

# **Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland**

## **Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020**

**Klaus Hurrelmann, Julia Klinger, Doris Schaeffer**

Universität Bielefeld  
Interdisziplinäres Zentrum  
für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK),  
Hertie School Berlin  
Bielefeld, Berlin  
2020

**Zitation:**

Hurrelmann, K., Klinger, J., Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>.

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/legal-code.de>.

Die Erhebung und Auswertung der Daten sowie die Erstellung des Berichts erfolgten im Rahmen des Projekts „Gesundheitskompetenz in Deutschland – Wiederholungsbefragung des HLS-GER“, das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird.

## Zusammenfassung

Unter Gesundheitskompetenz wird das Wissen, die Motivation und die die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um die eigene Gesundheit zu erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung zu sichern und die dazu nötigen Entscheidungen zu treffen. Um diese Kompetenz empirisch messen zu können, hat eine europäische Forschungsgruppe im Jahr 2012 Erhebungsinstrumente entwickelt. Sie wurden im Jahre 2014 im Rahmen der ersten bundesweiten repräsentativen Erhebung eingesetzt („Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland HLS GER 1“).

Das zentrale Ergebnis der Erhebung, dass 54,3 % der Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügten, sich also vor erhebliche Schwierigkeiten dabei gestellt sahen, gesundheitsrelevante Informationen zu verarbeiten, hat große öffentliche Aufmerksamkeit gefunden und zahlreiche weiterführende Studien angestoßen.

Die vorliegende Studie wurde mit dem gleichen Erhebungsinstrument und derselben Methodik wie die Studie aus dem Jahr 2014 durchgeführt. Es handelt sich also um eine klassische Wiederholungsbefragung.

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie:

Ebenso wie in der ersten Befragung 2014 sieht sich eine Mehrheit der Bevölkerung beim Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor große Schwierigkeiten gestellt. Den 2020 Befragten fällt es sogar noch schwerer als denen im Jahr 2014, die komplexen Informationen zu Gesundheit und Krankheit angemessen zu verarbeiten: 64,2 % verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Aus den Antworten geht hervor, dass es möglicherweise die Überfülle und mangelnde Strukturiertheit von Informationen ist, die zu diesen Schwierigkeiten führt.

Die Muster der Gesundheitskompetenz in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen haben sich im Zeitvergleich nur wenig verändert, es lassen sich aber einige interessante Nuancierungen erkennen:

- In allen Altersgruppen hat sich die Gesundheitskompetenz im Verlauf der letzten sechs Jahre verschlechtert; die älteren Altersgruppen fallen durch besonders niedrige Kompetenz auf. Im Unterschied zur Erhebung 2014 schneiden aber 2020 die jüngeren Altersgruppen deutlich schlechter ab.
- Der Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und der Ausprägung der Gesundheitskompetenz hat sich im Zeitvergleich weiter verstärkt.
- Ein ähnlicher Zusammenhang besteht zwischen dem sozialen Status und der Ausprägung der Gesundheitskompetenz.
- Im Blick auf gesundheitsrelevante Handlungsbereiche fällt auf, dass Krankheitsbewältigung/Versorgung im Zeitvergleich als noch schwieriger eingeschätzt wird als 2014. Am schwierigsten werden jedoch nach wie vor die Aufgaben im Bereich Gesundheitsförderung empfunden.
- Besonders große Probleme bereitet den Befragten die Beurteilung von Informationen zu Gesundheitsfragen in den Medien. Hier fällt es ihnen 2020 noch schwerer als 2014, die Vertrauenswürdigkeit einzuschätzen und Konsequenzen für das eigene Verhalten daraus abzuleiten. Vieles deutet darauf hin, dass diese Verunsicherung vor allem auf die Zunahme von Informationen im Internet über Online-Kanäle zurückzuführen ist.

- Bei der Bedeutung und der Rangfolge von Informationsquellen haben sich Verschiebungen ergeben. Hausarzt und Facharzt stehen 2020 noch deutlicher an der Spitze als 2014. Auffällig gestiegen ist allerdings der Stellenwert des Internets. Es gewinnt besonders stark bei Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen an Bedeutung.
- Die Folgen geringer Gesundheitskompetenz erweisen sich zu beiden Zeitpunkten als gravierend. So haben Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz einen schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, bewegen sich weniger und ernähren sich ungesünder als Befragte mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Bevölkerungsgruppen mit einer geringen Gesundheitskompetenz fallen außerdem durch eine überdurchschnittlich häufige Nutzung des Gesundheitssystems auf.

Die Ergebnisse beider Studien weisen darauf hin, wie wichtig es ist, stärker in die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu investieren und geeignete Rahmenbedingungen für eine nutzerfreundliche Gestaltung der Versorgungsangebote zu schaffen. Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“, der als Reaktion auf die Ergebnisse der ersten Erhebung im Jahr 2018 erstellt wurde, unterbreitet hierzu detaillierte Vorschläge.

## Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	1
2	Das theoretische Konzept „Gesundheitskompetenz“ .....	2
3	Methodisches Vorgehen .....	3
4	Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Zeitvergleich .....	5
4.1	Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bereichen .....	8
4.2	Gesundheitskompetenz bei den Schritten der Informationsverarbeitung .....	12
5	Gesundheitsrelevantes Informationsverhalten .....	13
6	Folgen eingeschränkter Gesundheitskompetenz.....	15
7	Diskussion und Fazit.....	18
	Literaturverzeichnis .....	21
	Anhang.....	22



# 1 Hintergrund

Unter Gesundheitskompetenz wird die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag die eigene Gesundheit erhalten, gesundheitliche Belastungen und Krankheiten bewältigen, sich die dazu nötige Unterstützung sichern und dazu erforderliche Entscheidungen treffen zu können. International wird diese basale Kompetenz als *Health Literacy* im Sinne von gesundheitlicher Literalität bezeichnet (Sørensen et al. 2012; Okan, Bauer, Levin-Zamir, Pinheiro und Sørensen, 2019). Als gängige Übersetzung hat sich in Deutschland der Begriff „Gesundheitskompetenz“ durchgesetzt.

Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung empirisch messen zu können, hat eine europäische Forschergruppe 2012 einen detaillierten Fragebogen entworfen. Er wurde im Rahmen des Europäischen Health Literacy Surveys (HLS) – der Befragung einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung in acht europäischen Ländern – eingesetzt (HLS-EU-Consortium 2012). An diesem vergleichenden Survey war Deutschland seinerzeit durch das Land Nordrhein-Westfalen beteiligt.

Um Daten für ganz Deutschland zu gewinnen, konnte im Jahr 2014 mit Unterstützung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz der erste repräsentative Survey zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland durchgeführt werden (Health Literacy Survey Germany/HLS-GER 1; Schaeffer, Vogt, Berens und Hurrelmann 2016). Dabei wurde die deutschsprachige Version des europaweit erprobten Fragebogens eingesetzt (HLS-EU-Q47, siehe Anhang). Der Fragebogen besteht aus insgesamt 47 Fragen zur subjektiven Einschätzung des Schwierigkeitsgrades, mit gesundheitsrelevanten Informationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung umzugehen.

Die Ergebnisse des HLS-GER 1 aus dem Jahr 2014 zeigten: 54,3 Prozent der Bevölkerung in Deutschland verfügten über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz und sahen sich subjektiv vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Schaeffer, Berens und Vogt 2017).

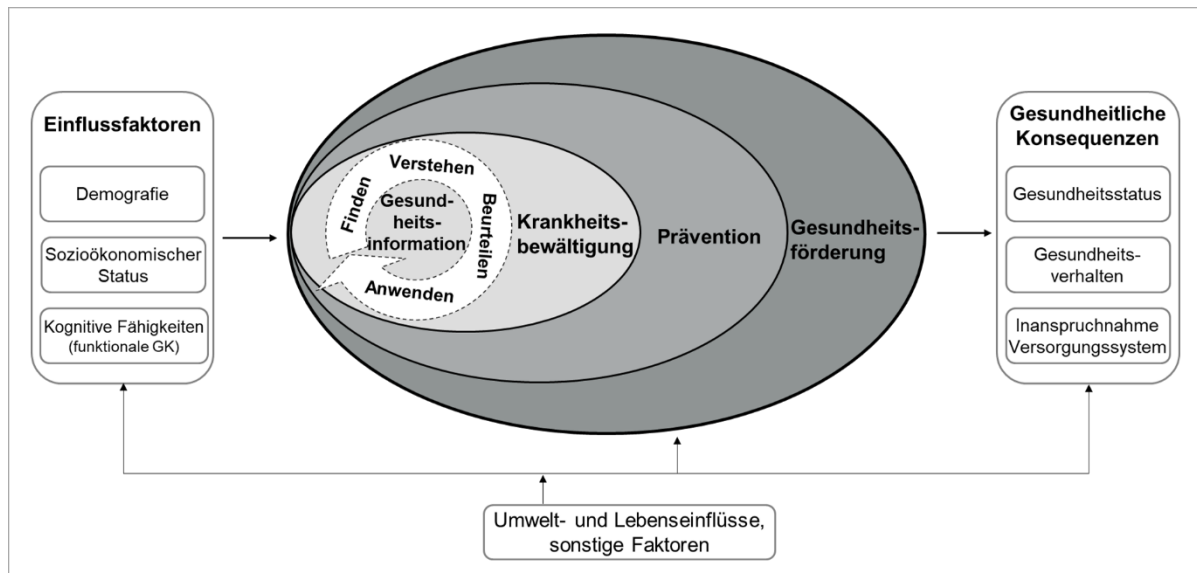
Die Ergebnisse dieser Studie lösten eine intensive öffentliche Diskussion aus, denn sie machten auf die hohen Anforderungen aufmerksam, vor denen sich heute sowohl gesunde als auch erkrankte Menschen sehen, wenn sie ihre eigene gesundheitliche Situation informiert bewältigen wollen. Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“, der als Reaktion auf die Ergebnisse der ersten Erhebung im Jahr 2018 erstellt wurde (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer und Kolpatzik 2018), unterbreitet hierzu detaillierte Vorschläge.

Die hier vorliegende Wiederholungsbefragung HLS-GER 1', die im Spätsommer 2020 mit dem gleichen Fragebogen und derselben Methodik wie die Erhebung 2014 durchgeführt wurde, ist durch die Förderung des BMG möglich geworden. Als Wiederholungsbefragung ist sie direkt mit der Befragung HLS-GER 1 von 2014 vergleichbar und lässt Aussagen über die Veränderung der Ausprägung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Verlauf der vergangenen sechs Jahre zu.

## 2 Das theoretische Konzept „Gesundheitskompetenz“

Theoretisch und methodisch stützen sich sowohl die Erstbefragung 2014 als auch die Wiederholungsbefragung 2020 auf den Ansatz des bereits erwähnten European Health Literacy Survey (HLS-EU). Im Rahmen dieser Studie wurde ein konzeptionelles Modell der Gesundheitskompetenz entwickelt, das als Ausgangsbasis für die Entwicklung des Fragebogens dient (Sørensen et al. 2012). Das Modell wird in Abbildung 1 veranschaulicht.

Abbildung 1: Konzeptionelles Modell der Gesundheitskompetenz



Quelle: Darstellung in Anlehnung an Sørensen et al. (2012), Squiers et al. (2012) und Schaeffer et al. (2016)

Gesundheitskompetenz zielt demzufolge auf die Fähigkeit zum Umgang mit Gesundheitsinformation und gliedert sich, wie im Kern der Ellipse in der Abbildung zu erkennen ist, in vier Schritte: Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden. Weiter wird Gesundheitskompetenz auf drei gesundheitlich relevante Handlungsbereiche bezogen: Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung (siehe hierzu auch Nutbeam 2000; Parker 2009).

Wie die Abbildung weiter zeigt, werden demografische und sozioökonomische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht; Bildungsstatus, selbst eingeschätzter Sozialstatus und Migrationshintergrund) sowie kognitive Fähigkeiten, gemessen über die Lese- und Rechenfähigkeiten in einem gesundheitlichen Kontext, als Einflussfaktoren untersucht („funktionale Gesundheitskompetenz“).

Zu den gesundheitlichen Konsequenzen („Outcomes“) gehören im Modell der selbst eingeschätzte Gesundheitsstatus, das Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum) sowie die Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen (z.B. Häufigkeit der Arztbesuche).

Darüber hinaus wurden als moderierende Faktoren Umwelt- und Lebensinflüsse in das Modell aufgenommen.



### 3 Methodisches Vorgehen

Zur Messung von Gesundheitskompetenz wurde – wie erwähnt – das Erhebungsinstrument HLS-EU-Q47 in seiner deutschsprachigen Version eingesetzt. Es besteht aus 47 Fragen zur Selbsteinschätzung der Schwierigkeiten, Informationen von gesundheitsrelevanten Aufgaben und Tätigkeiten angemessen zu verarbeiten (siehe Anhang). Die Fragen beziehen sich auf alle Komponenten des Modells. Die Formulierung der Fragen ist so angelegt, dass nicht nur persönliche Stärken und Schwächen der Informationsverarbeitung erfasst werden, sondern auch strukturelle Faktoren wie zum Beispiel die Unübersichtlichkeit der Informationsquellen.

#### *Messung von Gesundheitskompetenz*

Die 47 Fragen im Erhebungsinstrument konnten mithilfe einer vorgegebenen vierstufigen Antwortskala beantwortet werden. Für die Kalkulation von Indexwerten wurden den Antwortkategorien Ziffern zugewiesen: sehr schwierig=1, ziemlich schwierig=2, ziemlich einfach=3, sehr einfach=4. Bei Personen, die mindestens 80% der Items beantwortet hatten, wurde ein Indexscore durch Mittelwertberechnung erstellt.

Um Vergleiche zwischen den einzelnen Bereichen und Informationsverarbeitungsschritten zu ermöglichen, wurden die Indices in eine gemeinsame Metrik mit Werten zwischen 0 und 50 transformiert und damit für die weitere Berechnung standardisiert. Für eine bessere Veranschaulichung wurden die so ermittelten Indexwerte in unterschiedliche Kategorien gruppiert. Je höher die Punktzahl, desto höher ist das Niveau der Gesundheitskompetenz. Es wurden vier Niveaus von Gesundheitskompetenz unterschieden, die wiederum in zwei Kategorien zusammengefasst werden können:

0-25 Punkte = inadäquate Gesundheitskompetenz	Geringe Gesundheitskompetenz
>25-33 Punkte = problematische Gesundheitskompetenz	
>33-42 Punkte = ausreichende Gesundheitskompetenz	Hohe Gesundheitskompetenz
>42-50 Punkte = exzellente Gesundheitskompetenz	

#### *Messung der Einflussfaktoren und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz*

Die Messung der Einflussfaktoren und der gesundheitlichen Konsequenzen wurden 2020 nach exakt der gleichen Vorgehensweise vorgenommen wie in der Studie von 2014:

**Soziodemografische Einflussfaktoren:** Das biologische Alter der Befragten wurde in vier Kategorien gruppiert; das Bildungsniveau wurde mit Hilfe der internationalen Standardklassifikation ISCED 1997 bzw. 2011 klassifiziert; der Sozialstatus wurde auf der Basis der Selbsteinschätzung auf einer Skala von zehn Stufen erfasst und anschließend in drei Kategorien gruppiert; der Migrationshintergrund wurde danach bestimmt, ob die Person selbst oder ihre Eltern in einem anderen Land als Deutschland geboren sind; die Informationen zum Vorliegen von chronischer Krankheit wurden per Selbsteinschätzung erhoben, indem gefragt wurde, ob eine oder mehrere lang andauernde Krankheiten oder gesundheitliche Probleme vorliegen.

**Gesundheitliche Konsequenzen:** Das Gesundheitsverhalten der Befragten wurde mit Fragen zu Ernährung, körperlicher Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum erhoben; der subjektive Gesundheitszustand wurde auf der Basis der Selbsteinschätzung in fünf Kategorien erfasst; zur Einschätzung der Nutzung und Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen wurde mithilfe von vier Kategorien gefragt, wie oft in den letzten 12 Monaten Besuche beim Arzt oder anderen Therapeuten und ein Krankenhausaufenthalt stattfand.

## Stichprobenbeschreibungen und Repräsentativität

Im Rahmen der ersten Studie HLS-GER 1 erfolgte durch das Institut Ipsos im Juli/August 2014 eine quantitative Befragung von 2.000 deutschsprachigen Personen ab 15 Jahren in ganz Deutschland mittels computer-assistierter persönlicher Interviews (CAPI). Die Stichprobe wurde mittels eines zufallsbasierten Verfahrens (Random Route Methode) gebildet (Schaeffer, Vogt, Berens und Hurrelmann 2016: 31).

Die zweite Studie, im Folgenden HLS-GER 1' genannt, umfasste eine Stichprobe von 504 deutschsprachigen Personen ab 18 Jahren. Der Erhebungszeitraum lag im August/September 2020. Die Befragung wurde anhand papier-assistierter persönlicher Interviews (PAPI) vom Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt. Die Stichprobenziehung basierte auf einem Quotenverfahren.

In beiden Studien wurde die jeweilige Stichprobe mittels eines Gewichtungsfaktors basierend auf verschiedenen Merkmalen rechnerisch an die Grundgesamtheit angeglichen. Bei HLS-GER 1 waren dies Alter, Geschlecht und Bundesland. Bei HLS-GER 1' basiert der Gewichtungsfaktor auf dem Geschlecht in Kombination mit der Altersgruppe, Geschlecht in Kombination mit Bildungsniveau, Bundesland und Bevölkerungsdichte in Kombination mit acht Regionen gemäß Nielsen auf der Datengrundlage des Mikrozensus 2018.

Tabelle 1 bietet einen Überblick über die Verteilung relevanter Merkmale in beiden Stichproben. Dabei wird der Anteil der jeweiligen Merkmalsgruppe anhand der gewichteten Datensätze berichtet. Geschlecht und Alter wurden im Gewichtungsfaktor berücksichtigt, weshalb hierfür sehr ähnliche Anteile vorliegen, die auch nahe an der Verteilung in der Gesamtpopulation liegen.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung HLS-GER 1 und HLS-GER 1'

	Erhebung 2014 (GER 1)		Erhebung 2020 (GER 1')	
	Fallzahl (n)	Anteil (%)*	Fallzahl (n)	Anteil (%)*
<b>Geschlecht</b>				
Männlich	938	48,9	246	49,1
Weiblich	1062	51,1	256	50,9
<b>Alter</b>				
15/18-29 Jahre**	332	19,7	79	18,0
30-45 Jahre	504	24,9	117	22,6
46-64 Jahre	707	31,6	164	32,2
ab 65 Jahren	457	23,8	141	27,2
<b>Selbsteingeschätzter Sozialstatus</b>				
Niedrig	285	12,9	74	15,6
Mittel	1334	68,6	301	63,7
Hoch	332	18,5	98	20,8
<b>Chronische Erkrankung</b>				
Nein	1466	75,0	265	53,3
Ja	527	25,0	233	46,7

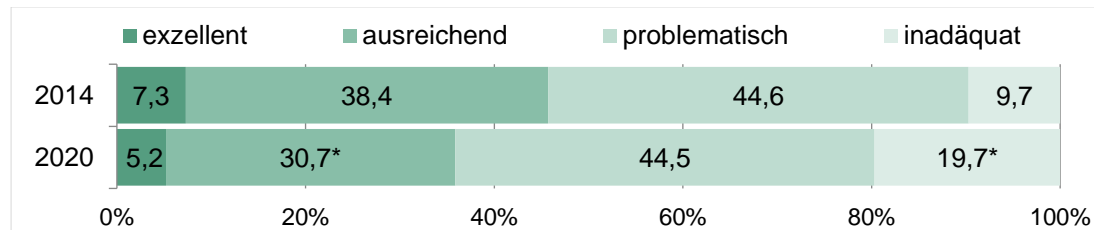
\* Nach Gewichtung.

\*\* In der Erhebung von 2014 wurden Personen ab 15 Jahren befragt, 2020 hingegen Personen ab 18 Jahren.

## 4 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Zeitvergleich

Im Zeitvergleich zwischen 2014 und 2020 ist der Anteil der Antworten, bei denen auf Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen verwiesen wird, gestiegen. Übersetzt in das Konzept der Gesundheitskompetenz bedeutet das: Im Jahr 2014 wiesen 54,3% der über 15-jährigen Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz auf, im Jahr 2020 sind es aber 64,2% der volljährigen Bevölkerung (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Gesundheitskompetenz im Vergleich 2014 und 2020



Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an.

Sowohl 2014 als auch 2020 sieht sich demnach die Mehrheit der Bevölkerung vor Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen gestellt. Zu beiden Zeitpunkten überwiegt der Anteil derer mit geringer Gesundheitskompetenz. Im Verlauf der letzten sechs Jahre haben sich diese Trends deutlich verstärkt, ist also eine Verschlechterung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eingetreten.

Auch bei einer Betrachtung der Gesundheitskompetenz einzelner Bevölkerungsgruppen lassen sich im zeitlichen Verlauf Unterschiede erkennen, wie im Folgenden erläutert werden soll.

In der Studie von 2014 wurden *Alter, Bildungsgrad und Sozialstatus* als relevante soziodemographische Merkmale für die Gesundheitskompetenz identifiziert (Schaeffer, Vogt, Berens und Hurrelmann 2016: 43). In Abbildung 3 wird gezeigt, wie stark diese Merkmale im Vergleich der beiden Studien ausgeprägt sind.<sup>1</sup>

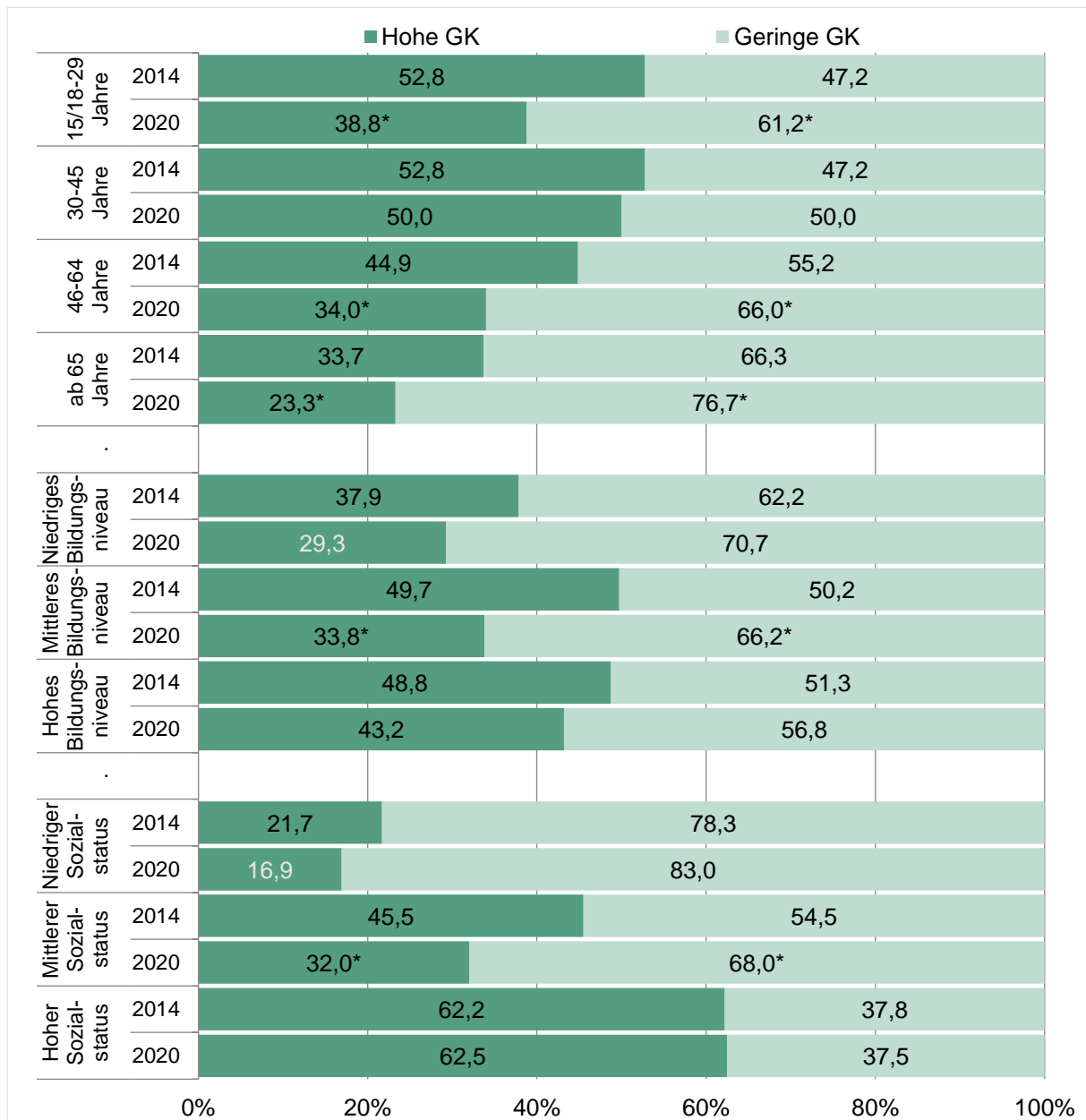
Die Ergebnisse in Abbildung 3 zeigen eine deutliche Tendenz: Mit Ausnahme der Gruppe der 30-45-Jährigen hat sich die Gesundheitskompetenz in allen Altersgruppen im Verlaufe der letzten sechs Jahre statistisch signifikant verschlechtert. Besonders stark ist das in der jüngsten Altersgruppe der unter 30-Jährigen der Fall. Zugleich sind die über 65-Jährigen zu beiden Messzeitpunkten die Gruppe mit der jeweils niedrigsten Gesundheitskompetenz (siehe auch Vogt et al. 2020). Aus diesen Befunden lässt sich ablesen, dass es gerade die jüngeren und deshalb eher gesünderen Gruppen der Bevölkerung sind, die in den letzten Jahren zunehmende Schwierigkeiten haben, Informationen zu Gesundheit und Krankheit angemessen zu verarbeiten, die älteren Bevölkerungsgruppen aber insgesamt besonders stark hierunter leiden.

Auch beim Blick auf die Zusammenhänge mit dem Bildungsstand fällt eine Verschlechterung innerhalb der letzten sechs Jahre auf. Die Unterschiede beim mittleren Bildungsniveau sind besonders stark. Der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz liegt 2020 statistisch signifikant um rund 16 Prozentpunkte höher als beim ersten Erhebungszeitpunkt. Beim hohen Bildungsniveau liegen die Zahlen näher beieinander, aber auch hier geht die Tendenz in Richtung einer

<sup>1</sup> Aufgrund der geringen Fallzahl in HLS-GER 1' können die Subgruppen nur in zwei Gesundheitskompetenz-Niveaus unterteilt werden.

Verschlechterung. Im Zeitvergleich hat sich der Bildungsgradient deutlich verstärkt, was möglicherweise ein Hinweis darauf ist, wie anspruchsvoll die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem geworden ist.

Abbildung 3: Gesundheitskompetenz nach Alter, Bildung und Sozialstatus

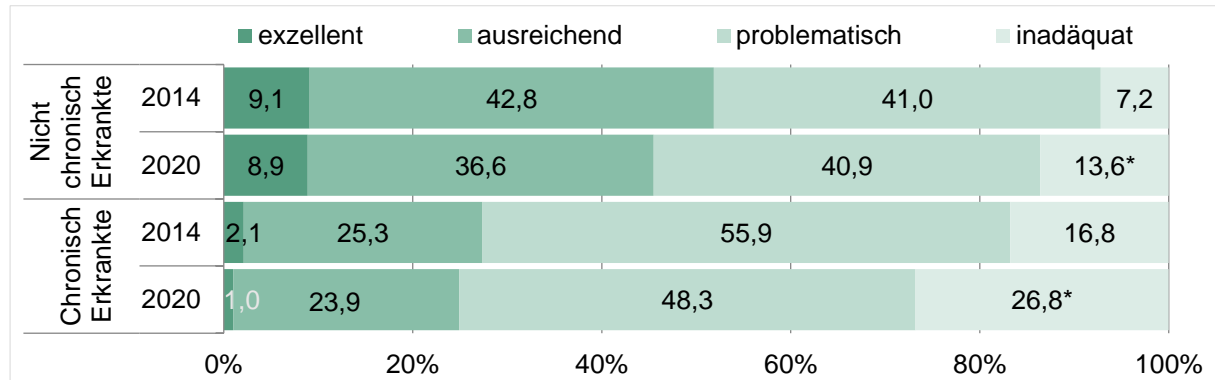


Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, graue Prozentwerte bei Fallzahlen unter 25.

Die ermittelten Zusammenhänge mit dem Sozialstatus bestätigen dieses Bild: Hier ist in der mittleren Kategorie ebenfalls eine statistisch signifikante Verschlechterung der Gesundheitskompetenz zu erkennen. Bei Personen mit hohem Sozialstatus haben sich hingegen keine Änderungen ergeben (siehe allgemein hierzu auch Jordan und Hoebel 2015; Schaeffer et al. 2017).

In der ersten Studie aus dem Jahr 2014 zeigte sich, dass zu den Befragten, die große Schwierigkeiten bei der Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen haben, auch *Menschen mit chronischer Erkrankung* gehören (Schaeffer et al. 2016, Schaeffer 2017). Sie schätzten es als besonders schwierig ein, die komplizierten Herausforderungen zu bewältigen, die sich durch ihre Krankheit(en) stellen. Aus Abbildung 4 ist abzulesen, dass sich dieser Trend auch sechs Jahre später wieder zeigt.

Abbildung 4: Gesundheitskompetenz im Zeitvergleich und Vorliegen chronischer Erkrankung



Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, graue Prozentwerte bei Fallzahlen unter 25.

Bei Personen mit chronischer Erkrankung hat sich der Anteil inadäquater Gesundheitskompetenz innerhalb des Untersuchungszeitraums zwar mit durchschnittlich 10 Prozentpunkten statistisch signifikant stark erhöht, der Anteil derer mit einer problematischen Gesundheitskompetenz hat sich aber gleichzeitig um rund 8 Punkte reduziert. Dadurch hat sich insgesamt der Anteil mit exzellenter und ausreichender Gesundheitskompetenz in dieser Bevölkerungsgruppe nicht substantiell verändert. Anders bei Personen ohne chronische Krankheit(en): Hier hat sich der Anteil inadäquater Gesundheitskompetenz von 7,2% auf 13,6% statistisch signifikant fast verdoppelt, derer mit problematischer Kompetenz ist fast gleichgeblieben, sodass insgesamt eine Verschlechterung eingetreten ist.

Die Unterschiede der Gesundheitskompetenz im Zeitvergleich sind also nicht auf die Bevölkerungsgruppe mit chronischer Krankheit zurückzuführen, was für die weitere Analyse zu berücksichtigen ist.

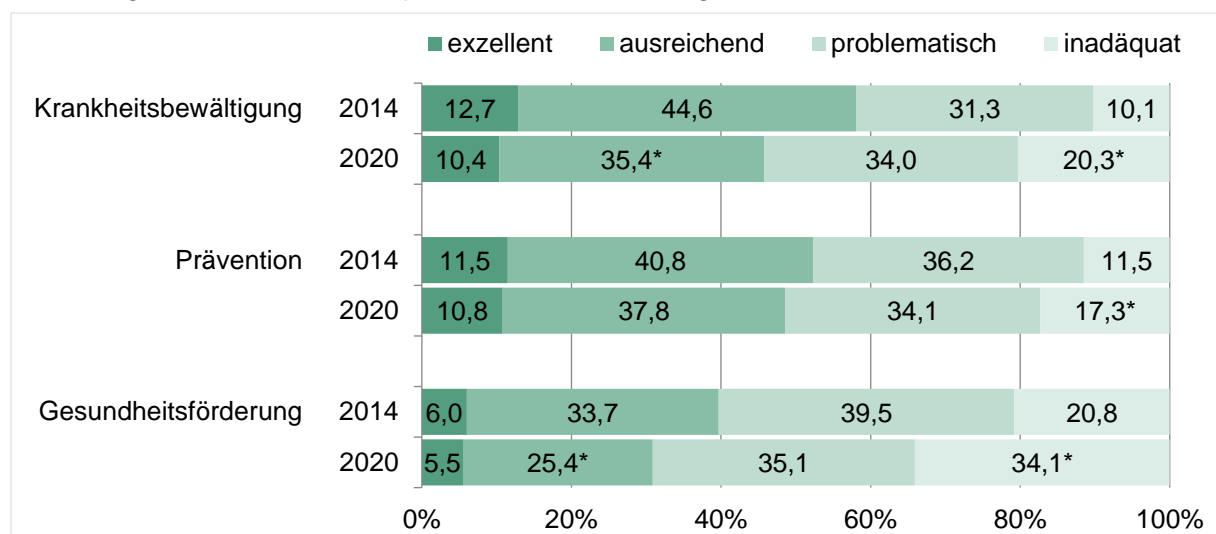
## 4.1 Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bereichen

Vergleicht man, wie sich die von den Befragten angegebenen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Handlungsbereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung verteilen, so zeigt sich durchgehend eine Tendenz zur Verschlechterung (Abbildung 5).

Im Bereich der Krankheitsbewältigung/Versorgung lässt sich die stärkste Verschlechterung beobachten. Der Anteil der Befragten mit inadäquater Kompetenz hat sich von 10,1% auf 20,3% statistisch signifikant verdoppelt – ein weiterer Hinweis darauf, als wie schwierig die Befragten den Umgang mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem einschätzen. Gleichzeitig ist der Anteil mit ausreichender Gesundheitskompetenz statistisch signifikant zurückgegangen.

Die Verschlechterungen im Bereich Prävention fallen geringer aus. Hier liegen die Anteile von geringer und hoher Gesundheitskompetenz zu beiden Erhebungszeitpunkten etwa gleich auf. Der Anteil mit inadäquater Gesundheitskompetenz hat sich jedoch statistisch signifikant erhöht.

Abbildung 5: Gesundheitskompetenz in drei Handlungsbereichen



Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an.

Die insgesamt größten Schwierigkeiten empfinden die Befragten im Bereich Gesundheitsförderung: Über 69% der Befragten weisen hier 2020 eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz auf. Auch bei der ersten Befragung 2014 schnitt dieser Handlungsbereich mit über 60% geringer Gesundheitskompetenz am schlechtesten ab.

Die Rangfolge der drei Bereiche hat sich im Zeitvergleich verändert. Zu beiden Zeitpunkten wurde die Gesundheitsförderung am schwierigsten eingeschätzt. 2014 folgte der Bereich Prävention, an letzter Stelle stand der Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung. Diese beiden Bereiche haben 2020 ihre Plätze getauscht: Krankheitsbewältigung/Versorgung erscheint heute den Befragten als der schwierigere Sektor, wenn es um die Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen geht.

In allen diesen Aspekten unterscheiden sich die Befragten mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen kaum von den gesunden Befragten (hier nicht dargestellt). Einziger, jedoch nicht statistisch signifikanter Unterschied: Personen mit chronischer Erkrankung empfinden die Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung/Versorgung als besonders hoch.

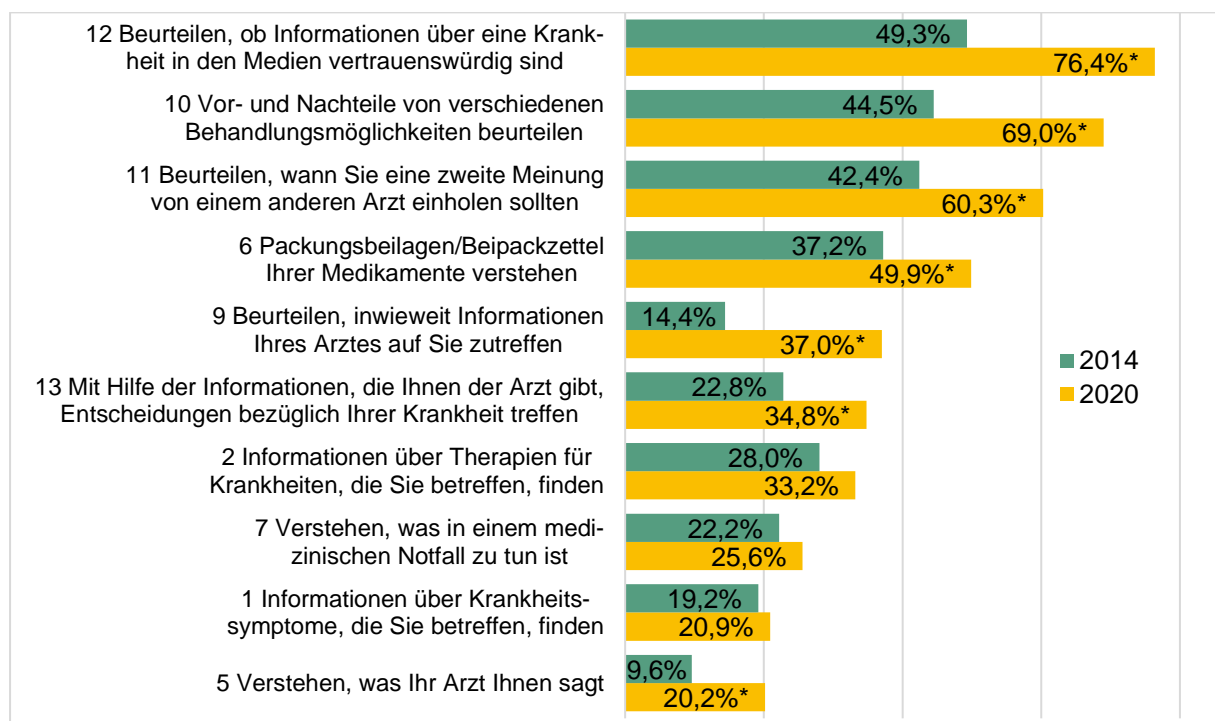
Die folgenden Abbildungen 6, 7 und 8 zeigen im Detail, bei welchen der einzelnen Fragen die größten Schwierigkeiten wahrgenommen werden und wie sich das Antwortverhalten zwischen 2014 und 2020 verändert hat.

### Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung

Wie Abbildung 6 zeigt, werden alle Einzelfragen im Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung im Jahr 2020 schwieriger als 2014 eingeschätzt. Nach wie vor als ganz besonders schwierig und noch einmal deutlich schwieriger als vor sechs Jahren finden die Befragten, die Vertrauenswürdigkeit von Informationen über eine Krankheit in den Medien zu beurteilen und die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten einzuschätzen. Weiterhin tun sich die Befragten sehr schwer, die Notwendigkeit einer Zweitmeinung einzuschätzen und die Packungsbeilagen oder Beipackzettel ihrer Medikamente zu verstehen.

Eine sehr starke Zunahme an empfundenen Schwierigkeiten ist bei der Beurteilung zu verzeichnen, ob die erhaltenen Informationen der Ärztin/des Arztes auf die Befragten zutreffen. Hier hat sich der Anteil derer mit den Antworten ziemlich schwierig und sehr schwierig fast verdreifacht. Auffällig ist auch die statistisch signifikante Verdoppelung dieser Antwortkategorien beim Verstehen, was der Arzt sagt.

Abbildung 6: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich der Krankheitsbewältigung/Versorgung – Anteil Antworten „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“



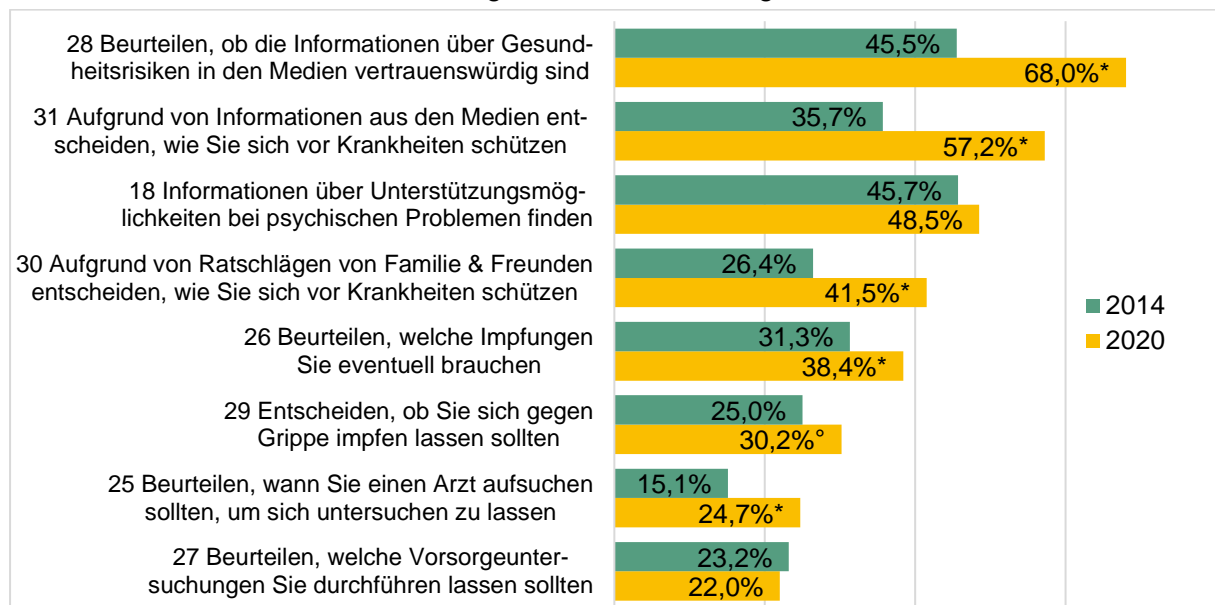
Anmerkung: Dargestellt werden Einzelaufgaben, wenn sie in mindestens einer der Befragungen von mindestens 20% der Befragten als ziemlich oder sehr schwierig bewertet wurden. Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, graue Prozentwerte bei Fallzahlen unter 25.

Die starken negativen Ausschläge bei diesen Fragen machen deutlich, warum insgesamt in den letzten sechs Jahren eine spürbare Verschlechterung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung eingetreten ist. Es drängt sich der Eindruck auf, die Ausführungen der Ärztinnen und Ärzte seien schwerer zu verstehen und einzuordnen. In Folgeuntersuchungen sollte diesem Aspekt unbedingt sorgfältig nachgegangen werden.

### Bereich Prävention

Auch im Bereich Prävention wird im Zeitvergleich von den Befragten bei fast allen Aufgaben ein höherer Schwierigkeitsgrad angegeben (Abbildung 7). Das gilt besonders bei der Beurteilung von Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien, die nach ihrer Vertrauenswürdigkeit nicht gut eingeschätzt werden können und – ebenfalls mit einem Medienbezug – für Informationen, wie man sich vor Krankheiten schützen kann. Aber auch das Item „Aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können“ stößt 2020 auf deutlich größere Schwierigkeiten als 2014. Möglicherweise machen diese größer gewordenen Unsicherheiten in der Bevölkerung auf das Problem der Vielfalt und der Nachprüfbarkeit von Gesundheitsinformationen vor allem im digitalen Bereich aufmerksam, das auch mit der Unterstützung im privaten Umfeld nicht ausreichend bewältigt werden kann. Sollte diese Interpretation zutreffen, ergäben sich hieraus große Herausforderungen für neue Formate und Strukturen der öffentlichen Gesundheitskommunikation.

Abbildung 7: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich der Prävention – Anteil Antworten „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“



Anmerkung: Dargestellt werden Einzelaufgaben, wenn sie in mindestens einer der Befragungen von mindestens 20% der Befragten als ziemlich oder sehr schwierig bewertet wurden. Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, Prozentwerte mit ° Unterschiede bei >90%.



### Bereich Gesundheitsförderung

Im Bereich Gesundheitsförderung bestätigt sich der beschriebene Trend: Bei allen gestellten Aufgaben steigt der Schwierigkeitsgrad, wie Abbildung 8 zeigt. Wie bei der ersten Erhebung 2014 fällt es den Befragten ganz besonders schwer, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten. Weiterhin berichten die Befragten über mehr Schwierigkeiten, Informationen dazu zu finden, wie sie ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher gestalten könnten. Auch das Verstehen von Angaben auf den Lebensmittelverpackungen fällt ihnen weiterhin schwer.

Abbildung 8: Gesundheitskompetenz nach Einzelfragen im Bereich der Gesundheitsförderung – Anteil Antworten „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“

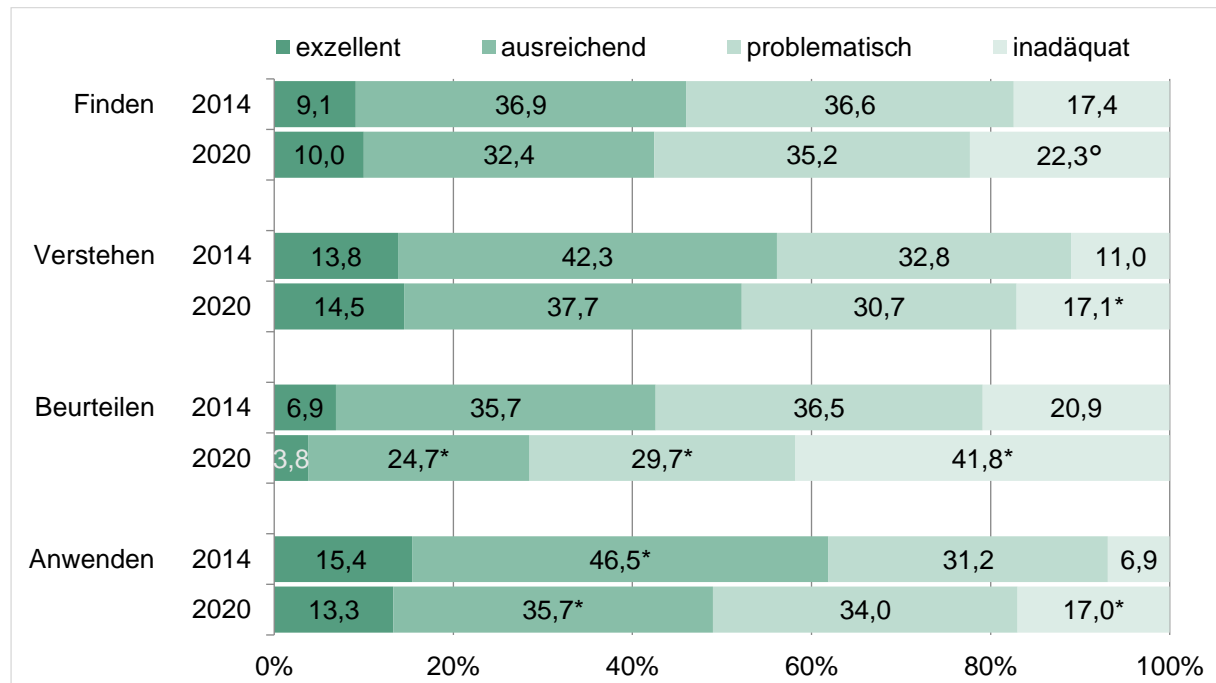


Anmerkung: Dargestellt sind Einzelaufgaben, wenn sie in mindestens einer der Befragungen von mindestens 20% der Befragten als ziemlich oder sehr schwierig bewertet wurden. Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, Prozentwerte mit ° Unterschiede bei >90%.

## 4.2 Gesundheitskompetenz bei den Schritten der Informationsverarbeitung

Wie oben bei der Erläuterung des Konzepts der Gesundheitskompetenz dargelegt, wird die Fähigkeit zur Verarbeitung von gesundheitsrelevanten Informationen nach vier aufeinander aufbauenden Schritten unterteilt: Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden. In der folgenden Abbildung 9 ist dargestellt, wie sich die Ausprägung der Gesundheitskompetenz bei diesen vier Schritten zwischen der ersten Erhebung 2014 und der zweiten Erhebung 2020 verändert hat.

Abbildung 9: Gesundheitskompetenz bei verschiedenen Informationsschritten



Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, Prozentwerte mit ° Unterschiede bei >90%; grauer Prozentwert bei Fallzahl unter 25.

Im Zeitvergleich zeigt sich bei allen vier Informationsschritten die Tendenz der Verschlechterung, die sich durch alle Ergebnisse unserer Studie zieht. Besonders auffällig ist dieser Unterschied bei der Beurteilung von gesundheitsrelevanter Information. Dieser Schritt fiel den Befragten schon 2014 besonders schwer. Das hat sich 2020 noch verstärkt: Der Anteil von inadäquater Gesundheitskompetenz hat sich gegenüber 2014 verdoppelt, was durch einen im Vergleich geringeren Anteil von problematischer Gesundheitskompetenz nur teilweise ausgeglichen wird.

Neben der Beurteilung wirft auch die Anwendung von Information im Vergleich der Erhebungen von 2014 bis 2020 deutlich größere Schwierigkeiten auf. Das ist nicht überraschend, weil die Beurteilung von Gesundheitsinformationen eng mit deren Umsetzung im Alltag verbunden ist. Bei den Schritten Finden und Verstehen hat sich keine große Veränderung ergeben.

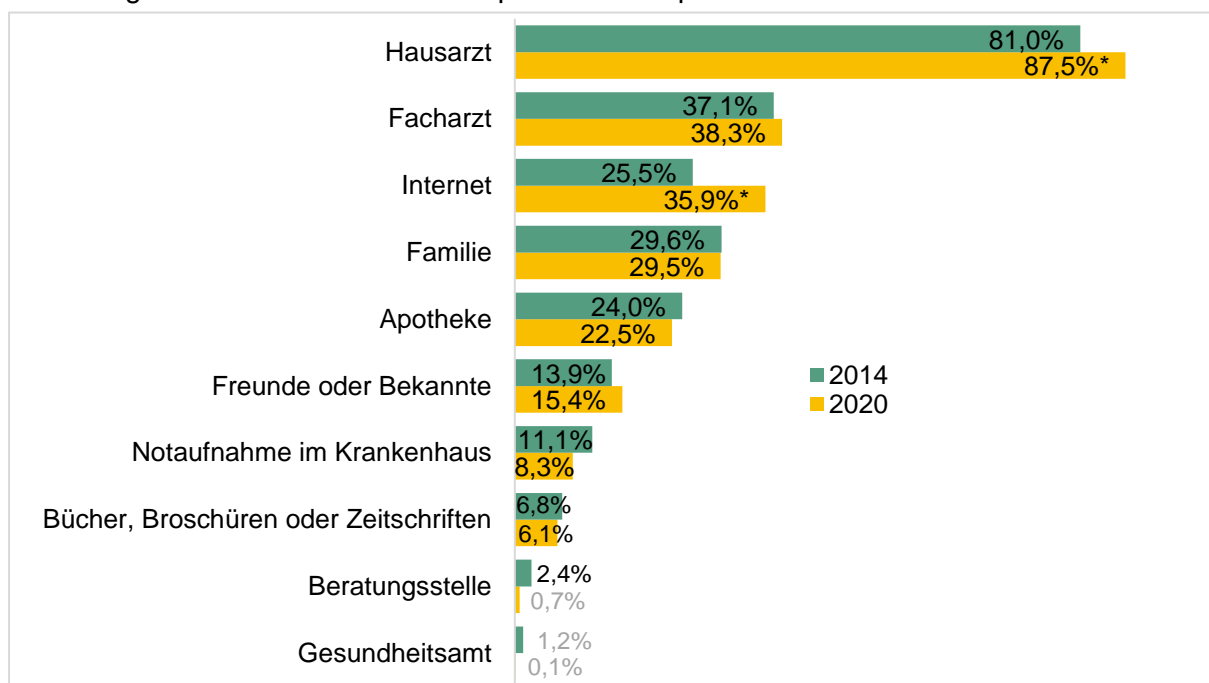
## 5 Gesundheitsrelevantes Informationsverhalten

In beiden Befragungen wurde untersucht, welche Anlaufstelle die Befragten am ehesten nutzen, wenn sie gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen suchen. Das Ergebnis war 2014 eindeutig: Fast 81% der Befragten gaben an, sich bei Bedarf an Informationen an ihren Hausarzt zu wenden. Der Facharzt stand an zweiter Stelle, während die Familie die dritte Position einnahm. Abbildung 10 zeigt, wie sich die Nutzung der Informationsquellen in den letzten sechs Jahren verändert hat.

Insgesamt haben sich demnach keine sehr großen Verschiebungen bei den Informationsquellen ergeben. Hausarzt und Facharzt stehen für die Befragten deutlich weiter an der Spitze. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass der Stellenwert des Internets statistisch signifikant angestiegen ist. Dieser Anstieg ist besonders stark bei Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen festzustellen: Er hat sich von 18,2 auf 34,9% fast verdoppelt (hier nicht dargestellt). Wir werten das als einen Hinweis darauf, dass zunehmend nicht nur Informationen, sondern auch digitale Anwendungen (z.B. Apps) für chronisch Kranke zur Verfügung stehen oder gestellt werden, die es vor sechs Jahren in diesem Umfang noch nicht gab. In der Verschiebung der Informationsquellen drückt sich das Spannungsverhältnis zwischen der persönlichen, auf direkter Interaktion und Vertrauensbasis basierenden Information und der überwiegend anonymen, auf Quellen des Internets aufbauenden Information aus. Für chronisch Kranke noch mehr als für Gesunde scheint die Kombination dieser beiden Quellen von immer größerer Bedeutung zu werden.

Auffällig ist im Übrigen, dass zu beiden Befragungszeitpunkten Beratungsstellen einen sehr niedrigen Stellenwert unter den Informationsquellen einnehmen. Offenbar gibt es noch immer keine flächendeckende und integrierte Beratungslandschaft, die für alle Gruppen der Bevölkerung zugänglich und vertrauenswürdig ist.

Abbildung 10: Genutzte Informationsquellen bei körperlichen Beschwerden und Krankheiten



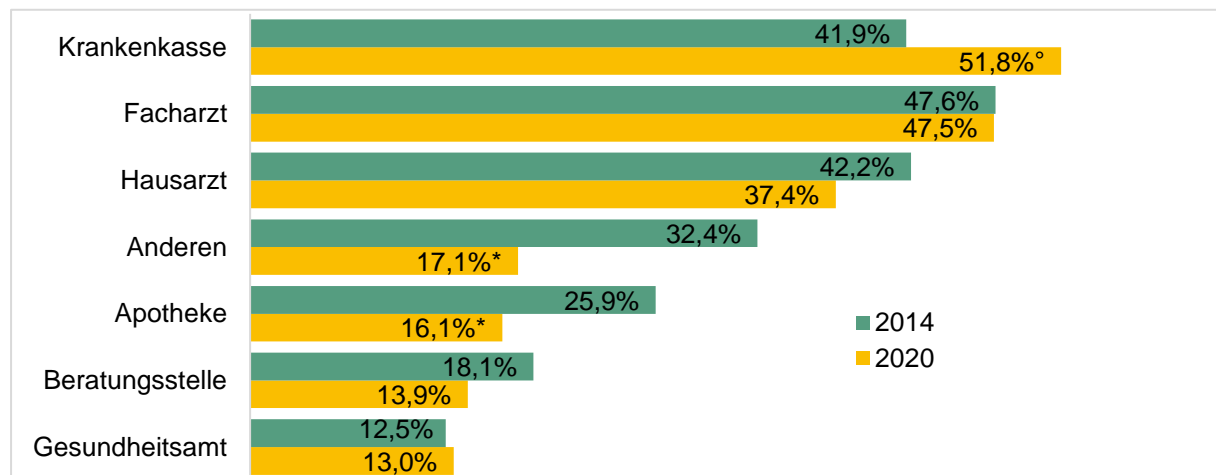
Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, graue Prozentwerte bei Fallzahlen unter 25.

Wie oben dargestellt wurde, fällt es den Befragten häufig schwer, Informationen über Gesundheit und Krankheit richtig zu verstehen. Um hierbei die direkte Kommunikation mit Fachpersonen genauer einschätzen zu können, wurde in den beiden Befragungen gezielt nachgefragt, ob es in den letzten 12 Monaten vorgekommen ist, dass die Erklärungen verschiedener Gesundheitseinrichtungen und -professionen nicht richtig verstanden wurden. Die Ergebnisse können in Abbildung 11 abgelesen werden. Hierbei werden nur die Antworten der Personen dargestellt, die angaben, dass dies bei mindestens einer der Einrichtungen und Professionen der Fall war.

Wie die Abbildung 11 zeigt, haben sich die Antwortmuster etwas verschoben. Die häufigere Nennung der Krankenkassen könnte auch in Zusammenhang mit den Anforderungen stehen, die sich aus der Bewältigung der Corona-Pandemie ergeben. Apotheken und andere, nicht näher spezifizierte Gesundheitseinrichtungen und -professionen werden hingegen statistisch signifikant deutlich seltener genannt. Bei den übrigen Positionen zeigen sich keine substantiellen Veränderungen. Facharzt und Hausarzt sind nach wie vor häufige Auslöser von Verständnisschwierigkeiten.

Befragte mit einer geringen Gesundheitskompetenz haben erwartungsgemäß Erklärungen der Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsprofessionen öfter nicht richtig verstanden als Befragte mit einer hohen Gesundheitskompetenz; dieser Unterschied hat sich zwischen den beiden Befragungen nicht verändert (hier nicht dargestellt).

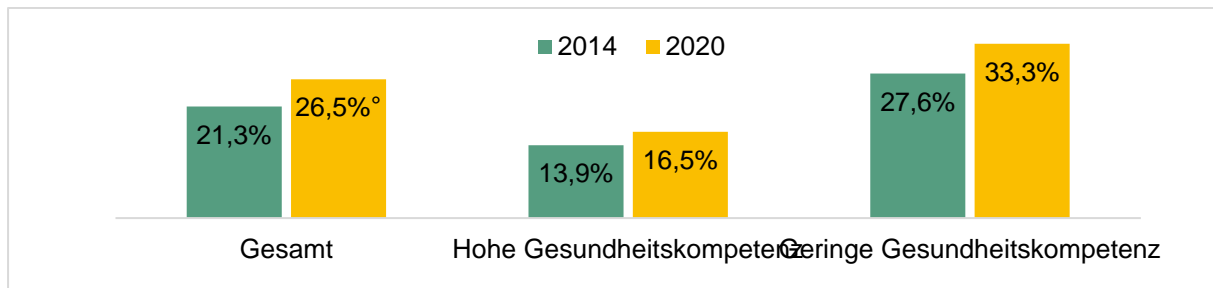
Abb. 11: Verständnisschwierigkeiten bei Gesundheitseinrichtungen und -professionen von Befragten, die mindestens bei einem von diesen Informationen nicht richtig verstanden haben



Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an; Prozentwerte mit ° Unterschiede bei >90%.

Zusätzlich zu den Schwierigkeiten beim Verständnis von Informationen durch Gesundheitsfachpersonen wurden auch die Orientierungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem erfasst. Wie Abbildung 12 veranschaulicht, ist der Anteil der Personen, die bei gesundheitlichen Problemen schon mal nicht wussten, an wen sie sich wenden sollen, zwischen 2014 und 2020 statistisch signifikant gestiegen. Diese Orientierungslosigkeit ist, wie aus der Abbildung ersichtlich wird, bei Befragten mit einer geringen Gesundheitskompetenz stärker angestiegen als bei denen mit einer hohen.

Abb. 12: Erlebte Orientierungslosigkeit im Gesundheitssystem



Anmerkung: Prozentwert mit ° zeigt Unterschied zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >90% an.

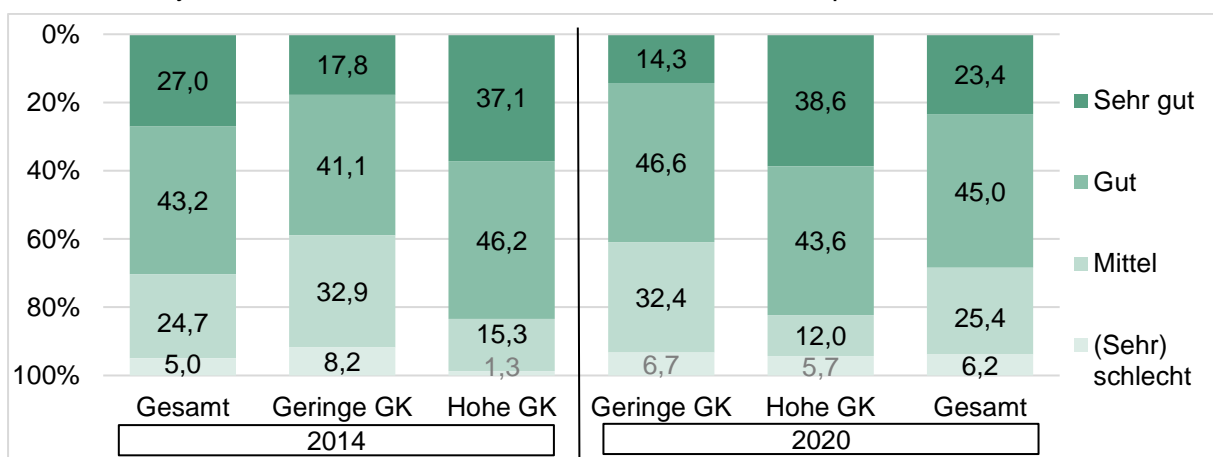
## 6 Folgen eingeschränkter Gesundheitskompetenz

Wie bei der Vorstellung des konzeptionellen Modells der Gesundheitskompetenz erläutert wurde, gelten der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Nutzung von gesundheitlichen Versorgungsleistungen als wichtige zentrale „Outcomes“.

### Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

Zu beiden Befragungszeitpunkten wurden die Befragten gebeten, ihren Gesundheitszustand einzuschätzen. Wie Abbildung 13 zeigt, liegt die Einschätzung guter subjektiver Gesundheit bei hoher Gesundheitskompetenz in beiden Erhebungen höher. 37,1% der Befragten mit einer hohen Gesundheitskompetenz schätzen im Jahr 2014 ihren Gesundheitszustand als sehr gut ein, Befragte mit einer geringen Gesundheitskompetenz nur zu 17,8%. Im Jahr 2020 sind die Werte sehr ähnlich (38,6% versus 14,3%). Über den kausalen Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen ist damit nichts gesagt, die Wahrscheinlichkeit ist aber hoch, dass eine geringe Gesundheitskompetenz einen schlechteren Gesundheitszustand zur Folge hat, statt umgekehrt (Pelikan et al. 2018).

Abb. 13: Subjektiver Gesundheitszustand und Gesundheitskompetenz



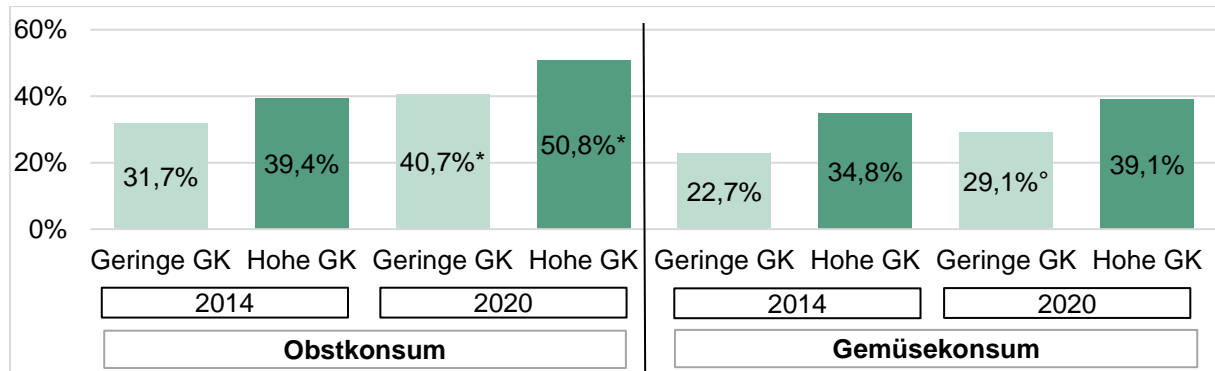
Anmerkung: Graue Prozentwerte bei Fallzahlen unter 25.

Auch wenn die Befragten ihren Gesundheitszustand mit dem Gleichaltriger vergleichen oder erlebte Einschränkungen aufgrund von Krankheit berichten, zeigen sich die beschriebenen Muster (hier nicht dargestellt). Dies kann als ein Hinweis gewertet werden, dass Gesundheitskompetenz in einem bedeutenden Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus steht.

## Muster des Gesundheitsverhaltens

Nicht nur der subjektiv eingeschätzte Gesundheitsstatus, sondern auch die Muster des Gesundheitsverhaltens hängen mit der Gesundheitskompetenz der Befragten zusammen. So lässt sich für die Ernährung folgender Trend beobachten (Abbildung 14): In beiden Jahren verzehren Personen mit hoher Gesundheitskompetenz statistisch signifikant häufiger täglich Obst und Gemüse. Dabei hat der tägliche Konsum in beiden Gruppen zugenommen, die Abstände zwischen den Gruppen blieben im Zeitverlauf aber relativ stabil.

Abb. 14: Gesundheitskompetenz und täglicher Obst- und Gemüsekonsum

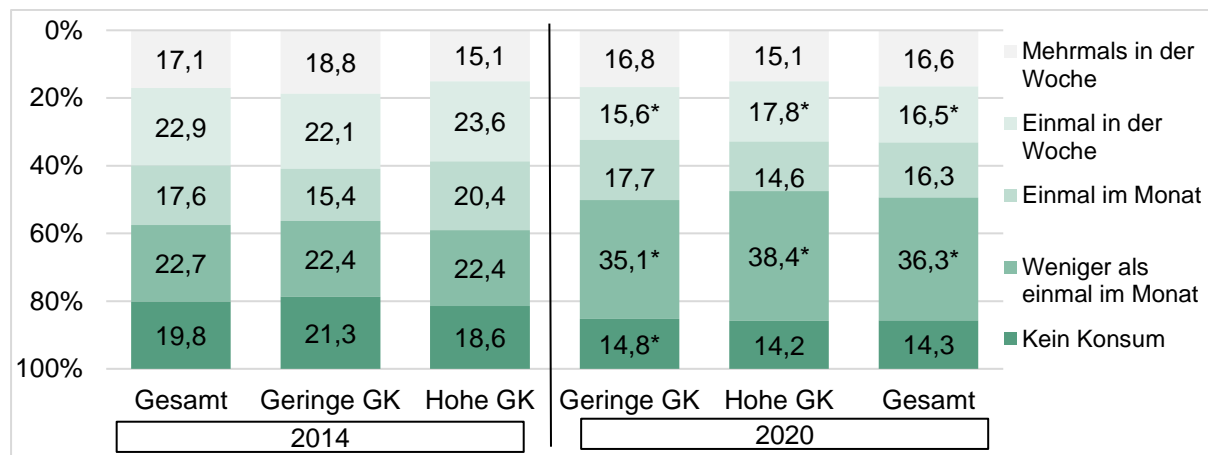


Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an, Prozentwerte mit ° Unterschiede bei >90%.

Ein ambivalentes Muster zeigt sich bei den Ergebnissen zum Tabakrauchen (hier nicht dargestellt). Zwar ist der Anteil der Personen, die angegeben haben Raucher zu sein, in den letzten sechs Jahren von 29% auf 22% statistisch signifikant gesunken, der Rückgang ist jedoch nur bei der Gruppe mit geringer Gesundheitskompetenz zu beobachten. Hier liegt der Anteil 2020 nur bei 19% und somit 12 Prozentpunkte niedriger als in dieser Gruppe sechs Jahre zuvor (statistisch signifikant).

Auch bei der gesundheitsriskanten Verhaltensweise des Trinkens von Alkohol zeigt sich in Ansätzen eine solche Tendenz. Wie in Abbildung 15 abzulesen, ist der Anteil an Personen, die einmal in der Woche mehr als fünf alkoholische Getränke zu sich nehmen, innerhalb der letzten sechs Jahre statistisch signifikant zurückgegangen (Säulen ganz links und rechts). Dies trifft sowohl auf Personen mit geringer als auch mit hoher Gesundheitskompetenz zu. Wesentlich mehr Personen als 2014 geben zudem an, weniger als einmal im Monat mehr als fünf alkoholische Getränke zu sich zu nehmen. Die Differenz beträgt fast 14 Prozent und ist statistisch signifikant. Auch dies trifft für beide Gruppen zu. Etwas weniger Menschen verzichten zudem komplett auf Alkohol, wobei hier nur für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz ein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden kann. Insgesamt kann damit nicht von einem Zusammenhang zwischen risikoreichem Alkoholkonsum und Gesundheitskompetenz ausgegangen werden.

Abb. 15: Gesundheitskompetenz und Alkoholkonsum (mehr als 5 alkoholische Getränke)

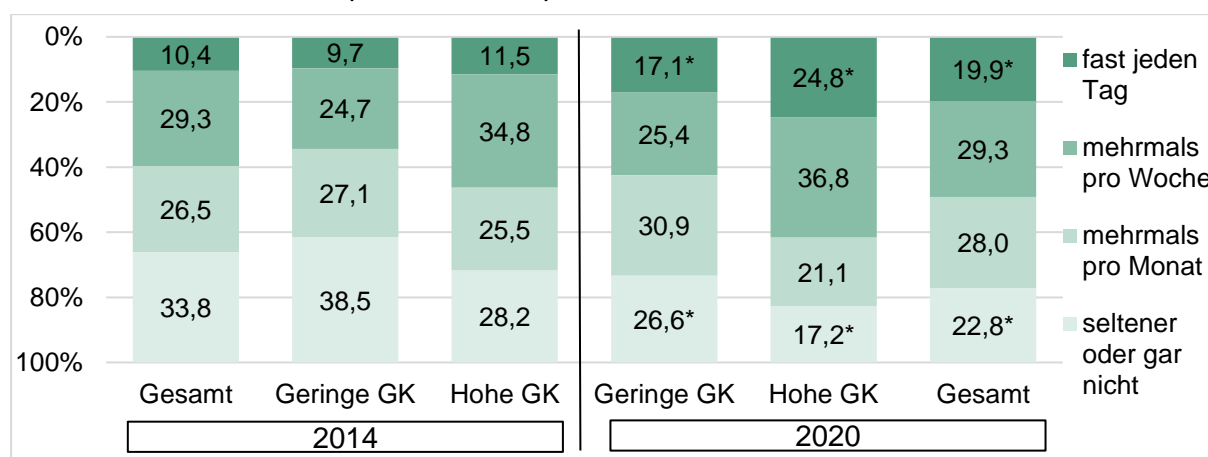


Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 in der jeweiligen Kategorie mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an.

Als weitere Ausprägung des Gesundheitsverhaltens wurde nach der Häufigkeit von körperlicher Aktivität gefragt (wie häufig wurde im letzten Monat für mindestens 30 Minuten Sport getrieben). Abbildung 16 stellt die Antworten aus beiden Erhebungen dar. Zunächst zeigt ein Blick auf die Anteile in den Gesamtstichproben (Säulen ganz links und rechts), dass 2020 statistisch signifikant mehr Personen mindestens fast jeden Tag körperlich aktiv sind, nämlich so gut wie jede fünfte Person. Der Anteil hat sich im Vergleich zu 2014 somit fast verdoppelt. Gleichzeitig haben statistisch signifikant weniger Menschen seltener als mehrmals im Monat oder sogar überhaupt keinen Sport getrieben. Für beide Kategorien beträgt die Differenz zwischen den Jahren rund 10 Prozentpunkte.

Die zeitliche Veränderung ist sowohl bei Personen mit geringer als auch mit hoher Gesundheitskompetenz zu beobachten. Zu beiden Erhebungszeitpunkten lässt sich erkennen, dass diese Form der Gesundheitsförderung regelmäßiger von Personen mit hoher Gesundheitskompetenz ausgeübt wird. In der Stichprobe von 2020 können sogar bei allen Kategorien Gruppenunterschiede festgestellt werden. Die Vermutung liegt also nahe, dass sich eine höhere Gesundheitskompetenz positiv auf die körperliche Aktivität der Menschen auswirkt.

Abb. 16: Gesundheitskompetenz und körperliche Aktivität



Anmerkung: Prozentwerte mit \* zeigen Unterschiede zwischen 2014 und 2020 in der jeweiligen Kategorie mit Vertrauenswahrscheinlichkeit von >95% an.

Zusammenfassend lässt sich schließen, dass eine höhere Gesundheitskompetenz zwar tendenziell mit einem gesundheitsförderlichen Verhalten im Bereich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens einhergeht. Für die eher gesundheitsschädliche Verhaltensweisen Tabakrauchen und Alkoholtrinken allerdings kann dies mit den vorliegenden Daten nicht eindeutig festgestellt werden. Dieser Befund bleibt auch im Zeitverlauf bestehen. Ganz offensichtlich sind Menschen mit einer hohen Gesundheitskompetenz bereit, in einigen Verhaltensbereichen eine Optimierung ihrer Gesundheit vorzunehmen. Sie kompensieren ihr förderliches Verhalten aber teilweise durch Entlastungen und Belohnungen, die objektiv gesundheitsschädlich sein können.

### *Nutzung des Gesundheitssystems*

Mit in den Kreis der gesundheitlichen Konsequenzen wurde die Nutzung des Versorgungssystems aufgenommen (hier nicht dargestellt). Gefragt wurde danach, wie häufig in den letzten 12 Monaten ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht wurde. Sowohl 2014 als auch 2020 gaben Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz häufigere Arztbesuche an als die mit hoher Gesundheitskompetenz. Ganz ähnliche Tendenzen zeigen sich bei den Antworten auf die Frage, wie häufig in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten wie Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker in Anspruch genommen wurden (siehe auch Berens et al. 2018).

## **7 Diskussion und Fazit**

Mit den beiden aufeinander abgestimmten und miteinander vergleichbaren Studien HLS-GER 1 und HLS GER 1' liegen empirische Erkenntnisse zur Veränderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im Zeitraum zwischen 2014 und 2020 vor.

Die Befunde beider Studien zeigen, dass sich der überwiegende Teil der Bevölkerung beim Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor große Schwierigkeiten gestellt sieht.

Im Verlauf der letzten sechs Jahre ist eine weitere Verschlechterung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eingetreten. Den Befragten 2020 fällt es deutlich schwerer als denen im Jahr 2014, die komplexen Informationen zu Gesundheit und Krankheit angemessen zu verarbeiten. Allerdings handelt es sich hierbei um eine Verstärkung von Tendenzen, die auch 2014 schon anzutreffen waren. Die Muster der Ausprägung von Unterschieden innerhalb der einzelnen Gruppen sind im Zeitvergleich bestehen geblieben.

Aus der Studie lassen sich Anhaltspunkte ablesen, wie sich die Verschlechterungen erklären lassen. Im Zeitraum der Erhebung ist die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen deutlich weiter gestiegen. In den Untersuchungszeitraum fällt der Ausbau von digitalen Quellen für gesundheitsrelevante Informationen. Zahlreiche Plattformen stellen ein enormes Ausmaß an Wissen zur Verfügung, lassen sich aber schwer kontrollieren und erschweren somit die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit. Dadurch ist das Risiko gewachsen, sicher und souverän die richtigen Informationen und die passenden Anlaufpunkte zu identifizieren und zu nutzen. Möglicherweise ist es also die Überfülle und mangelnde Strukturiertheit von Informationen, die zur Erhöhung der Schwierigkeiten der Informationsverarbeitung geführt und damit die Gesundheitskompetenz insgesamt verschlechtert hat. Ob die zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung mäßig stark ausgeprägte Corona-Pandemie Auswirkungen auf das Antwortverhalten hat, kann erst in einer Folgeuntersuchung geklärt werden.



Im Einzelnen konnte die vorliegende Studie im Zeitvergleich die folgenden Tendenzen erfassen:

- In allen Altersgruppen hat sich die Gesundheitskompetenz im Verlauf der letzten sechs Jahre verschlechtert. Besonders stark ist das in der jüngsten Altersgruppe der unter 30-Jährigen der Fall. Zugleich sind die über 65-Jährigen zu beiden Messzeitpunkten die Gruppe mit der jeweils geringsten Gesundheitskompetenz. Aus diesen Befunden lässt sich ablesen, dass es gerade die jüngeren, eher gesünderen Gruppen der Bevölkerung sind, die in den letzten Jahren zunehmende Schwierigkeiten haben, Informationen zu Gesundheit und Krankheit angemessen zu verarbeiten, die älteren Bevölkerungsgruppen aber insgesamt besonders starke Schwierigkeiten haben.
- Die Verschlechterung der Gesundheitskompetenz ist insgesamt sowohl bei der Bevölkerungsgruppe mit chronischer Krankheit, als auch bei Personen ohne lang andauernde Krankheit zu beobachten.
- Auch beim Blick auf die Zusammenhänge mit dem Bildungsstand fällt eine Verschlechterung innerhalb der letzten sechs Jahre auf. Die Unterschiede beim mittleren Bildungsniveau sind besonders stark. Der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz liegt 2020 um rund 16 Prozentpunkte höher als beim ersten Erhebungszeitpunkt. Beim hohen Bildungsniveau liegen die Zahlen näher beieinander, aber auch hier geht die Tendenz in Richtung einer Verschlechterung. Im Zeitvergleich hat sich der Bildungsgradient deutlich verstärkt, was möglicherweise ein Hinweis darauf ist, wie anspruchsvoll Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem geworden sind.
- Die ermittelten Zusammenhänge mit dem Sozialstatus bestätigen dieses Bild: Hier ist in der mittleren Kategorie ebenfalls eine Verschlechterung der Gesundheitskompetenz zu erkennen, während sich bei Personen mit hohem Sozialstatus im Mittel keine Änderungen ergeben haben.
- Die Studie bestätigt damit, dass wir es im Falle der Gesundheitskompetenz mit einem schwer zu handhabenden gesundheitspolitischen Problem zu tun haben, das in engem Zusammenhang zu Fragen gesundheitlicher Ungleichheit steht. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an künftige zielgruppenspezifische Interventionskonzepte, die den lebensweltlichen Bedingungen der „vulnerablen“ Bevölkerungsgruppen entsprechen und darauf zielen, bestehende Wissens- und Kompetenzdefizite auszugleichen und zugleich zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit des Gesundheitssystems beitragen.
- Der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen ist in allen drei untersuchten gesundheitsrelevanten Handlungsbereichen – Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung – schwieriger geworden. Im Bereich der Krankheitsbewältigung/Versorgung lässt sich die stärkste Verschlechterung der Gesundheitskompetenz beobachten. Das ist ein weiterer Hinweis darauf, als wie schwierig die Befragten den Umgang mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem einschätzen. Die insgesamt größten Schwierigkeiten empfinden die Befragten im Bereich Gesundheitsförderung. Auch bei der ersten Befragung 2014 schnitt dieser Handlungsbereich am schlechtesten ab.
- Auch die vier Schritte der Informationsverarbeitung – das Finden, das Verstehen, die Beurteilung und die Verwendung von gesundheitsrelevanten Informationen – stellen die Befragten 2020 vor mehr Schwierigkeiten als 2014. Besonders auffällig ist dieser Unterschied bei der Beurteilung von Information. Dieser Schritt fiel den Befragten schon 2014 ganz besonders schwer. Das hat sich 2020 verstärkt: Hier hat sich der Anteil von inadäquater Gesundheitskompetenz verdoppelt, was durch einen im Vergleich geringeren Anteil von problema-

tischer Gesundheitskompetenz nur teilweise ausgeglichen wird. Möglicherweise ist im Zeitraum der letzten sechs Jahre durch die zunehmende Menge von Informationen über Gesundheit und Krankheit das Problem der Einordnung und Verarbeitung gewachsen.

- Besonders große Probleme bereitet den Befragten die Beurteilung von Informationen zu Gesundheitsfragen in den Medien. Hier fällt es ihnen 2020 noch schwerer als 2014, die Vertrauenswürdigkeit einzuschätzen und Konsequenzen für das eigene Verhalten daraus abzuleiten. Diese größer gewordenen Unsicherheiten in der Bevölkerung machen auf das Problem der Vielfalt und der Nachprüfbarkeit von Gesundheitsinformationen vor allem im digitalen Bereich aufmerksam, das mit der Unterstützung im privaten Umfeld nicht ausreichend bewältigt werden kann. Hieraus ergeben sich große Herausforderungen für neue Formate und Strukturen der öffentlichen Gesundheitskommunikation.
- Bei der Bedeutung und der Rangfolge von Informationsquellen haben sich Verschiebungen ergeben. Hausarzt und Facharzt stehen 2020 noch deutlicher an der Spitze als 2014. Auffällig ist der gestiegene Stellenwert des Internets. Es gewinnt besonders stark bei Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen an Bedeutung. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass nicht nur Informationen, sondern auch digitale Anwendungen (zum Beispiel Apps) zur Verfügung stehen, die es vor sechs Jahren in diesem Umfang noch nicht gab. Diese Verschiebung von Informationsquellen bildet das Spannungsverhältnis ab, dass zwischen der direkten persönlichen, auf einer Vertrauensbasis basierenden und der indirekt-anonymen, auf Quellen des Internets aufbauenden Information besteht.
- Verständigungsschwierigkeiten bei gesundheitlichen Informationen werden vor allem mit Fachärzten und Hausärzten berichtet. Zugenommen haben sie im Zeitvergleich vor allem beim Umgang mit der Krankenkasse. Möglicherweise ist das darauf zurückzuführen, dass sich Versicherungsregeln in den letzten sechs Jahren verändert und verkompliziert haben. Denkbar ist auch ein Zusammenhang mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie und den sich daraus ergebenden Anforderungen an ein verändertes Gesundheitsverhalten.
- Zu beiden Erhebungszeitpunkten sehen sich die Befragten zum Teil vor große Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem gestellt. Diese Befunde weisen darauf hin, wie wichtig es wird, geeignete Rahmenbedingungen für eine nutzerfreundliche Gestaltung der Versorgungsangebote zu schaffen und die Organisationen des Gesundheitswesens informationsfreundlicher zu gestalten.
- Die überwiegend negativen Folgen einer geringen Gesundheitskompetenz lassen sich zu beiden Zeitpunkten dokumentieren. Sie wirken sich in erster Linie auf den subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand aus. Diese Zusammenhänge haben sich im Laufe der letzten sechs Jahre noch verstärkt. Je geringer die Gesundheitskompetenz, desto weniger lässt sich ein gesundes Muster der Ernährung und eine körperliche Aktivität verzeichnen. In einigen Bereichen, vor allem beim Tabakrauchen und Alkoholtrinken, verhalten sich Menschen mit einer höheren Gesundheitskompetenz ebenso gesundheitsschädlich wie andere. Bei der Häufigkeit der Nutzung des Gesundheitssystems hingegen fallen die Menschen mit einer geringen Gesundheitskompetenz zu beiden Zeitpunkten durch ihre hohen Quoten auf.

## Literaturverzeichnis

- 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.
- 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).
- Jordan, S./Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt* 85, 942-950.
- 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.
- Okan, O./Bauer, U./Levin-Zamir, D./Pinheiro, P./Sørensen, C. (Eds.) (2019): *International Handbook of Health Literacy*. Bristol: Policy Press.
- Parker, R. M. (2009): Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In: Hernandez, L. (Hrsg.): *Measures of Health Literacy*. Washington, DC: National Academic Press, 91-98.
- 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.
- Schaeffer, D. (2017): Chronische Krankheit und Health Literacy. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 53-70.
- Schaeffer, D./Berens, E.-M./Vogt, D. (2017): Health Literacy in the German Population. *Deutsches Ärzteblatt international*, 114 (4), 53-60.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E. M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland – eine repräsentative Erhebung in der Allgemeinbevölkerung (HLS-GER). In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 129-143.
- Sørensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health. a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80.
- Squiers, L./Peinado, S./Berkman, N./Boudewyns, V./McCormack, L. (2012): The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication* 17 (sup3), 30-54.
- Vogt, D./Berens, E.-M./Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter. *Gesundheitswesen*, 82 (5), 407-412.

## Anhang

### Fragen des HLS-EU-Q47

	<b>Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach:</b>	<b>Bereich</b>	<b>Informationsschritt</b>
1	Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	K R A N K H E I T S B E W Ä L T I G U N G	FINDEN
2	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?		
3	herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?		
4	herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? ( <i>Hinweis: z. B. Arzt, Apotheker, Psychologe</i> )		
5	zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?		VERSTEHEN
6	die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?		
7	zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?		
8	die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?		BEURTEILEN
9	zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?		
10	Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?		
11	zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?		
12	zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind? ( <i>Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien</i> )		
13	mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?		ANWENDEN
14	den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?		
15	im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?		
16	den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?		
17	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?	P R Ä V E N T I O N	FINDEN
18	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?		
19	Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden? ( <i>Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck</i> )		
20	Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel?		VERSTEHEN
21	Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?		
22	zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?		
23	zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? ( <i>Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck</i> )		
24	zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z. B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?		
25	zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?		BEURTEILEN

26	zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?		ANWENDEN
27	zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? ( <i>Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck</i> )		
28	zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? ( <i>Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien</i> )		
29	zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?		
30	aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?		
31	aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? ( <i>Hinweis: Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien</i> )		
32	Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden?	G E S U N D H E I T S F Ö R D E R U N G	FINDEN
33	Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? ( <i>Hinweis: Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.</i> )		
34	Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte? ( <i>Hinweis: Minderung der Lärm- und Schadstoffbelastung; Schaffung von Grünflächen, Freizeiteinrichtungen</i> )		
35	etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten? ( <i>Hinweis: Gesetzgebung, neue Vorsorgeprogramme, Regierungswechsel, Gesundheitsreformen etc.</i> )		
36	sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?		
37	Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?		VERSTEHEN
38	Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?		
39	Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? ( <i>Hinweis: Internet, Zeitungen, Zeitschriften</i> )		
40	Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?		BEURTEILEN
41	zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt? ( <i>Hinweis: Ihre Gemeinde, Ihre Nachbarschaft</i> )		
42	zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?		
43	zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? ( <i>Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.</i> )		
44	Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?		
45	einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?	ANWENDEN	
46	Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? ( <i>Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.</i> )		
47	sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?		

## **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](mailto:gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de)