. 2020b). Auch daraus erwachsen Konsequenzen für die Förderung von Gesundheitskompetenz: Auch sie sollte differenzierter gestaltet werden und sich bei dieser Zielgruppe besonders auf Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten und komplexen Problemlagen konzentrieren und zudem speziell die früheren Phasen des Krankheitsverlaufs in den Blick nehmen. Bewusst wird hier von früheren und nicht den frühen Phasen im Krankheitsverlauf gesprochen, denn in den frühen Phasen des Krankheitsverlaufs befinden sich die Erkrankten oft noch im Schock der Diagnose und sind wenig aufnahmefähig. Erst später, wenn sie diesen Schock soweit möglich überwunden haben, sind sie wieder aufnahmefähig und bereit, sich mit Information auseinanderzusetzen (ausführlicher Schaeffer/Haslbeck 2016).

Interessante Ergebnisse zeichnen sich im Übrigen auch bei *Menschen mit Migrationshintergrund* ab: Ihre Gesundheitskompetenz ist im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund zumeist nicht signifikant schlechter. In der vorangegangenen Studie aus dem Jahr

2014 (Schaeffer et al. 2016) waren hier noch Unterschiede sichtbar. Anders sieht es nach der vorliegenden Studie aus, wenn *Menschen mit eigener Migrationserfahrung* betrachtet werden. Sie haben in vielen Bereichen eine geringere Gesundheitskompetenz. Dies unterstreicht auch hier die Notwendigkeit einer differenzierteren Betrachtung, um so der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund gerecht zu werden (Kurth/Razum 2019; Adam/Carol 2020). In einer weiteren Studie der Universität Bielefeld zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund (HLS-MIG) wird dies detaillierter aufgegriffen.

Zu betonen ist, dass alle hier genannten Gruppen zu den Bevölkerungsgruppen gehören, die ohnehin größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und allein deshalb eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz benötigen. Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz müssen sie daher gezielte Aufmerksamkeit erhalten, wobei nochmals zu unterstreichen ist, dass neben Maßnahmen zur Stärkung persönlicher Fähigkeiten bei ihnen vor allem strukturelle und organisationale Veränderungen erforderlich und sinnvoll sind, die darauf zielen, die an sie gestellten Anforderungen zu reduzieren. Dazu gehört die Verbesserung der Qualität und Gestaltung von gesundheitsrelevanten Informationen ebenso wie die Vereinfachung des Umgangs mit Information durch Ermöglichung gesundheitskompetenter Lebensumwelten, etwa in Form von gesundheitskompetenten Gesundheits- und Bildungsorganisationen (Brach et al. 2012; Dietscher/Pelikan 2017; Farmanova et al. 2018; Trezona et al. 2018). Sie werden international seit längerem diskutiert und erprobt und gelten als besonders geeignet, zur Milderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen.

Auffallend große Probleme bereitet die Beurteilung von gesundheitsrelevanten Informationen

Von den erfragten vier Schritten der Informationsverarbeitung (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden) wird die *Beurteilung von Information* am schwierigsten eingeschätzt, wie der hohe Anteil an geringer Gesundheitskompetenz in diesem Bereich zeigt. Auch hier ist es während der Corona Pandemie zu tendenziellen Verbesserungen gekommen, die aber an der Grundtendenz nichts verändert haben.

Besonders gilt dies für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit digitaler und medialer Information, wie sich fast wie ein roter Faden durch die unterschiedlichen Ergebnisteile zieht. Auch dieser Befund bedarf der Diskussion, denn nicht einschätzbare oder beurteilbare Information wird meist schlicht nicht beachtet und verpufft, kann aber auch dazu führen, dass Verunsicherung oder mehr noch: Skepsis und Aversion gegenüber bestimmten Informationen entstehen³⁷.

Verständlich wird der Anstieg an Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Information, vergewärtigt man sich nochmals die gestiegene und täglich zu bewältigende Fülle an Informationen, unter denen auch der Anteil an nicht neutralen und manipulativen oder falschen Informationen weiter zugenommen hat. Mit dieser Entwicklung sind zugleich die an die Rezipientinnen und Rezipienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer gestellten Anforderungen an den Umgang mit Information gewachsen. Sie sind nicht nur gefordert, mit mehr Information, sondern auch kritischer mit Information umzugehen – müssen Informationsquellen bewerten, In-

³⁷ Das Problem wird durch die Aufhebung klassisch journalistischer Medien und den Vormarsch sozialer Medien mit gut getarnten Werbeinhalten verschärft und erschwert die Deutung bzw. schürt die Skepsis.

formationen auf Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit überprüfen, unterschiedliche Informationen abgleichen, Informationsinhalte in ihrer Bedeutung und Tragweite einschätzen. Für all das fehlt es ihnen an Einordnungs- und Deutungskriterien, zumal es sich teilweise um sperrige Fachinformation handelt. Damit hapert es jedoch zugleich an wichtigen Grundlagen für die Beteiligung an Entscheidungen über die eigene Behandlung und Versorgung und somit einem wichtigen Bestandteil größerer Patientenpartizipation und -autonomie. Deren Realisierung reibt sich, wie dies andeutet, noch immer daran, dass die dazu nötigen Wissens- und Informationsvoraussetzungen nicht gegeben sind – nicht zuletzt, weil es an ausreichend nutzerfreundlichen, verlässlichen und beurteilbaren Informationen fehlt. Zugleich werden Strategien dafür benötigt, wie Informationen und Informationsquellen eingeordnet und bewertet werden können und auch, wie Falsch- und Fehlinformationen oder kommerzielle Informationen identifizierbar sind – wie etwa die Daten zur digitalen Gesundheitskompetenz zeigen.

Nicht weniger wichtig ist es, stärker zu beachten, dass Information auch handlungsrelevant und anwendbar ist. Denn anders als in vorangegangenen Studien wird auch die *Anwendung von Gesundheitsinformation* inzwischen als relativ schwierig eingeschätzt und dies – wie noch einmal zu betonen ist – besonders von Menschen aus den unteren Bildungs- und Sozialschichten und mit etwas Abstand von älteren Menschen und Menschen mit chronischer Erkrankung. Während der Corona Pandemie haben sich hier kaum Veränderungen ergeben. Auch hier bestehen also Verbesserungserfordernisse: So ist es notwendig, Informationen so zu gestalten, dass sie verhaltenswirksam werden *können*. Das bedeutet, Information nicht auf reine Sachinformation zu beschränken, sondern die Nützlichkeit und Gebrauchstauglichkeit (Usability) stärker zu beachten.

Das *Finden von Information* wird dagegen nach dieser Studie als weniger anspruchsvoll empfunden, und dies deutet darauf, dass die Menge an Informationen in den letzten Jahren in der Tat gewachsen ist, so dass der Bevölkerung insgesamt mehr Gesundheitsinformationen zur Verfügung stehen, die offenbar auch zugänglich und auffindbar sind. Ob das auch bedeutet, dass es als einfach empfunden wird, die individuell passende und eigentlich gesuchte Information ausfindig zu machen, daran lassen die Daten Zweifel aufkommen, insbesondere bei digitaler Information. Auch die großen sozialen Unterschiede nach Bildung, Sozialstatus und Alter, die beim Finden von Information deutlich werden, lassen aufhorchen und deuten Handlungsbedarf an.

Bemerkenswert ist, dass das *Verstehen von Information* als vergleichsweise einfacher beurteilt wird als in früheren Studien. Vermuten lässt sich, dass die Bemühungen aus dem Bereich evidenzbasierte Gesundheitsinformation um verlässliche Information, einfache oder leichte Sprache und gut verständliche grafische Aufbereitung komplexer Sachverhalte erste Wirkungen zeigen. Zugleich machen die dargestellten Ergebnisse deutlich, dass es nicht für alle Teile der Bevölkerung gleichermaßen einfach ist, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen: Menschen mit geringer Bildung sehen sich auch hier vor deutlich größere Schwierigkeiten gestellt als Menschen mit guter Bildung. Dabei spielen Grenzen literaler und numerischer Fähigkeiten eine wichtige Rolle³⁸. Jüngst haben die Daten der LEO-Studie gezeigt, dass über 12 Prozent der Erwachsenen in Deutschland gering literalisiert sind (Grotlüschen/Buddeberg 2020). Auch das ist in diesem Kontext zu beachten. Denn die Gefahr, dass

³⁸ Wenngleich der Bildungsabschluss keinen direkten Rückschluss auf die Literalität zulässt, so sind Bildung und Literalität doch eng miteinander verknüpft (Grotlüschen/Buddeberg 2020).

bereits beim Zugang und Verstehen von Informationen die Weichen für die soziale Ungleichheit von Gesundheit gelegt werden, ist groß.

In allen Bereichen, besonders der Gesundheitsförderung, wird der Umgang mit Gesundheitsinformation als schwierig eingeschätzt

In allen drei erfragten Bereichen – der Krankheitsbewältigung/Versorgung, der Prävention wie auch der Gesundheitsförderung – wirft der Umgang mit Gesundheitsinformationen Schwierigkeiten auf. Besonders gilt das für den Bereich *Gesundheitsförderung*; hier ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz nach wie vor am größten. Das hat sich in der Tendenz gegenüber der Erhebung aus dem Jahr 2014 wenig verändert, und das gilt auch für die Zusatzerhebung während der Corona Pandemie. Dennoch erstaunt dies – speziell angesichts des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes, mit dem Prävention und Gesundheitsförderung einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert erhalten haben und das Angebot an entsprechenden Maßnahmen in Deutschland ausgebaut wurde. Doch offensichtlich fehlt es an adäquaten begleitenden Informationen über die eingeleiteten Schritte. Dafür spricht beispielsweise, dass es in sehr hohem Anteil als (sehr) schwierig eingeschätzt wird, Information über politische Gesetzesänderungen zu finden, die Auswirkungen auf die eigene Gesundheit haben.

Auch die Information über bestehende Angebote ist optimierungsbedürftig. So wird etwa das Finden von Informationen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in der Schule und der Wohnumgebung als (sehr) schwierig eingeschätzt. Gleiches gilt für das Verstehen der Angaben auf Lebensmittelverpackungen – ein Thema, für das die Sensibilität in den letzten Jahren durch Untersuchungen zur ‚food literacy‘ (Kolpatzik/Zaubrecher 2020) und die gesellschaftspolitische Debatte zur Lebensmittelampel und zum Nutri-Score gestiegen ist (Gerlach 2020).

Große Schwierigkeiten bereitet den Befragten auch der Umgang mit Informationen zu psychischen Gesundheitsproblemen. Mehr als der Hälfte der Bevölkerung fällt es schwer, Informationen darüber zu finden und zu verstehen, wie man mit psychischen Problemen umgehen oder psychisch gesund bleiben kann. Auch dies ist ein beachtenswerter Befund, denn psychische Gesundheitsprobleme sind in den letzten Jahren epidemiologisch immer bedeutsamer geworden (SVR 2015).

Beachtenswert sind auch die Befunde zum Thema ‚Impfen‘ – einem weiteren gesundheitspolitisch zunehmend wichtigen Thema. Dazu Informationen zu finden, wird von etwa einem Drittel der Bevölkerung als (sehr) schwierig angesehen; zu beurteilen, welche Impfung man eventuell benötigt, sogar von einem noch höheren Anteil. Diese Befunde weisen auf die wachsende Unsicherheit gegenüber dem Thema ‚Impfen‘ und deuten damit indirekt auch auf den Einfluss der zunehmenden Miss- und Fehlinformation und von Verschwörungstheorien bei einzelnen Gesundheitsthemen. Die in diesem Bereich tätigen Akteurinnen und Akteure, Verbände und Organisationen sollten diese Entwicklung genau beobachten und sinnvolle Strategien dazu konzipieren, wie unerwünschten Entwicklungen – wie denen beim Thema ‚Impfen‘ – durch geeignete Interventionsstrategien zu begegnen ist. Auch das ist angesichts der Corona Pandemie zu unterstreichen.

Bewusst werden inhaltlich so breit gefächerte Items herausgegriffen, um zu zeigen, wie umfangreich das Spektrum an inhaltlichen Herausforderungen im Umgang mit Informationen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung ist. Speziell angesichts der Corona Pandemie

sollte das nachdenklich stimmen, denn in ihr haben präventives und gesundheitsförderliches Verhalten noch einmal deutlich mehr an Bedeutung gewonnen.

Die Informationsanforderungen im Bereich *Krankheitsbewältigung/Versorgung* fallen den Befragten am leichtesten. Jedoch sind auch in diesem Bereich einige Auffälligkeiten zu beobachten, die auf Handlungsbedarf weisen. So bleibt das Verstehen der Beipackzettel von Medikamenten offenbar ein Dauerbrenner unter den sich den Befragten stellenden Schwierigkeiten. Ähnliches gilt für viele der Fragen im Zusammenhang mit der Realisierung von Patientensouveränität³⁹. Sie deuten darauf, wie herausfordernd der Wandel der traditionellen Patientenrolle hin zu mehr Autonomie für viele Menschen ist. Zwar zeichnen sich durch die Corona Pandemie auch hier Veränderungstendenzen ab (besonders in jüngeren Altersgruppen). Dennoch bleibt als Herausforderung, auch die Information im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung zu verbessern und einfacher zugänglich zu machen.

Geringe Gesundheitskompetenz hat negative Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung

Die vorliegende Studie liefert erneut zahlreiche Belege dafür, dass die Gesundheitskompetenz mit einer Vielzahl gesundheitlicher Konsequenzen einhergeht. Personen mit hoher Gesundheitskompetenz verhalten sich gesundheitsförderlicher, sind tendenziell gesünder und nutzen das Gesundheitssystem seltener (auch Berens et al. 2018; Berkman et al. 2011; Cartwright et al. 2017; Diederichs et al. 2018; Geboers et al. 2014; HLS-EU Consortium 2012; Schaeffer et al. 2016). Gesundheitskompetenz ist zudem für die Bewältigung und das Selbstmanagement von Krankheiten essentiell, ebenso für die Partizipation an Entscheidungsfindungen, wie die Befunde zum Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme verdeutlichen (auch Barton et al. 2014; DeWalt et al. 2007; Kripalani et al. 2010; Seo et al. 2016).

Während der Corona Pandemie haben sich die aufgezeigten Zusammenhänge eher noch verstärkt. Dies lässt sich vermutlich durch die gestiegenen Anforderungen und veränderten Rahmenbedingungen erklären und belegt einmal mehr die Abhängigkeit der Gesundheitskompetenz von den gegebenen Informationsstrukturen.

Die Ergebnisse weisen allesamt darauf, dass geringere Gesundheitskompetenz mit höheren Gesundheitskosten, u.a. durch eine höhere Anzahl an Fehltagen und häufigere Nutzung von Gesundheits- und Versorgungsleistungen oder ungesündere Verhaltensweisen, einhergeht. Nach den Schätzungen der WHO sind drei bis fünf Prozent der Gesundheitsausgaben auf eine geringe Gesundheitskompetenz zurückzuführen (WHO 2013). Geringe Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist, so zeigt dies, ein bedeutsamer gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Faktor, den es stärker zu beachten gilt.

³⁹ An dieser Stelle sei daran erinnert, dass es von fast 60 Prozent der Befragten als (sehr) schwierig angesehen wird, einzuschätzen, ob eine Zweitmeinung von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt eingeholt werden sollte. Das mag partiell inhaltliche Gründe haben, ist aber auch darauf zurückzuführen, dass es nach wie vor als Vertrauensbruch empfunden wird, die Einschätzung einer weiteren Ärztin bzw. Arztes einzuholen.

Obwohl digitale Informationen immer wichtiger werden, fehlt es an digitaler Gesundheitskompetenz

Die vorliegende Studie macht deutlich, dass die digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland dringend verbesserungsbedürftig ist⁴⁰. Denn rund 75 Prozent der Bevölkerung weisen eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf. Bei den vulnerablen Gruppen sind die Werte noch einmal deutlich höher.

Ein ähnliches Bild zeigen die Daten zur Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten. So suchen mittlerweile zwar zwei Drittel der Bevölkerung auf Internetseiten nach Gesundheitsinformationen, aber eben auch ein Drittel nie. Allerdings hat sich das während der Corona Pandemie verändert. Die Nutzung gesundheitsbezogener digitaler Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten ist seither gestiegen. Auch die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hat seit Beginn der Corona Pandemie zugenommen – eine zweifelsohne erfreuliche Entwicklung.

Gleichwohl bleibt der Nachholbedarf groß. Um ihn zu befriedigen, wird es zum einen darum gehen müssen, die Nutzerkreise digitaler Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten weiter zu vergrößern, denn sie werden zwar intensiver, aber nicht unbedingt von mehr Personen genutzt. Zum anderen ist erforderlich, die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland zu stärken. Bei der Konzipierung von Interventionen ist auch hier zu beachten, die vulnerablen Bevölkerungsgruppen besonders zu adressieren, denn die Daten bestätigen, dass nach wie vor eine große digitale Kluft („digital divide“) zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen besteht.

Die Ergebnisse liefern zugleich interessante Hinweise dazu, wo dabei anzusetzen ist. Denn große Schwierigkeiten bereitet auch hier die Beurteilung von Informationen – konkret die Einschätzung, ob die Informationen vertrauenswürdig sind und ob sie neutral, also frei von partikularen- und kommerziellen Interessen sind. Dies unterstreicht einmal mehr, wie bedeutsam die Bereitstellung evidenzbasierter, zuverlässiger und unabhängiger Informationen im Internet ist, und wie problematisch die Ausbreitung von Fehl- und Falschinformation und auch von manipulierten Informationen sind, denn sie tragen enorm zur Irritation und Verunsicherung bei, ebenso zur Anfälligkeit für Verschwörungsmythologien. Umso wichtiger ist es deshalb, die Qualität gesundheitsbezogener digitaler Informationen zu verbessern und Plattformen für wissenschaftlich gesicherte, vertrauenswürdige, neutrale und verständliche Informationen zu Gesundheitsthemen, aber auch zu Gesundheitssystemwissen und Strukturfragen zu etablieren und auszubauen, wie es beispielsweise das jüngst etablierte Nationale Gesundheitsportal vorsieht.

Auffällig ist aber auch, dass die Anwendung digitaler Informationen von mehr als der Hälfte der Befragten als (sehr) schwierig angesehen wird. Dies deutet an, dass es auch digitalen Gesundheitsinformationen an Lebensweltbezug und Verwendungsrelevanz mangelt und der Usability auch hier künftig höheres Gewicht beigemessen werden sollte.

In diesem Kontext ist auch auf die hohe Bedeutung der Gesundheitsprofessionen und ihre Rolle als Vermittler nutzerfreundlicher, gebrauchstauglicher und situativ passgenauer (Online-) Informationen hinzuweisen. Schon heute wenden sich Patientinnen und Patienten vielfach an die Gesundheitsprofessionen, wenn sie digitale Informationen nicht verstehen, nicht

⁴⁰ Die kürzlich erschienene Studie des AOK-Bundesverbandes kommt zu ähnlichen Einschätzungen (Kolpatzik et al. 2020).

beurteilen oder deren Anwendungsrelevanz nicht einschätzen können. Dies dürfte sich mit der voranschreitenden Digitalisierung und der anstehenden Umsetzung der Digitalisierungsgesetze verstärken. Zugleich dürfte durch sie großer Informationsbedarf entstehen. Denn viele der damit verbundenen Innovationsschritte sind im Bewusstsein der Bevölkerung nicht ausreichend präsent, wie etwa die bislang geringe Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen (wie Apps, Schrittzähler, etc.) oder digitaler Interaktionsmöglichkeiten (wie Online-Terminvereinbarung) zeigt. Ihm rechtzeitig zu begegnen, ist im Interesse einer erfolgreichen zielkonformen Umsetzung des Gesetzes wünschenswert und notwendig. Zu erwarten ist, dass dieser Informationsbedarf auch zu einem großen Teil an die Gesundheitsprofessionen herangetragen wird. Deshalb ist es wichtig, zukünftig auch verstärkt die (digitale) Gesundheitskompetenz der Gesundheitsprofessionen und -organisationen in den Blick zu nehmen und zu fördern, um damit auch auf der Systemseite die notwendigen bzw. adäquaten Rahmenbedingungen für die Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz zu schaffen.

Die Navigation und Orientierung im Gesundheitssystem überfordern immer mehr Nutzerinnen und Nutzer

Das Thema Navigation hat aufgrund der seit langem kritisierten Unübersichtlichkeit des deutschen Gesundheitssystems in den letzten Jahren ebenfalls zunehmend an Bedeutung gewonnen (Ozegowski/Amelung 2015; Schmidt-Kaehler et al. 2019; SVR 2018). Die Studienergebnisse zeigen nun, dass dies gleichermaßen für den Umgang mit Informationen gelten sollte, die für die Orientierung und Navigation erforderlich sind. Nur drei der zwölf in der neu entwickelten Skala zur navigationalen Gesundheitskompetenz enthaltenen Informationsaufgaben werden von der Mehrheit als leicht oder sehr leicht bewertet. Insgesamt ist die navigationale Gesundheitskompetenz noch einmal geringer als die allgemeine Gesundheitskompetenz und auch hier trifft dies in besonderer Weise für Menschen mit geringer Bildung, niedrigem Sozialstatus, mit mehreren chronischen Krankheiten und für ältere Menschen zu.

Bemerkenswert ist, dass vor allem die sich auf der Systemebene stellenden Informationsanforderungen, die grundlegende Funktionen des Gesundheitssystems betreffen, den Befragten Schwierigkeiten bereiten. So sieht es mehr als die Hälfte der Bevölkerung als schwierig an, Informationen darüber zu verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert – ein Befund, der deshalb zu beachten ist, weil er besagt, dass das Gesundheitssystem für viele Menschen einer „Black Box“ (Gui et al. 2018, S. 61) gleicht, zumindest aber nicht einfach zu nutzen ist. Dafür sprechen auch die Befunde zu der Frage, wie einfach oder schwierig es ist, herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden: Dies finden zwei Drittel der Befragten (sehr) schwierig.

Dies verwundert insofern, als in der Vergangenheit zahlreiche Bemühungen unternommen wurden, um die Information und Beratung im Gesundheitssystem auszubauen. Der hohe Anteil geäußelter Schwierigkeiten in diesem Bereich deutet an, dass die entstandenen Angebote die Bevölkerung offenbar noch immer zu wenig erreichen. Zugleich weist er auf bestehende Strukturprobleme, denn die Informations- und Beratungslandschaft in Deutschland ist mittlerweile ähnlich komplex, fragmentiert und unüberschaubar wie das Gesundheitssystem selbst (Ewers/Schaeffer 2016). Damit sehen sich Nutzerinnen und Nutzer bereits auf dem Weg zu Information vor Herausforderungen gestellt und benötigen schon im Stadium der Informationssuche navigationale Gesundheitskompetenz, um die zur Verfügung stehende Menge an Informationen und Informationsmöglichkeiten zu überblicken.

Als (sehr) schwierig wird auch empfunden, die eigenen Rechte als Patientin oder Patient in Erfahrung zu bringen – ein Aspekt, der mit Blick auf die veränderte Patientenrolle ebenfalls zu denken gibt. Dass die Gründe dafür keineswegs auf persönliche Defizite zurückzuführen sind, deutet ein anderes Ergebnis an: Obwohl in einer aktuellen Befragung der Stiftung Gesundheitswissen (2020) über die Hälfte der Befragten angibt, sich für Leistungen der Krankenversicherungen zu interessieren, finden es dieser Studie zufolge zwei Drittel (sehr) schwierig einzuschätzen, in welchem Umfang die Krankenversicherung Kosten für Leistungen übernimmt. Dies spricht weniger für eine fehlende Bereitschaft der Nutzerinnen und Nutzer, sich mit den zur Verfügung stehenden Informationen auseinanderzusetzen, als vielmehr für bestehende Informationsdefizite auf struktureller und organisatorischer Ebene.

Ähnliche Herausforderungen bestehen im Bereich der Qualitätseinschätzung – dies trotz der seit langem geführten Qualitätsdiskussion und der zahlreichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Herstellung von Qualitätstransparenz. Die Daten deuten an, dass auch dies bislang nicht befriedigend gelungen ist, und vorhandene für die Navigation wichtige Informationen schwer zugänglich, wenig verständlich oder patientenrelevant und präferenzsensibel sind (Langner et al. 2016).

Darauf weisen auch die *Informationswünsche* der Befragten. Denn Qualitätsinformationen, sei es über Krankenhäuser oder über Ärztinnen und Ärzte, stehen weit oben in der Liste der Informationswünsche. Dies gilt auch für Informationen über Patientenrechte. Bei der ersten Gesundheitskompetenzstudie standen sie an zweitletzter Stelle der empfundenen Informationsdefizite (Schaeffer et al. 2016). Dies könnte so gedeutet werden, dass die Bereitschaft und Motivation der Bevölkerung, sich mit der veränderten Patientenrolle auseinanderzusetzen und sie anzunehmen, gestiegen ist, doch es offensichtlich an den erforderlichen Informationsvoraussetzungen dafür fehlt.

Die Corona Pandemie hat sich nicht nennenswert auf die navigationale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ausgewirkt, ausgenommen bei jüngeren Menschen: Sie zeigen sich besser orientiert und können – wie erwähnt – einen Zuwachs an Gesundheitskompetenz verzeichnen. Wie nachhaltig diese Entwicklung sein wird, bleibt abzuwarten.

Gerade im Bereich der Navigation sind also viele Aufgaben anzugehen, um die Gesundheitskompetenz zu verbessern, dies speziell auf der strukturellen, aber auch auf der organisatorischen Ebene. Dazu stehen auf internationaler Ebene bereits seit längerem Ansätze und Konzepte zur Verfügung (Farmanova et al. 2018; Rudd/Anderson 2006), die es in Deutschland noch intensiver aufzugreifen und zu erproben gilt.

Die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten wird für relativ einfach gehalten

Die sich auf interaktiver und kommunikativer Ebene stellenden Anforderungen beim Umgang mit Informationen sind aus Sicht der Bevölkerung vergleichsweise leicht zu bewältigen. Wie die Ergebnisse zur kommunikativen Gesundheitskompetenz zeigen, wird jede der dazu im Fragebogen angesprochenen Anforderungen von der Mehrheit der Befragten als einfach oder sogar sehr einfach eingeschätzt.

Das ist insofern erstaunlich, als die Anforderungen an die Kommunikation im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren vielfältiger und anspruchsvoller geworden sind. Patientinnen

und Patienten sind nicht mehr nur Adressatin oder Adressat von Aufklärung, also passiv Rezipierende, sondern zunehmend in der Verantwortung, ihre Belange und Probleme zu kommunizieren, Informationen einzufordern, aber auch zu geben und aktiv Fragen und Nachfragen zu stellen. Dies scheint der Mehrheit zu gelingen: So äußern nur sehr wenige Befragte Schwierigkeiten bei der Erklärung gesundheitlicher Beschwerden durch Ärztinnen und Ärzte; Fragen während der Konsultation zu stellen, wird nur von rund jedem Fünften als (sehr) schwierig beurteilt.

Zugleich deuten die Befunde auch hier auf Herausforderungen: Denn nahezu die Hälfte der Befragten findet es schwierig, die von Ärztinnen und Ärzten verwendeten Begriffe zu verstehen. Als nicht weniger schwierig wird eingeschätzt, ausreichend Gesprächszeit zu bekommen. Damit fallen zwei seit langem angemahnte Defizite im hiesigen Gesundheitssystem ins Auge: Zum einen die in Deutschland vergleichsweise kurze ärztliche Konsultationszeit. Im Vergleich zu anderen Ländern werden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland weitaus häufiger konsultiert, dies aber bei vergleichsweise kurzer Kontaktdauer (Irving et al. 2017; OECD 2019). Ärztinnen und Ärzte haben folglich nur wenig Zeit für Information und auch für eine patientengerechte Vermittlung von Information – ein Faktum, das auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) als veränderungsbedürftig kritisiert wird (Schaeffer et al. 2018; Schmidt-Kaehler et al. 2019). Das gilt besonders für die Verwendung von medizinischen Fachbegriffen und -sprache. Eine laienverständliche Sprache und nutzerfreundliche Information gehören zu den lang angemahnten Forderungen, die den Daten zufolge nicht an Aktualität verloren haben – trotz aller Bemühungen um Verbesserung der Kommunikation und Information.

9 Fazit: Bedeutung der Studie für Politik, Praxis und Forschung

Mit der HLS-GER 2 Studie werden neue Baselinedaten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vorgelegt. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland seit Entstehung der ersten Untersuchungen verschlechtert hat. Sie unterstreicht damit den *politischen Handlungsbedarf* und bekräftigt, wie wichtig es ist, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung voranzutreiben.

Während der Corona Pandemie hat sich die Gesundheitskompetenz leicht verbessert, wie die in dieser Zeit durchgeführte Zusatzerhebung HLS-GER 2' verdeutlicht. Dies zeigt, dass ein intensiver gesellschaftlicher Diskurs über Gesundheitsthemen in einer Risikokonstellation und eine dauerhafte, umfangreiche und auf vielen Kanälen verbreitete Information der Bevölkerung, wie sie seit Beginn der Pandemie realisiert wurden, prinzipiell positive Effekte zeitigen. Denn seither hat die Bevölkerung offenbar im Schnellverfahren gelernt, besser mit Gesundheitsinformationen umzugehen (siehe auch Okan et al. i.E.). Freilich wissen wir bislang nicht genau, wie stabil und nachhaltig diese Effekte sind. Zudem hat die Pandemie einmal mehr gezeigt, wie wichtig Gesundheitskompetenz für den Umgang mit (unerwarteten) Gesundheitsrisiken ist.

Gleichzeitig darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass nach wie vor mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz aufweist. Die Förderung der Gesundheitskompetenz bleibt also eine wichtige gesellschaftliche und politische Aufgabe, zumal geringe Gesundheitskompetenz mit nicht zu unterschätzenden negativen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Folgen einhergeht.

Dass Gesundheitskompetenz ein bedeutsamer gesellschaftlicher Faktor und eine *Schlüsselkompetenz* (Kickbusch et al. 2005) für die Gesundheitserhaltung darstellt, hat sich als Erkenntnis in den letzten Jahren international immer mehr durchgesetzt. Dies belegen u.a. verschiedene Initiativen der Weltgesundheitsorganisation, wie die Shanghai Erklärung (WHO 2016), die Roadmap zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Lebenslauf (WHO 2019) oder das Manifest zur Gesundheitskompetenz (WHO 2013). Als Reaktion darauf sind inzwischen in vielen Ländern detaillierte Strategien und auch Aktionspläne zur Stärkung der Gesundheitskompetenz entwickelt worden. Auch in Deutschland wurde Anfang 2018 unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ vorgelegt, der mit 15 Empfehlungen ein umfassendes Programm zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland enthält. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte zuvor die Allianz zur Förderung der Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen, der alle wichtigen Spitzenverbände des Gesundheitssystems in Deutschland angehören (Bundesministerium für Gesundheit 2017) und hat inzwischen zudem auch ein Nationales Gesundheitsportal etabliert.

Exemplarisch zeigt dies, dass auch in Deutschland etliches geschehen ist, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. Doch steht nach wie vor an, Gesundheitskompetenz als eigenständiges Politikfeld zu etablieren. Dazu sind bislang erste beachtenswerte Schritte erfolgt, denen nun weitere folgen müssen.

Zudem ist wichtig, die *Forschungsförderung* auf dem Gebiet Gesundheitskompetenz zu intensivieren. Im Nationalen Aktionsplan wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass in

Deutschland bislang eine ausreichende empirische Datenbasis zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen fehlt. Empfohlen wird daher, die Forschung zur Gesundheitskompetenz auszubauen. Mit der vorliegenden Studie wird ein Beitrag dazu geleistet, dieses Defizit auszugleichen. Gleichzeitig unterstreichen die Ergebnisse der Studie die Aktualität und Dringlichkeit der Empfehlung und ermöglichen zugleich eine weiterführende Nuancierung und Ausgestaltung dieser Empfehlung – eine Aufgabe, die in den nächsten Jahren anzugehen sein wird. Dabei wird eine wichtige politische Aufgabe sein, ausreichende Fördermittel für Gesundheitskompetenzforschung bereit zu stellen.

Vergleichbares gilt für die dringend nötige *Interventionsentwicklung*, die in Deutschland noch am Anfang steht⁴¹ und ebenfalls auf Forschung angewiesen ist. Denn erforderlich ist eine wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Interventionsentwicklung und -erprobung – eine Aufgabe, die nicht nur in Deutschland, sondern auch international noch zu wenig politische Aufmerksamkeit erhält, wie seit längerem kritisiert wird (Rondia et al. 2019). Auch dafür enthält die neue Studie wichtige empirische Hinweise, denn sie gibt u.a. Einblick in die Informationsvoraussetzungen der Bevölkerung und liefert damit und mit vielen anderen Befunden wesentliche Grundlagen für die Interventionsentwicklung und -erprobung.

Zugleich sind ihr wichtige *thematische* Anhaltspunkte zu entnehmen: So weisen die Ergebnisse unmissverständlich darauf, wie dringend die Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz in Deutschland ist. Auch internationale Vergleiche zeigen, dass Deutschland bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der *digitalen Gesundheitskompetenz* eher das Schlusslicht bildet (European Commission 2014; Thiel et al. 2018; Van den Broucke et al. 2020) und auch dies unterstreicht, dass hier Veränderungen notwendig sind. Das gilt auch für die in Deutschland ebenfalls schwach ausgeprägte *navigationale Gesundheitskompetenz*.

Die Ergebnisse machen deutlich, wie wichtig es dazu ist, das Gesundheitssystem und seine Organisationen selbst transparenter, einfacher nutzbar und damit auch navigations- und nutzerfreundlicher zu gestalten (siehe auch Schmidt-Kaehler et al. 2019). Der Beachtung bedürfen jedoch nochmal die Themen Gesundheitsförderung und vulnerable Gruppen. Denn wichtig ist, die Förderung von Gesundheitskompetenz so anzulegen, dass sie dazu beiträgt, bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten, die auch in den dargestellten Befunden unübersehbar sind, zu verringern und Teilhabechancen zu verbessern.

Die Studie weist zudem darauf, dass die *Gestaltung von Informationen* weiterhin großer Aufmerksamkeit bedarf. Trotz vorhandener Verbesserungs- und Innovationsbemühungen sind Gesundheitsinformationen vielfach schwer beurteilbar, zu kryptisch und zu wenig nützlich und verwendbar und überdies nicht ausreichend nutzerfreundlich und zielgruppenspezifisch ausgerichtet – so lassen sich die Befunde zugespitzt zusammenfassen. Dies gilt für schriftliche wie für mündliche Informationen und besonders für digitale und mediale Informationen. Empfehlungen und Ideen dazu, wie das verändert werden kann, liegen mittlerweile in großer Zahl vor – die Umsetzung zu stimulieren und gezielt anzugehen, ist eine der Zukunft vorbehaltene Aufgabe. Vergleichbares gilt für die Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Fake News und Verschwörungsmythologien.

⁴¹ Sie wurde durch Fördermittel des BMG angestoßen und bedarf künftig weiterer finanzieller Ressourcen.

Dabei ist Implementationsfragen verstärkt Beachtung zu schenken. Nach wie vor wird bei der Einführung von (neuen) Interventionen und Innovationen auf naturwüchsige Umsetzung gesetzt – eine, wie die Literatur zeigt, nicht besonders erfolgreiche Strategie, auf den zahlreichen Implementationsdefiziten zurückgehen. Erforderlich sind demgegenüber systematische, konzeptionell gesicherte Implementationsstrategien. Sie zu entwickeln und zielkonforme Umsetzungen zu ermöglichen gehört ebenfalls zu den künftigen Herausforderungen.

Die Bewältigung all dieser Aufgaben erfordert ein kooperatives Vorgehen, in das relevante Akteurinnen und Akteure und Netzwerke aus allen gesellschaftlichen Bereichen einbezogen sind. Denn nur durch ein breites Kooperationsbündnis und eine umfassend angelegte Politik im Sinne der „Health in all Policies“ der WHO wird es möglich sein, die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Adam, Y. & Carol, S. (2020). *Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund: Perspektive und Erfahrungen von türkisch- und russischsprachigen Frauen*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2949096>
- Australian Bureau of Statistics. (2008). *Adult Literacy and Life Skills Survey 2006. Summary Results*. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Barton, J. L., Trupin, L., Tonner, C., Imboden, J., Katz, P., Schillinger, D. et al. (2014). English language proficiency, health literacy, and trust in physician are associated with shared decision making in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 41(7), 1290–1297. <https://doi.org/10.3899/jrheum.131350>
- 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), 1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- Baumann, H., Schulz, S. & Thiesen, S. (2019). *ALLBUS 2018 - Variable Report*. Köln: GESIS.
- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K. & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11, 1151. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>
- Berens, E.-M., Vogt, D., Ganahl, K., Weishaar, H., Pelikan, J. & Schaeffer, D. (2018). Health Literacy and Health Service Use in Germany. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(2), e115-e122. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180503-01>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K. et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, (199), 1–941.
- Bittlingmayer, U. H., Dadaczynski, K., Sahrai, D., van den Broucke, S. & Okan, O. (2020). Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(2), 176–184. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03087-6>
- Bitzer, E.M. & Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Gesundheitswesen*, 80, 754–766. <https://doi.org/10.1055/a-0664-0395>
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B. et al. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Washington DC: Institute of Medicine (IOM).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Burt, J., Abel, G., Elmore, N., Campbell, J., Roland, M., Benson, J. et al. (2014). Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open*, 4(3), e004339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004339>
- Canadian Council on Learning. (2008). *Health literacy in Canada. A healthy understanding 2008*. Ottawa, Ont: Canadian Council on Learning.
- Cartwright, L. A., Dumenci, L., Cassel, J. B., Thomson, M. D. & Matsuyama, R. K. (2017). Health Literacy Is an Independent Predictor of Cancer Patients' Hospitalizations. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 1(4), e153-e162. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170808-01>
- Chesser, A. K., Keene W., N., S., K. & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2(0), 1–13. <https://doi.org/10.1177/23337214166630492>
- DeWalt, D. A., Boone, R. S. & Pignone, M. P. (2007). Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *American Journal of Health Behavior*, 31 Suppl 1, S27-35. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S27>
- Diederichs, C., Jordan, S., Domanska, O. & Neuhauser, H. (2018). Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services - Results from

- the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany. *PloS One*, 13(12), e0208303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208303>
- Dierks, M.-L. (2019). Empowerment, Selbstmanagementförderung und Gesundheitskompetenzvermittlung – Versuch einer Einordnung. In G. Seidel, R. Meierjürgen, S. Melin, J. Krug & M.-L. Dierks (Hrsg.), *Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen* (1. Auflage, S. 31–46). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Dietscher, C. & Pelikan, J. (2017). Health-literate hospitals and healthcare organizations Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 303–313). Bern: Hogrefe.
- Domanska, O. M., Firnges, C., Bollweg, T. M., Sørensen, K., Holmberg, C. & Jordan, S. (2018). Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) - German version? Findings from cognitive interviews of the project "Measurement of Health Literacy Among Adolescents" (MOHLAA) in Germany. *Archives of Public Health*, 76, 46. <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0276-2>
- Ernstmann, N., Bauer, U., Berens, E.-M., Bitzer, E. M., Bollweg, T. M., Danner, M. et al. (2020). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 82(7), e77-e93. <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>
- European Commission. (2014). *Flash Eurobarometer 404. European citizens' digital health literacy*. Brussels: European Commission.
- Eurostat. (2020). *Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem, nach Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus. Europäische Gesundheitsstatistiken*. Zugriff am 08.11.2020. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_04/default/table?lang=de
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2016). Patientenberatung. In W. Gieseke & D. Nittel (Hrsg.), *Pädagogische Beratung über die Lebensspanne* (S. 322–331). Weinheim: Beltz Juventa.
- Farmanova, E., Bonneville, L. & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry*, 55, 46958018757848. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Feldwisch-Dentrup, H. & Kuhrt, N. (2019). *Schlechte und gefährliche Gesundheitsinformationen: Wie sie erkannt und Patienten besser geschützt werden können*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Geboers, B., Winter, A. F. de, Luten, K. A., Jansen, C. J. M. & Reijneveld, S. A. (2014). The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *Journal of Health Communication*, 19 Suppl 2, 61–76. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.934933>
- Gerlach, S. (2020). Lebensmittelbezogene Verhältnisprävention von Adipositas und nichtübertragbaren Krankheiten – der politische Prozess in Deutschland. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 14(02), 67–78. <https://doi.org/10.1055/a-1120-5316>
- Gillard, S., Benson, J. & Silverman, J. (2009). Teaching and assessment of explanation and planning in medical schools in the United Kingdom: cross sectional questionnaire survey. *Medical Teacher*, 31(4), 328–331. <https://doi.org/10.1080/01421590801953018>
- Glaeske, G. & Schicktanz, C. (2013). *BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012. Kurzfassung für die Pressekonferenz am 11. Juni 2013*. Zugriff am 30.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.barmar.de/blob/37366/a5a8e2eaceb051d54ea8cb0967c9d3e3/data/pdf-kurzfassung-arzneimittelreport.pdf>
- Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M. & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- Grotlüschen, A. & Buddeberg, K. (Hrsg.). (2020). *LEO 2018. Leben mit geringer Literalität*. Bielefeld: wbv Media.
- Gui, X., Chen, Y. & Pine, K. H. (2018). Navigating the Healthcare Service "Black Box". *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 2(CSCW), 1–26. <https://doi.org/10.1145/3274330>

- Haslbeck, J. (2017). Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronischer Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 259–275). Bern: Hogrefe.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R. & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States; The European Health Literacy Survey HLS-EU. Second Revised and Extended Version*. Zugriff am 04.09.2020. Verfügbar unter: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
- Howells, R. J., Davies, H. A., Silverman, J. D., Archer, J. C. & Mellon, A. F. (2010). Assessment of doctors' consultation skills in the paediatric setting: the Paediatric Consultation Assessment Tool. *Archives of Disease in Childhood*, 95(5), 323–329. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146191>
- Hurrelmann, K. & Baumann, E. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., Klinger, J. & Schaeffer, D. (2020). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. et al. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58(9), 942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
- Kickbusch, I., Maag, D. & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies. Background paper for the European Health Forum Badgastein 2005*. Zugriff am 13.01.2021. Verfügbar unter: https://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_959_0.pdf
- Kolpatzik, K., Mohrmann, M. & Zeeb, H. (2020). *Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland*. Berlin: Kompart.
- Kolpatzik, K. & Zaunbrecher, R. (2020). *Ernährungskompetenz in Deutschland*. Berlin: KomPart.
- Kolpatzik, K. & Zok, K. (2017). Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 145–155). Bern: Hogrefe.
- Kripalani, S., Jacobson, T. A., Mugalla, I. C., Cawthon, C. R., Niesner, K. J. & Vaccarino, V. (2010). Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of hospital medicine*, 5(5), 269–275. <https://doi.org/10.1002/jhm.667>
- Kurth, B.-M. & Razum, O. (2019). Editorial: Health monitoring should reflect population diversity. *Journal of Health Monitoring*, 4(3), 3–6. <https://doi.org/10.25646/6072>
- Kutner, M., Jin, Y. & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults. Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. U.S. Department of Education. Washington DC: National Center for Education Statistics.
- Lampert, T., Schmidtke, C., Borgmann, L.-S., Poethko-Müller, C. & Kuntz, B. (2018). Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 64–71. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-068>
- Lampert, T., Saß, A.-K., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Langner, D., Garling, M., Krzyzanowski, M., Bestmann, B., Verheyen, F. & Meusch, A. (2016). *Qualität - die Patientenperspektive. Eine repräsentative Befragung gesetzlich Versicherter* (WINEG Wissen, Bd. 05). Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Neter, E. & Brainin, E. (2019). Association Between Health Literacy, eHealth Literacy, and Health Outcomes Among Patients With Long-Term Conditions. *European Psychologist*, 24(1), 68–81. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000350>
- Nielsen, R. K., Fletcher, R., Newman, N., Brennen, J. S. & Howard, P. N. (2020). *Navigating the 'Infodemic': How People in Six Countries Access and Rate News and Information about Coronavirus*. Zugriff am 30.11.2020. Verfügbar unter: <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-04/Navigating%20the%20Coronavirus%20Infodemic%20FINAL.pdf>

- 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. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/19991312>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Janner, C. & Schaeffer, D. (i.E.). *Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz. Ergebnisse der zweiten Erhebung der HLS-COVID-19 Studie*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK).
- Ozegowski, S. & Amelung, E. (2015). Patientenorientierung - leicht gefordert, schwer umgesetzt. In V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägl, S. Ozegowski et al. (Hrsg.), *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität* (S. 3–8). Berlin: MWV.
- Paasche-Orlow, M. K. & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American journal of health behavior*, 31(1), 19–26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Parker, R. & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy. A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15 Suppl 2, 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Parker, R. M. (2009). Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In L. M. Hernandez (Ed.), *Measures of health literacy. Workshop summary* (pp. 91–98). Washington, D.C: Institute of Medicine of the National Academies.
- Pelikan, J. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenzstudie. Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 93–125). Bern: Hogrefe.
- Pelikan, J. M., Ganahl, K. & Roethlin, F. (2018). Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health. Empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Global Health Promotion*, 25(4), 57–66. <https://doi.org/10.1177/1757975918788300>
- Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L. & Kurth, J. (2016). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(1), 112–119. <https://doi.org/10.1111/hex.12440>
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. aktualisierte Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9>
- Robert Koch-Institut. (2014). *Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«* Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut. (2019). *Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS). Sachbericht*. Berlin: Robert Koch-Institut. Zugriff am 30.11.2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/abschlussbericht/2019-08-01_Sachbericht_KomPaS.pdf
- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S. & Kohn, L. (2019). *Health Literacy: What Lessons Can Be Learned from the Experiences of Other Countries?* Brussels, Belgium: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Rootman, I. & Gordon-EI-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa, Ont.: Canadian Public Health Association. Zugriff am 30.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.cpha.ca/vision-health-literate-canada-report-expert-panel-health-literacy>
- Rowlands, G., Protheroe, P., Saboga-Nunes, L., van den Broucke, S., Levin-Zamir, D. & Okan, O. (2019). Health literacy and chronic conditions: A life course perspective. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span* (S. 183–197). Bristol: The Policy Press.
- Rudd, E. R. (2017). Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 19–31). Bern: Hogrefe.

- Rudd, R., Epstein Anderson, J., Oppenheimer, S. & Nath, C. (2007). Health Literacy. An Update of Medical and Public Health Literature. In J. P. Comings, B. Garner & C. Smith (Hrsg.), *Review of Adult Learning and Literacy* (Bd. 7, S. 175–204). Mahway: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rudd, R. E. & Anderson, J. E. (2006). *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Rudd, R., Kirsch, I. & Yamamoto, K. (2004). *Literacy and Health in America*. Princeton: Center for Global Assessment Policy Information Center Research and Development Educational Testing Service.
- Rudd, R. E., Moeykens, B. & Colton, T. C. (1999). *Health and Literacy. A Review of Medical and Public Health Literature*. Annual Review of Adult Learning and Literacy. New York. Zugriff am 30.11.2020 Verfügbar unter: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED508707.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2015). *Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015*. Bonn/Berlin: SVR.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsge-rechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. Berlin: SVR.
- Schaeffer, D. (2017). Chronische Krankheit und Health Literacy. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 53–70). Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M. & Vogt, D. (2017). Health Literacy in the German Population. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(4), 53–60. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0053>
- Schaeffer, D., Gille, S. & Hurrelmann, K. (2020a). Implementation of the National Action Plan Health Literacy in Germany—Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4403. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124403>
- Schaeffer, D., Griese, L. & Berens, E.-M. (2020b). Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 82(11), 836–843. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0418>
- Schaeffer, D. & Haslbeck, J. (2016). Bewältigung chronischer Krankheit. In K. Hurrelmann & M. Richter (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 243–257). Berlin: Springer Verlag.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (2017). Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 11–18). Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D., Hurrelmann, K. & Pelikan, J. (2019). *Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern. Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2935460>
- Seo, J., Goodman, M. S., Politi, M., Blanchard, M. & Kaphingst, K. A. (2016). Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients. *Medical Decision Making*, 36(4), 550–556. <https://doi.org/10.1177/0272989X16632197>
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2013). *Skills for Communicating with Patients* (3 vols.). London: Radcliffe Publishing Ltd. <https://doi.org/10.7748/en.22.8.11.s14>
- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span* (S. 5–20). Bristol: The Policy Press.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2018*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220187004.pdf?__blob=publicationFile

- Stiftung Gesundheitswissen. (2020). *Statussymbol Gesundheit. Wie sich der soziale Status auf Prävention und Gesundheit auswirken kann. Gesundheitsbericht 2020 der Stiftung Gesundheitswissen*. Berlin: Stiftung Gesundheitswissen.
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J. et al. (2018). *Gesundheitssystem-Vergleich Fokus Digitalisierung. #SmartHealthSystems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A. & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health*, 15, 883. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2210-7>
- Trezona, A., Dodson, S. & Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Services Research*, 18(1), 694. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>
- Van den Broucke, S., Levin-Zamir, D., Schaeffer, D., Pettersen, K., Guttersrud, Ø., Finbråten, H. et al. (2020). Digital health literacy in general populations – An international comparison. *European journal of public health*, 30(Supplement_5) <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.124>
- Van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K. & Ueters, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-179>
- 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), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.6709>
- Vogt, D., Berens, E.-M. & Schaeffer, D. (2020). Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter. *Das Gesundheitswesen*, 82(5), 407–412. <https://doi.org/10.1055/a-0667-8382>
- Vogt, D., Messer, M., Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016). „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0519-9>
- Vogt, D., Schaeffer, D. & Berens, E. M. (2019). Health literacy in later phases of life: Findings from Germany and other countries. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span* (S. 153–166). Bristol: The Policy Press.
- Vogt, D., Schaeffer, D., Messer, M., Berens, E. M. & Hurrelmann, K. (2017). Health literacy in old age. results of a German cross-sectional study. *Health Promotion International*, 33(5), 1–9. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax/012>
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A. & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946–1952. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>
- World Health Organization. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2016). *Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 04.09.2020. Verfügbar unter: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/>
- World Health Organization. (2019). *Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course*. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2020). Infodemic management: a key component of the COVID-19 global response. *Weekly Epidemiological Record*, 95(16), 145–148.
- Zamora, H. & Clingerman, E. M. (2011). Health literacy among older adults: a systematic literature review. *Journal of gerontological nursing*, 37(10), 41–51. <https://doi.org/10.3928/00989134-20110503-02>
- Zok, K. (2014). Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO monitor*, 11, 1–12.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Matrix der Items des Gesundheitskompetenz-Messinstruments	8
Tabelle 2: Übersicht Grenzwerte Gesundheitskompetenz-Niveaus	11
Tabelle 3: Übersicht Parameter Interviewdurchführung des HLS-GER 2 und des HLS-GER 2'	16
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung des HLS-GER 2.....	18
Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung des HLS-GER 2'	20
Tabelle A-1: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)	108
Tabelle A-2: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)	109
Tabelle A-3: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)	110
Tabelle A-4: Digitale Gesundheitskompetenz: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2).....	111
Tabelle A-5: Navigationale Gesundheitskompetenz: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)	112
Tabelle A-6: Kommunikative Gesundheitskompetenz: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)	113
Tabelle A-7: Nutzung digitaler Informationsangebote nach Bevölkerungsgruppen (Angabe mind. „seltener als einmal in der Woche“, gültige Prozent) (HLS-GER 2).....	113
Tabelle A-8: Nutzung digitaler Informationsangebote in der Allgemeinbevölkerung (gültige Prozent) (HLS-GER 2')	118
Tabelle A-9: Nutzung digitaler Informationsangebote nach Bevölkerungsgruppen (Angabe mind. „seltener als einmal in der Woche“, gültige Prozent) (HLS-GER 2')	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Integriertes Modell von Gesundheitskompetenz	4
Abbildung 2: Gesundheitskompetenz in Deutschland im HLS-GER 2.....	21
Abbildung 3: Gesundheitskompetenz in Deutschland im HLS-GER 2'	22
Abbildung 4: Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	23
Abbildung 5: Gesundheitskompetenz nach Schritten der Informationsverarbeitung (HLS-GER 2).....	26
Abbildung 6: Gesundheitskompetenz nach Schritten der Informationsverarbeitung (HLS-GER 2').....	27
Abbildung 7: Gesundheitskompetenz beim Finden von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	28
Abbildung 8: Gesundheitskompetenz beim Verstehen von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	29
Abbildung 9: Gesundheitskompetenz bei der Beurteilung von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	30
Abbildung 10: Gesundheitskompetenz bei der Anwendung von Gesundheitsinformationen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	31
Abbildung 11: Gesundheitskompetenz nach Bereichen (HLS-GER 2)	33
Abbildung 12: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	34
Abbildung 13: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)	35
Abbildung 14: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Krankheitsbewältigung/ Versorgung und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)	36
Abbildung 15: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	38

Abbildung 16: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)	39
Abbildung 17: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Prävention und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)	40
Abbildung 18: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung nach Bevölkerungsgruppen, in Prozent (HLS-GER 2)	42
Abbildung 19: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)	43
Abbildung 20: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich Gesundheitsförderung und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)	44
Abbildung 21: Gesundheitskompetenz und wöchentlicher Verzehr von Obst, Gemüse oder Salat (HLS-GER 2)	46
Abbildung 22: Gesundheitskompetenz und wöchentliche körperliche Aktivität (HLS-GER 2)	47
Abbildung 23: Gesundheitskompetenz und Anteil Raucherinnen und Raucher (HLS-GER 2)	48
Abbildung 24: Gesundheitskompetenz und wöchentlicher Konsum alkoholischer Getränke (HLS-GER 2)	48
Abbildung 25: Gesundheitskompetenz und WHO-Klassifikation des Body-Maß-Index (HLS-GER 2) ..	49
Abbildung 26: Gesundheitskompetenz und subjektiver Gesundheitszustand (HLS-GER 2)	50
Abbildung 27: Gesundheitskompetenz und Einschränkung durch gesundheitliche Probleme (HLS-GER 2)	50
Abbildung 28: Gesundheitskompetenz und Anzahl täglich eingenommener, ärztlich verordneter Medikamente (HLS-GER 2)	51
Abbildung 29: Gesundheitskompetenz und Abwesenheit vom Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)	52
Abbildung 30: Gesundheitskompetenz und Hausarztkontakte in den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)	53
Abbildung 31: Gesundheitskompetenz und Facharztkontakte in den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)	53
Abbildung 32: Gesundheitskompetenz und stationäre Krankenhausbehandlungen im den letzten 12 Monaten (HLS-GER 2)	54
Abbildung 33: Gesundheitskompetenz und Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste in den letzten 24 Monaten (HLS-GER 2)	55
Abbildung 34: Interesse an Gesundheitsinformationen (HLS-GER 2)	58
Abbildung 35: Suche nach Gesundheitsinformation (HLS-GER 2)	59
Abbildung 36: Verständlichkeit von Erklärungen durch Gesundheitsdienstleistende (HLS-GER 2)	60
Abbildung 37: Verständlichkeit von Informationen durch Gesundheitsdienstleistende vor und während der Corona Pandemie (HLS-GER 2 und HLS-GER 2')	61
Abbildung 38: Informationswünsche der Bevölkerung (HLS-GER 2)	62
Abbildung 39: Nutzungshäufigkeit digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote (HLS-GER 2)	64
Abbildung 40: Genutzte digitale gesundheitsbezogene Informationsangebote nach ausgewählten Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	65
Abbildung 41: Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsangebote nach Altersgruppen (HLS-GER 2)	66
Abbildung 42: Digitale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	68
Abbildung 43: Digitale Gesundheitskompetenz: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)	69
Abbildung 44: Digitale Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)	70
Abbildung 45: Digitale Gesundheitskompetenz (HLS-GER 2')	71
Abbildung 46: Möglichkeit und Fähigkeit zur gesundheitsbezogenen digitalen Kommunikation (HLS-GER 2)	72
Abbildung 47: Möglichkeit und Fähigkeit zur gesundheitsbezogenen digitalen Kommunikation (HLS-GER 2 und HLS-GER 2')	73

Abbildung 48: Navigationale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	76
Abbildung 49: Navigationale Gesundheitskompetenz: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)	77
Abbildung 50: Navigationale Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)	78
Abbildung 51: Navigationale Gesundheitskompetenz (HLS-GER 2')	79
Abbildung 52: Kommunikative Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2)	82
Abbildung 53: Kommunikative Gesundheitskompetenz: was einfach- und was schwierig eingeschätzt wird, in Prozent (HLS-GER 2)	83
Abbildung 54: Kommunikative Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen, Anteil (sehr) schwierig (HLS-GER 2)	84
Abbildung A-1: Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')	114
Abbildung A-2: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')	114
Abbildung A-3: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')	115
Abbildung A-4: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')	115
Abbildung A-5: Gesundheitskompetenz beim Beurteilen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')	116
Abbildung A-6: Digitale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')	116
Abbildung A-7: Navigationale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2') ...	117

Anhang

Tabelle A-1: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)

Wie einfach/schwierig ist es	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
GK47-1 Informationen über Krankheitssymptome finden, die mich betreffen	24,5	23,4	25,7	43,7	24,0	17,8	38,5	22,7	13,5	20,1	17,6	23,0	35,2	19,2	29,0	23,7	28,6
GK47-2 Informationen über Behandlungsmöglichkeiten für Krankheiten finden, die mich betreffen	32,3	30,5	34,2	53,7	30,9	26,7	45,6	29,7	25,2	27,2	27,2	31,5	41,2	24,7	39,0	31,6	35,7
GK47-3 Informationen darüber finden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist	28,5	27,4	29,6	47,7	28,5	20,9	40,4	26,4	21,0	25,1	24,0	28,8	34,2	25,1	31,1	27,8	31,9
GK47-4 Herausfinden, wo ich professionelle Hilfe erhalte, wenn ich krank bin, z.B. bei einem Arzt, einer Pflegekraft, einem Apotheker oder Psychologen	20,7	19,1	22,2	33,3	19,7	17,7	30,6	18,3	16,5	18,7	17,0	21,1	25,0	16,2	24,8	20,3	22,2
GK47-5 Verstehen, was ein Arzt mir sagt	30,7	30,2	31,3	50,2	30,8	23,0	38,8	31,0	18,3	34,6	24,9	28,9	35,1	26,2	34,0	30,8	29,3
GK47-6 Die Beipackzettel meiner Medikamente verstehen (Informationen oder Anweisungen im Beipackzettel)	54,4	56,0	52,9	74,6	55,4	44,5	64,4	53,6	42,6	55,0	48,4	48,3	66,4	49,7	58,8	54,1	54,4
GK47-7 Informationen darüber verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist	37,2	36,1	38,5	54,9	38,0	28,8	48,2	35,9	28,2	35,0	33,8	35,2	43,8	35,1	39,1	36,8	39,1
GK47-8 Die Anweisungen meines Arztes oder eines Apothekers zur Einnahme verschriebener Medikamente verstehen	6,7	6,3	7,1	17,3	5,5	5,0	11,6	5,2	4,0	7,5	3,7	4,9	10,6	5,0	8,2	6,3	8,9
GK47-9 Beurteilen, inwieweit Informationen meines Arztes auf mich zutreffen	34,1	34,7	33,7	47,1	34,3	28,7	43,4	32,8	24,5	37,4	32,1	30,5	37,9	30,8	36,7	33,6	36,3
GK47-10 Die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten beurteilen	71,3	71,0	71,6	78,6	72,4	66,6	76,6	71,7	61,9	71,8	68,3	69,9	74,6	67,7	74,0	71,7	68,5
GK47-11 Beurteilen, ob ich eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollte	57,1	57,7	56,5	68,9	56,5	52,7	64,9	57,2	45,0	60,6	59,6	53,9	56,4	56,1	57,5	57,6	53,9
GK47-12 Beurteilen, ob Informationen zu Krankheiten in den Medien vertrauenswürdig sind (z.B. in Zeitungen, im Fernsehen oder im Internet)	76,3	77,2	75,6	74,6	78,7	72,5	79,8	76,9	69,4	75,2	76,4	75,6	77,6	75,5	77,0	77,2	71,5
GK47-13 Informationen von meinem Arzt nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen	35,6	34,9	36,3	43,6	36,2	31,9	44,3	34,5	25,5	36,1	32,9	33,6	39,9	32,8	37,6	35,4	36,4
GK47-14 Anweisungen zur Einnahme von Medikamenten folgen	6,4	6,7	6,2	10,8	6,0	5,5	8,0	5,8	4,6	9,9	3,8	5,8	7,3	5,2	7,4	6,1	8,3
GK47-15 In einem medizinischen Notfall einen Krankenwagen rufen	6,9	5,7	8,1	14,1	5,7	6,3	9,5	6,4	4,0	6,8	4,5	5,6	10,3	5,2	8,4	6,7	8,1
GK47-16 Den Empfehlungen meines Arztes oder eines Apothekers folgen	9,2	9,2	9,2	18,7	7,5	9,2	15,0	7,8	5,6	9,5	7,7	7,6	11,7	6,4	11,1	8,4	13,3

Tabelle A-2: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)

Wie einfach/schwierig ist es	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
GK47-17 Informationen über den Umgang mit ungesunden Lebensgewohnheiten finden, wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum	9,5	9,8	9,3	20,8	9,1	5,4	13,2	8,9	4,9	11,5	5,7	7,9	13,5	8,5	9,9	8,8	13,6
GK47-18 Informationen darüber finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht, z.B. Stress, Depression oder Angstzustände	56,2	57,4	55,1	71,7	58,8	45,1	66,4	55,7	43,5	60,9	53,1	51,7	61,7	54,5	57,5	56,4	55,2
GK47-19 Informationen über Impfungen finden, die für mich oder meine Familie empfohlen sind	30,9	31,1	30,8	47,1	31,6	23,4	40,5	30,7	18,8	37,3	26,5	26,9	35,8	29,8	31,4	29,5	38,3
GK47-20 Informationen über den Umgang mit Gesundheitsrisiken finden, wie Übergewicht, Bluthochdruck oder einen erhöhten Cholesterinspiegel	23,1	23,3	22,9	43,4	24,2	13,3	34,4	20,9	17,6	29,8	19,2	19,6	26,2	22,8	22,8	22,4	26,3
GK47-21 Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten verstehen, wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßigen Alkoholkonsum	11,1	12,2	10,1	23,7	10,6	6,6	16,0	10,0	8,3	11,1	8,4	9,8	14,9	10,0	12,2	11,0	11,9
GK47-22 Verstehen, warum ich oder meine Familie eventuell Impfungen brauchen	24,8	25,1	24,7	35,5	25,4	20,0	32,6	24,3	17,2	27,0	21,3	23,4	28,6	26,0	23,6	24,0	28,0
GK47-23 Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen verstehen, z.B. Darmkrebsfrüherkennung, Blutzuckertest	21,1	22,7	19,8	39,8	19,3	17,8	32,8	18,7	15,5	30,3	19,7	18,1	20,7	23,3	19,0	19,9	27,5
GK47-24 Beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind	35,9	38,8	33,3	46,1	36,4	30,4	40,7	36,2	27,9	38,8	33,6	33,7	38,8	35,0	36,5	36,0	35,2
GK47-25 Beurteilen, wann ich einen Arzt aufsuchen sollte, um mich untersuchen zu lassen	31,6	32,8	30,2	37,3	30,6	31,5	39,2	30,3	26,8	36,2	30,9	31,0	30,0	28,5	34,4	30,4	37,9
GK47-26 Beurteilen, welche Impfungen ich oder meine Familie eventuell brauchen	42,0	44,6	39,5	57,4	43,0	34,3	51,1	41,8	32,3	51,6	37,6	39,1	43,3	42,4	40,8	41,2	46,2
GK47-27 Beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen ich machen lassen sollte, z.B. Darmkrebsfrüherkennung, Blutzuckertest	36,7	38,9	34,6	53,6	36,1	31,5	43,9	36,9	27,3	52,9	35,1	33,4	31,6	39,7	33,6	35,9	41,4
GK47-28 Beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind (z.B. in Zeitungen, im Fernsehen oder im Internet)	71,7	72,3	71,2	73,7	73,4	67,8	74,5	72,4	64,9	71,8	72,4	69,5	73,5	71,7	71,7	72,3	67,7
GK47-29 Entscheiden, ob ich mich gegen Grippe impfen lassen sollte	33,5	33,6	33,4	36,2	34,3	31,2	39,7	32,6	28,0	35,1	36,6	32,5	31,3	34,7	31,8	32,6	38,6
GK47-30 Aufgrund von Ratschlägen von Familienmitgliedern oder Freunden entscheiden, wie ich mich vor Krankheiten schützen kann	46,9	49,9	44,0	41,8	47,7	47,8	47,1	47,8	41,2	42,3	47,5	46,7	49,3	44,7	48,7	46,8	47,5

GK47-31 Aufgrund von Informationen aus den Medien entscheiden, wie ich mich vor Krankheiten schützen kann	61,3	63,5	59,4	64,4	62,5	58,1	65,8	61,7	53,0	57,0	62,5	60,2	64,0	58,8	63,6	61,7	58,6
---	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Tabelle A-3: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)

Wie einfach/schwierig ist es	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
GK47-32 Informationen über gesunde Lebensweisen finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung	8,4	8,5	8,4	20,7	8,1	3,8	13,8	6,8	6,1	7,6	6,7	7,5	11,5	6,8	9,8	8,2	9,3
GK47-33 Informationen über Aktivitäten finden, die gut für meine psychische Gesundheit und mein Wohlbefinden sind, z.B. Entspannung, körperliche Aktivität, Yoga	22,5	24,7	20,4	38,1	22,9	15,2	35,8	20,0	14,1	18,5	19,0	19,7	31,5	18,8	26,2	21,9	25,7
GK47-34 Herausfinden, wie meine Wohngegend gesundheitsfreundlicher werden könnte, z.B. Lärm und Umweltverschmutzung reduzieren, Grünflächen schaffen, Freizeitangebote	65,0	64,4	65,6	74,5	66,2	58,1	69,5	66,3	52,5	70,4	62,1	63,8	64,7	66,4	63,9	64,6	66,9
GK47-35 Informationen über Gesetzesänderungen finden, die Auswirkungen auf meine Gesundheit oder auf die Gesundheit meiner Familie haben könnten (neue Früherkennungsprogramme, Umstrukturierung von Gesundheitsdiensten, Tabakpreise, Rauchverbote, usw.)	77,4	77,8	77,1	84,0	79,9	69,5	83,3	77,4	69,9	76,7	76,3	76,6	79,3	77,6	77,0	77,4	77,6
GK47-36 Informationen darüber finden, wie die Gesundheit am Arbeitsplatz, in der Schule oder in meiner Wohngegend gefördert werden kann	72,2	72,1	72,3	80,5	73,9	65,1	82,6	71,5	61,2	70,5	66,0	71,7	79,1	70,6	74,0	72,8	68,2
GK47-37 Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden verstehen	20,2	22,0	18,5	21,5	19,8	18,9	18,2	21,1	17,0	15,5	18,6	19,4	25,3	20,5	20,0	20,1	19,9
GK47-38 Angaben auf Lebensmittelverpackungen verstehen	62,0	62,4	61,6	73,8	64,8	51,5	73,1	61,2	48,7	54,4	56,9	60,2	72,8	55,6	68,7	62,2	59,9
GK47-39 Informationen in den Medien verstehen, wie ich meine Gesundheit verbessern kann	36,3	36,9	35,9	52,8	37,0	27,2	44,6	35,6	28,9	32,2	30,4	34,1	46,2	33,9	38,5	35,8	37,4
GK47-40 Informationen darüber verstehen, wie ich psychisch gesund bleiben kann (insbesondere über psychische Gesundheit und Wohlbefinden, egal aus welcher Quelle)	55,1	58,7	51,8	69,5	56,5	45,8	66,7	53,9	45,6	54,4	52,9	50,8	62,2	54,2	55,7	54,1	60,3
GK47-41 Beurteilen, wie sich meine Wohngegend auf meine Gesundheit und mein Wohlbefinden auswirken kann	58,0	59,7	56,3	65,8	59,6	50,5	63,1	58,5	48,7	61,1	56,3	55,0	61,0	57,7	58,2	58,1	57,4
GK47-42 Beurteilen, wie meine Wohnsituation meine Gesundheit und mein Wohlbefinden beeinflussen kann	49,6	52,8	46,5	56,7	51,8	40,9	55,4	48,8	44,2	51,9	50,3	46,5	51,1	51,0	48,3	49,5	50,2
GK47-43 Beurteilen, welche alltäglichen Gewohnheiten meine Gesundheit beeinflussen	19,9	22,4	17,6	32,0	19,8	15,1	30,4	18,3	12,0	19,2	18,0	18,5	23,1	16,9	22,7	19,9	20,1

(z.B. Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)																	
GK47-44 Entscheidungen treffen, die meine Gesundheit und mein Wohlbefinden verbessern	30,7	31,1	30,5	47,6	28,7	28,5	44,8	28,5	20,3	27,7	31,1	30,9	31,6	24,1	36,8	29,7	36,4
GK47-45 Mich einem Sportverein oder einer Sportgruppe anschließen, wenn ich körperlich aktiv sein will	27,5	25,2	29,6	44,7	24,9	25,4	39,7	25,1	20,8	21,7	22,1	27,2	35,8	19,0	35,3	26,7	30,4
GK47-46 Lebensumstände beeinflussen, die Auswirkungen auf meine Gesundheit und mein Wohlbefinden haben (Beruf, Wohnsituation, Mobilität, Freizeitangebote, usw.)	56,9	58,3	55,5	73,3	55,7	52,4	69,7	55,4	44,5	53,9	56,0	57,0	59,3	51,9	61,6	55,9	62,4
GK47-47 Mich an Aktivitäten beteiligen, die zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen in meiner Wohngegend beitragen (z.B. Lärm und Umweltverschmutzung reduzieren, Grünflächen schaffen, Freizeitangebote schaffen)	65,6	65,7	65,7	80,2	64,5	62,1	71,0	65,3	58,9	68,2	61,1	64,8	68,8	61,9	68,9	65,3	66,3

Tabelle A-4: Digitale Gesundheitskompetenz: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)

Wie einfach/schwierig ist es	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
DGK1 Die richtigen Wörter oder Suchbegriffe verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden	38,7	37,8	39,5	58,0	40,6	26,8	54,9	37,7	22,6	32,9	30,3	33,0	59,1	32,8	44,1	38,0	41,3
DGK2 Genau die Informationen finden, nach denen ich suche	59,0	58,8	59,1	70,1	61,6	49,6	68,6	60,4	42,3	53,3	55,4	54,5	72,8	53,9	63,2	59,9	53,1
DGK3 Die gefundenen Informationen verstehen	47,6	48,7	46,6	64,9	50,2	36,1	59,6	47,3	32,3	40,6	41,1	43,3	65,5	42,6	51,7	48,0	44,7
DGK4 Beurteilen, wie vertrauenswürdig die gefundenen Informationen sind	82,5	82,3	82,7	82,7	84,7	78,4	83,5	83,9	76,1	78,1	79,8	81,6	89,5	81,4	83,5	83,6	76,5
DGK5 Beurteilen, ob hinter den angebotenen Informationen kommerzielle Interessen stehen	82,0	82,1	81,8	86,6	84,2	76,5	85,2	83,8	71,2	80,4	80,8	78,9	88,9	80,6	82,9	82,3	79,8
DGK6 Unterschiedliche Internetseiten aufsuchen, um zu prüfen, ob dort gleiche Informationen über ein Thema stehen	38,0	35,1	41,1	54,0	38,4	30,6	50,2	37,4	25,9	24,5	28,1	35,4	61,9	31,1	44,2	37,7	39,1
DGK7 Beurteilen, ob die Informationen auf mich zutreffen	56,3	55,3	57,4	70,9	57,2	49,5	59,0	58,3	44,3	56,8	49,6	51,1	69,6	54,9	57,2	56,5	55,7
DGK8 Die gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems nutzen	61,9	62,4	61,4	75,9	62,8	54,3	69,6	61,7	52,7	61,5	53,8	60,1	72,8	58,3	65,2	61,5	64,6

Tabelle A-5: Navigationale Gesundheitskompetenz: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)

Wie einfach/schwierig ist es	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
NGK1 Informationen darüber verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert, z.B. welche Arten an Versorgungsmöglichkeiten es gibt und wie sie genutzt werden können	57,7	56,0	59,5	71,6	59,3	48,9	68,3	57,1	45,5	59,2	55,3	56,6	60,5	53,7	61,6	57,4	59,4
NGK2 Beurteilen, welche Art der Gesundheitsversorgung ich im Fall eines Gesundheitsproblems benötige	49,8	51,5	48,1	62,6	50,5	43,1	58,3	49,1	40,6	51,4	46,6	49,1	51,9	46,3	53,2	49,9	48,1
NGK3 Einschätzen, in welchem Umfang meine Krankenversicherung die Kosten für bestimmte Leistungen übernimmt, z.B. ob es Zuzahlungen gibt	64,6	64,9	64,2	75,9	66,2	56,2	73,9	64,6	53,1	67,2	63,6	62,3	65,8	62,0	66,6	64,3	66,0
NGK4 Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen verstehen, die meine Gesundheitsversorgung betreffen könnten	73,6	74,0	73,4	85,5	75,1	66,2	80,9	74,4	60,6	78,4	72,0	72,0	73,8	71,3	75,5	73,8	72,9
NGK5 Herausfinden, welche Rechte ich als Patient oder Nutzer des Gesundheitssystems habe	70,7	69,5	71,8	84,8	71,6	63,1	82,2	69,9	58,3	70,2	67,9	70,8	72,9	66,1	74,7	70,7	69,7
NGK6 Mich für eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder einen Gesundheitsdienstleister entscheiden, z.B. ein bestimmtes Krankenhaus oder einen bestimmten Arzt	47,9	48,9	47,0	52,6	47,6	46,8	55,9	46,8	39,3	49,4	46,4	46,8	50,0	45,4	50,1	47,3	51,0
NGK7 Informationen über die Qualität von bestimmten Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleistern finden	68,1	67,8	68,5	78,3	69,1	61,2	76,3	67,8	58,2	65,2	63,0	67,9	75,3	63,7	72,2	68,4	66,8
NGK8 Beurteilen, ob eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder ein Gesundheitsdienstleister meinen Erwartungen und Wünschen entspricht	68,6	67,6	69,8	75,6	70,2	62,7	76,8	67,8	60,5	65,5	63,9	69,1	74,0	65,6	71,4	68,7	67,6
NGK9 Verstehen, wie ich einen Termin bei einer Gesundheitseinrichtung oder einem Gesundheitsdienstleister bekomme	27,1	27,4	26,7	41,6	25,6	23,2	35,6	25,7	18,5	24,7	22,7	23,5	36,4	23,7	30,2	26,9	26,8
NGK10 Herausfinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden	69,5	67,4	71,5	83,8	71,0	60,8	81,5	68,7	55,6	72,5	61,6	69,6	74,0	65,1	73,6	69,9	66,3
NGK11 In einer Gesundheitseinrichtung den richtigen Ansprechpartner für mein Anliegen ausfindig machen, z.B. im Krankenhaus	53,0	50,4	55,4	64,0	53,0	48,3	61,5	52,0	42,4	54,1	47,1	50,3	60,6	49,3	56,4	53,8	48,8
NGK12 Mich für mich selbst einsetzen, wenn meine Gesundheitsversorgung nicht meinen Bedürfnissen entspricht	50,8	46,4	54,9	62,9	51,1	45,0	61,7	50,0	37,9	50,3	47,0	49,9	55,4	47,9	53,6	51,0	49,4

Tabelle A-6: Kommunikative Gesundheitskompetenz: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)

Wie einfach/schwierig ist es	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
KGK1 Meinem Arzt/meiner Ärztin die Gründe für meinen Besuch beschreiben	6,6	6,2	6,9	13,3	5,8	5,3	11,9	5,4	2,4	8,1	6,3	5,8	6,9	4,9	7,7	6,3	8,2
KGK2 Meinen Arzt/meine Ärztin zum Zuhören bringen, ohne dass er/sie mich unterbricht	22,8	22,9	22,9	34,6	22,2	18,9	28,5	22,6	14,2	29,3	23,8	20,1	21,8	20,1	24,9	21,5	30,6
KGK3 Meinem Arzt/meiner Ärztin meine gesundheitlichen Beschwerden erklären	13,5	12,9	14,2	25,2	11,8	12,2	20,5	12,3	8,3	13,0	13,1	13,2	14,5	9,9	16,5	13,1	16,3
KGK4 Ausreichend Gesprächszeit von meinem Arzt/meiner Ärztin bekommen	47,5	46,5	48,6	55,1	46,7	46,1	57,9	46,7	36,8	54,0	48,2	46,1	45,0	44,8	49,4	46,5	52,8
KGK5 Meinem Arzt/meiner Ärztin meine persönlichen Ansichten und Vorstellungen mitteilen	32,0	31,0	33,1	45,7	31,5	28,0	43,2	31,0	19,9	36,6	31,1	30,2	32,1	29,2	34,7	31,1	35,9
KGK6 Von meinem Arzt/meiner Ärztin die Informationen bekommen, die ich benötige	26,6	25,6	27,7	37,6	25,3	24,9	33,6	25,8	19,7	32,7	24,8	25,6	25,5	22,8	29,6	26,2	29,3
KGK7 Die Begriffe verstehen, die mein Arzt/meine Ärztin verwendet	46,5	48,8	44,4	63,9	48,3	36,1	55,9	46,2	33,9	50,3	44,7	40,3	52,8	45,0	47,2	45,7	50,5
KGK8 Meinem Arzt/meiner Ärztin während des Gesprächs Fragen stellen	19,7	19,7	19,7	31,1	18,6	16,6	26,9	18,8	11,6	24,2	17,4	16,6	22,5	15,6	23,2	19,5	20,3
KGK9 Von meinem Arzt/meiner Ärztin an den Entscheidungen beteiligt werden, die meine Gesundheit betreffen	30,5	30,6	30,6	45,2	30,1	25,3	40,2	29,0	20,6	36,5	29,6	27,2	32,2	28,5	32,1	29,8	34,7
KGK10 Mich an die Informationen von meinem Arzt/meiner Ärztin erinnern	23,3	24,6	22,1	41,0	23,0	17,3	34,1	21,8	14,9	23,2	18,9	19,9	31,2	19,6	26,2	23,0	24,8
KGK11 Die Informationen, die ich von meinem Arzt/meiner Ärztin bekomme, für meine Gesundheit nutzen	23,2	24,7	21,9	39,1	21,5	20,0	35,1	20,9	15,8	20,6	23,6	23,8	23,6	18,5	27,3	22,4	28,4

Tabelle A-7: Nutzung digitaler Informationsangebote nach Bevölkerungsgruppen (Angabe mind. „seltener als einmal in der Woche“ in gültige Prozent) (HLS-GER 2)

	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
Internetseiten zum Thema Gesundheit	64,4	63,9	65,0	41,2	64,2	75,5	54,2	66,2	70,6	71,8	77,1	72,5	40,3	67,4	61,7	64,4	65,9
Soziale Medien (inklusive Online-Foren)	38,0	35,9	40,0	28,7	38,5	42,2	31,4	38,9	43,7	49,9	50,2	38,4	19,9	43,2	33,1	37,0	44,7
Digitale Geräte im Zusammenhang mit Gesundheit oder der medizinischen Versorgung	31,5	34,3	28,9	17,4	30,6	39,5	21,9	32,3	41,7	43,6	44,4	29,9	14,7	37,5	26,0	31,7	31,1
Gesundheits-Apps auf dem Handy	21,0	20,8	21,3	14,0	20,7	25,4	12,1	22,3	27,6	33,1	32,6	18,8	6,4	25,3	17,4	20,5	24,6
digitale Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern	15,9	15,8	16,0	7,1	13,8	24,0	11,9	15,8	22,0	19,6	25,9	14,3	7,2	17,4	14,5	15,8	17,1
andere digitale Informationsangebote zum Thema Gesundheit	41,5	41,6	41,5	28,1	40,2	51,0	36,2	42,7	46,4	46,2	55,8	44,1	24,3	45,0	38,3	41,1	46,2

Abbildung A-1: Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')

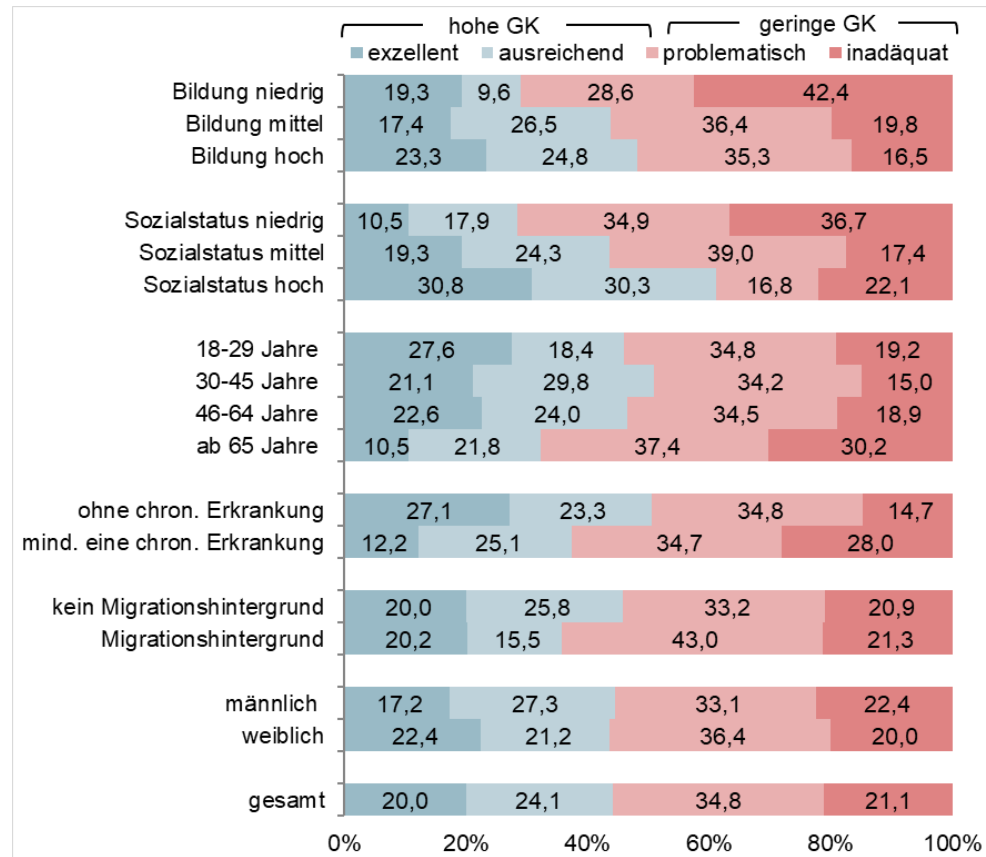


Abbildung A-2: Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')

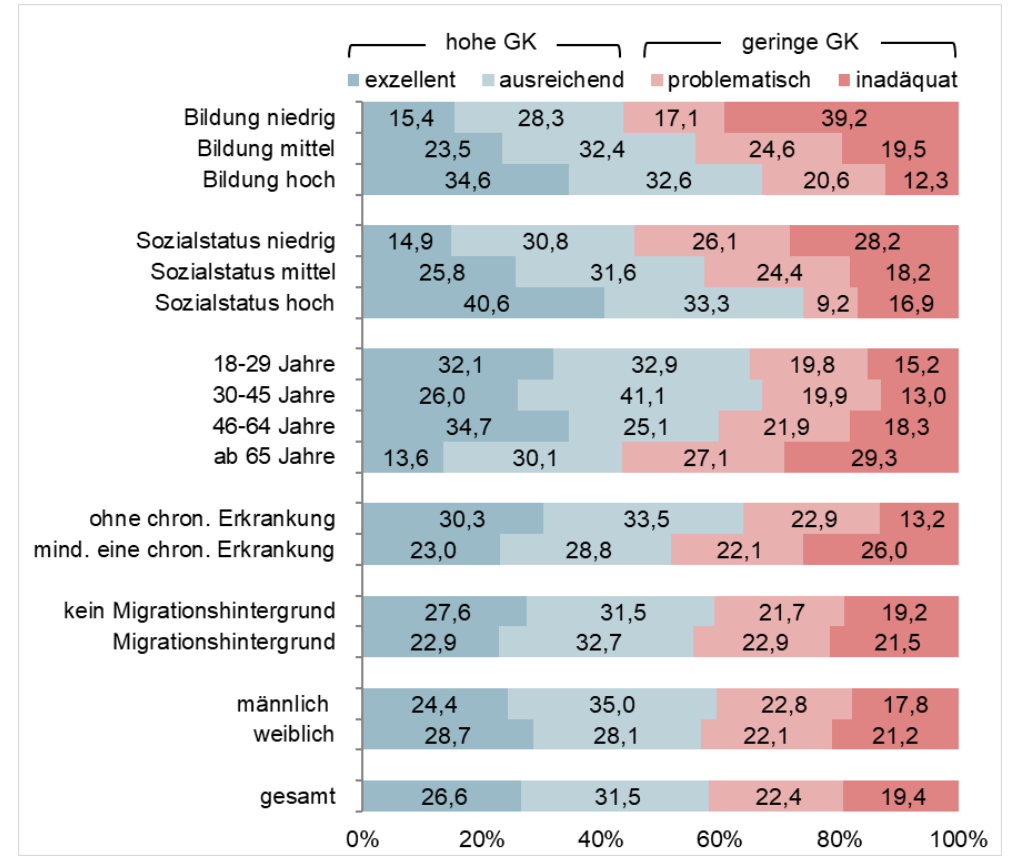


Abbildung A-3: Gesundheitskompetenz im Bereich Prävention nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')

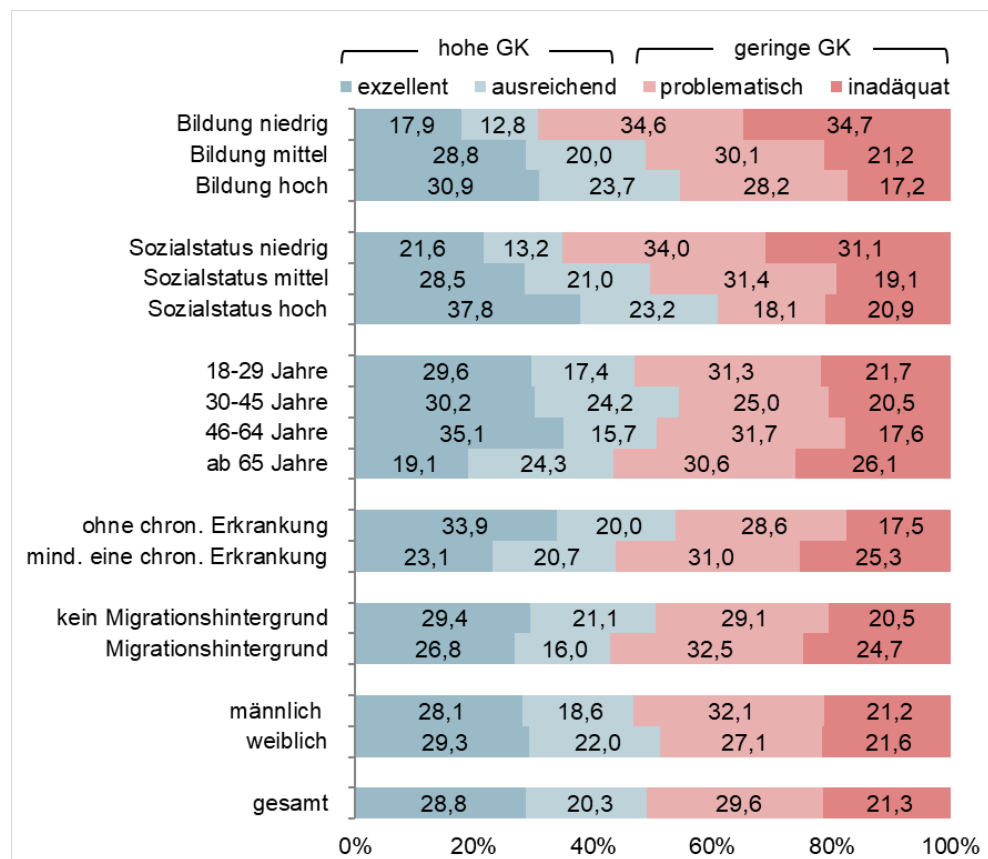


Abbildung A-4: Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')

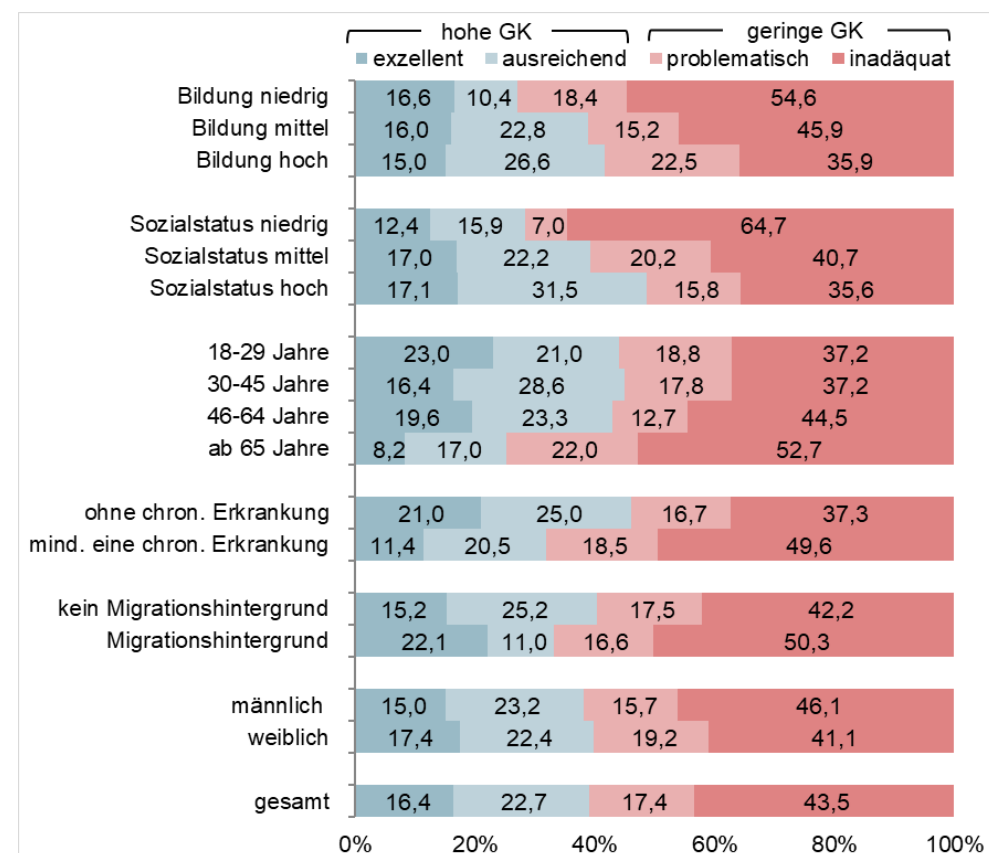


Abbildung A-5: Gesundheitskompetenz beim Beurteilen nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')

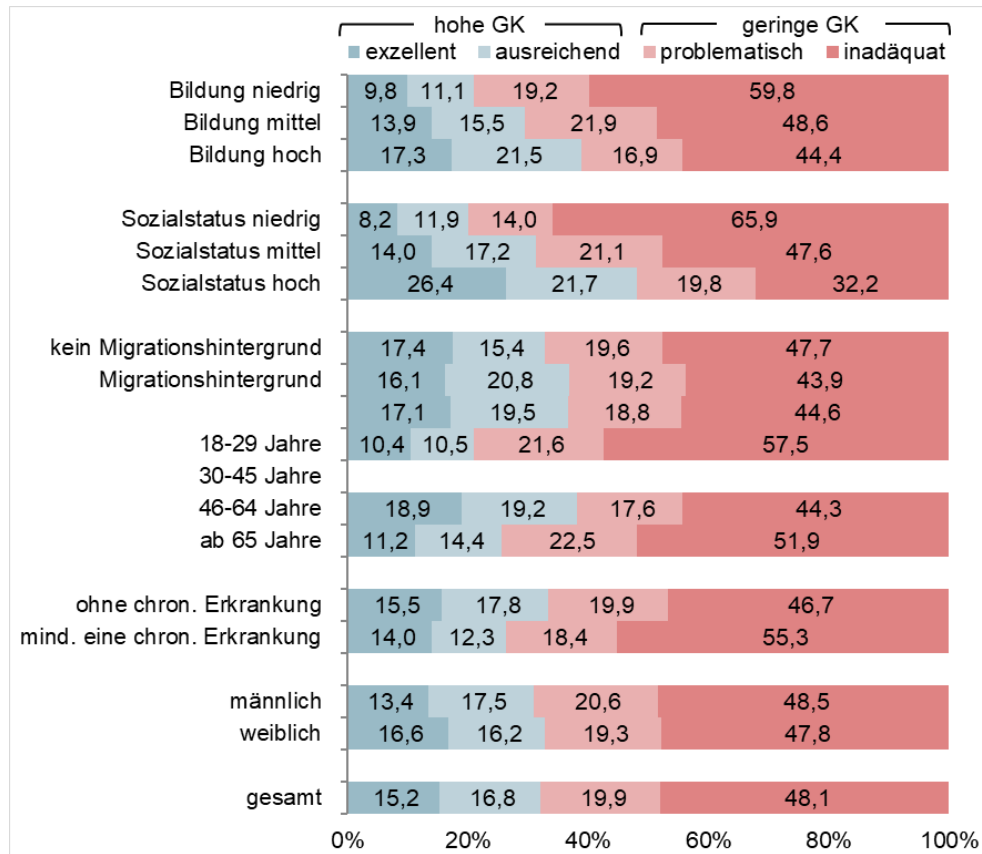


Abbildung A-6: Digitale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')

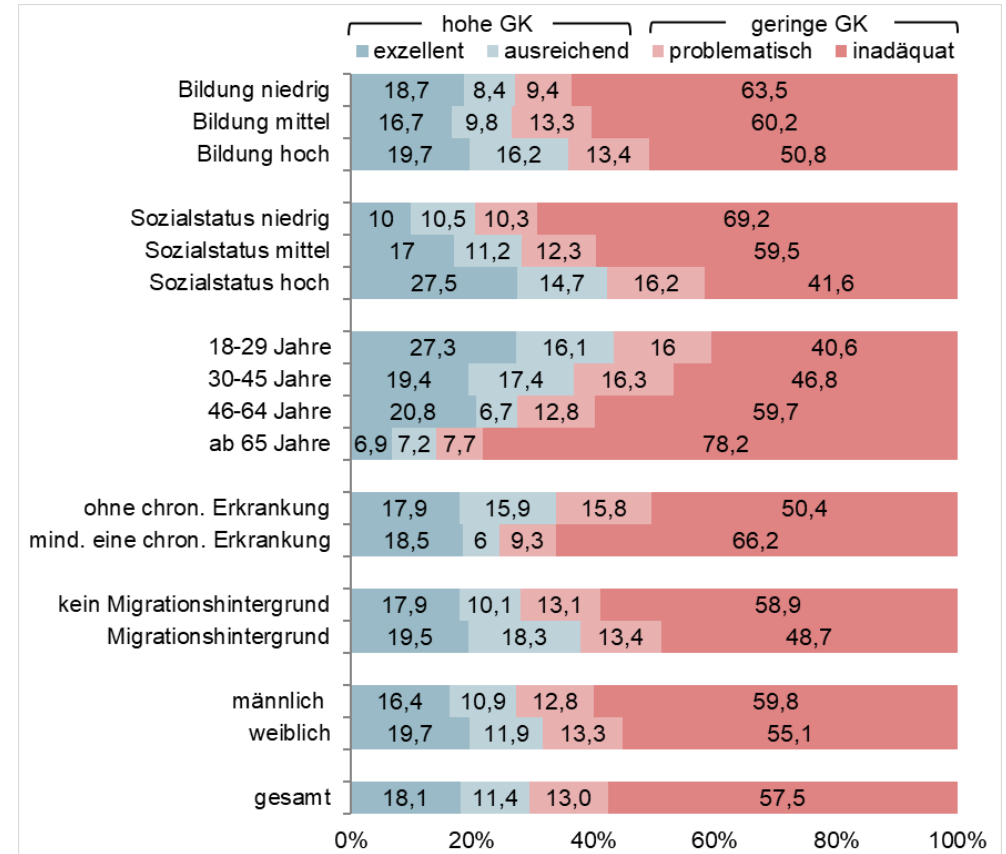


Abbildung A-7: Navigationale Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen (HLS-GER 2')

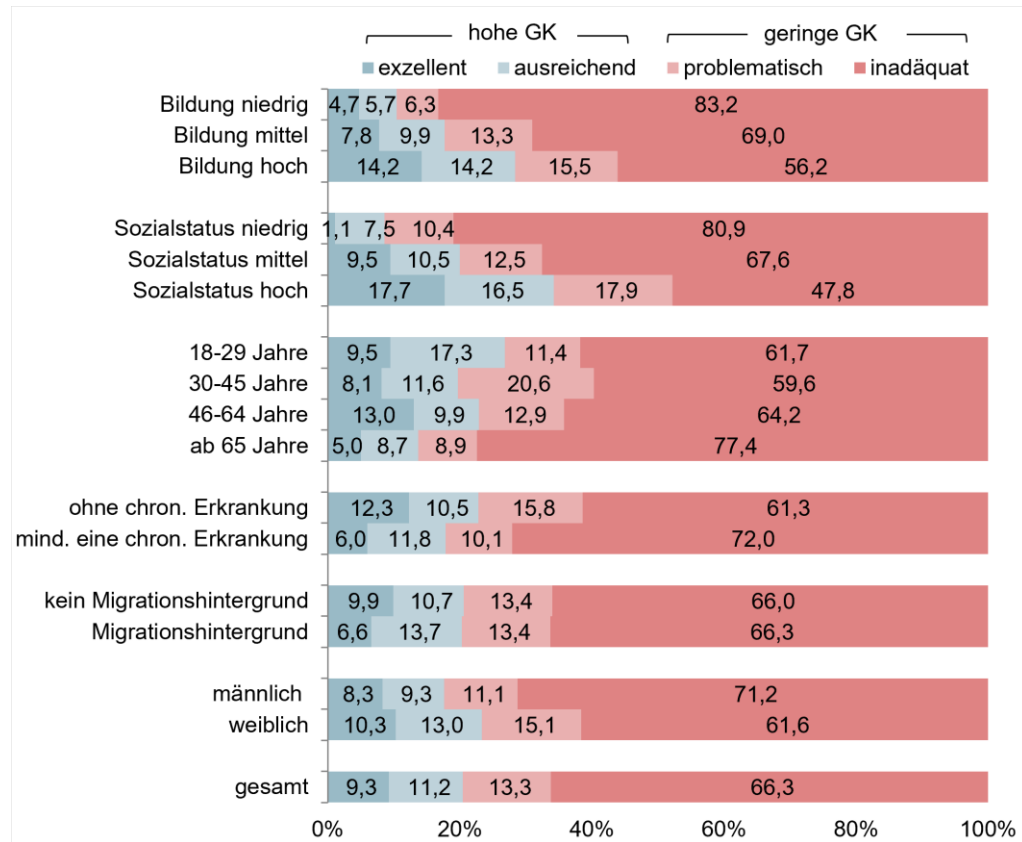


Tabelle A-8 Nutzung digitaler Informationsangebote in der Allgemeinbevölkerung (gültige Prozent) (HLS-GER 2')

	täglich	wöchentlich	seltener	nie
Internetseiten zum Thema Gesundheit	1,9	16,3	48,6	33,1
Soziale Medien (inklusive Online-Foren)	1,6	7,3	33,7	57,4
Digitale Geräte im Zusammenhang mit Gesundheit oder der medizinischen Versorgung	13,3	13,1	8,1	65,6
Gesundheits-Apps auf dem Handy	10,2	8,3	6,0	75,5
digitale Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern	0,4	1,6	21,4	76,6
andere digitale Informationsangebote zum Thema Gesundheit	1,7	8,2	34,9	55,1

Tabelle A-9: Nutzung digitaler Informationsangebote nach Bevölkerungsgruppen (Angabe mind. „seltener als einmal in der Woche“, gültige Prozent) (HLS-GER 2')

	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
	männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
Internetseiten zum Thema Gesundheit	65,9	68,0	43,2	66,6	76,6	56,4	69,2	68,7	72,4	81,9	74,3	42,7	69,6	64,1	68,1	59,7
Soziale Medien (inklusive Online-Foren)	39,8	45,3	36,5	43,7	41,5	35,5	44,1	44,8	55,4	53,1	49,8	19,4	43,5	42,1	42,3	42,9
Digitale Geräte im Zusammenhang mit Gesundheit oder der medizinischen Versorgung	35,8	33,0	19,5	34,1	41,7	32,7	34,3	38,8	49,2	44,6	34,4	17,3	41,9	25,7	34,1	36,5
Gesundheits-Apps auf dem Handy	23,0	26,2	23,3	23,2	28,6	21,7	25,4	26,0	39,4	30,2	27,1	8,4	28,2	20,4	23,7	29,4
digitale Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern	20,3	26,6	18,4	22,3	27,5	21,2	22,4	30,5	29,1	31,2	27,9	8,3	22,6	24,4	22,9	27,0
andere digitale Informationsangebote zum Thema Gesundheit	41,8	48,1	33,9	45,2	48,1	34,3	47,0	48,5	51,0	57,4	51,3	23,9	48,3	41,1	45,4	41,9

Kontakt

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Projektleitung)
Universität Bielefeld
Interdisziplinäres Zentrum für
Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel.: +49 521 106-3896
gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de