

Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz- Erhebung HLS₁₉-AT

**Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
im Juli 2021**

Impressum

Fachliche Begleitung durch die Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetenz-Messung“ der ÖPGK im Auftrag der Fachgruppe Public Health:

Lisa Bauer
Christina Dietscher
Christoph Heigl
Semiramis Macek
Anja Mandl
Sandra Marczik-Zettinig
Stefan Spitzbart

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Robert Griebler
Christa Straßmayr
Dominika Mikšová
Thomas Link
Peter Nowak

Zitiervorschlag:

Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS₁₉-AT. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch die Sektionsleitung der Sektion IX, BMSGPK

Erscheinungsdatum:

Juli 2021

Kurzfassung

Hintergrund

Gesundheitskompetenz (GK) umfasst das Wissen, die Motivationen und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden, um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung Entscheidungen treffen zu können, die ihre Gesundheit und Lebensqualität erhalten oder verbessern. Sie ist Ausdruck des Zusammenspiels zwischen individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten und den Anforderungen, mit denen die Menschen in diesen Bereichen konfrontiert sind.

Ausgelöst von den Ergebnissen der ersten Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung 2011, die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern einen deutlichen Handlungsbedarf aufgezeigt hatte, gab es in Österreich zahlreiche positive Entwicklungen – mit dem Ziel, die GK der Österreicherinnen und Österreicher nachhaltig zu verbessern. Parallel dazu sind aber auch die Anforderungen an die Bevölkerung in Sachen GK deutlich gestiegen, z. B. durch eine zunehmende Digitalisierung.

Für die Planung und Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Förderung der GK werden verlässliche Daten benötigt, auf deren Grundlage die Entwicklung der Gesundheitskompetenz sowohl auf der Bevölkerungsebene als auch für Teilgruppen der Bevölkerung eingeschätzt werden kann und auf deren Grundlage Interventionskonzepte entwickelt werden können.

Methoden

Die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS₁₉-AT) ist Teil des internationalen Health Literacy Survey (HLS₁₉), eines Projekts des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Ziel der HLS₁₉-Studie ist es, mit dem HLS₁₉ Baseline-daten für eine periodisch wiederkehrende europäische Erhebung zu generieren und dabei neue Herausforderungen der GK in Form spezieller GK-Bereiche zu berücksichtigen. Für die repräsentative österreichische Erhebung wurden 2020 in Österreich rund 3.000 ab 18-Jährige telefonisch befragt. In der Erhebung wurden neben der allgemeinen GK auch spezielle Bereiche der GK (digitale GK, Navigationskompetenz im Gesundheitssystem, kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche und GK in puncto Impfentscheidungen) abgefragt. In Auftrag gegeben und finanziert wurde die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung von der österreichischen Bundesgesundheitsagentur (BGA) und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV).

Ergebnisse

Informationsquellen zum Thema Gesundheit

Zu medizinischen und gesundheitlichen Themen informiert sich die österreichische Bevölkerung vorrangig mittels digitaler Quellen (Internet und soziale Medien), bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.

Allgemeine Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

In Hinblick auf die allgemeine Gesundheitskompetenz bestätigt die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020 weitgehend die Ergebnisse der ersten Österreichischen GK-Befragung (HLS-EU 2011), und zwar sowohl in Bezug auf besonders schwierige GK-Aufgaben und -Bereiche als auch auf gesellschaftliche Bevölkerungsgruppen mit größeren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Ein näherungsweiser Vergleich zwischen HLS₁₉-AT und HLS-EU lässt für Österreich einen leichten Anstieg in der allgemeinen Gesundheitskompetenz vermuten. Das betrifft das Management von Informationen in puncto Gesundheitsförderung sowie das Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen.

Besondere Herausforderungen bestehen bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen, bei Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen, beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen sowie bei Informationen zum Thema Prävention.

Spezielle Bereiche der Gesundheitskompetenz

Bei den speziellen Bereichen der GK bestehen die größten Herausforderungen bei der Navigationskompetenz (Orientierung im Gesundheitssystem) und bei der digitalen Gesundheitskompetenz. Sie werden deutlich geringer eingestuft als die allgemeine GK. Ebenfalls schlechter bewertet wird auch die impfbezogene GK.

Vergleichsweise stark ausgeprägt ist die kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche. Es zeigen sich aber auch in diesem Bereich Herausforderungen, vor allem wenn es um die aktive Patientenbeteiligung geht (ausreichende Gesprächszeit, verständliche Sprache, das Einholen persönlicher Ansichten und Vorstellungen, aktives Zuhören und das Beteiligen an Entscheidungen).

Bevölkerungsgruppen mit geringerer Gesundheitskompetenz

Über alle GK-Bereiche hinweg weisen Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss und Menschen in finanziell prekären Situationen eine geringere GK auf. Darüber hinaus scheint der Umgang mit

Gesundheitsinformationen speziell für Menschen im mittleren Alter (zw. 30 und 59 Jahren) herausfordernd zu sein.

Gesundheitskompetenz und chronische Erkrankungen

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen in allen GK-Bereichen eine geringere GK auf als Menschen ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen. Dieses Ergebnis verweist auf Fragen der Versorgungsqualität und der integrierten Versorgung chronischer Erkrankungen.

Konsequenzen einer geringen Gesundheitskompetenz

Die GK der österreichischen Bevölkerung steht sowohl mit ihrer Gesundheit, ihrem Gesundheitsverhalten als auch mit der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in Zusammenhang: Menschen mit einer geringeren allgemeinen GK

- » weisen ein ungünstigeres Bewegungs- und Ernährungsverhalten und einen höheren BMI auf,
- » schätzen ihre gesundheitliche Situation schlechter ein und sind häufiger von chronischen Erkrankungen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen,
- » kommen schlechter mit chronischen Erkrankungen zurecht,
- » nehmen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch (z. B. Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und -ärzte, ambulante Behandlungen und Notfalldienste) und
- » verbringen mehr Tage im Krankenstand.

Eine geringe kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche geht darüber hinaus mit einer schlechteren selbsteingeschätzten Gesundheit der Patientinnen und Patienten einher. Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen korrespondieren mit einer geringeren Navigationskompetenz. Eine geringe digitale Gesundheitskompetenz erhöht die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. In puncto Impfungen zeigt sich, dass eine geringere impfbezogene GK mit einem höheren Anteil an Personen und Familien korrespondiert, die innerhalb der letzten fünf Jahre keine Impfungen in Anspruch genommen haben.

Ausblick

Auf Basis der HLS₁₉-AT-Ergebnisse werden von der Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz gemeinsam mit der Fachgruppe Public Health Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der österreichischen Bevölkerung erarbeitet, die ergänzend zum Ergebnisbericht Ende 2021 veröffentlicht werden sollen. Darüber hinaus wird eine Zusammenfassung der österreichischen Erhebungsergebnisse im internationalen Vergleich erstellt, die voraussichtlich im ersten Halbjahr 2022 zur Verfügung gestellt wird.

Schlüsselwörter

allgemeine Gesundheitskompetenz, digitale Gesundheitskompetenz, kommunikative Gesundheitskompetenz, Navigationskompetenz, Gesundheitskompetenz in puncto Impfungen

Summary

Background

Health literacy (HL) encompasses the knowledge, motivations and skills of people to find, understand, judge and apply relevant health information in everyday life in order to make decisions in the areas of health promotion, prevention and disease management that maintain or improve their health and quality of life. It is an expression of the interplay between individual abilities and skills and the demands people face in these areas.

Following the results of the first Austrian Health Literacy Survey in 2011, which showed a clear need for action compared to other European countries, there have been numerous positive developments in Austria with the aim of sustainably improving the health literacy of Austrians. At the same time, however, the demands on the population in terms of health literacy have increased significantly, e.g. due to increasing digitalisation.

For the planning and evaluation of health policy measures to promote health literacy, reliable data are needed which can be used as a basis for assessing the development of health literacy both at the population level and for subgroups of the population, and for developing intervention concepts.

Methods

The Austrian Health Literacy Survey (HLS₁₉-AT) is part of the international Health Literacy Survey (HLS₁₉), a project of the WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). The aim of the HLS₁₉ survey is to generate baseline data for a periodically recurring European survey, considering new challenges of HL in the form of specific domains of HL. For the representative Austrian survey, around 3,000 people aged 18 and over were interviewed by telephone in 2020. In addition to general health literacy, special areas of health literacy (digital health literacy, navigation skills in the health system, communicative health literacy in the context of medical doctors' consultations and health literacy regarding vaccination decisions) were also surveyed. The Austrian Health Literacy Survey was commissioned and financed by the Austrian Federal Health Agency and the Austrian Social Insurance.

Results

Sources of health information

The Austrian population obtains information on medical and health-related topics primarily from digital sources (internet and social media) and from medical doctors and other health professionals.

General health literacy

In terms of general health literacy, the Austrian Health Literacy Survey 2020 largely confirms the results of the first Austrian health literacy survey (HLS-EU 2011), both in terms of particularly difficult health literacy tasks and areas as well as in terms of population groups with greater difficulties in dealing with health information.

An approximate comparison between HLS₁₉-AT and HLS-EU suggests a slight increase in general health literacy for Austria. This concerns the handling of information on health promotion as well as the judgement and use of health information.

Challenges exist for health information in the media, for information on therapies and treatments, and information on dealing with mental health problems, as well as for judging and applying health information and information on prevention.

Specific areas of health literacy

In the specific areas of HL, the greatest challenges are in navigational competence (orientation in the health system) and in digital health literacy. They are rated significantly lower than general health literacy. Also rated lower is the vaccination-related health literacy.

Comparatively high is the communicative HL in the context of medical doctors' consultations. However, challenges exist in this area, especially in terms of patient participation in the consultations (sufficient conversation time, understandable language, collecting personal views, active listening, and participation in decision-making).

Population groups with lower health literacy

Across all health literacy domains, people with low formal education (no more than compulsory schooling) and people in financially precarious situations have lower health literacy. Furthermore, dealing with health information seems to be difficult especially for middle-aged people (between 30 and 59 years).

Health literacy and chronic diseases

People with chronic conditions and health problems who have difficulties in coping with these health challenges have lower HL in all HL domains than people without chronic conditions or people with chronic conditions who cope well.

Consequences of low health literacy

The HL of the Austrian population is associated to their health, their health behaviour as well as to the use of the health system: People with a lower general HL

- » show less favourable physical activity and dietary behaviour and a higher BMI,
- » perceive their health situation worse and are more frequently affected by chronic diseases and health-related limitations in everyday life,
- » cope poorly with chronic illnesses,
- » make greater use of the health care system (e.g. general practitioners, specialists, outpatient treatment and emergency services) and
- » spend more days on sick leave.

Low communicative competence in the context of medical doctors' consultations is also associated with poorer self-assessed health of the patients. Difficulties in dealing with chronic diseases correspond with a lower navigational competence. And a low digital health literacy increases the use of general practitioners. Regarding vaccinations, a lower vaccination-related health literacy corresponds to a higher proportion of individuals and families who have not been vaccinated within the last five years.

Further steps

Based on HLS₁₉-AT results, recommendations for improving health literacy in the Austrian population will be developed by the Health Literacy Measurement Working Group of the Austrian Alliance for Health Literacy together with the Working Group on Public Health of the continuous Austrian healthcare reform process, to be published in addition to the national report at the end of 2021. In addition, a summary of the Austrian survey results in international comparison will be prepared, which is expected to be made available in the first half of 2022.

Keywords

general health literacy, digital health literacy, communicative health literacy, navigation literacy, vaccination health literacy

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VII
Abbildungen und Tabellen	XII
Abkürzungen	XVII
1 Hintergrund	1
1.1 Bedeutung von Gesundheitskompetenz	1
1.2 Erste österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS-EU 2011) und ihre Folgen	3
1.3 Neue Herausforderungen im Bereich der GK	4
2 HLS ₁₉ -AT	8
2.1 HLS ₁₉ -AT als Teil von HLS ₁₉	8
2.2 Ziele der Erhebung	9
2.3 Zielgruppe, Stichprobenziehung und Durchführung der Befragung	9
2.4 Konzeptionelle Grundlagen	11
2.5 Erhebungsinstrument	13
2.6 Stichprobenbeschreibung und Repräsentativität	16
2.7 Gewichtung	20
2.8 Kennzahlen	20
2.9 Statistische Analysen	23
3 Quellen für Gesundheitsinformationen	30
4 Allgemeine Gesundheitskompetenz in der österreichischen Bevölkerung	35
4.1 Definition und Konzept	35
4.2 Empirische Untersuchungen zur allgemeinen Gesundheitskompetenz	36
4.3 Erhebungsinstrument (HLS ₁₉ -Q12-AT)	37
4.4 Vergleichbarkeit mit HLS-EU-Ergebnissen	40
4.5 Ergebnisse	41
4.5.1 Schwierigkeiten bei Allgemeine-Gesundheitskompetenz-Aufgaben	42
4.5.2 Durchschnittliche allgemeine Gesundheitskompetenz	50
4.5.3 Allgemeine GK und chronische Erkrankungen	55
5 Digitale Gesundheitskompetenz	56
5.1 Definition und Konzept	57
5.2 Forschungsstand	58
5.3 Erhebungsinstrument (HLS ₁₉ -DIGI-AT)	59
5.4 Ergebnisse	61
5.4.1 Nutzung digitaler Medien in Zusammenhang mit Gesundheit	61
5.4.2 Schwierigkeiten mit Digitale-Gesundheitskompetenz-Aufgaben	65
5.4.3 Durchschnittliche digitale Gesundheitskompetenz	69
6 Kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche	72
6.1 Definition und Konzept	73

6.2	Forschungsstand	74
6.3	Erhebungsinstrument (HLS ₁₉ -COM-D-Q1 I-AT)	76
6.4	Ergebnisse	78
6.4.1	Schwierigkeiten mit Aufgaben zu kommunikativer Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche	78
6.4.2	Durchschnittliche kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche	82
7	Navigationskompetenz im Gesundheitssystem	85
7.1	Definition und Konzept	86
7.2	Forschungsstand	86
7.3	Erhebungsinstrument (HLS ₁₉ -NAV-AT)	87
7.4	Ergebnisse	89
7.4.1	Schwierigkeiten mit Aufgaben zu Navigationskompetenz im Gesundheitssystem	89
7.4.2	Durchschnittliche Navigationskompetenz im Gesundheitssystem	94
8	Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen	97
8.1	Definition und Konzept	98
8.2	Forschungsstand	99
8.3	Erhebungsinstrument	100
8.4	Ergebnisse	102
8.4.1	Schwierigkeiten mit Gesundheitskompetenz-Aufgaben zu Impfentscheidungen	102
8.4.2	Durchschnittliche Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen	105
9	Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich	108
10	Konsequenzen	112
10.1	Gesundheitsverhalten und BMI	112
10.2	Gesundheitszustand	114
10.3	Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	116
10.4	Krankenstandstage	119
10.5	Impfungen	120
11	Vergleich mit HLS-EU	122
12	Zusammenfassung und Ausblick	128
	Literatur	133

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1: Allgemeine Gesundheitskompetenz (Kompetenzlevels, Berechnungsweise HLS-EU), dargestellt für die HLS-EU-Länder (n = 8.102).....	3
Abbildung 2.1: Konzeptuelles Modell von Gesundheitskompetenz.....	11
Abbildung 2.2: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept, nach Parker (2009) und Parker/Ratzan (2010).....	12
Abbildung 2.3: Kausales Rahmenmodell für Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz.....	13
Abbildung 3.1: Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach Altersgruppen 2020	31
Abbildung 3.2: Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach Bildungsgruppen 2020	32
Abbildung 3.3: Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach Vorliegen chronischer Erkrankungen und Gesundheitsprobleme 2020	33
Abbildung 4.1: Durchschnittliche Einschätzung der allgemeinen GK anhand ihrer Subdimensionen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+).....	50
Abbildung 4.2: Durchschnittliche Einschätzung der allgemeinen GK anhand ihrer Prozessdimensionen 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+).....	51
Abbildung 4.3: Durchschnittliche Einschätzung der allgemeinen GK nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, ALLG-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	54
Abbildung 5.1: Digitale GK im Spannungsfeld personenbezogener, situativer und kontextbezogener Faktoren	58
Abbildung 5.2: Nutzung digitaler Medien in Zusammenhang mit gesundheitlichen Themen in Prozent in einer typischen Woche	62
Abbildung 5.3: Durchschnittliche Einschätzung der digitalen GK nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, DIGI-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	71
Abbildung 6.1: Durchschnittliche Einschätzung der kommunikativen GK im Rahmen ärztlicher Gespräche nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, KOMM-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	84

Abbildung 7.1: Durchschnittliche Einschätzung der Navigationskompetenz im Gesundheitssystem nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, NAVI-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	96
Abbildung 8.1: Durchschnittliche Einschätzung der GK in Bezug auf Impfentscheidungen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, IMPF-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	107
Abbildung 9.1: Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	108
Abbildung 9.2: Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich 2020, durchschnittliches Antwortmuster.....	109
Abbildung 11.1: Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen – Vergleich zwischen HLS ₁₉ -AT (2020) und den HLS-EU-Ergebnissen (2011), absteigend sortiert nach der Häufigkeit an Schwierigkeiten	123
Abbildung 11.2: Vergleich HLS-EU- (2011) und HLS ₁₉ -AT-Ergebnisse (2020; adjustiert und nichtadjustiert) zur allgemeinen Gesundheitskompetenz, insgesamt und nach Kompetenzbereichen, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	125
Abbildung 11.3: Vergleich HLS-EU- (2011) und HLS ₁₉ -AT-Ergebnisse (2020; adjustiert und nichtadjustiert) zur allgemeinen Gesundheitskompetenz, Kompetenzlevels	126
Abbildung 11.4: Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)	127
Abbildung 12.1: Gesundheitskompetenzbereiche nach chronischen Erkrankungen und diesbezüglichen Coping-Schwierigkeiten 2020, Wertebereich 0–100	131

Tabellen

Tabelle 2.1: Inhaltliche Dimensionen und Prozessdimensionen der allgemeinen Gesundheitskompetenz (Matrixdarstellung).....	14
Tabelle 2.2: Vergleich zwischen Grundgesamtheit, ungewichteter und gewichteter Stichprobe nach Geschlecht, Altersgruppen, formaler Bildung, Bundesland und Urbanisierungsgrad 2020.....	18
Tabelle 2.3: Übersicht zu den GK-Indizes und GK-Scores 2020	22
Tabelle 2.4: Fit-Indizes für konfirmatorische Faktoranalysen.....	24
Tabelle 2.5: Verteilung soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale in der gewichteten Stichprobe 2020	26
Tabelle 2.6: Verteilung gesundheitsbezogener Variablen (Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Krankenstandsgeschehen) in der gewichteten Stichprobe 2020	27
Tabelle 3.1: Nutzung von Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, Prozentanteil häufigste Nutzung.....	34
Tabelle 4.1: Zuordnung der ALLG-GK-Aufgaben des HLS ₁₉ -Q12-AT zu den Zellen der Matrix zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz.....	38
Tabelle 4.2: Kennwerte und Grenzwerte zur faktoriellen Validität und internen Konsistenz der GK-Aufgaben zur allgemeinen GK – insgesamt und nach Kompetenzbereichen, Ergebnisse auf Basis der dichotomen Variablen	39
Tabelle 4.3: Kennwerte und Grenzwerte zur faktoriellen Validität und internen Konsistenz der GK-Aufgaben zur allgemeinen GK – insgesamt und nach Kompetenzbereichen, Ergebnisse auf Basis der polytomen Variablen	40
Tabelle 4.4: HLS ₁₉ -Q12-GK-Aufgaben zur allgemeinen Gesundheitskompetenz, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig oder schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020	44
Tabelle 4.5: Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den HLS ₁₉ -Q12-Aufgaben zur allgemeinen Gesundheitskompetenz 2020.....	45
Tabelle 4.6: Zusätzliche GK-Aufgaben zur ALLG-GK, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020.....	48
Tabelle 4.7: Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den zusätzlichen GK-Aufgaben zur allgemeinen Gesundheitskompetenz 2020	49

Tabelle 4.8: Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die ALLG-GK 2020.....	53
Tabelle 5.1: Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS ₁₉ -DIGI-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items	61
Tabelle 5.2: Nutzung digitaler Informationsangebote rund um das Thema Gesundheit nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, Prozentanteil häufigste Nutzung	64
Tabelle 5.3: HLS ₁₉ -GK-Aufgaben zur digitalen Gesundheitskompetenz, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020	66
Tabelle 5.4: Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den digitalen GK-Aufgaben 2020	67
Tabelle 5.5: Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die DIGI-GK 2020	70
Tabelle 6.1: Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS ₁₉ -COM-D-Q11-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items.....	77
Tabelle 6.2: HLS ₁₉ -GK-Aufgaben zur kommunikativen Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020	79
Tabelle 6.3: Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den KOMM-GK-Aufgaben 2020	80
Tabelle 6.4: Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die KOMM-GK 2020	83
Tabelle 7.1: Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS ₁₉ -NAV-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items	88
Tabelle 7.2: HLS ₁₉ -GK-Aufgaben zur Navigationskompetenz im Gesundheitssystem, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020	91
Tabelle 7.3: Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den NAVI-GK-Aufgaben 2020.....	92
Tabelle 7.4: Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die NAVI-GK 2020	95
Tabelle 8.1: Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS ₁₉ -VAC-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items	101

Tabelle 8.2: HLS ₁₉ GK-Aufgaben zu Impfentscheidungen sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig oder schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020	103
Tabelle 8.3: Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den GK-Aufgaben zu Impfentscheidungen 2020	104
Tabelle 8.4: Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die IMPF-GK 2020	105
Tabelle 9.1: Statistische Zusammenhänge zwischen den Gesundheitskompetenzbereichen (Pearson-Korrelation, **p < 0,01) 2020	110
Tabelle 9.2: Bevölkerungsgruppen nach sozialen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den signifikant niedrigsten GK-Scores 2020.....	111
Tabelle 10.1: Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen GK auf das Gesundheitsverhalten und den BMI unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020.....	113
Tabelle 10.2: Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen, kommunikativen und Navigations-GK auf den Gesundheitszustand unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020.....	115
Tabelle 10.3: Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen und Navigations-GK auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020	117
Tabelle 10.4: Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen und Navigations-GK auf die Anzahl der Krankenstandstage innerhalb der letzten zwölf Monate unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020.....	119
Tabelle 10.5: Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen GK und der GK in Bezug auf Impfentscheidungen auf das Impfverhalten unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020.....	120

Abkürzungen

ALLG-GK	allgemeine Gesundheitskompetenz
ANOVA	analysis of variance / Varianzanalyse
Art.	Artikel
AT	Austria/Österreich
BGA	Bundesgesundheitsagentur
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index
BMI	Body-Mass-Index
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CAPI	computerunterstützte persönliche Interviews
CATI	computerunterstützte Telefoninterviews
CAWI	computerunterstützte Webinterviews
CCG	Calgary Cambridge Guide to the Medical Interview
CFI	Comparative Fit Index
CKH	chronische Krankheiten
DIGI-GK	digitale Gesundheitskompetenz
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
DWLS	diagonally weighted least squares
EHK	E-Health-Kompetenz
GFI	Goodness of Fit Index
GK	Gesundheitskompetenz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HLS	Health Literacy Survey
IMPf-GK	Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen
KOMM-GK	kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche
M-POHL	WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
NAAL	National Assessment of Adult Literacy
NAVI-GK	Navigationskompetenz im Gesundheitssystem
NSC	nationale Studienzentren
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
Ref.	Referenzgruppe
RLD	randomized last digit
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RTR	Rundfunk und Telekom Regulierung
SRMSR	Standardized Root Mean Square Residual
STMK	Steiermark
TLI	Tucker-Lewis Index
WHO	World Health Organization

1 Hintergrund

1.1 Bedeutung von Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz (GK) umfasst das Wissen, die Motivationen und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden, um in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung gegen Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankheitsbewältigung (bei bestehenden Gesundheitsproblemen oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die ihre Gesundheit und Lebensqualität erhalten oder verbessern (Sørensen et al. 2012).

GK ist Ausdruck des Zusammenspiels zwischen individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten und den Anforderungen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung, mit denen die Menschen konfrontiert sind. Das soll am Beispiel des Gesundheitssystems, das alle drei Bereiche betrifft, veranschaulicht werden: Je nachdem, wie das Gesundheitssystem gestaltet ist, ermöglicht oder behindert es gesundheitskompetentes Handeln. Das Gelingen gesundheitskompetenten Handelns ist umso wahrscheinlicher, je nutzerfreundlicher und gesundheitskompetenter das Gesundheitssystem gestaltet und organisiert ist. Eine solche nutzerfreundliche und gesundheitskompetente Gestaltung bezieht sich einerseits auf Strukturen und Prozesse der gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung und andererseits auf das im System handelnde Fachpersonal, das in der Lage sein soll, auf die unterschiedliche GK der Nutzerinnen und Nutzer angemessen einzugehen. Daher sollten Interventionen zur Verbesserung von GK sowohl die Förderung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch eine Verbesserung der Strukturen und Prozesse in den relevanten Lebenszusammenhängen (in Institutionen, Organisationen, Systemen; Settings) anstreben. Um auf die Dynamik der GK zwischen dem Individuum und den Anforderungen der relevanten Bereiche hinzuweisen, wird auch gerne vom „relationalen“ und „interaktiven“ Charakter der GK gesprochen (Bitzer/Sørensen 2018; Schaeffer/Pelikan 2017).

Das Thema Gesundheit gilt in unserer modernen Wissens- und Informationsgesellschaft als treibende ökonomische, politische und soziale Kraft. Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung sind zu einem bedeutenden Markt geworden, der Menschen in der Rolle als Konsumentinnen und Konsumenten von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen, aber auch als Patientinnen und Patienten viel abverlangt. Schließlich findet sich zum Thema Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung eine noch nie zuvor da gewesene Vielzahl an Informationen und Angeboten. Damit verbunden ist eine Expansion der Wahlmöglichkeiten in Bezug auf gesundheitliche Ratschläge, Produkte und Behandlungsmöglichkeiten. Die Zunahme der Informationen und Angebote betreffend gesundheitsbezogener Produkte und Behandlungsmöglichkeiten kann einerseits als positive Entwicklung betrachtet werden, andererseits aber besteht die Gefahr einer Überforderung, wenn nach einer Entscheidung für die eigene Gesundheit oder jene von Familienmitgliedern gesucht wird (Kickbusch 2006; Kickbusch et al. 2016).

Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass eine geringe GK zu weniger gesunden Entscheidungen beiträgt und somit Einfluss auf einen (un)gesunden Lebensstil und auf subjektive und objektive

Gesundheitsindikatoren hat (z. B. auf die selbsteingeschätzte Gesundheit, auf die Anzahl chronischer Erkrankungen oder auf gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag; (Panagioti et al. 2018; Sørensen et al. 2015). Forschungen zeigen zudem, dass eine geringe GK problematische Auswirkungen auf die Nutzung, auf die Ergebnisse und somit auf die Kosten einer professionellen Gesundheitsversorgung hat (Andrus/Roth 2002; Berkman et al. 2011; Betz et al. 2008; Cho et al. 2008; Vandenbosch et al. 2016). In der Shanghai Declaration der WHO wird Gesundheitskompetenz als eine zentrale Determinante für Outcomes der Krankenbehandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und folglich für die Gesundheit und das Wohlbefinden angesehen (WHO 2016a).

Neben den Auswirkungen von GK auf die Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung konnte auch aufgezeigt werden, dass es einen sozialen Gradienten in der GK gibt. Die GK gilt damit als einer der Faktoren, die zu einer gesundheitlichen Kluft beitragen. Aber im Gegensatz zu anderen sozialen Determinanten der Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung ist GK eine modifizierbare Determinante: Lernmöglichkeiten zur Steigerung der persönlichen GK können angeboten werden; die organisatorische GK-Sensibilität kann verbessert werden; niederschwellige, benutzerfreundliche, publikumsspezifische und transparente Materialien, Organisationen und Systeme können entwickelt werden. Gesundheitspolitisch eröffnet sich Handlungsspielraum, indem Programme und Strategien zur Verbesserung der GK initiiert und unterstützt werden (WHO 2019; World Health Organization Regional Office for Europe 2019).

Für die Planung und Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz werden verlässliche Daten benötigt, auf deren Grundlage die Entwicklung der Gesundheitskompetenz sowohl auf der Bevölkerungsebene als auch für Teilgruppen der Bevölkerung eingeschätzt werden kann. Daher wird es als wesentlich angesehen, GK systematisch und regelmäßig mit einem umfassenden Instrument in der Bevölkerung zu messen, um eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik auf lokaler, nationaler, regionaler und globaler Ebene zu unterstützen.

In Österreich wurden in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen und Interventionen zur Förderung und Verbesserung der GK umgesetzt und gestartet. Eine Stärkung der GK ist ein zentraler Eckpunkt der Gesundheitsreform in Österreich und ist in der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens als Entwicklungsschwerpunkt für die Jahre 2017–2021 (Art. 11) definiert. In diesem Zusammenhang wurde eine neuerliche Erhebung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung verankert, idealerweise im Rahmen einer international vergleichenden Studie. Auf ihrer Grundlage sollen aktuelle Herausforderungen identifiziert und die Entwicklungen der letzten zehn Jahre eingeschätzt werden. Erste Ergebnisse dieser neuerlichen Gesundheitskompetenzerhebung (Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS₁₉-AT) werden in diesem Bericht zusammengefasst.

In Auftrag gegeben und finanziert wurde die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung von der österreichischen Bundesgesundheitsagentur (BGA) und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV). Die GK-Erhebung fand im Rahmen eines internationalen Forschungsverbunds statt und bewegt sich damit im Spannungsfeld nationaler Vergleiche und internationaler Entwicklungen.

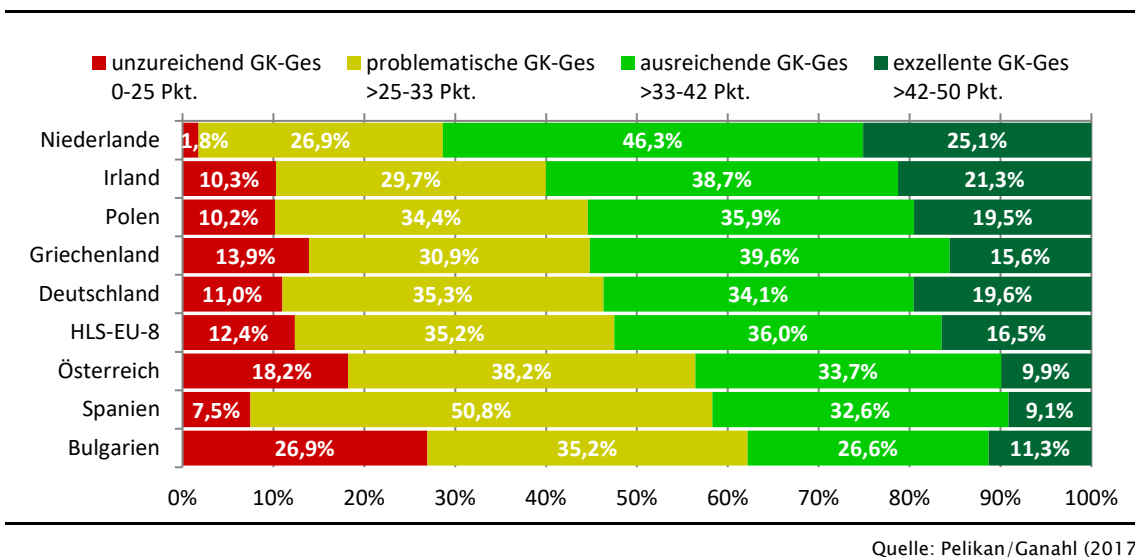
1.2 Erste österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS-EU 2011) und ihre Folgen

Die ersten Daten zur Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung (15+) wurden 2011 im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) erhoben (HLS-EU-Consortium 2012; Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2015). Neben dem internationalen HLS-EU-Bericht wurde auch ein deutschsprachiger Österreichbericht erstellt, der auch Daten für die österreichischen Bundesländer enthält (Pelikan et al. 2013).

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Österreich in Sachen Gesundheitskompetenz, verglichen mit sieben anderen europäischen Ländern, einen großen Nachholbedarf hat. Mit rund 56 Prozent ist eine „limitierte“ Gesundheitskompetenz (inadäquate oder problematische GK) in Österreich verbreiteter als im internationalen Durchschnitt mit rund 48 Prozent (s. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1:

Allgemeine Gesundheitskompetenz (Kompetenzlevels, Berechnungsweise HLS-EU), dargestellt für die HLS-EU-Länder (n = 8.102)



Als in Sachen GK besonders vulnerabel bzw. benachteiligt wurden in Österreich folgende Gruppen identifiziert: finanziell benachteiligte Personen, ältere Menschen, Personen mit geringer formaler Bildung und Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen oder von chronischen Erkrankungen betroffen sind.

In Bezug auf Konsequenzen einer limitierten GK konnte gezeigt werden, dass in Österreich Personen mit limitierter GK sich weniger häufig bewegen und einen höheren Body-Mass-Index aufweisen. In Österreich wurde im Zusammenhang mit der Nutzung des Gesundheitssystems festgestellt, dass die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und von Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten mit dem Ausprägungsgrad der allgemeinen GK korreliert, wobei gesundheitskompetentere Personen im Schnitt weniger häufig im Krankenhaus stationär aufgenommen werden und seltener zur Ärztin

bzw. zum Arzt gehen (HLS-EU-Consortium 2012; Pelikan et al. 2013; Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2015).

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde in Österreich dem Thema Gesundheitskompetenz eines von zehn Gesundheitszielen gewidmet (Gesundheitsziel 3, „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, s. Gesundheitsziele Österreich: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at>). Darüber hinaus wurde die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) eingerichtet und Gesundheitskompetenz als operatives Ziel im Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wurde damit zu einem zentralen Eckpunkt der Gesundheitsreform in Österreich. In der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als Entwicklungsschwerpunkt für die Jahre 2017–2021 (Art. 11) definiert, und seit Veröffentlichung der HLS-EU-Ergebnisse (2011) wurden in Österreich zahlreiche einschlägige Maßnahmen und Interventionen umgesetzt und gestartet. Zur Beobachtung der Entwicklungen im Bereich der GK wurde in der Zielsteuerung-Gesundheit eine neuerliche Erhebung der Gesundheitskompetenz verankert. Diese Erhebung wurde im Rahmen der internationalen HLS₁₉-Erhebung geplant und umgesetzt.

1.3 Neue Herausforderungen im Bereich der GK

Gesellschaftlicher Wandel, Trends und Herausforderungen wie eine alternde Bevölkerung, Pandemien und Krisen, eine abnehmende Impfbereitschaft, Digitalisierung und steigende Gesundheitskosten sind mit steigenden Anforderungen an das Informationsmanagement verbunden, die leicht zu Überforderung und Desorientierung führen können. Dadurch steigt die Relevanz von Gesundheitskompetenz in einer dynamischen, zunehmend komplexer werdenden und herausfordernden Gesellschaft (Zarocostas 2020).

Die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS₁₉-AT hat daher zusätzlich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz den Fokus auch auf vier weitere Gesundheitskompetenzen gelegt, die in der ersten Österreichischen GK-Erhebung (HLS-EU) noch nicht thematisiert worden waren. Diese Herausforderungen sind Digitalisierung, Orientierung in einem komplexen Gesundheitssystem, Kommunikation im Rahmen ärztlicher Gespräche und Impfentscheidungen. Während diese vier Herausforderungen bereits im Vorfeld der Studie definiert und für die Erhebung operationalisiert wurden, tauchte zusätzlich, nachdem die Planung der Studie bereits abgeschlossen gewesen war, noch eine weitere Herausforderung in puncto GK auf: die Coronavirus-Pandemie.

Diese Herausforderungen und ihre implizierten Anforderungen an die GK werden im Folgenden kurz skizziert und in den Kapiteln 5 bis 8 vertieft ausgeführt.

Digitale Gesundheitskompetenz

Die Digitalisierung hat inzwischen fast alle Lebensbereiche durchdrungen und so auch Einzug ins Gesundheitswesen gehalten, wie elektronische Gesundheitsdienste (z. B. e-card und Gesundheitsakte), elektronische Gesundheitsdatensätze, Telegesundheitsinitiativen, digitale Gesundheitsapps,

soziale Medien und Websites mit Gesundheitsinformationen zeigen. Die Anzahl der lancierten digitalen Gesundheitsanwendungen erhöht sich um etwa 20 Prozent pro Jahr (Levin-Zamir/Bertschi 2018). Der Einsatz und die Nutzung digitaler Technologien und Ressourcen erfordern Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Bereichen Navigation, Verständnis, Bewertung und Anwendung digitaler Gesundheitsinformationen (Norman/Skinner 2006).

Auch die Menge an Informationen zu den Themen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung und die Anzahl der Kanäle zur Verbreitung dieser Informationen haben sich in den letzten Jahrzehnten im Zuge der Digitalisierung explosionsartig erhöht. Aufgrund des allgegenwärtigen Charakters der digitalen Kommunikation suchen auch kommerzielle Unternehmen und Privatpersonen die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit über digitale Kanäle. Dadurch geraten vermehrt interessengeleitete, manipulative oder schlichtweg falsche Informationen in Umlauf, die der Öffentlichkeit und den einzelnen Nutzerinnen und Nutzern besonders kritische und analytische Fähigkeiten abverlangen (Paige et al. 2018).

Die Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen in digitalen Quellen suchen und finden sowie verstehen, bewerten und anwenden zu können, und die Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Technologien und Ressourcen werden als digitale Gesundheitskompetenz bezeichnet (Norman/Skinner 2006).

Navigationskompetenz im Gesundheitssystem

Moderne Gesundheitssysteme gelten aufgrund ihrer Spezialisierungen und Ausdifferenzierungen als hochkomplex. Das österreichische Gesundheitssystem weist zusätzlich stark fragmentierte Strukturen im Bereich der Organisation, Versorgung und Finanzierung auf (Bachner et al. 2018). Stark fragmentierte Strukturen und intransparente Wege durchs System können zu einer Verzögerung von Diagnose, Behandlung und Versorgung führen und erfordern von Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzern während des gesamten Versorgungsprozesses ein hohes Maß an Navigationskompetenz.

Navigationskompetenz im Gesundheitssystem bezieht sich auf das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, Informationen zu erhalten, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, sodass sie in die Lage sind, die geeignetste Anlaufstelle im Gesundheitssystem zu finden, Zugang zur richtigen Gesundheitsversorgung zum richtigen Zeitpunkt zu erhalten und mit den richtigen Fachpersonen im System zu kommunizieren, um fundierte Entscheidungen treffen zu können, die zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung beitragen. Mit anderen Worten: Navigationskompetenz im Gesundheitssystem garantiert, dass Menschen ohne Schwierigkeiten und Umwege geeignete Wege durchs Gesundheitssystem finden und dass ihre gesundheitlichen Bedürfnisse befriedigt werden, ohne dass es dabei zu einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung kommt (Griese et al. 2020; Gui et al. 2018).

Kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche

Eine gute Kommunikation im Gesundheitswesen geht mit zahlreichen positiven Ergebnissen in der Gesundheitsversorgung sowie mit einer höheren Arbeitszufriedenheit aufseiten der Vertreter/-innen der Gesundheitsberufe einher (Sator et al. 2015a; Street et al. 2009). Seit den ersten Ergebnissen der HLS-EU-Studie gilt die Kommunikation im Gesundheitswesen in Österreich als verbesserbar (HLS-EU-Consortium 2012; Sørensen et al. 2015), sodass bereits in der Formulierung erster Maßnahmen für das Gesundheitsziel 3 (BMGF 2017) die Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Angehörigen der Gesundheitsberufe vorgeschlagen wurde. In der Folge wurde die Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung auch explizit in die operativen Ziele des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene (2017–2021) aufgenommen und seit 2015 als Schwerpunkt der ÖPGK umgesetzt.

Der Fokus auf Kommunikation wird sowohl aufgrund des Wandels der Patientenrolle, der Forderung nach einer stärkeren Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Elwyn et al. 2016; Meijers et al. 2019) als auch aufgrund zunehmender Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung (Bauer et al. 2005) immer wichtiger.

Basierend auf den Ansätzen zur kommunikativen/interaktiven GK nach Nutbeam (2015) und der Definition von GK nach Sørensen et al. (Sørensen et al. 2012) werden unter kommunikativer GK im Rahmen ärztlicher Gespräche in dieser Studie alle kommunikativen und sozialen Fähigkeiten und Möglichkeiten von Patientinnen/Patienten und Nutzerinnen/Nutzern verstanden, sich aktiv an persönlicher Interaktion und Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten zu beteiligen, um Informationen beisteuern, erhalten, einschätzen und anwenden zu können – mit dem Ziel, adäquate Entscheidungen für die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu treffen.

Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen

Das Vertrauen in Impfprogramme gilt als entscheidender Faktor für die Aufrechterhaltung hoher Durchimpfungsraten. In den letzten Jahren hat jedoch das Impfvertrauen der Öffentlichkeit weltweit abgenommen, was zu einer zunehmenden Zahl verzögerter Impfentscheidungen und Impfverweigerungen geführt hat. Dies trägt, wie etwa die jüngsten Masernausbrüche zeigen, zu sinkenden Immunisierungsraten und einem Anstieg unerwünschter Krankheitsausbrüche bei.

Die WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) weist darauf hin, dass Personen ihre Impfentscheidungen kontext- und impfstoffbezogen treffen und dass dabei Erfahrungen, Überzeugungen und das Impfwissen eine zentrale Rolle spielen. Das wahrgenommene Krankheitsrisiko, das Vertrauen in die Wirksamkeit und Sicherheit von Impfstoffen sowie in das Gesundheitssystem insgesamt sowie der einfache Zugang zu Impfungen gelten als wesentliche Faktoren für Impfentscheidungen (WHO 2014).

Als für das Impfverhalten ebenfalls relevant erweist sich auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (Fu et al. 2016; MacDonald 2015), das zeigt sich zum Beispiel auch im Falle der Corona-Schutzimpfung (Griebler et al. 2021b). Gerade zum Thema Impfen findet sich im Internet, das häufig die erste Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen ist, eine Vielzahl widersprüchlicher und

irreführender Informationen. Eine hohe Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen ist daher eine wichtige Voraussetzung, um die Vertrauenswürdigkeit und Qualität von Informationen rund um das Thema Impfungen einschätzen zu können.

Coronabezogene Gesundheitskompetenz

Die Coronavirus-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig gute, verständliche und leicht zugängliche Gesundheitsinformationen sind. Sie haben sich von einem abstrakten zu einem praktischen Bestandteil des Lebensalltags gewandelt (Okan et al. 2020) und haben einen bis dato noch nie da gewesenen Raum eingenommen, sowohl in den klassischen als auch in den neuen (digitalen) Medien. Besonders die Informationsdichte im virtuellen Raum (hinsichtlich der Entstehung des Virus, seiner Verbreitung und Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz) war begleitet von Des- und Fehlinformationen (Paakkari/Okan 2020). Im Umgang mit Informationen zur Corona-Pandemie ist eine hohe Gesundheitskompetenz unverzichtbarer Bestandteil der Krisenbewältigung (Nowak et al. 2020; Okan et al. 2020). Im Rahmen einer österreichischen Trendstudie wurde die coronabezogene GK untersucht. Die diesbezüglichen Ergebnisse finden sich in Griebler et al. (2021a).

2 HLS₁₉-AT

Der HLS₁₉-AT wurde von der Gesundheit Österreich GmbH als Nationalem Studienzentrum im Rahmen der HLS₁₉-Studie koordiniert. Die Befragung wurde operativ von Gallup Österreich im Einklang mit dem HLS₁₉-Studienprotokoll durchgeführt. Das Studienprotokoll wurde vom internationalen HLS₁₉-Konsortium erarbeitet und fungiert als Grundlage für alle nationalen Erhebungen im Rahmen des HLS₁₉-Projekts.

2.1 HLS₁₉-AT als Teil von HLS₁₉

Die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (kurz: HLS₁₉-AT) wurde unter der Ägide eines internationalen Konsortiums innerhalb des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) durchgeführt (Dietscher et al. 2019).

Insgesamt werden voraussichtlich 17 Mitgliedstaaten der WHO-Europa-Region am HLS₁₉ (Health Literacy Population Survey Project 2019–2021) teilnehmen. Das HLS₁₉-Konsortium setzt sich aus Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Politik und Forschung der teilnehmenden Länder zusammen, sodass beide Perspektiven sowohl in der Vorbereitung und Durchführung der Erhebung als auch bei der Nutzung der Ergebnisse in die Prozesse einfließen. Für die Durchführung des Forschungsteils wurde in jedem Land ein Nationales Studienzentrum (NSC) unter Vertrag genommen. Die Nationalen Studienzentren sind dafür verantwortlich, dass in jedem teilnehmenden Land die HLS₁₉-Erhebung durchgeführt und ein nationaler Ergebnisbericht erstellt wird. Darüber hinaus bringen die NSC ihre Erfahrungen und Kompetenzen in das Konsortium ein. In Österreich ist das Nationale Studienzentrum an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) angesiedelt.

Die HLS₁₉-Studie baut inhaltlich und methodisch auf der Europäischen Befragung zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU, 2009–2012) auf. Es wurden jedoch Weiterentwicklungen vorgenommen. Ein gemeinsames Studienprotokoll für die Konzeption und Durchführung des HLS₁₉ sowie für die Datenanalysen soll einen einheitlichen wissenschaftlichen Standard garantieren.

Die internationalen Ergebnisse der Datenanalyse werden in einem länderübergreifenden internationalen Ergebnisbericht veröffentlicht (voraussichtlich im November 2021). Die teilnehmenden Länder verfassen zusätzlich nationale Ergebnisberichte. Diese Berichte und die nachfolgenden Veröffentlichungen sollen eine evidenzbasierte Politik zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in den teilnehmenden Ländern, aber auch in der WHO-Europa-Region unterstützen. Darüber hinaus soll die HLS₁₉-Studie den Grundstein für regelmäßige europäische Erhebungen zur Gesundheitskompetenz legen.

2.2 Ziele der Erhebung

Die österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS₁₉-AT verfolgt mehrere Ziele:

1. in puncto allgemeiner Gesundheitskompetenz:
 - » Messung der allgemeinen GK auf Bevölkerungsebene
 - » Beschreibung empirischer Zusammenhänge mit relevanten soziodemografischen und sozio-ökonomischen Variablen
 - » Beschreibung empirischer Zusammenhänge mit den Konsequenzen einer geringen respektive hohen GK (Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems)
2. in puncto spezieller Gesundheitskompetenzen
 - » Messung der speziellen Gesundheitskompetenzen auf Bevölkerungsebene:
 - » digitale Gesundheitskompetenz
 - » kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche
 - » Navigationskompetenz im Gesundheitssystem
 - » Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen
 - » Beschreibung empirischer Zusammenhänge mit relevanten soziodemografischen und sozio-ökonomischen Variablen
 - » Beschreibung empirischer Zusammenhänge mit Konsequenzen einer geringen respektive hohen GK in den speziellen Bereichen
3. Vergleich der österreichischen Ergebnisse mit jenen anderer HLS₁₉-Länder (nach Veröffentlichung des HLS₁₉ International Report, z. B. in einem Factsheet)
4. In Bezug auf den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2017–2021) soll die Erhebung Hinweise auf die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Sinne der Einschätzung der gesetzten Ziele geben. Ebenso soll die Erhebung dabei helfen, spezifische Bevölkerungsgruppen zu identifizieren, für die Gesundheitskompetenzmaßnahmen in zukünftigen Reformbestrebungen besonders wichtig sind.

2.3 Zielgruppe, Stichprobenziehung und Durchführung der Befragung

Zielgruppe des HLS₁₉-AT war die österreichische Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 und mehr Jahren mit ausreichenden Deutschkenntnissen.

Die Erhebung wurde mittels CATI (eines computerunterstützten Telefoninterviews) zwischen 30. März und 26. Mai 2020 durchgeführt – in einem gesellschaftlichen Ausnahmezustand während der ersten Welle der Corona-Pandemie und während des ersten Lockdowns. Es wurde dabei der Dual-Frame-Ansatz gewählt, der gewährleistet, dass sowohl Festnetz- als auch Mobilfunknummern Berücksichtigung finden. Das repräsentative Verhältnis von Mobil- und Festnetzanschlüssen liegt in Österreich laut dem RTR (Rundfunk und Telekom Regulierung) Telekom Monitor (3. Quartal 2017) bei 67 zu 33 Prozent. Die verwendete Telefonnummerndatei bestand daher zu 67 Prozent

aus Mobilfunknummern und zu 33 Prozent aus Festnetznummern.

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine mehrfach geschichtete Zufallsstichprobe. Bei der Erhebung wurde eine Ausschöpfung von insgesamt 3.000 Nettointerviews angepeilt, wobei nur Interviews eingeschlossen wurden, bei denen mindestens 80 Prozent definierter Kernfragen des Fragebogens beantwortet worden waren. Um Repräsentativität zu gewährleisten, wurde das Sample nach den Variablen Bundesland, Urbanisierungsgrad, Geschlecht, Altersgruppen, formale Bildung, Erwerbsstatus und Migrationshintergrund quotiert. Eine genaue Beschreibung der erhobenen soziodemografischen Merkmale findet sich in Kapitel 2.6, Stichprobenbeschreibung und Repräsentativität.

Die Befragten wurden mittels RLD-Verfahrens (randomized last digit) ausgewählt, eines Verfahrens, das sicherstellt, dass auch Respondentinnen und Respondenten, die nicht im Telefonbuch verzeichnet sind, in die Stichprobe gelangen. Im Zufallsverfahren wurden sowohl Festnetz- als auch Mobilfunknummern generiert (insgesamt 300.000 Nummern). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass es sich um eine randomisierte Zufallsstichprobe handelt. Bei der Generierung der Festnetznummern wurde darauf geachtet, dass sich die Bundeslandanteile darin widerspiegeln. Bei der Generierung von Mobilnummern ist dies nicht möglich. Zusätzlich wurden zu einem kleineren Anteil auch zufällig ausgewählte Telefonnummern aus dem Telefonverzeichnis verwendet. So konnte sichergestellt werden, dass die vorgegebenen Quotenkriterien so weit wie möglich erfüllt wurden.

Ergänzend zum HLS₁₉-AT-Survey führte Gallup Österreich eine Zusatzerhebung für das Bundesland Steiermark (HLS₁₉-STMK) durch, mit einer angepeilten Nettostichprobe von 520 Interviews. Aus praktischen Gründen (vor allem bedingt durch die Corona-Situation) fand die Abwicklung der beiden Befragungen integriert und zeitgleich statt. Eine Aufschlüsselung der nachstehenden Informationen hinsichtlich dieser beiden Erhebungen ist daher leider nicht möglich.

Insgesamt wurden im Rahmen dieser Befragungen (HLS₁₉-AT und HLS₁₉-STMK) 133.182 Telefonnummern verwendet. Bei 21 Prozent der angewählten Telefonnummern (28.558) kam es zu einem Sprechkontakt. Bei den verbleibenden 79 Prozent handelt es sich um falsche Telefonnummern und nicht erreichbare Kontakte. Laut Studienprotokoll waren pro Telefonnummer maximal vier Kontaktversuche erlaubt.

In den 28.558 Sprechkontakten inkludiert sind Firmenanschlüsse (1.623) und sogenannte Screen-outs, d. h. Sprechkontakte mit Personen, die nicht der definierten Grundgesamtheit entsprechen (82 Personen unter 18 Jahren und 1.211 Personen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen) bzw. aufgrund bereits erfüllter Quoten nicht mehr interviewt wurden (2.938 Quotenabbrüche).

Von den verbleibenden 22.704 Sprechkontakten verweigerten insgesamt 84 Prozent (19.065) die Teilnahme am Interview, vorwiegend aufgrund der Länge des Interviews (59 %) oder infolge mangelnden Interesses (32 %). Bei lediglich 0,5 Prozent kam es zu einem vorzeitigen Interviewabbruch (104 Personen).

Die Rücklaufquote – der Anteil gültiger Interviews an den potenziell möglichen Interviews (= 3.535/ 22.704) – beträgt insgesamt, d. h. für HLS₁₉-AT und HLS₁₉-STMK zusammen, 15,6 Prozent.

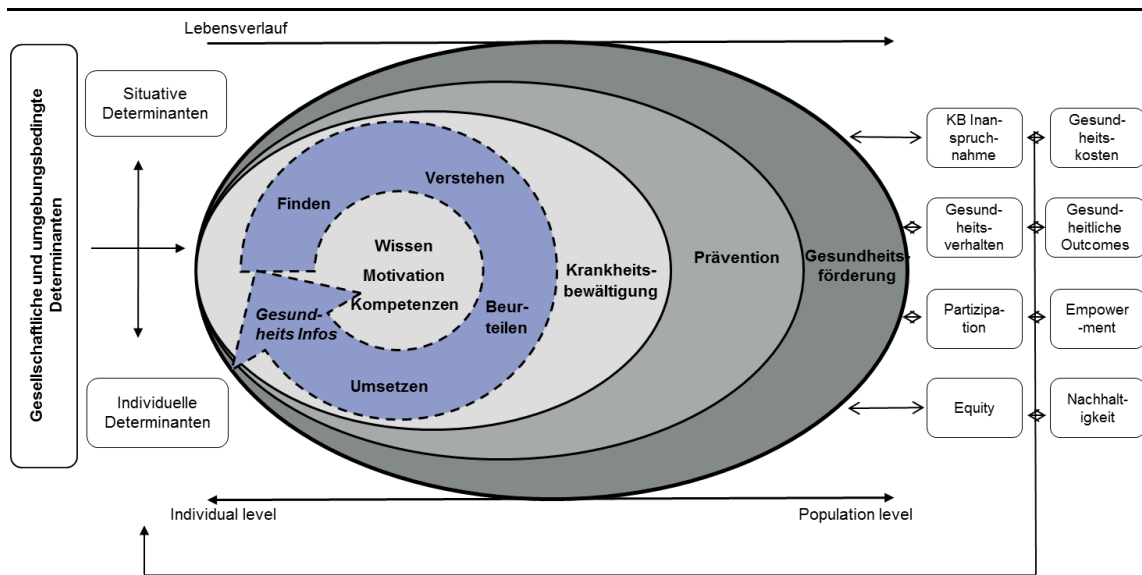
Von den exakt 3.000 erzielten Nettointerviews im Rahmen des HLS₁₉-AT-Surveys mussten im Zuge der Datenanalyse aus Qualitätsgründen noch 33 Interviews ausgeschlossen werden. Insgesamt stehen damit 2.967 Interviews für die Analysen zur Verfügung.

Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 26 Minuten. Das kürzeste Interview dauerte 15 Minuten, das längste eine Stunde.

2.4 Konzeptionelle Grundlagen

Die HLS₁₉-Studie und somit auch die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung verwenden das im Rahmen der HLS-EU-Studie entwickelte konzeptionelle Modell zur Gesundheitskompetenz (s. Abbildung 2.1). GK umfasst demnach das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, die benötigt werden, um relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, und zwar in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitskompetenz befähigt Menschen damit Urteile zu fällen und Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit und Lebensqualität über den gesamten Lebenslauf hinweg erhalten oder verbessern (Pelikan et al. 2013; Sørensen et al. 2012).

Abbildung 2.1:
Konzeptuelles Modell von Gesundheitskompetenz

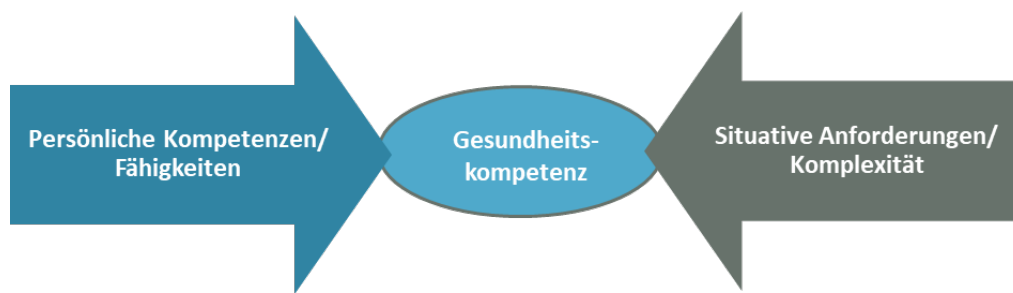


Quelle: Pelikan et al. (2013) und Sørensen et al. (2012)

Diesem Konzept zufolge wird Gesundheitskompetenz als individuelle, erwerbbarere Eigenschaft verstanden, die von persönlichen Fähigkeiten/Fertigkeiten und äußeren Gegebenheiten (situativen Faktoren) beeinflusst wird. Sie ist daher gegenstandsspezifisch, dynamisch und veränderbar (Pelikan et al. 2013; Sørensen et al. 2012). Ändert sich die individuelle Situation, z. B. durch Migration oder durch eine Krankheit, oder ändern sich die äußeren Gegebenheiten wie z. B. gesetzliche Rahmenbedingungen oder die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen, müssen Kompetenzen angepasst, erweitert und/oder neu erworben werden. Individuelles Verhalten im Zusammenhang mit gesundheitlichem Verhalten ist somit immer Ausdruck des Zusammenspiels zwischen den persönlichen Kompetenzen und den situativen Anforderungen bzw. der Komplexität sozialer Systeme – relationales Konzept nach Parker (2009) und Parker/Ratzan (2010), innerhalb deren GK realisiert werden muss (Bitzer/Sørensen 2018; Pelikan/Ganahl 2017) (s. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:

Gesundheitskompetenz als relationales Konzept, nach Parker (2009) und Parker/Ratzan (2010)

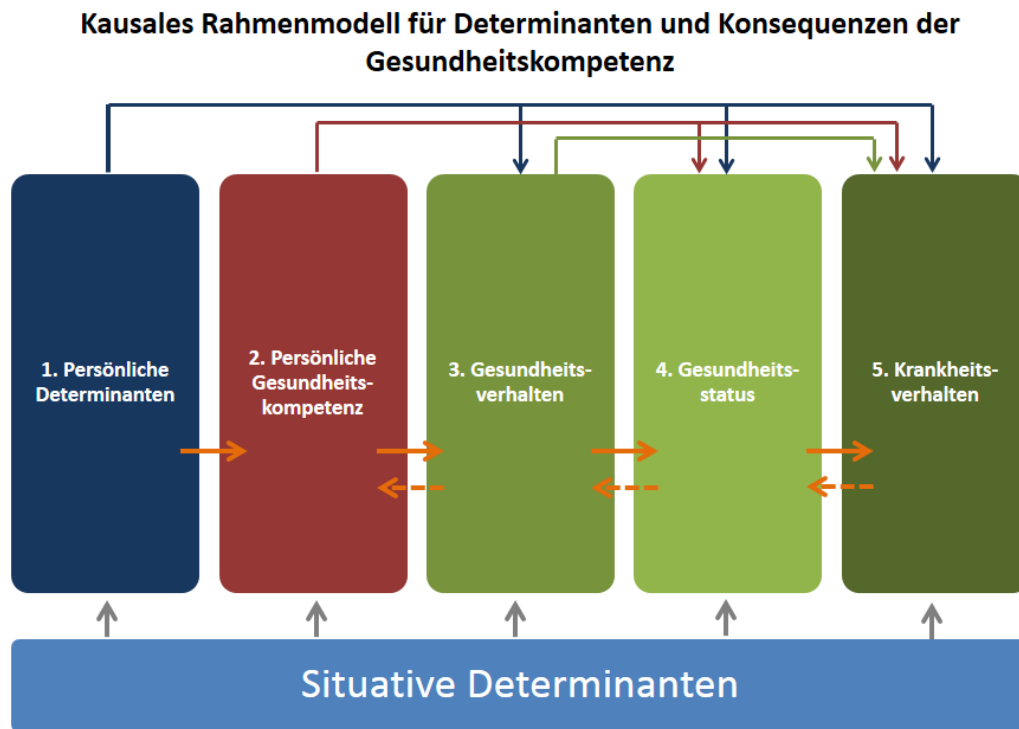


Quelle: Pelikan/Ganahl (2017)

Dem konzeptuellen Modell der Gesundheitskompetenz liegt die Annahme zugrunde, dass gesundheitliche Outcomes wie Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Nutzung des Gesundheits- und Versorgungssystems mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängen bzw. von dieser beeinflusst werden können. Das kausale Rahmenmodell für Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz (s. Abbildung 2.3), das zwischen persönlichen und situativen Determinanten unterscheidet, zeigt die direkten und indirekten Effekte von GK auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Nutzung des Gesundheits- und Versorgungssystems. Zudem werden auch reziproke und zyklische Zusammenhänge und Einflüsse angenommen. Die GK fungiert damit sowohl als Determinante der Gesundheit als auch als Mediatorin, indem sie das Zusammenspiel anderer Determinanten mit der Gesundheit beeinflusst (Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2012).

Abbildung 2.3:

Kausales Rahmenmodell für Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz



Quelle: Pelikan/Ganahl (2017)

2.5 Erhebungsinstrument

Die GK der österreichischen Bevölkerung wurde mit dem HLS₁₉-AT-Fragebogen erhoben (GÖG für HLS₁₉ 2020). Dabei handelt es sich um die deutsche Übersetzung des englischsprachigen HLS₁₉-Erhebungsinstruments (HLS₁₉ 2020), das auf dem ursprünglichen HLS-EU-Instrument (Sørensen et al. 2013) aufbaut, das u. a. in der ersten Österreichischen GK-Erhebung eingesetzt wurde und im Rahmen des HLS₁₉-Projekts weiterentwickelt wurde.

Verpflichtende und optionale Fragebogenteile

Um den nationalen Interessen der an der HLS₁₉-Erhebung teilnehmenden Länder nachzukommen und dennoch internationale Vergleiche zu ermöglichen, wurden im HLS₁₉-Erhebungsinstrument verpflichtende und optionale Fragebogenteile definiert. Dies gilt sowohl für die Erfassung der all-

gemeinen GK als auch für die Messung relevanter Determinanten und Konsequenzen einer geringen respektive hohen GK. Die Fragebogenteile zu den speziellen Gesundheitskompetenzen waren zur Gänze optional.

Allgemeine Gesundheitskompetenz

Bei der Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz konnte zwischen einem 12-, 22- oder 47-Item-Paket gewählt werden, wobei die jeweils kleinere Menge in der größeren enthalten war. Die Verwendung der 12-Item-Version (HLS₁₉-Q12) wurde dabei als verpflichtender Mindeststandard festgelegt.

Das HLS₁₉-Erhebungsinstrument operationalisiert die allgemeine GK auf Basis der HLS-EU-Definition von GK, die das Ergebnis eines systematischen Literaturüberblicks über Konzepte und Modelle von GK ist (Sørensen et al. 2013) und bereits in Kapitel 2.4 erläutert wurde. Die Items zur Messung der allgemeinen GK können – analog dem konzeptuellen Modell der GK – innerhalb einer Matrix (s. Tabelle 2.1) den Dimensionen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie den Prozessdimensionen Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen und Informationen anwenden zugeordnet werden.

Tabelle 2.1:

Inhaltliche Dimensionen und Prozessdimensionen der allgemeinen Gesundheitskompetenz (Matrixdarstellung)

Gesundheitskompetenz	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
für Krankheitsbewältigung	1) Informationen über Krankheitsbewältigung finden	2) Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	3) Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	4) Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
für Prävention	5) Informationen über Prävention finden	6) Informationen über Prävention verstehen	7) Informationen über Prävention beurteilen	8) Informationen über Prävention anwenden
für Gesundheitsförderung	9) Informationen über Gesundheitsförderung finden	10) Informationen über Gesundheitsförderung verstehen	11) Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen	12) Informationen über Gesundheitsförderung anwenden

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung: GÖG

Die Items zur Messung der allgemeinen GK sind eng an das Vorgängerinstrument der HLS-EU-Studie angelehnt und wurden als Reaktion auf bisherige nationale und internationale Erfahrungen in der Anwendung des Instruments und in Bezug auf die unterschiedlichen Bedingungen in den HLS₁₉-Ländern überarbeitet und weiterentwickelt. Änderungen gegenüber dem Vorgängerinstrument betreffen sprachliche Anpassungen bei der Formulierung der GK-Aufgaben und bei Hinweisen/Erläuterungen, die als Beispiele formuliert sind (Vereinfachung komplizierter Formulierungen oder Wörter, Harmonisierung ähnlicher Begriffe und Beispiele, Überarbeitung bzw. Anpassung

schwer zu übersetzender Wörter, Klärung und Präzisierung nicht eindeutiger oder unklarer Formulierungen und Begriffe), sowie die Bezeichnung der Antwortkategorien (aus „ziemlich einfach“ wurde „einfach“ und aus „ziemlich schwierig“ wurde „schwierig“).

Determinanten und Konsequenzen

Zur Messung der Korrelate (Determinanten und Konsequenzen) der Gesundheitskompetenz stehen 31 Items zur Verfügung, die verpflichtend in allen Ländern erhoben wurden. Zusätzlich konnte aus einem Pool weiterer 18 optionaler Items gewählt werden. Die erhobenen soziodemografischen Determinanten sind in Kapitel 2.9 dargestellt. Für die Erfassung möglicher Konsequenzen einer geringen respektive hohen GK wurden Fragen zum Gesundheitszustand (selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Erkrankungen, gesundheitliche Einschränkungen im Alltag), zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum) und zur Nutzung des Gesundheitssystems gestellt. Diese Fragen orientieren sich an internationalen Surveys und wurden solchen teils entliehen (European Health Interview Survey, Eurobarometer-Erhebungen).

Spezielle Gesundheitskompetenz

Das HLS₁₉-Erhebungsinstrument enthält zusätzlich sechs Fragenpakete zu speziellen Bereichen der GK, die optional, d. h. ergänzend, zum Kernfragebogen gewählt werden konnten:

1. digitale Gesundheitskompetenz
2. Navigationskompetenz im Gesundheitssystem
3. kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche
4. Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen
5. Kosten und Gesundheitsökonomie der Gesundheitskompetenz
6. funktionelle GK-Messung durch den NVS (New Vital Sign) Test

Die Pakete 1 bis 5 wurden vom HLS₁₉-Konsortium neu entwickelt und kommen erstmals in einer internationalen Erhebung zur Anwendung. Mit der Entwicklung der speziellen GK-Bereiche wurde auf neue Herausforderungen im Bereich der GK reagiert.

Elemente des HLS₁₉-AT-Erhebungsinstruments

Die Elemente des HLS₁₉-AT-Erhebungsinstruments sind hier übersichtsartig dargestellt und werden in den Kapiteln zur allgemeinen GK und zu den speziellen Bereichen der GK näher beschrieben.

Für die Österreichische GK-Erhebung wurde in puncto allgemeiner Gesundheitskompetenz das 12-Item-Paket gewählt. Die darin enthaltenen 12 Items repräsentieren die Matrix (s. Tabelle 2.1) mit je einer Frage pro Zelle. Zusätzlich wurden vier Einzelitems aus dem Erhebungsinstrument HLS₁₉-Q47 (HLS₁₉-Erhebungsinstrument zur Messung der GK in der Bevölkerung mittels 47 Items) gewählt (s. Kapitel 4.3).

Zusätzlich zu den 31 Items zur Messung von Korrelaten wurde ein Item eingefügt, mit dem erfragt wird, wo bzw. bei wem sich die befragten Personen das letzte Mal über gesundheitliche oder medizinische Themen informiert haben, und ein weiteres Item, das erfasst, wie einfach oder schwierig es ist, mit chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen umzugehen, wenn man davon betroffen ist.

Zu den speziellen Bereichen der GK wurden vier Fragenpakete zur Anwendung gebracht:

1. digitale Gesundheitskompetenz
2. Navigationskompetenz im Gesundheitssystem
3. kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche
4. Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen

Des Weiteren wurde aufgrund der Corona-Pandemie eine zusätzliche Frage integriert, um den Grad der Besorgnis über die Corona-Situation zu erfassen, um so mögliche Corona-Effekte in der Erhebung abschätzen zu können.

Übersetzung des Erhebungsinstruments und Feldtest

Die Übersetzung des englischen HLS₁₉-Erhebungsinstruments ins Deutsche wurde in Kooperation mit den Nationalen Studienzentren (NSC) in Deutschland und der Schweiz durchgeführt und in einem mehrstufigen Verfahren abgestimmt. In einem ersten Schritt wurde von den drei NSC eine erste Übersetzung angefertigt. In einem zweiten Schritt wurde eine zweite Übersetzung durch die deutsche Datenerhebungsagentur erstellt. In einem dritten Schritt wurde eine Konsensuskonferenz zwischen den deutschsprachigen Ländern zu den Übersetzungen durchgeführt und wurden Abstimmungen vorgenommen. Die abgestimmte deutsche Übersetzung wurde in Deutschland in einem vierten Schritt einem Feldtest unterzogen. Anschließend wurden noch kleinere Änderungen vorgeschlagen, die im Dreiländerteam in einem fünften Schritt final abgestimmt wurden. In wenigen Ausnahmen wurden in Österreich und in der Schweiz leichte sprachlich-kulturelle Anpassungen an der abgestimmten Übersetzung vorgenommen.

Die österreichische Version des Fragebogens (HLS₁₉-Q12-AT) wurde am 16. März 2020 mit dem Ziel, die Durchführbarkeit der Erhebung zu prüfen, einem Feldtest unterzogen, in dessen Rahmen 35 vollständige Interviews geführt wurden. Die Kriterien dabei waren Interesse an der Umfrage, Struktur der Stichprobe, Erhebungsdauer und Verständlichkeit des Fragebogens. Der Feldtest lief ohne Schwierigkeiten ab und machte keine Änderungen am Erhebungsinstrument notwendig.

2.6 Stichprobenbeschreibung und Repräsentativität

Ein Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit hinsichtlich ihrer Zusammensetzung nach relevanten soziodemografischen Merkmalen dient dazu, Verzerrungen zu identifizieren, die beispielsweise durch Über- oder Unterrepräsentation bestimmter Personengruppen in der Stichprobe bestehen und teils durch eine Gewichtung der Daten korrigiert werden können.

Tabelle 2.2 zeigt den Vergleich zwischen Grundgesamtheit und ungewichteter Stichprobe nach Geschlecht, Altersgruppen, formalen Bildungsabschlüssen, Bundeslandzugehörigkeit und Urbanisierungsgrad.

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich die ungewichtete Stichprobe in folgenden Punkten von der Grundgesamtheit in ihrer Zusammensetzung unterscheidet:

- » Frauen sind in der Stichprobe mit einem Anteil von rund 56 Prozent überrepräsentiert.
- » 18- bis 25-Jährige und 26- bis 35-Jährige sind in der Stichprobe mit einem Unterschied von je rund fünf Prozentpunkten unterrepräsentiert, während die 46- bis 55-Jährigen und die 56- bis 65-Jährigen mit je rund vier Prozent überrepräsentiert sind.
- » Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind in der Stichprobe mit einem Anteil von rund neun Prozent deutlich unterrepräsentiert, Personen mit Matura und Universitätsabschluss hingegen mit 39 Prozent deutlich überrepräsentiert.
- » Personen aus Wien sind in der Stichprobe leicht überproportional vertreten, während Personen aus Tirol leicht unterrepräsentiert sind.
- » Befragte aus ländlichen Gebieten und Kleinstädten/Vororten sind leicht überrepräsentiert, Befragte aus Städten hingegen leicht unterrepräsentiert.

Die berichteten Unterschiede wurden mittels Gewichtung korrigiert. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass vor allem der Unterschied in puncto formaler Bildung (im Sinne eines Selektionseffekts) zu etwas positiveren Ergebnissen beiträgt und Bildungsunterschiede etwas geringer erscheinen lässt.

Tabelle 2.2:

Vergleich zwischen Grundgesamtheit, ungewichteter und gewichteter Stichprobe nach Geschlecht, Altersgruppen, formaler Bildung, Bundesland und Urbanisierungsgrad 2020

Variable	Ausprägung	Grundgesamtheit		ungewichtete Stichprobe		gewichtete Stichprobe	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamt		7.125.314*	100,0 %	2.967	100,0 %	2.967	100,0 %
Geschlecht	männlich	3.477.153	48,8 %	1.310	44,2 %	1.449	48,8 %
	weiblich	3.648.161	51,2 %	1.657	55,8 %	1.518	51,2 %
Alter	18–25 Jahre	840.787	11,8 %	202	6,8 %	354	11,9 %
	26–35 Jahre	1.182.802	16,6 %	360	12,1 %	498	16,8 %
	36–45 Jahre	1.140.050	16,0 %	448	15,1 %	473	15,9 %
	46–55 Jahre	1.403.687	19,7 %	703	23,7 %	584	19,7 %
	56–65 Jahre	1.083.048	15,2 %	573	19,3 %	448	15,1 %
	66–75 Jahre	805.160	11,3 %	393	13,2 %	333	11,2 %
	76+ Jahre	669.780	9,4 %	288	9,7 %	276	9,3 %
formaler Bildungsabschluss	Pflichtschulabschluss	1.389.436	19,5 %	278	9,4 %	577	19,4 %
	Fach- oder Handelsschule, Lehre mit Berufsausbildung	3.462.903	48,6 %	1.537	51,8 %	1.445	48,7 %
	Matura, Universität	2.272.975	31,9 %	1.152	38,8 %	945	31,9 %
Bundesland	Wien	1.517.692	21,3 %	692	23,3 %	628	21,2 %
	Niederösterreich	1.353.810	19,0 %	565	19,0 %	566	19,1 %
	Burgenland	242.261	3,4 %	118	4,0 %	101	3,4 %
	Steiermark	1.018.920	14,3 %	430	14,5 %	426	14,4 %
	Kärnten	463.145	6,5 %	163	5,5 %	192	6,5 %
	Oberösterreich	1.175.677	16,5 %	499	16,8 %	487	16,4 %
	Salzburg	441.769	6,2 %	173	5,8 %	185	6,2 %

Fortsetzung Tabelle 2.2:

Vergleich zwischen Grundgesamtheit, ungewichteter und gewichteter Stichprobe nach Geschlecht, Altersgruppen, formaler Bildung, Bundesland und Urbanisierungsgrad, 2020

Variable	Ausprägung	Grundgesamtheit		ungewichtete Stichprobe		gewichtete Stichprobe	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	Tirol	605.652	8,5 %	202	6,8 %	251	8,5 %
	Vorarlberg	306.389	4,3 %	125	4,2 %	129	4,3 %
Urbanisierungsgrad	Stadt	2.237.348	31,4 %	910	30,7 %	903	30,4 %
	Kleinstadt/Vorort	2.194.597	30,8 %	865	29,2 %	930	31,4 %
	ländliches Gebiet	2.693.369	37,8 %	1.192	40,2 %	1.134	38,2 %

*österreichische Wohnbevölkerung 18+, Quelle: Mikrozensus 2017

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

2.7 Gewichtung

Abweichungen zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe in den Variablen Geschlecht, Alter, formale Bildung, Bundesland und Urbanisierungsgrad wurden durch eine Gewichtung der Daten ausgeglichen. Tabelle 2.1 zeigt die Soll-Verteilung in der Grundgesamtheit und die Ist-Verteilung der ungewichteten Stichprobe sowie die Verteilung nach Gewichtung der Daten entsprechend den zuvor genannten Variablen. Aufgrund der Gewichtung können die Daten daher in puncto Geschlecht, Altersgruppen, formaler Bildung, Bundesland und Urbanisierungsgrad als prinzipiell repräsentativ angesehen werden.

Die Gewichtung wurde mit der RIM-(Random-Iterative-Method-)Weighting-Methode durchgeführt. RIM-Weighting ist ein iteratives Verfahren, das sicherstellt, dass die Gewichtungsvariable alle mit einfließenden Merkmale berücksichtigt. Dabei geht ein Algorithmus so vor, dass ein erster Gewichtungswert für das erste Merkmal berechnet wird. Mit diesem ersten Gewichtungswert berücksichtigt der Algorithmus dann das zweite Merkmal und errechnet einen neuen Gewichtungswert. Dies passiert für jedes Merkmal und wird iterativ so oft wiederholt, bis eine Gewichtungsvariable gefunden ist, die sicherstellt, dass die gewichtete Zusammensetzung der Stichprobe in den berücksichtigten Merkmalen der Grundgesamtheit entspricht. Im Falle der HLS₁₉-AT-Studie beträgt der kleinste Gewichtungsfaktor dabei 0,420, während der größte einem Wert von 5,467 entspricht.

Das Sample wurde *nicht* nach Migrationshintergrund (definiert als: beide Eltern wurden im Ausland geboren) gewichtet. Menschen mit Migrationshintergrund sind mit rund zehn Prozent vor Gewichtung und rund 13 Prozent nach Gewichtung in der Stichprobe deutlich unterrepräsentiert. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass der Anteil in der Grundgesamtheit (23 %) sich auf alle Menschen mit Migrationshintergrund bezieht, d. h. auch auf jene mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen. Personen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen konnten in der HLS₁₉-AT-Erhebung allerdings nicht berücksichtigt werden, da die Erhebung ausschließlich in deutscher Sprache stattfand.

2.8 Kennzahlen

Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung ab 18 Jahren wird im vorliegenden Bericht anhand zweier Kenngrößen charakterisiert:

- » auf der Grundlage der *durchschnittlichen Antwortmuster* (average percentage response pattern) und
- » mithilfe von *Gesundheitskompetenz-Scores*

Dies gilt sowohl für die allgemeine Gesundheitskompetenz (s. Kapitel 2.5) als auch für die speziellen Gesundheitskompetenzen (s. ebenfalls Kapitel 2.5). Darüber hinaus werden in den jeweiligen Kapiteln auch die einzelnen Gesundheitskompetenzaufgaben in der Analyse berücksichtigt.

Ergänzend dazu wird speziell für die allgemeine GK und für den Vergleich mit den HLS-EU-Daten (s. Kapitel 11) eine Ergebnisdarstellung nach den vier bekannten Kompetenzlevels (inadäquat – problematisch – ausreichend – exzellent) vorgenommen.

Durchschnittliche Antwortmuster

Das durchschnittliche Antwortmuster (average percentage response pattern) gibt an, wie häufig (in Prozent) die Befragten im Durchschnitt bei der Beantwortung von GK-Aufgaben eines Index die möglichen Antwortkategorien (sehr schwierig – schwierig – einfach – sehr einfach) nutzen. Damit werden Aussagen zur durchschnittlichen Schwierigkeit bzw. Einfachheit von GK-Aufgaben eines Index möglich. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Antwortmuster gilt die 80-Prozent-Regel (s. Abschnitt GK-Scores). Fasst man beim durchschnittlichen Antwortmuster der GK-Indizes die Kategorien „sehr einfach“ und „einfach“ zusammen, erhält man exakt den Wert der diesbezüglichen GK-Scores.

Vorgehensweise bei der Berechnung der durchschnittlichen Antwortmuster:

1. Für jeden GK-Index wird gezählt, wie oft die Befragten bei der Beantwortung der GK-Aufgaben des Index die möglichen Antwortkategorien genutzt haben.
2. Für einen gültigen Wert müssen bei GK-Indizes, die aus mehr als fünf GK-Aufgaben bestehen, mindestens 80 Prozent der Aufgaben gültig beantwortet sein (80-Prozent-Regel), während bei Indizes, die nur fünf oder weniger GK-Aufgaben umfassen, keine fehlenden Werte toleriert werden (s. Tabelle 2.2).
3. Es wird ermittelt, wie oft eine Antwortkategorie im Durchschnitt von allen Befragten (oder von Subgruppen) ausgewählt wurde.
4. Für jede Antwortkategorie werden die durchschnittlichen Prozentwerte auf den Prozentsatz der gültigen Antworten skaliert.

GK-Scores

Die GK-Scores (und Sub-Scores im Falle der allgemeinen GK) erfassen, wie viele GK-Aufgaben, die einem bestimmten GK-Index zugeordnet sind, von den Befragten als sehr einfach oder einfach eingeschätzt werden. Für einen gültigen Scorewert müssen bei Scores, die aus mehr als fünf GK-Aufgaben errechnet werden, mindestens 80 Prozent der Aufgaben gültig beantwortet sein (80-Prozent-Regel). Bei Scores, die auf fünf oder weniger GK-Aufgaben beruhen, werden hingegen keine fehlenden Werte toleriert (s. Tabelle 2.3).

Um Vergleiche zwischen den GK-Scores (und Sub-Scores) zu ermöglichen und um die zuvor genannte 80-Prozent-Regel adäquat berücksichtigen zu können, werden die „Rohscores“ der einzelnen GK-Indizes in eine einheitliche Metrik überführt (0–100). Diese Metrik gibt an, wie viel Prozent der GK-Aufgaben eines Index von den einzelnen Befragten als sehr einfach oder einfach bewertet wurden. Null bedeutet demnach, dass null Prozent der Indexaufgaben für die Befragten sehr ein-

fach oder einfach waren, während ein Wert von 100 angibt, dass alle (gültig beantworteten) Indexaufgaben als sehr einfach oder einfach eingestuft wurden. Höhere Scorewerte drücken somit eine höhere Gesundheitskompetenz aus. Der GK-Score dichotomisiert damit das durchschnittliche Antwortmuster: Anteil der GK-Aufgaben, die im Durchschnitt als sehr einfach oder einfach eingestuft wurden (GK-Score) versus Anteil der GK-Aufgaben, die im Durchschnitt als schwierig oder sehr schwierig bewertet wurden (= 100 - GK-Score).

Tabelle 2.3:
Übersicht zu den GK-Indizes und GK-Scores 2020

GK-Index	Variablen	GK-Score	Anzahl GK-Aufgaben	Mindestanzahl	Wertebereich	Standardwertebereich
allgemeine Gesundheitskompetenz (ALLG-GK, Q12)	COREHL4, 7, 10, 16 COREHL18, 23, 24, 31 COREHL32, 37, 42, 44	HL12_score	12	10	0-12	0 (-) bis 100 (+)
ALLG-GK Krankheitsbewältigung (Q12)	COREHL4, 7, 10, 16	HC12_score	4	4	0-4	0 (-) bis 100 (+)
ALLG-GK Prävention (Q12)	COREHL18, 23, 24, 31	DP12_score	4	4	0-4	0 (-) bis 100 (+)
ALLG-GK Gesundheitsförderung (Q12)	COREHL32, 37, 42, 44	HP12_score	4	4	0-4	0 (-) bis 100 (+)
ALLG-GK Suchen/Finden (Q12)	COREHL4, 18, 32	FI12_score	3	3	0-3	0 (-) bis 100 (+)
ALLG-GK Verstehen (Q12)	COREHL7, 23, 37	UI12_score	3	3	0-3	0 (-) bis 100 (+)
ALLG-GK Beurteilen (Q12)	COREHL10, 24, 42	EI12_score	3	3	0-3	0 (-) bis 100 (+)
ALLG-GK Anwenden (Q12)	COREHL16, 31, 44	AI12_score	3	3	0-3	0 (-) bis 100 (+)
digitale Gesundheitskompetenz (DIGI-GK) – Online-suche	OPDHL21 – OPDHL28	DHL2_score	8	6	0-8	0 (-) bis 100 (+)
kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche (KOMM-GK)	OPCOM1 – OPCOM11	COM_score	11	9	0-11	0 (-) bis 100 (+)
KOMM-GK (Kurzform)	OPCOM3, 4, 5 & OPCOM8, 9, 10	COMs_score	6	5	0-6	0 (-) bis 100 (+)
Navigationskompetenz im Gesundheitssystem (NAVI-GK)	OPNHL1 – OPNHL12	NHL_score	12	10	0-12	0 (-) bis 100 (+)
Gesundheitskompetenz Impfentscheidungen (IMPF-GK)	COREHL19 COREHL22 COREHL26 COREHL29	VHL_score	4	4	0-4	0 (-) bis 100 (+)

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung: GÖG

Kompetenzlevels

Die Kompetenzlevels mit den Stufen „exzellent“, „ausreichend“, „problematisch“ und „inadäquat“ werden ausschließlich für die allgemeine GK und für den Vergleich mit den HLS-EU-Daten berechnet. Sie werden auf Basis der Anteilswerte für die vier möglichen Antwortkategorien (sehr schwierig – schwierig – einfach – sehr einfach) ermittelt. Die Anteilswerte geben an, wie oft die Antwortmöglichkeiten (in Prozent) zur Beantwortung der GK-Aufgaben verwendet wurden. Wurde mindestens die Hälfte der Aufgaben mit „sehr schwierig“ (≥ 6) und $\leq 8,33$ Prozent (max. eine Aufgabe) mit „sehr einfach“ beantwortet, werden die Befragten der Kategorie „inadäquat“ zugeordnet. Wurden wenigstens 83,33 Prozent der Aufgaben (≥ 10) mit „einfach“ oder „sehr einfach“ beantwortet, werden die Befragten zur Kategorie „ausreichend“ gezählt. Wurde die Hälfte oder mehr Aufgaben mit „sehr einfach“ beantwortet (≥ 6) und beträgt der Anteil der Fragen, die mit „sehr schwierig“ beantwortet wurden $\leq 8,33$ Prozent (max. eine Aufgabe), werden die Befragten der Kategorie „exzellent“ zugerechnet. Jene Befragten, die keine der zuvor genannten Bedingungen erfüllen, fallen in die Kategorie „problematisch“.

2.9 Statistische Analysen

Faktorielle Validität und interne Konsistenz der verwendeten GK-Indizes

Zur Prüfung der *Dimensionalität* (der faktoriellen Validität) der verwendeten Gesundheitskompetenzfragensets wurden konfirmatorische Faktoranalysen in R Core Team (2020) mit dem R-Paket lavaan¹ (Roussel 2012) durchgeführt. Dabei wurde empirisch getestet, ob die Items einer Fragenbatterie – wie theoretisch angenommen – auf einem gemeinsamen Faktor laden. Der Model-Fit, d. h. die Passung des Modells zu den empirischen Daten wurde anhand häufig verwendeter Maßzahlen bestimmt (Kline 2011; Reinecke 2014) s. Tabelle 2.3). Um robuste Schätzergebnisse zu erhalten, wurde – unter Berücksichtigung des ordinalen Datenniveaus der GK-Items – das DWLS-Schätzverfahren (diagonally weighted least squares) verwendet (Kline 2011).

¹ <https://lavaan.ugent.be/index.html>

Tabelle 2.4:
Fit-Indizes für konfirmatorische Faktoranalysen

Maß	Name	Beschreibung	Richtwerte
χ^2	Model Chi-Square	Gesamtanpassung und Diskrepanz zwischen der Stichprobe und den angepassten Kovarianzmatrizen. Reagiert empfindlich auf den Stichprobenumfang	p-Wert > 0,05
GFI AGFI	(Adjusted) Goodness of Fit	Anteil der Varianz, der auf die geschätzte Populationskovarianz zurückzuführen ist. Analog zu R^2	GFI $\geq$ 0,95 AGFI $\geq$ 0,90
CFI	Comparative Fit Index	vergleicht den Fit des Zielmodells mit dem Fit eines Baselinemodells; Wertebereich 0 bis 1, wobei ein höherer Wert einen besseren Model-Fit anzeigt	$\geq$ 0,95
TLI/ NNFI	Tucker Lewis Index / Non Normed-Fit Index	Ein TLI/NNFI von 0,95 zeigt an, dass das Modell die Anpassung um 95 % im Vergleich zum Nullmodell verbessert.	$\geq$ 0,95
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual	standardisiertes Maß zur Gesamtbewertung der Residuen Es zeigt den Mittelwert für die Abweichungen der beobachteten und geschätzten Korrelationen an: ein Wert von 0 steht für einen perfekten Model-Fit, während größere Werte einen zunehmend schlechteren Fit bedeuten.	$\leq$ 0,05 gut $\leq$ 0,08 zufriedenstellend
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation	Badness-of-fit Index Wertebereich 0 bis 1	$\leq$ 0,05 gut $\leq$ 0,08 zufriedenstellend

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung: GÖG

Die *interne Konsistenz* der Fragensets, ein Maß dafür, wie die Items einer Fragenbatterie miteinander korrelieren, wurde anhand der Maßzahl Cronbachs Alpha eingeschätzt. Ein Wert von 0,70 oder größer gilt dabei als akzeptabel (Nunnally/Bernstein 1994).

Determinanten der Gesundheitskompetenz

Zusammenhänge zwischen soziodemografischen, sozioökonomischen, gesundheitlichen Faktoren (s. Tabelle 2.5) und den Einzelitems der GK-Indizes sowie weiteren relevanten Variablen (z. B. Informationsquellen zu medizinischen und gesundheitlichen Themen) wurden anhand nachstehender Tests und Kennzahlen eruiert:

- » Zusammenhang zweier nominaler Variablen (z. B. Geschlecht und Informationsquelle): Chi²-Test, Phi (bei dichotomen Variablen), Cramers V, Goodman und Kruskals Tau
- » Zusammenhang zwischen einer nominalen und einer ordinalen Variable (z. B. zwischen dem Geschlecht und einer GK-Aufgabe im Bereich der allgemeinen GK): Chi²-Test
- » Zusammenhang zweier ordinaler Variablen: Chi²-Test und Spearman-Rangkorrelation

Unterschiede in den GK-Scores nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen wurden mittels einfaktorieller ANOVA geprüft. Bei Verletzung der Varianzhomogenität zwischen den Vergleichsgruppen (geprüft mit dem Levene-Test) wurden die Welch-ANOVA

und der Brown-Forsythe-Test herangezogen. Paarweise Gruppenvergleiche (Post-hoc-Tests) wurden bei Varianzhomogenität und ungleicher Gruppengröße mit dem Tukey-HSD und Hochbergs GT2-Test und bei ungleichen Varianzen und ungleichen Gruppengrößen mit dem Games-Howell-Test durchgeführt.

Um einschätzen zu können, welchen Effekt die einzelnen Determinanten unabhängig voneinander, d. h. bei gegenseitiger statistischer Kontrolle auf die GK-Scores haben, wurden lineare multivariate Regressionsmodelle verwendet.

Bei allen Analysen wurde ein Signifikanzniveau mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit (p-Wert) von $< 0,05$ angenommen. Alle Analysen wurden mit dem Softwarepaket SPSS oder R durchgeführt.

In puncto Determinanten wurden das Geschlecht, das Alter der Befragten (zusammengefasst in drei Gruppen), der höchste formale Bildungsabschluss (ebenfalls zusammengefasst in drei Gruppen), eine Ausbildung / ein Studium im Gesundheitsbereich, der Erwerbsstatus (erneut in drei Gruppen zusammengefasst) und die finanzielle Situation (sehr einfach / einfach vs. schwierig / sehr schwierig) in den Analysen berücksichtigt (s. Tabelle 2.4). Darüber hinaus wurden das Vorliegen chronischer Erkrankungen und Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen in den Analysen beachtet.

Nicht in den Analysen betrachtet wird der Migrationshintergrund der Befragten, da Menschen mit Migrationshintergrund in der Stichprobe deutlich unterrepräsentiert sind, sich nach soziodemografischen Merkmalen und in puncto Herkunftsländer in ihrer Zusammensetzung von der Grundgesamtheit unterscheiden und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen mussten, um an der Studie teilnehmen zu können.

Tabelle 2.5:

Verteilung soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale in der gewichteten Stichprobe 2020

Variable	Fallzahl (n)	Anteil gültige Prozent
Geschlecht		
Männer	1.449	48,8
Frauen	1.518	51,2
Alter in 3 Altersgruppen		
18–29	526	17,8
30–59	1.532	51,7
60 und älter	909	30,5
höchster formaler Bildungsabschluss		
max. Pflichtschule	577	19,4
Lehre, BMS	1.445	48,7
Matura oder höher	945	31,9
Ausbildung im Gesundheitsbereich		
Ausbildung	370	12,5
keine Ausbildung	2.580	87,5
Erwerbsstatus (18- bis 64-Jährige)		
erwerbstätig	1.724	58,7
arbeitslos	116	3,9
nicht erwerbstätig	1.095	37,3
finanzielle Situation, gemessen an der Schwierigkeit, am Ende des Monats Rechnungen zu zahlen		
(sehr) einfach	2.506	85,5
(sehr) schwierig	425	14,5

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Konsequenzen einer geringen Gesundheitskompetenz

Die Konsequenzen einer geringen GK wurden mithilfe linearer multivariater Regressionsmodelle statistisch geprüft. Als mögliche Folgen/Konsequenzen wurden im HLS₁₉-AT gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum), die Nutzung des Gesundheitssystems sowie der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand erhoben (s. Tabelle 2.6).

Tabelle 2.6:

Verteilung gesundheitsbezogener Variablen (Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Krankenstandsgeschehen) in der gewichteten Stichprobe 2020

Variable	Fallzahl (n)	Anteil gültige Prozent
Rauchen (Tage/Woche)		
nie, gelegentlich	2.672	77,0
an einem Tag die Woche	46	1,3
an 2 Tagen die Woche	50	1,4
an 3 Tagen die Woche	46	1,3
an 4 Tagen die Woche	42	1,2
an 5 Tagen die Woche	43	1,2
an 6 Tagen die Woche	11	0,3
täglich	561	16,2
Alkoholkonsum (Tage/Woche)		
nie, gelegentlich	1.764	50,8
an einem Tag die Woche	502	14,5
an 2 Tagen die Woche	462	13,3
an 3 Tagen die Woche	326	9,4
an 4 Tagen die Woche	130	3,7
an 5 Tagen die Woche	76	2,2
an 6 Tagen die Woche	37	1,1
täglich	173	5,0
30 Minuten oder länger körperlich aktiv (Tage/Woche)		
nie, gelegentlich	308	8,9
an einem Tag die Woche	172	5,0
an 2 Tagen die Woche	314	9,1
an 3 Tagen die Woche	483	14,0
an 4 Tagen die Woche	420	12,1
an 5 Tagen die Woche	371	10,7
an 6 Tagen die Woche	179	5,2
täglich	1.214	35,1
Obst- und/oder Gemüsekonsum (Tage/Woche)		
nie, gelegentlich	48	1,4
an einem Tag die Woche	90	2,6
an 2 Tagen die Woche	155	4,5
an 3 Tagen die Woche	308	8,9
an 4 Tagen die Woche	295	8,5
an 5 Tagen die Woche	334	9,6
an 6 Tagen die Woche	305	8,8
täglich	1932	55,7
BMI		
Mittelwert (Standardabweichung)	3.325	25,6 (4,4)
Range	3.325	14,9–48,4

Fortsetzung Tabelle 2.6:

Verteilung gesundheitsbezogener Variablen (Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Krankenstandsgeschehen) in der gewichteten Stichprobe 2020

Variable	Fallzahl (n)	Anteil gültige Prozent
selbsteingeschätzter Gesundheitszustand		
sehr schlecht	15	0,4
schlecht	88	2,5
mittelmäßig	567	16,3
gut	1.604	46,2
sehr gut	1.198	34,5
chronische Erkrankung		
keine	1.889	63,9
eine	847	28,6
mehrere	221	7,5
Umgang mit chronischer Erkrankung		
(sehr) einfach	783	73,7
(sehr) schwierig	280	26,3
gesundheitliche Einschränkungen im Alltag		
nicht eingeschränkt	2.499	72,2
etwas eingeschränkt	757	21,9
stark eingeschränkt	206	6,0
Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste (in den letzten 24 Monaten)		
nie	2.960	85,6
1- bis 2-mal	434	12,5
3- bis 5-mal	45	1,3
6-mal oder öfter	20	0,6
Untersuchungen und Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin (in den letzten 12 Monaten)		
nie	661	19,4
1- bis 2-mal	1.441	42,4
3- bis 5-mal	808	23,8
6-mal oder öfter	491	14,4
Untersuchungen und Behandlungen bei Fachärztinnen und -ärzten (in den letzten 12 Monaten)		
nie	778	22,8
1- bis 2-mal	1.537	45,1
3- bis 5-mal	809	23,7
6-mal oder öfter	283	8,3
stationäre Aufenthalte (in den letzten 12 Monaten)		
nie	2.958	85,6
1- bis 2-mal	437	12,6
3- bis 5-mal	41	1,2
6-mal oder öfter	19	0,5
ambulante Behandlungen bzw. stationäre Behandlungen als Tagespatient/-in (in den letzten 12 Monaten)		
nie	2.711	78,6
1- bis 2-mal	544	15,8
3- bis 5-mal	121	3,5
6-mal oder öfter	73	2,1

Fortsetzung Tabelle 2.6:

Verteilung gesundheitsbezogener Variablen (Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Krankenstandsgeschehen) in der gewichteten Stichprobe 2020

Variable	Fallzahl (n)	Anteil gültige Prozent
Krankenstandstage (in den letzten 12 Monaten)		
nie	1.141	53,7
1 Woche	609	28,6
2 Wochen	187	8,8
mehr als 2 Wochen	189	8,9
Impfung von Befragten, ihren Kindern oder anderer Familienmitglieder innerhalb der letzten fünf Jahre		
nein	632	19,1
ja	2.675	80,9

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Zusammenhänge zwischen den GK-Scores

Statistische Zusammenhänge zwischen den einzelnen GK-Scores wurden mithilfe des Pearson-Korrelationskoeffizienten bestimmt, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 0,05$. Die Analyse wurde mit dem Softwarepaket SPSS durchgeführt.

3 Quellen für Gesundheitsinformationen

Zentrale Ergebnisse:

- » Die österreichische Bevölkerung informiert sich zu medizinischen und gesundheitlichen Themen vorrangig mithilfe digitaler Quellen sowie bei Ärztinnen/Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.
- » Personen unter 60 Jahren nutzen häufiger digitale Quellen, während Personen ab 60 Jahren sich häufiger bei Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe informieren.
- » Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, einem Lehr- oder einem BMS-Abschluss greifen ähnlich häufig auf digitale Quellen sowie auf Ärztinnen/Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe zurück. Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss nutzen hingegen häufiger digitale Informationsquellen.
- » Menschen mit chronischen Erkrankungen informieren sich zu medizinischen und gesundheitlichen Themen am häufigsten bei Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, Menschen ohne chronische Gesundheitsprobleme mithilfe digitaler Quellen.

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Informationsquellen erwachsene Österreicherinnen und Österreicher nutzen, um sich über medizinische und gesundheitliche Themen zu informieren. In diesem Zusammenhang wurde gefragt, wo oder bei wem sie sich *zuletzt* informiert haben. Die Befragten konnten aus einer Liste möglicher Informationsquellen auswählen, aber auch eigene Angaben machen.

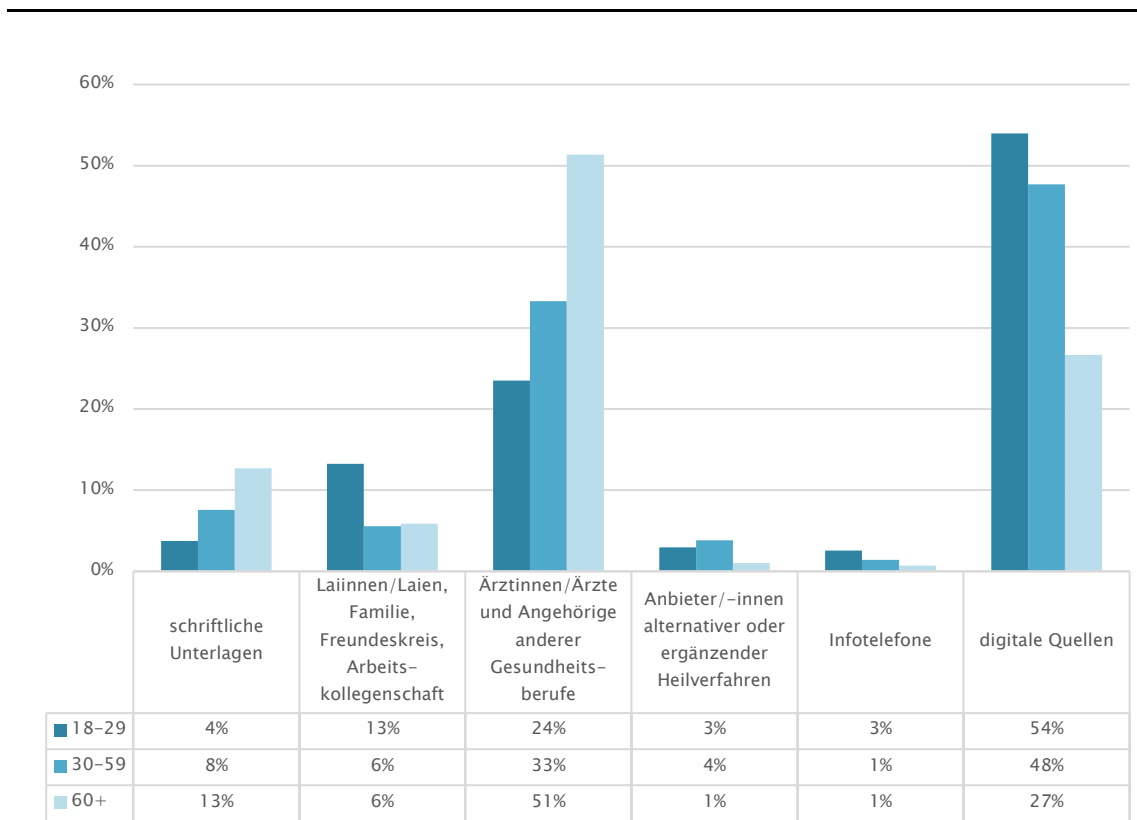
Die Ergebnisse zeigen, dass sich die österreichische Bevölkerung ab 18 Jahren zuletzt vorrangig mithilfe digitaler Quellen (Internet, soziale Medien: 43 %) sowie bei Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (37 %) zu gesundheitlichen und medizinischen Themen informiert haben. Deutlich seltener wurden schriftliche Unterlagen (z. B. Bücher, Broschüren, Zeitungen, Zeitschriften: 8 %) oder das private soziale Umfeld (Familie, Freundinnen/Freunde oder Arbeitskolleginnen/-kollegen: 7 %) als Informationsquelle herangezogen. Eine untergeordnete Rolle spielten in diesem Zusammenhang alternative Anbieter/-innen (Heilpraktiker/-innen oder Anbieter/-innen alternativer oder ergänzender Heilverfahren: 3 %) sowie Infotelefone (z. B. telefonische Gesundheitsberatung 1450, Apothekenruf: 1,4 %).

Männer nutzten zuletzt im Vergleich zu Frauen etwas häufiger ihr soziales Umfeld (8 % vs. 6 %) und digitale Quellen (44 % vs. 41 %), um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (8 % vs. 6 %), Frauen hingegen vergleichsweise etwas häufiger schriftliche Unterlagen (10 % vs. 7 %; s. Tabelle 3.1). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind zwar klein, aber signifikant ($p < 0,05$).

Deutliche Unterschiede in der Nutzung bestimmter Informationsquellen zeigen sich in Bezug auf das Alter ($p < 0,001$; s. Tabelle 3.1). Die jüngere Bevölkerung (18–29 Jahre) nutzte zuletzt häufiger digitale Quellen (54 %), um sich über gesundheitliche und medizinische Themen zu informieren, gefolgt von Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (24 %). Sie griffen

zudem deutlich häufiger als die anderen Altersgruppen auf ihr soziales Umfeld (Familie, Freundinnen/Freunde, Arbeitskolleginnen/-kollegen: 13 %) und auf Infotelefone (3 %) zurück (s. Abbildung 3.1). Die ältere Bevölkerung (60+) informierte sich hingegen vor allem bei Ärztinnen und Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (51 %), gefolgt von den digitalen Quellen (26 %). Im Vergleich zu den unter 60-Jährigen griffen Personen ab 60 häufiger auch auf schriftliche Unterlagen zurück (13 %; ebd.). Personen mittleren Alters (30–59 Jahre) nutzten zuletzt vor allem digitale Quellen (48 %) sowie Ärztinnen und Ärzte oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe (33 %), um sich zu gesundheitlichen Themen zu informieren, gefolgt von schriftlichen Unterlagen (8 %) und ihrem sozialen Umfeld (6 %).

Abbildung 3.1:
Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach Altersgruppen 2020



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Ebenfalls deutliche Unterschiede ergeben sich nach dem höchsten formalen Bildungsabschluss ($p < 0,001$; s. Tabelle 3.1). Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre oder älter) nutzten zuletzt als Informationsquellen zu medizinischen und gesundheitlichen Themen vor allem Ärztinnen und Ärzte oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe (47 %), gefolgt von digitalen Quellen (29 %) und schriftlichen Unterlagen (12 %). Gesundheitsfachleute und schriftliche Unterlagen wurden von dieser Bildungsgruppe – im Vergleich zu den anderen Bildungsgruppen – häufiger genutzt (s. Abbildung 3.2). Ein identisches Nutzungsmuster findet sich auch bei Personen

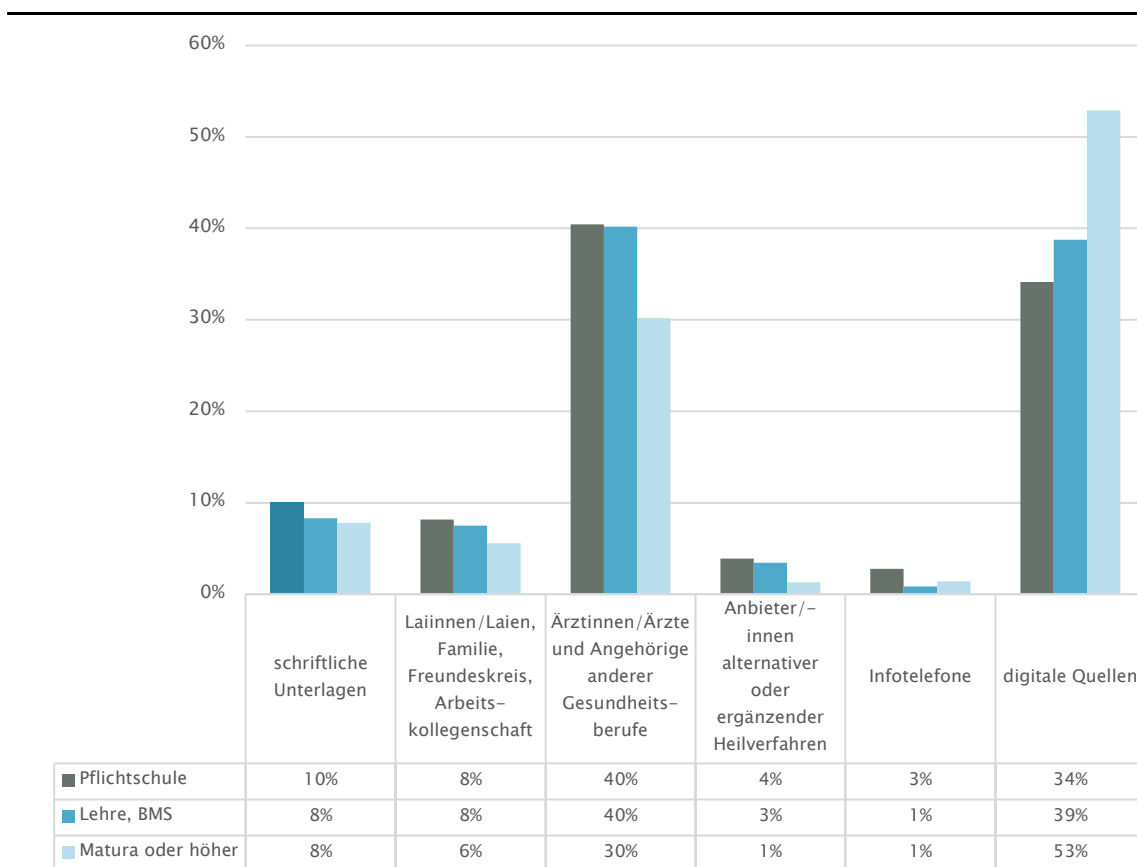
mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss. Ab 30-jährige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss informierten sich zuletzt zu medizinischen und gesundheitlichen Themen vorrangig mithilfe digitaler Quellen (49 %), gefolgt von Ärztinnen und Ärzten oder anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe (33 %) und schriftlichen Unterlagen (9 %).

Keine Unterschiede in der Nutzung gesundheitsbezogener Informationsquellen zeigen sich hingegen in Bezug auf die finanzielle Situation und den Erwerbsstatus (s. Tabelle 3.1).

Die zentrale Rolle von Ärztinnen und Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als Informationsquelle zu medizinischen und gesundheitlichen Themen bei älteren Menschen und bei Personen mit geringer formaler Bildung hängt deutlich mit deren gesundheitlicher Situation zusammen. Sowohl ältere Personen als auch solche mit geringer formaler Bildung weisen einen schlechteren Gesundheitszustand und vermehrt chronische Erkrankungen auf (Griebler et al. 2017; Klimont/Prammer-Waldhör 2020).

Abbildung 3.2:

Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach Bildungsgruppen 2020



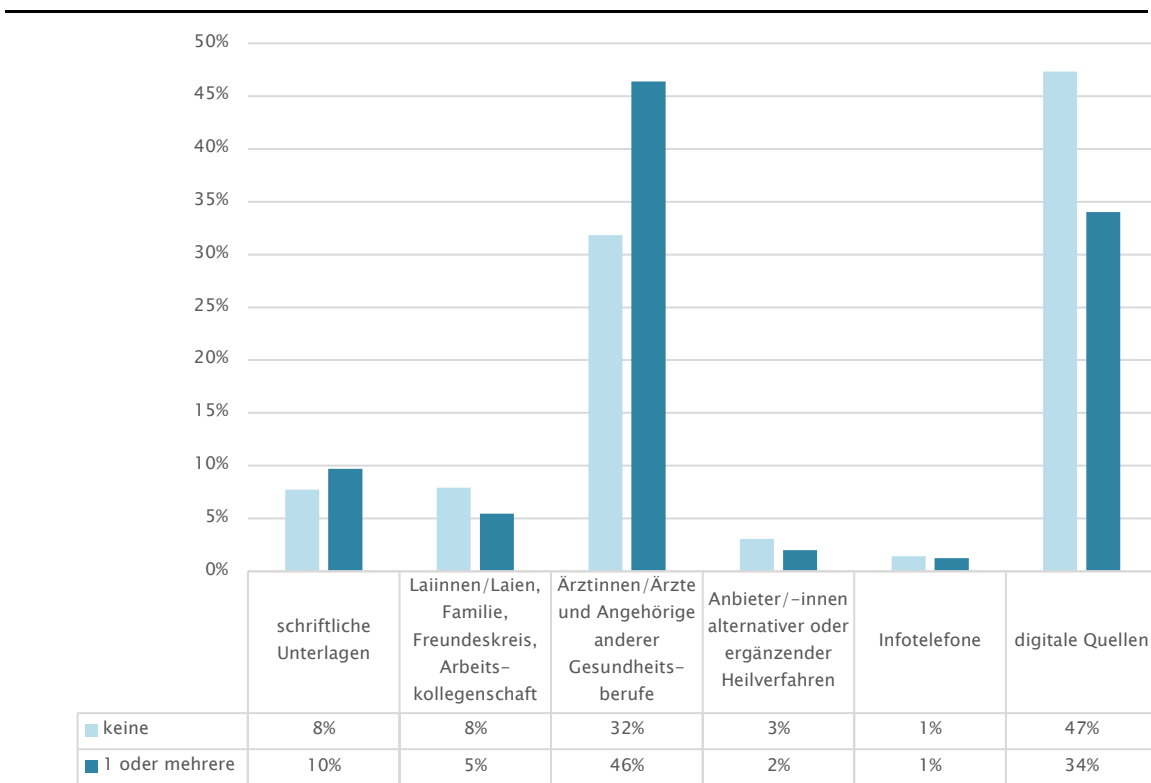
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH - HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Chronische Erkrankungen und Quellen für Gesundheitsinformationen

Personen mit chronischen Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen nutzen häufiger Ärztinnen und Ärzte und Vertreter/-innen anderer Gesundheitsberufe als Informationsquelle zu medizinischen und gesundheitlichen Themen als jene ohne chronische Gesundheitsbeschwerden (46 % vs. 32 %; $p < 0,001$). Sie greifen zudem häufiger auf schriftliche Unterlagen zurück (10 % vs. 8 %), nutzen dafür aber ihr soziales Umfeld seltener als Informationsquelle (5 % vs. 8 %; s. Abbildung 3.3). Digitale Quellen wurden von Personen mit chronischen Erkrankungen zwar zuletzt am zweithäufigsten als Informationsquelle herangezogen, jedoch deutlich seltener als von Personen ohne chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme (34 % vs. 47 %; s. Tabelle 3.1).

Abbildung 3.3:

Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach Vorliegen chronischer Erkrankungen und Gesundheitsprobleme 2020



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 3.1:

Nutzung von Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt) nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, Prozentanteil häufigste Nutzung

Informationsquellen zu gesundheitlichen und medizinischen Themen (zuletzt)	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18-64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18-29 30-59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbstätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
schriftliche Unterlagen	Frauen	60+	maximal Pflichtschule	—	-	eine oder mehrere	—
Laiinnen/Laien, Familie, Freundeskreis, Arbeitskollegenschaft	Männer	18-29	—	—	-	keine	—
Ärztinnen/Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe	—	60+	maximal Pflichtschule Lehre/BMS	—	—	eine oder mehrere	—
digitale Quellen	Männer	< 60	Matura und höher	—	—	keine	—

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

4 Allgemeine Gesundheitskompetenz in der österreichischen Bevölkerung

Zentrale Ergebnisse:

- » Mindestens 15 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (rund 1,07 Mio. Personen ab 18 Jahren) haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten GK-Aufgaben im Bereich der allgemeinen Gesundheitskompetenz.
- » Herausforderungen bestehen bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen und bei Informationen im Bereich der psychischen Gesundheit sowie insgesamt beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen und bei Informationen zum Thema Prävention.
- » Die allgemeine GK ist sozial ungleich verteilt: Eine geringere allgemeine GK wird bei Menschen mit geringer formaler Bildung, bei Personen in finanziell prekären Situationen, bei Menschen auf Arbeitssuche und bei Menschen mittleren Alters beobachtet.
- » Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen in allen GK-Bereichen eine geringere GK auf, als solche ohne chronische Erkrankungen oder Personen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen.

4.1 Definition und Konzept

Das Konzept der allgemeinen Gesundheitskompetenz basiert auf der allgemeinen Health-Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen der Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im Alltag in den Domänen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Gesundheit und Lebensqualität über den gesamten Lebenslauf hinweg erhalten oder verbessern (Sørensen et al. 2012). Das konzeptuelle Modell, das dieser Definition zugrunde liegt, wurde bereits im Kapitel 2.4 dargestellt und konkretisiert (s. Abbildung 2.1).

Diesem Konzept liegt auch die Annahme zugrunde, dass Gesundheitskompetenz einen relationalen, interaktiven und kontextuellen Charakter hat (Parker 2009). Die Gesundheitskompetenz der Menschen hängt demnach sowohl von ihren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten ab als auch von den (situativen) Anforderungen, mit denen sie im Alltag in puncto Gesundheitsinformationen konfrontiert sind. Brach (2013) drückte diesen Sachverhalt mit folgender Formel aus: $\text{Kompetenzen/Fähigkeiten} \times \text{Anforderungen/Komplexität} = \text{Gesundheitskompetenz}$ (Brach 2013).

4.2 Empirische Untersuchungen zur allgemeinen Gesundheitskompetenz

Internationale Befunde

Die erste Erhebung der allgemeinen GK in der Bevölkerung, die bereits über ein elaboriertes Verständnis von GK (als umfassendes Konzept, das Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheitsbewältigung und das Thema Navigation im Gesundheitssystem berücksichtigt hat) war das „National Assessment of Adult Literacy“ (NAAL), das 2003 in den USA durchgeführt wurde. Die Ergebnisse machten deutlich, dass rund die Hälfte der mehr als 19.000 Befragten (16+) über ein durchschnittliches und 36 Prozent sogar über ein unterdurchschnittliches GK-Niveau verfügten. Eine niedrigere GK wurde in verschiedenen ethnischen Bevölkerungsgruppen, bei Älteren und bei Menschen mit schlechteren sozioökonomischen Bedingungen beobachtet (Kutner et al. 2006).

In einer großen australischen Erhebung des Australian Bureau of Statistics im Jahr 2006 wurde der Anteil der Bevölkerung mit geringer GK mit 60 Prozent beziffert und Ergebnisse zur GK in China aus dem Jahr 2012 legten nahe, dass rund 91 Prozent der chinesischen Bevölkerung über eine geringe oder unzureichende Gesundheitskompetenz verfügten (Liu et al. 2018).

In Europa war vor allem die European Health Literacy Study (HLS-EU), die 2011 vergleichend in acht europäischen Ländern durchgeführt wurde, ein Markstein für die Messung von GK auf Bevölkerungsebene. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass auch in Europa (gemessen an den acht Ländern) viele Menschen – nämlich fast jede(r) Zweite – eine limitierte, d. h. inadäquate (12 %) oder problematische (35 %) allgemeine Gesundheitskompetenz hatte. Auch in dieser Studie konnte beobachtet werden, dass Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus, mit geringer formaler Bildung und in finanziell prekären Lebenslagen sowie ältere Menschen und solche mit chronischen Gesundheitsproblemen oder gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag über eine geringere allgemeine GK verfügen als Bevölkerungsgruppen, die diese Merkmale nicht aufweisen (HLS-EU-Consortium 2012; Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2015).

Die HLS-EU-Studie erweckte großes Interesse im Bereich Forschung und Gesundheitspolitik und löste eine Welle an Folgeuntersuchungen aus – nicht nur in Europa, sondern weltweit. Pelikan et al. zeigten, dass zwischen 2012 und 2019 zusätzlich zu den acht europäischen Ländern, in denen 2011 erhoben worden war, in 30 weiteren Ländern (in Europa, Amerika, Asien und Afrika) das HLS-EU-Erhebungsinstrumentarium in über 100 Studien eingesetzt wurde (Pelikan et al. 2020).

Nationale Befunde

Die für Österreich wohl bedeutendste und umfangreichste empirische Untersuchung zur allgemeinen GK in der Bevölkerung war die Europäische Health-Literacy-Studie (HLS-EU), die 2011 durchgeführt wurde (HLS-EU-Consortium 2012; Pelikan/Ganahl 2017; Sørensen et al. 2015). Vertiefend dazu wurde in Österreich eine vergleichende Bundesländerstudie durchgeführt. Im Rahmen einer Zusatzerhebung wurden dafür die Stichproben für die einzelnen Bundesländer aufgestockt

(Pelikan et al. 2013). Die Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da die Fallzahlen für die einzelnen Bundesländer sehr klein sind.

Der im internationalen Vergleich hohe Anteil der Personen mit limitierter GK in Österreich zeigt, dass eine eingeschränkte GK kein Problem nur weniger ist, sondern etwas mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung betrifft. Die Ergebnisse der österreichischen HLS-EU-Erhebung fanden Eingang in gesundheitspolitische Entscheidungen und haben in den letzten zehn Jahren zu zahlreichen Maßnahmen und Initiativen geführt (siehe auch Kapitel 1.2).

In einer weiteren Untersuchung wurde die GK von Menschen mit Migrationshintergrund (erste und zweite Generation) in den Blick genommen. Sie kam zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Migrationserfahrungen über eine bessere allgemeine GK verfügten als jene ohne Migrationshintergrund. Es muss jedoch einschränkend gesagt werden, dass sowohl das gewählte Verfahren zur Stichprobenziehung als auch Unterschiede im Erhebungsmodus (Telefonbefragung versus persönliche Interviews) vermutlich zu einer Überschätzung der GK bei Migrantinnen und Migranten geführt haben (Ganahl et al. 2016).

Angelehnt an die HLS-EU-Studie gab es auch eine GK-Erhebung unter Jugendlichen im Alter von 15 Jahren (Röthlin et al. 2013), die zeigte, dass 58 Prozent der 15-Jährigen über eine inadäquate oder problematische (limitierte) allgemeine GK verfügten.

Weitere Erhebungen der GK von Jugendlichen wurden 2014 und 2018 im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study durchgeführt (Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2015), und zwar unter Verwendung unterschiedlicher Skalen zur Messung von GK. 2018 hat sich gezeigt, dass nur 18 Prozent der 15- bis 17-Jährigen über eine hohe allgemeine GK verfügten, während rund 70 Prozent eine GK im mittleren Bereich und zwölf Prozent eine niedrige GK aufwiesen. Schon bei den Jugendlichen zeigen sich hier Zusammenhänge mit dem Familienwohlstand (je höher der Wohlstand, desto höher die GK) und mit gesundheitsfördernden Verhaltensweisen (gesunde Ernährung, Bewegung, Nichtraucher; (Felder-Puig et al. 2020).

4.3 Erhebungsinstrument (HLS₁₉-Q12-AT)

Zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz wurde der „HLS₁₉-Q12-AT“ verwendet (GÖG für HLS₁₉ 2020), die deutsche Übersetzung des englischsprachigen HLS₁₉-Q12 (HLS19 2020) s. auch Kapitel 2.4).

In Österreich wurde die allgemeine GK mithilfe von zwölf Items gemessen. Dabei handelt es sich um eine Kurzform des HLS₁₉-Q47. Die Auswahl der zwölf Items erfolgte auf Basis einparametrischer dichotomer Rasch-Analysen, die auf den HLS-EU-Daten von 2011 fußen, und zusätzlicher Daten aus den Ländern Tschechien und Ungarn. Die zwölf Items repräsentieren das konzeptionelle Modell von GK (siehe Kapitel 2.4) und ermöglichen die Berechnung eines Gesamtindex/-score sowie der sieben bekannten Sub-Indizes/-Scores, die auf der Grundlage von je drei oder vier Items

errechnet werden. Die Zuordnung der zwölf Items zu den Zellen der Matrix zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz (GK für Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Schritte der Informationsverarbeitung „finden“, „verstehen“, „beurteilen“ und „anwenden“) ist in Tabelle 4.1 zu sehen.

Tabelle 4.1:

Zuordnung der ALLG-GK-Aufgaben des HLS₁₉-Q12-AT zu den Zellen der Matrix zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
für Krankheitsbewältigung	herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? COREHL4	Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist? COREHL7	die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? COREHL10	den Empfehlungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder eines Apothekers / einer Apothekerin zu folgen? COREHL16
für Prävention	Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? COREHL18	Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen? COREHL23	zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind? COREHL24	aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? COREHL31
für Gesundheitsförderung	Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung? COREHL32	Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder von Freunden/Freundinnen zu verstehen? COREHL37	zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann? COREHL42	Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern? COREHL44

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung: GÖG

Zusätzlich zu den zwölf Items wurden vier weitere Items erhoben, um GK im Zusammenhang mit ausgewählten Anforderungen zu messen. Diese Anforderungen betreffen

1. das Beurteilen relevanter Vorsorgeuntersuchungen,
2. das Finden von Informationen über Aktivitäten, welche die psychische Gesundheit fördern,
3. die Anwendung ärztlicher Informationen zur Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit einer Erkrankung und
4. das Beurteilen, ob eine zweite ärztliche Meinung eingeholt werden soll.

Der konkrete Wortlaut der vier zusätzlichen Fragen ist in Tabelle 2.1 dargestellt.

Die Items zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz sind als direkte Fragen formuliert, welche die Schwierigkeit bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Informationsmanagementaufgaben erheben („Auf einer Skala von sehr einfach, einfach, schwierig bis sehr schwierig, wie einfach oder schwierig, würden Sie sagen, ist es: ...“) und anhand einer vierstufigen Antwortskala

(sehr einfach, einfach, schwierig, sehr schwierig) zu beantworten sind. Wurde eine Frage nicht beantwortet, gab die Interviewerin / der Interviewer den Code „weiß nicht / keine Antwort“ an. Durch die Struktur und Art der Fragen wird das Zusammenspiel persönlicher Kompetenzen und Erfahrungen mit den Anforderungen in bestimmten Situationen, Kontexten, Organisationen und Systemen erfasst. Damit wird dem „relationalen“ Charakter von Gesundheitskompetenz (s. Kapitel 2.5) Rechnung getragen.

Die Ergebnisse einer konfirmatorischen Faktoranalyse sowie einer Überprüfung der internen Konsistenz bestätigen die faktorielle Validität und Reliabilität des HLS₁₉-Q12-AT.

Bei der Berechnung der GK-Scores wurde, wie in Kapitel 2.8 beschrieben, verfahren. Die Scores erfassen, wie viele der zum Index gehörigen GK-Aufgaben von den Befragten als sehr einfach oder einfach eingestuft wurden.

Bei acht der insgesamt 16 abgefragten GK-Aufgaben zur allgemeinen GK liegt der Anteil der befragten Personen, die keine Antwort gaben („weiß nicht“) bei maximal einem Prozent, bei vier GK-Aufgaben bei > ein bis zwei Prozent und bei drei GK-Aufgaben bei > zwei bis drei Prozent. Nur eine GK-Aufgabe sticht mit einem Anteil der „weiß nicht“-Antworten von 8,4 Prozent hervor (Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht).

Tabelle 4.2:

Kennwerte und Grenzwerte zur faktoriellen Validität und internen Konsistenz der GK-Aufgaben zur allgemeinen GK – insgesamt und nach Kompetenzbereichen, Ergebnisse auf Basis der dichotomen Variablen

Kennwert	Wert								Grenzwert
	ALLG-GK	Krankheitsbewältigung	Prävention	Gesundheitsförderung	Suchen/Finden	Verstehen	Beurteilen	Anwenden	
konfirmatorische Faktoranalyse									
SRMR	0,07	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	≤ 0,08
RMSEA	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	≤ 0,05
CFI	0,97	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,95
TLI	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,95
GFI	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,95
AGFI	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,90
Faktorladungen (Range)	0,44–0,63	0,44–0,76	0,55–0,64	0,43–0,75	0,44–0,62	0,30–0,63	0,42–0,59	0,41–0,75	≥ 0,40
interne Konsistenz									
Cronbachs Alpha	0,67	0,43	0,46	0,45	0,32	0,30	0,31	0,28	≥ 0,70

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 4.3:

Kennwerte und Grenzwerte zur faktoriellen Validität und internen Konsistenz der GK-Aufgaben zur allgemeinen GK – insgesamt und nach Kompetenzbereichen, Ergebnisse auf Basis der polytomen Variablen

Kennwert	Wert								Grenz- wert
	ALLG- GK	Krank- heitsbe- wälti- gung	Präven- tion	Gesund- heitsför- derung	Suchen/ Finden	Ver- stehen	Beur- teilen	An- wenden	
konfirmatorische Faktoranalyse									
SRMR	0,05	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	≤ 0,08
RMSEA	0,07	0,01	0,04	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	≤ 0,05
CFI	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,95
TLI	0,98	1,00	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,95
GFI	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,95
AGFI	0,98	1,00	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≥ 0,90
Faktorladungen (Range)	0,59– 0,71	0,57– 0,74	0,59– 0,73	0,60– 0,76	0,57– 0,66	0,55– 0,69	0,46– 0,68	0,55– 0,62	≥ 0,40
interne Konsistenz									
Cronbachs Alpha	0,85	0,68	0,68	0,70	0,55	0,57	0,53	0,53	≥ 0,70

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

4.4 Vergleichbarkeit mit HLS-EU-Ergebnissen

Die Ergebnisse des HLS₁₉-AT zur allgemeinen GK sind **NICHT eins zu eins mit den HLS-EU-Ergebnissen vergleichbar**. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- » Zur Erfassung der allgemeinen GK wurde im HLS₁₉-AT der Kurzfragebogen HLS₁₉-Q12-AT verwendet, um in der Erhebung den Fokus zusätzlich auch auf andere GK-Bereiche richten zu können.
- » Die aus dem HLS-EU-Q47 stammenden Fragen zur Erfassung der allgemeinen GK wurden vom HLS₁₉-Konsortium auf Basis bisheriger nationaler und internationaler Erfahrungen in der Anwendung des Instruments sowie in Bezug auf die unterschiedlichen Bedingungen in den HLS₁₉-Ländern mehrheitlich inhaltlich überarbeitet und adaptiert (s. Kapitel 2.5).
- » Das HLS₁₉-Konsortium hat eine Änderung an den Antwortkategorien vorgenommen, da die beiden mittleren Antwortkategorien (im Engl. fairly easy und fairly difficult) in puncto Vergleichbarkeit zwischen den Ländern Schwierigkeiten gemacht haben. Das in der deutschen Übersetzung des HLS-EU-Fragebogens verwendete Antwortschema mit den Kategorien sehr einfach – ziemlich einfach – ziemlich schwierig – sehr schwierig wurde in der HLS₁₉-AT-Studie – entsprechend den Vorgaben des Studienprotokolls – in sehr einfach – einfach – schwierig – sehr schwierig geändert.

- » Die GK-Indizes/-Scores werden in der HLS₁₉-Studie – aufgrund der geänderten Antwortkategorien – neu berechnet und anders skaliert. Die Umstellung der Berechnungsweise ist notwendig, weil die verwendete Antwortskala (1 sehr schwierig – 2 schwierig – 3 einfach – 4 sehr einfach) kein metrisches Datenformat besitzt (s. Kapitel 2.8).
- » Die veränderte Berechnungsweise der GK-Indizes/-Scores macht auch Anpassungen in der Berechnung der Kompetenzlevels notwendig (s. ebenfalls Kapitel 2.8).
- » Die HLS₁₉-AT-Erhebung fand Ende März bis Ende Mai statt (s. Kapitel 2.3), während die Daten der HLS-EU-Erhebung in den Monaten Juli bis August und die Daten der Zusatzerhebung im November generiert wurden. Saisonale Effekte sind damit nicht auszuschließen.
- » Coronabedingt fand die Erhebung in einem gesellschaftlichen Ausnahmezustand statt, nämlich während der ersten Welle der Corona-Pandemie und während des ersten Lockdowns.
- » Die Daten zum HLS₁₉-AT wurden im Rahmen einer Telefonbefragung und nicht wie im HLS-EU in Form persönlicher Interviews erhoben. Damit kann es zu unterschiedlichen Effekten in puncto Teilnahme und sozialer Erwünschtheit sowie zu andersgearteten Befragungseffekten kommen.
- » In der HLS-EU-Erhebung wurden Personen aus Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren und bei Personen mit Migrationshintergrund nur EU-Bürger/-innen berücksichtigt. In der HLS₁₉-AT-Erhebung wurden Personen im Alter von 18 und mehr Jahren befragt und in puncto Migrationshintergrund keine Einschränkungen vorgenommen.
- » In den letzten zehn Jahren gab es Änderungen in der Bevölkerungszusammensetzung, die einen Einfluss auf die allgemeine GK haben (z. B. Änderungen im Bildungsniveau).

Kapitel 11 setzt sich im Detail mit der Vergleichbarkeit der beiden GK-Erhebungen (HLS-EU und HLS₁₉-AT) auseinander und versucht eine Annäherung in dieser Frage. Dabei wird deutlich, dass **Telefoninterviews** – im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden – **zu einer Unterschätzung der GK-Schwierigkeiten und zu einer Überschätzung des GK-Niveaus in der Bevölkerung führen**. Es zeigt sich jedoch auch, dass die HLS₁₉-AT-Ergebnisse sowohl in Bezug auf besonders schwierige GK-Aufgaben als auch hinsichtlich gesellschaftlicher Bevölkerungsgruppen mit größeren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen die HLS-EU-Ergebnisse bestätigen. Das grundsätzliche Anforderungsprofil für die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung dürfte sich damit in den letzten zehn Jahren kaum oder nur geringfügig geändert haben.

4.5 Ergebnisse

Im Ergebniskapitel zur allgemeinen GK wird zuerst das durchschnittliche Antwortmuster zu den zwölf GK-Aufgaben des HLS₁₉-Q12 dargestellt. Dann wird auf das Antwortverhalten zu den einzelnen ALLG-GK-Aufgaben eingegangen. Anschließend werden die zusätzlich erhobenen ALLG-GK-Aufgaben und die Ergebnisse zu den ALLG-GK-Scores berichtet.

4.5.1 Schwierigkeiten bei Allgemeine-Gesundheitskompetenz-Aufgaben

Durchschnittliches Antwortmuster HLS₁₉-Q12

Rund 15 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (rund 1,07 Mio. Personen ab 18 Jahren) haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten GK-Aufgaben (HLS₁₉-Q12) im Bereich der allgemeinen Gesundheitskompetenz

Schwierigkeiten mit GK-Aufgaben

Von den zwölf Aufgaben des HLS₁₉-Q12-AT werden vor allem die folgenden drei als besonders herausfordernd eingestuft:

- » das **Beurteilen verschiedener Behandlungsmöglichkeiten** hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile (für 37 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » das **Finden von Informationen, wie man mit psychischen Problemen umgehen kann** (für 31 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **Entscheidungen zur Krankheitsprävention aufgrund von Informationen aus den Medien** (für 26 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig; s. Tabelle 4.4).

Alle anderen GK-Aufgaben des HLS₁₉-Q12 weisen einen Anteil von sehr schwierig und schwierig auf, der um oder unter dem Durchschnitt von 15 Prozent liegt.

Die einzelnen GK-Aufgaben zur ALLG-GK weisen signifikante Zusammenhänge mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen auf (s. Tabelle 4.5). Dabei zeigt sich:

- » *Männer* haben häufiger Schwierigkeiten, Informationen zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen, auf Basis von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können, und zu beurteilen, wie ihre Wohnsituation ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinflusst.
- » *Personen mittleren Alters* haben bei nahezu allen ALLG-GK-Aufgaben häufiger Schwierigkeiten, z. B. herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten können, wenn sie krank sind*, die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden zu beurteilen*, Empfehlungen ihrer Ärztinnen/Ärzte zu befolgen*, Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen zu finden*, Informationen zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen, Informationen zu gesunden Lebensweisen zu finden*, die Vertrauenswürdigkeit von Informationen zu ungesunden Lebensweisen einzuschätzen, sich auf Basis von Informationen aus den Medien vor Krankheiten zu schützen* und zu beurteilen, wie ihre Wohnsituation ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinflusst. Die mit * gekennzeichneten Aufgaben stellen zusätzlich auch für die ältere Bevölkerung (Menschen ab 60) eine große Herausforderung dar. Bei den 18- bis 29-Jährigen begegnen hier hingegen das Thema „Informationen zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen verstehen“ und das Beurteilen, wie die eigene Wohnsituation die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflusst.

- » *Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss* haben häufiger Schwierigkeiten, Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist, herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten können, wenn sie krank sind, Informationen zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen, Informationen zu gesunden Lebensweisen zu finden und die Vertrauenswürdigkeit von Informationen zu ungesunden Lebensweisen einzuschätzen.
- » *Menschen in finanziell prekären Lebenslagen* erleben nahezu alle ALLG-GK-Aufgaben – von der Gesundheitsförderung über die Prävention bis zur Krankheitsbewältigung – herausfordernder als jene ohne finanzielle Schwierigkeiten.
- » *Menschen auf Arbeitssuche* haben größere Schwierigkeiten, die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden zu beurteilen, Empfehlungen ihrer Ärztinnen/Ärzte zu befolgen, Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen und zu gesunden Lebensweisen zu finden, die Vertrauenswürdigkeit von Informationen zu ungesunden Lebensweisen einzuschätzen und sich auf Basis von Informationen aus den Medien vor Krankheiten zu schützen.

Tabelle 4.4:

HLS₁₉-Q12-GK-Aufgaben zur allgemeinen Gesundheitskompetenz, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig oder schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020

Auf einer Skala von sehr einfach, einfach, schwierig bis sehr schwierig, wie einfach oder schwierig, würden Sie sagen, ist es ...	sehr schwierig oder schwierig	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	sehr einfach oder einfach
die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? COREHL10	36,9	3,8	33,1	47,7	15,4	63,1
Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? COREHL18	30,5	3,6	26,9	47,0	22,5	69,5
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? COREHL31	25,9	4,8	21,1	50,9	23,2	74,1
Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder von Freunden/Freundinnen zu verstehen? COREHL37	14,8	1,3	13,4	50,6	34,6	85,2
Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern? COREHL44	11,9	0,5	11,4	57,1	31,0	88,1
zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßigen Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind? COREHL24	11,8	1,0	10,8	54,3	33,9	88,2
Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist? COREHL7	11,5	1,0	10,5	54,9	33,7	88,5
Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen? COREHL23	10,2	0,7	9,5	57,3	32,6	89,8
zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann? COREHL42	9,5	0,7	8,8	53,2	37,3	90,5
herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? COREHL4	7,3	1,2	6,1	50,7	42,0	92,7
den Empfehlungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder eines Apothekers / einer Apothekerin zu folgen? COREHL16	7,3	0,3	7,0	56,2	36,4	92,7
Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden wie ausreichende Bewegung oder gesunde Ernährung? COREHL32	6,1	0,3	5,8	51,6	42,3	93,9
durchschnittliches Antwortmuster	15,2	1,6	13,6	52,7	32,1	84,8

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es dazu kommen, dass alle vier Antwortkategorien zusammengekommen nicht exakt 100 % ergeben.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 4.5:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den HLS₁₉-Q12-Aufgaben zur allgemeinen Gesundheitskompetenz 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18–64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18–29 30–59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere mindestens eine	(sehr) einfach (sehr) schwierig
die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? CORE-HL10	—	30–59 (60+)	—	(sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos	eine mehrere	(sehr) schwierig
Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? CORE-HL18	—	30–59 60+	—	(sehr) schwierig	arbeitslos (erwerbstätig)	—	(sehr) schwierig
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? CORE-HL31	Männer	30–59 (60+)	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder von Freunden/Freundinnen zu verstehen? CORE-HL37	—	30–59 60+	max. Pflichtschule	—	—	eine mehrere	(sehr) schwierig
Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern? CORE-HL44	—	30–59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßigen Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind? CORE-HL24	—	30–59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist? CORE-HL7	—	—	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	mehrere	—

Fortsetzung Tabelle 4.6

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den HLS₁₉-Q12-Aufgaben zur Allgemeinen Gesundheitskompetenz, 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18–64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18–29 30–59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbstätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen? COREHL23	Männer	18–29 30–59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	—	(sehr) schwierig
zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann? COREHL42	Männer	18–29 30–59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? COREHL4	Frauen	30–59 60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
den Empfehlungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder eines Apothekers / einer Apothekerin zu folgen? COREHL16	—	30–59 (60+)	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	—
Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden wie ausreichende Bewegung oder gesunde Ernährung? COREHL32	—	30–59 60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig

— = keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Schwierigkeiten bei den zusätzlich erhobenen GK-Aufgaben

Zusätzlich zu den GK-Aufgaben des HLS₁₉-Q12 wurden in Österreich noch vier weitere GK-Aufgaben zur allgemeinen GK erfasst. Sie beziehen sich auf Informationsverarbeitungsaspekte zu den Themen psychische Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Versorgung.

Rund 24 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher ab 18 Jahren fällt es sehr schwer oder schwer, **zu beurteilen, ob sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt bzw. einer anderen Ärztin einholen sollten**, rund 14 Prozent fällt es sehr schwer oder schwer, ärztliche Informationen zu nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen. Zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen gemacht werden sollten, wird von 15 Prozent der erwachsenen Österreicherinnen und Österreicher als schwierig oder sehr schwierig erlebt. Weitere 15 Prozent schätzen die Aufgabe, Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden sind, als herausfordernd ein (s. Tabelle 4.7).

Auch bei den zusätzlichen GK-Aufgaben zur ALLG-GK gibt es signifikante Zusammenhänge mit soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen. Auch hier sind es vor allem Personen zwischen 30 und 59 Jahren, Menschen in einer finanziell prekären Situation, Menschen auf Arbeitssuche, Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen und jene, für die der Umgang mit chronischen Gesundheitsproblemen (sehr) schwierig ist, welche diese Aufgaben häufiger als sehr schwierig oder schwierig einstufen (s. Tabelle 4.7):

- » *Männer* haben häufiger Schwierigkeiten, Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden sind.
- » *Menschen im Alter von 30 bis 59 Jahren* fällt es schwerer, zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie machen sollten, die Informationen ihrer Ärztinnen/Ärzte zu nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen, zu beurteilen, ob sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt / einer anderen Ärztin einholen sollten, und Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden sind.
- » *Menschen in einer (sehr) schwierigen finanziellen Situation* stufen ebenfalls alle zusätzlich abgefragten ALLG-GK-Aufgaben schwieriger ein als jene ohne finanzielle Schwierigkeiten.
- » *Menschen auf Arbeitssuche* haben größere Schwierigkeiten, zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie machen sollten, und Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden sind.

Tabelle 4.7:

Zusätzliche GK-Aufgaben zur ALLG-GK, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020

Auf einer Skala von sehr einfach, einfach, schwierig bis sehr schwierig, wie einfach oder schwierig, würden Sie sagen, ist es ...	sehr schwierig oder schwierig	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	sehr einfach oder einfach
zu beurteilen, ob Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt bzw. einer anderen Ärztin einholen sollten? COREHL11	23,5	1,8	21,7	54,1	22,3	76,5
Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für Ihre psychische Gesundheit und Ihr Wohlbefinden sind? COREHL33	15,3	1,5	13,8	52,1	32,6	84,7
zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie machen lassen sollten? COREHL27	14,7	1,3	13,4	55,1	30,2	85,3
Informationen von Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin zu nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen? COREHL13	14,2	0,7	13,4	59,7	26,1	85,8

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es dazu kommen, dass alle vier Antwortkategorien zusammengekommen nicht exakt 100 % ergeben.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 4.8:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den zusätzlichen GK-Aufgaben zur allgemeinen Gesundheitskompetenz 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18–64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18–29 30–59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
zu beurteilen, ob Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt bzw. einer anderen Ärztin einholen sollten? COREHL11	—	30–59	—	(sehr) schwierig	—	—	(sehr) schwierig
Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für Ihre psychische Gesundheit und Ihr Wohlbefinden sind? COREHL33	Männer	30–59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie machen lassen sollten? COREHL27	—	18–29 30–59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
Informationen von Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin zu nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen? COREHL13	—	30–59	—	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig

— = keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

4.5.2 Durchschnittliche allgemeine Gesundheitskompetenz

Im Durchschnitt erreicht die österreichische Bevölkerung bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz **84,8 von 100 Punkten** (Standardabweichung [SD] 16,1). Die ab 18-jährige Bevölkerung bewertet damit im Durchschnitt rund 85 Prozent der zwölf GK-Aufgaben zur allgemeinen GK (d. h. rund zehn) als sehr einfach oder einfach.

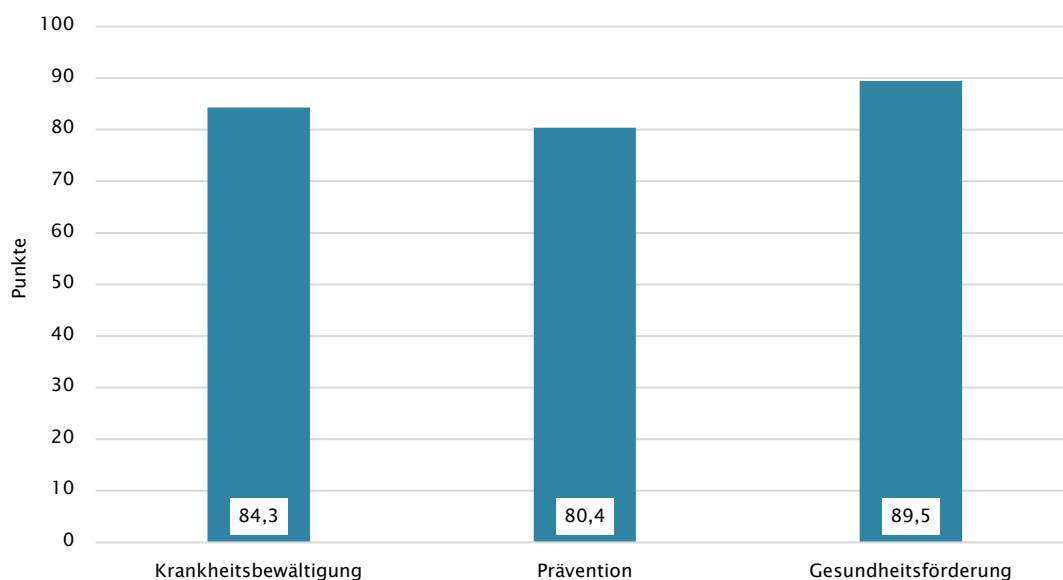
Subdimensionen

Entlang der inhaltlichen Subdimensionen der allgemeinen Gesundheitskompetenz (Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung) erreicht die österreichische Bevölkerung **im Bereich Prävention den geringsten Punktwert** (MW 80,4; s. Abbildung 4.1). Am besten schätzen die Österreicher/-innen ihre allgemeine Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung ein (MW 89,5).

Abbildung 4.1:

Durchschnittliche Einschätzung der allgemeinen GK anhand ihrer Subdimensionen

Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



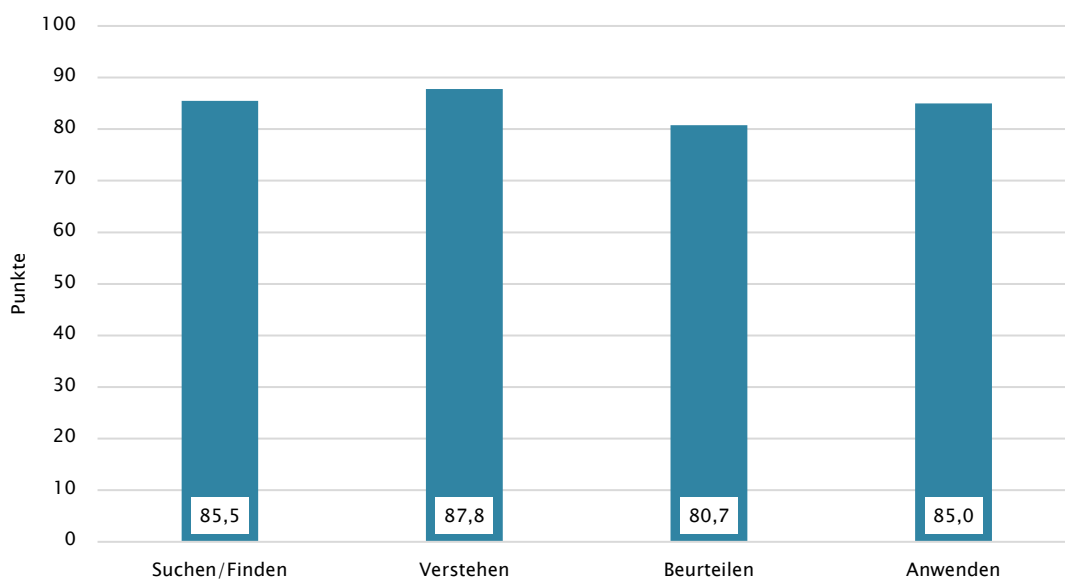
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Prozessdimensionen

In puncto Prozessdimensionen stellt das **Einschätzen bzw. Beurteilen** von Gesundheitsinformationen die **größte Herausforderung** dar (MW 80,7), gefolgt vom Anwenden (MW 85,0) und Finden von Gesundheitsinformationen (MW 85,5; s. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:

Durchschnittliche Einschätzung der allgemeinen GK anhand ihrer Prozessdimensionen 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

ALLG-GK-Score nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen

Der Vergleich ausgewählter Bevölkerungsgruppen zeigt, dass es bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz signifikante **Unterschiede nach Geschlecht, Alter, formaler Bildung, Erwerbsstatus und finanzieller Situation** gibt.

Männer weisen insgesamt eine etwas geringere ALLG-GK auf als Frauen (MW 84,1 vs. 85,5; $p < 0,05$).

In puncto Altersgruppen wird deutlich, dass **Österreicher/-innen im mittleren Alter**, d. h. zwischen 30 und 59 Jahren ihre allgemeine Gesundheitskompetenz im Durchschnitt schlechter einstufen (MW 82,7) als im Vergleich dazu die jüngere und ältere Bevölkerung (MW > 85 , $p < 0,001$; s. Abbildung 4.3). Dies liegt möglicherweise daran, dass das mittlere Alter eine Lebensphase darstellt, in der eigene Kinder und deren Gesundheit, erste chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme, die Pflege und Betreuung Angehöriger und die daraus hervorgehenden Belastungen und

Anforderungen eine Rolle spielen (Griebler et al. 2020) und die GK stärker auf den Prüfstand stellen.

Österreicher/-innen ab 30 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss verfügen über eine geringere allgemeine GK (MW 81,3) als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (MW 84,1 bzw. 84,7, $p < 0,01$; s. Abbildung 4.3).

Mit Fokus auf die österreichische Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren, hier 18–64) weisen **Österreicherinnen und Österreicher auf Arbeitssuche** den geringsten GK-Score in puncto ALLG-GK auf (MW 78,2, $p < 0,001$; s. Abbildung 4.3).

Eine deutlich geringere ALLG-GK findet sich auch bei **Personen in finanziell prekären Lebenslagen**, die in Haushalten leben, die am Ende des Monats Schwierigkeiten haben, alle offenen Rechnungen zu bezahlen. Sie weisen mit einem durchschnittlichen ALLG-GK-Score von 79,8 Punkten eine geringere allgemeine GK auf als jene, auf welche dies nicht zutrifft (MW 85,8; $p < 0,001$; s. Abbildung 4.3).

Ein Vergleich der soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten der ALLG-GK verdeutlicht, dass die allgemeine GK am stärksten vom Lebensalter abhängt und deutlich mit einer finanziell prekären Lebenssituation korreliert. Darüber hinaus spielen hier das Geschlecht (Mann sein), eine geringe formale Bildung und Arbeitslosigkeit eine Rolle (s. Tabelle 4.9). Da das Modell die einzelnen Einflussfaktoren unabhängig voneinander bewertet, trägt vor allem die Kombination dieser Faktoren zu einer deutlich geringeren GK bei.

Tabelle 4.9:

Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die ALLG-GK 2020

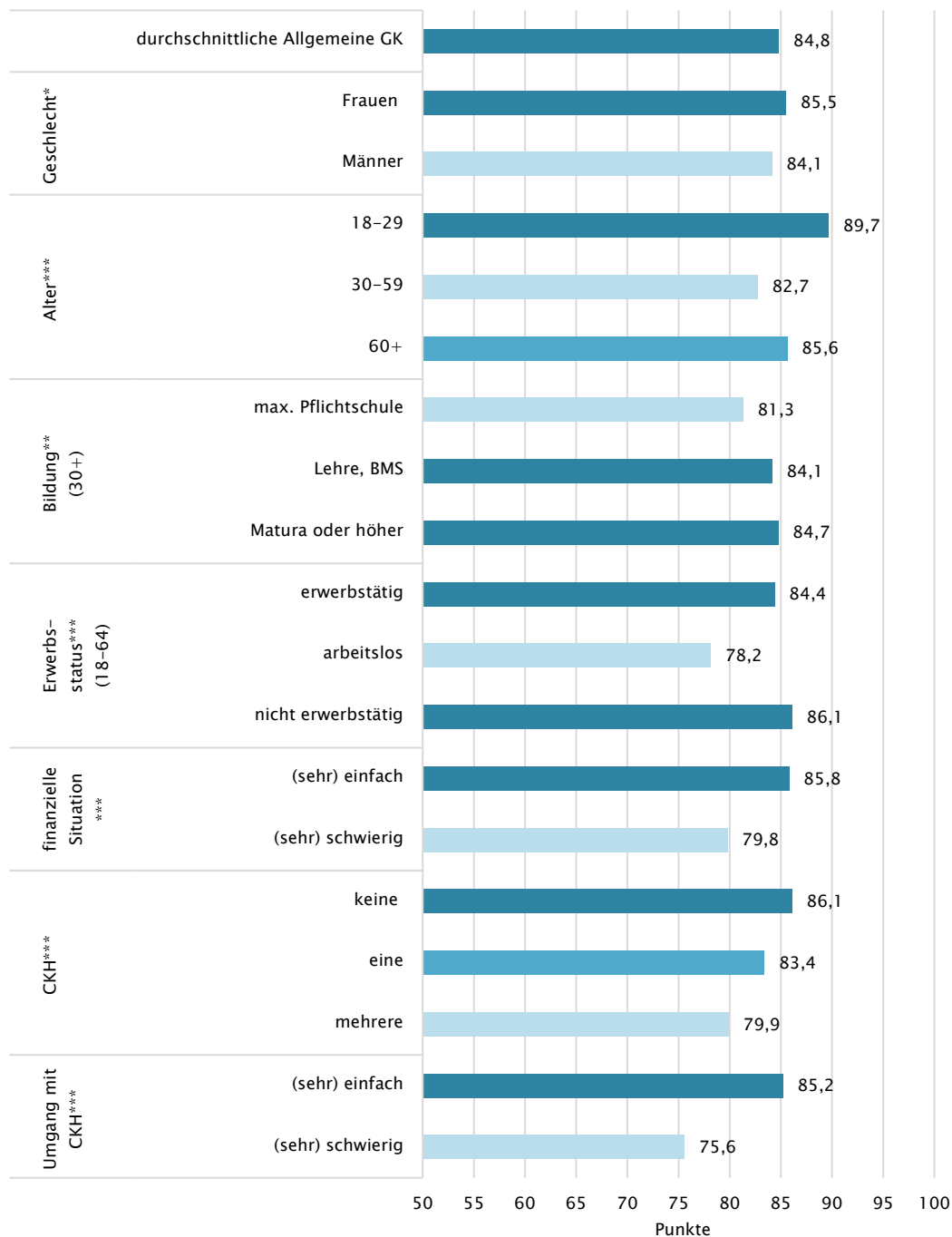
standardisierte Beta-Koeffizienten	Block 1	Block 1+2	Block 1+3
Block 1			
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	-0,05**	-0,05**	-0,06**
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	-0,22***	-0,20***	-0,20***
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	-0,20***	-0,17***	-0,17***
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	0,01	0,01	0,01
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	-0,04**	-0,03*	-0,03
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	0,00	-0,01	-0,01
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	-0,13***	-0,12***	-0,10***
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	-0,05**	-0,04*	-0,04*
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	0,09**	0,10**	0,09**
Block 2			
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, eine(s) (Ref. keine(s))		-0,06**	
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, mehrere (Ref. keine)		-0,08***	
Block 3			
keine Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			-0,02
Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			-0,16***

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Abbildung 4.3:

Durchschnittliche Einschätzung der allgemeinen GK nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, ALLG-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; CKH = chronische Krankheit

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH - HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

4.5.3 Allgemeine GK und chronische Erkrankungen

Laut HLS₁₉-AT sind rund 36 Prozent der ab 18-jährigen Österreicher/-innen von dauerhaften Erkrankungen oder chronischen Gesundheitsproblemen betroffen. Dies entspricht in etwa den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (Klimont 2020). Mehrere chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme weisen 7,5 Prozent der erwachsenen Österreicher/-innen auf.

Für rund drei Viertel aller Betroffenen ist der Umgang mit ihren chronischen Gesundheitsproblemen (sehr) einfach (74 %), während er sich für rund 22 Prozent schwierig und für 4,5 Prozent sogar sehr schwierig gestaltet. Schwierigkeiten beim Coping mit ihren chronischen Erkrankungen haben vor allem Menschen mit mehreren chronischen Gesundheitsproblemen, Personen mit geringer formaler Bildung, Menschen in finanziell prekären Lebenslagen und Menschen auf Arbeitssuche.

Ein Vergleich dieser Personengruppen in Bezug auf ihre allgemeine GK verdeutlicht, dass Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen (MW 79,9), gefolgt von Personen mit nur einer chronischen Erkrankung / einem dauerhaften Gesundheitsproblem (MW 83,4) durchschnittlich über eine geringere allgemeine GK verfügen als Personen ohne chronische Gesundheitsprobleme (MW 86,1; $p < 0,001$; s. Abbildung 4.3). Sie haben größere Schwierigkeiten,

- » zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist,
- » herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten können, wenn sie krank sind,
- » Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden zu beurteilen,
- » Informationen ihrer Ärztinnen/Ärzte zu nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen,
- » Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden sind,
- » Informationen zu gesunden Lebensweisen zu finden und
- » Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden verbessern (s. Tabelle 4.5).

Interessant ist hier, dass chronisch erkrankte Menschen, die der Meinung sind, dass es für sie sehr einfach oder einfach sei, mit ihren chronischen Erkrankungen zurechtzukommen, keine signifikant schlechtere allgemeine GK aufweisen (MW 85,2; $p > 0,05$) als Personen ohne chronische/dauerhafte Gesundheitsprobleme (MW 86,1). Deutlich und signifikant schlechter fällt hingegen die ALLG-GK bei jenen Personen aus, die **Schwierigkeiten im Umgang mit ihren chronischen Erkrankungen** und Gesundheitsproblemen haben (MW 75,6; $p < 0,001$; s. Abbildung 4.3). Dies zeigt sich unabhängig von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren (s. Tabelle 4.9) und verweist auf Fragen der Versorgungsqualität und der integrierten Versorgung chronischer Erkrankungen.

5 Digitale Gesundheitskompetenz

Zentrale Ergebnisse:

- » 76 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher nutzen das Internet, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren – 26 Prozent mindestens einmal pro Woche.
- » 44 Prozent nutzen soziale Medien, um sich über gesundheitliche Themen zu informieren oder auszutauschen – 17 Prozent mindestens einmal pro Woche.
- » Digitale Geräte in Zusammenhang mit Gesundheit (z. B. Schrittzähler, Smart Watch, Fitness-armband etc.) oder mit der medizinischen Versorgung werden von 42 Prozent genutzt, von 16 Prozent täglich.
- » Etwa ein Drittel der Österreicher/-innen verwendet Gesundheitsapps auf dem Handy (z. B. um den Kalorienverbrauch zu zählen, die Medikamenteneinnahme zu unterstützen oder um körperliche Aktivitäten zu messen). 15 Prozent nutzen diese Apps täglich, weitere elf Prozent auf einer wöchentlichen Basis.
- » Rund ein Viertel der Österreicher/-innen nutzt digitale Interaktionsmöglichkeiten mit Gesundheitsdienstleistern (z. B. Onlineterminvereinbarung, Zugriff auf die persönliche Gesundheitsakte, elektronische Zustellung/Übermittlung medizinischer Befunde, Kommunikation mit einem Anbieter).
- » Digitale Medien werden häufiger von der jüngeren Bevölkerung, von Menschen mit einer höheren formalen Bildung und von Personen ohne chronische Erkrankungen genutzt. Einzig soziale Medien werden häufiger von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (von Menschen in finanziell prekären Lebenslagen und von Menschen auf Arbeitssuche) als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen verwendet.
- » 30 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher, die das Internet dazu nutzen, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (rund 1,76 Mio. Personen ab 18 Jahren), haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten GK-Aufgaben im Bereich der digitalen Gesundheitskompetenz (DIGI-GK).
- » Die größten Schwierigkeiten bestehen hier beim Beurteilen, ob hinter den angebotenen Informationen wirtschaftliche Interessen stehen, des Weiteren darin, die Vertrauenswürdigkeit der gefundenen Informationen einzuschätzen und die gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems zu nutzen, sowie bei der Beurteilung, ob Informationen auf die eigene Person zutreffen.
- » Die DIGI-GK ist sozial ungleich verteilt: Eine geringere DIGI-GK wird bei Menschen mit geringer formaler Bildung, bei Personen in finanziell prekären Situationen und bei Menschen ab 30 Jahren beobachtet.
- » Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen eine geringere DIGI-GK auf als Menschen ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen.

Die zunehmende Präsenz digitaler/elektronischer Ressourcen – wie z. B. elektronischer Gesundheitsakten, Telegesundheitsinitiativen, digitaler Gesundheitsapps, interaktiver Tools zur Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistern (z. B. zur Terminvereinbarung oder Befundübermittlung) und Websites zu Gesundheitsthemen – stellt die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Bevölkerung im Umgang mit diesen Anwendungen und Ressourcen auf die Probe (Norman/Skinner 2006).

Die Menge an Informationen zu den Themen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung und die Anzahl der Kanäle zur Verbreitung dieser Informationen hat im Zuge der Digitalisierung explosionsartig zugenommen. Aufgrund des allgegenwärtigen Charakters der digitalen Kommunikation suchen auch kommerzielle Unternehmen und Privatpersonen die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit über digitale Kanäle. Dadurch geraten vermehrt interessengeleitete, manipulative oder schlichtweg falsche Informationen in Umlauf, die der Öffentlichkeit und den einzelnen Nutzerinnen und Nutzern besonders kritische und analytische Fähigkeiten abverlangen (Paige et al. 2018).

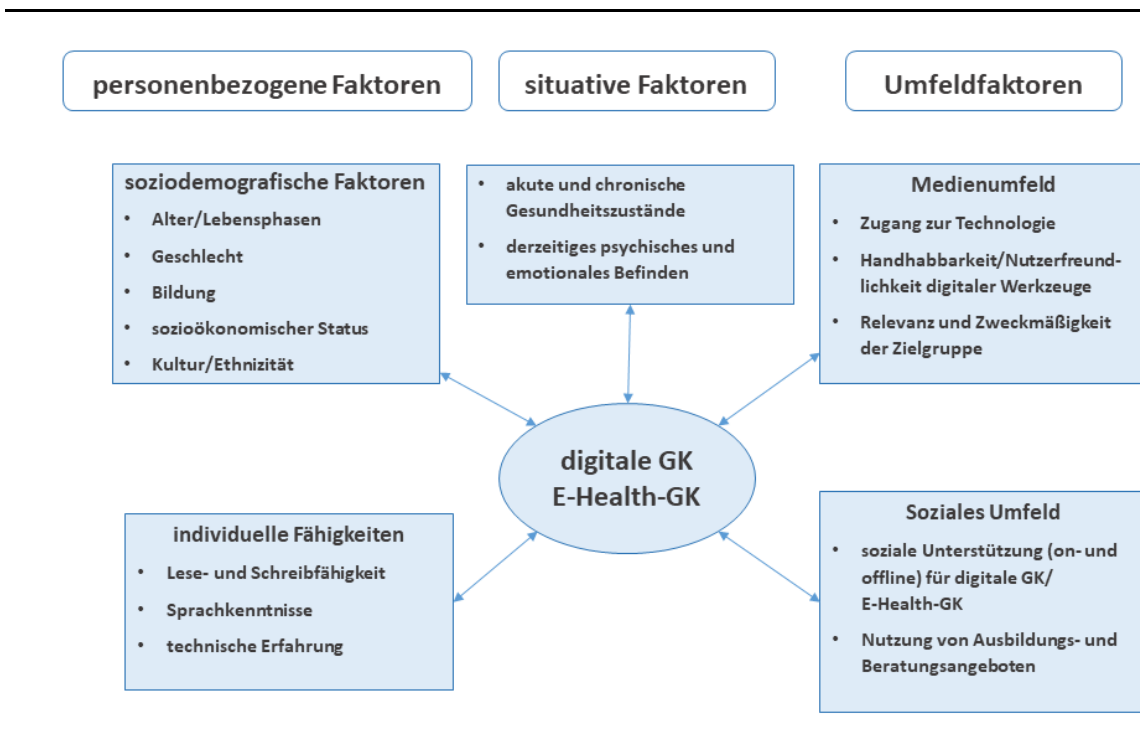
Auch die Corona-Pandemie hat gezeigt, welche zentrale Rolle digitale Medien in der Verbreitung von Gesundheitsinformationen spielen. Besonders die Informationsdichte, u. a. Informationen zur Entstehung des Virus, zu seiner Verbreitung und zu Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz, war begleitet von Des- und Fehlinformationen, sodass in diesem Zusammenhang sogar von einer „Infodemie“ gesprochen wurde. (Paakkari/Okan 2020)

5.1 Definition und Konzept

Das im HLS₁₉ verwendete Konzept der digitalen Gesundheitskompetenz (DIGI-GK) geht auf das Konzept der E-Health-Literacy von Norman und Skinner (2006) zurück und bezieht sich auf den Umgang mit digitalen Technologien und Ressourcen. DIGI-GK bezeichnet die individuellen, sozialen, technischen, kritischen und analytischen Fähigkeiten, die für das Suchen, Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden digital verfügbarer Gesundheitsinformationen wichtig sind (Kolpatzik et al. 2020; Norman/Skinner 2006). Die DIGI-GK wird als ein Teil einer umfassenden GK konzeptualisiert und wird im Spannungsfeld von persönlichen, situativen und kontextbezogenen Faktoren und deren Wechselwirkungen verortet (Levin-Zamir/Bertschi 2018) s. Abbildung 5.1). Vor allem in neueren Arbeiten wird aufgezeigt, dass sich die DIGI-GK nicht nur auf ein kompetentes Navigieren im digitalen Raum und auf die geschickte Nutzung digitaler Ressourcen und deren Bewertung bezieht (z. B. Gesundheitsapps, soziale Medien, Informationsseiten im Internet), sondern auch auf die erheblich angewachsenen individuellen „Optionsräume“, die mit der Digitalisierung und der damit zusammenhängenden Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen entstehen (Bittlingmayer et al. 2020).

Abbildung 5.1:

Digitale GK im Spannungsfeld personenbezogener, situativer und kontextbezogener Faktoren



Quelle: Levin-Zamir/Bertschi (2018), Übersetzung und Darstellung: GÖG

5.2 Forschungsstand

Es gibt eine Fülle von Studien und Untersuchungen zur DIGI-GK, vor allem zur E-Health-Kompetenz (EHK), die z. T. synonym für die DIGI-GK verwendet wird und in vielen Fällen anhand der eHealth Literacy Scale (eHEALS) erhoben wird. Der Fokus dieser Studien liegt auf

- » den Determinanten und Bedingungen der DIGI-GK,
- » den Zusammenhängen zwischen der DIGI-GK und Gesundheitsfolgen und der Nutzung von Gesundheitsvorsorgeangeboten und
- » der Erfassung unterschiedlicher Levels der DIGI-GK (Karnoe/Kayser 2015).

Neter/Brainin (2019) zeigten, dass Personen mit hoher DIGI-GK jünger und gebildeter sind als Personen mit niedriger DIGI-GK und dass diese Bevölkerungsgruppen mehr Nutzen aus den gewonnenen Informationen ziehen konnten (u. a. in Bezug auf Selbstmanagement von Gesundheitsproblemen, auf Gesundheitsverhalten und auf ihre Interaktionen mit Ärztinnen und Ärzten).

Außerdem konnte gezeigt werden, dass Personen mit hoher DIGI-GK häufiger digitale Ressourcen und soziale Medien nutzen, um Gesundheitsinformation zu suchen, als Personen mit niedriger DIGI-GK (Tennant et al. 2015). In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass die DIGI-

GK durch die aktive Nutzung digitaler Medien geformt wird (Levin–Zamir/Bertschi 2018). De Wit et al. (2018) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass eine kritische digitale GK durch entsprechende Lernangebote in der Gemeinschaft und durch soziale Unterstützung gefördert werden kann.

Neuere Auseinandersetzungen mit der DIGI-GK beschäftigen sich mit Fragen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit. Bittlingmayer et al. (2020) weisen z. B. darauf hin, dass weniger der Zugang zu digitalen Medien zur Ungleichheit beiträgt als vielmehr Unterschiede in den dafür relevanten Kompetenzen.

Trotz einer steigenden Anzahl von Untersuchungen scheint es bis heute keine umfassende Erhebung auf nationaler oder internationaler Ebene zu dieser Thematik zu geben. Daher bietet HLS₁₉ eine besondere Gelegenheit, die DIGI-GK auf Bevölkerungsebene zu erfassen und Zusammenhänge mit der allgemeinen GK, soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren und mit möglichen gesundheitsbezogenen Konsequenzen zu untersuchen.

Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig ein kritischer Umgang mit Gesundheitsinformationen im Web und in den sozialen Medien ist. Eine rezente Erhebung unter deutschen Studierenden zur Nutzung digitaler Medien in Zusammenhang mit Informationen zu COVID-19 zeigt, dass den Studierenden, obwohl die DIGI-GK unter ihnen hoch ist, vor allem das Beurteilen digitaler Informationen besonders schwerfällt (Dadaczynski et al. 2021). Die Corona-Pandemie hat aber auch zu einer Zunahme an E-Health-Angeboten geführt. In diesem Zusammenhang sollte der Blick auf eine mögliche Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten gerichtet werden, verursacht durch das Fehlen jener Kompetenzen, die benötigt werden, um diese Angebote richtig nutzen zu können (Crawford/Serhal 2020).

5.3 Erhebungsinstrument (HLS₁₉-DIGI-AT)

Mehrere systematische Reviews beschäftigen sich mit der Messung von DIGI-GK: Huhta et al. (2018) etwa setzen sich mit Konzepten und Definitionen von DIGI-GK und deren Operationalisierung im webbasierten Bereich auseinander, Karnoe/Kayser (2015) befassen sich mit der Frage, wie DIGI-GK/EHK gemessen wird, und Mackert et al. (2014) beschäftigen sich mit Studien, die zwischen 2000 und 2010 durchgeführt wurden und sich mit EHK befassen. Ihr Blick ist dabei auf die theoretischen Grundlagen, auf die verwendete Methodologie und auf die Klarheit der Ergebnisse gerichtet. Collins et al. (2012) wiederum beschäftigten sich mit GK-Instrumenten für E-Health-Applikationen.

Für die HLS₁₉-Studie wurde das von van der Vaart/Drossaert (2017) entwickelte „Digital Health Literacy Instrument“ verwendet und adaptiert (HLS₁₉-DIGI-AT). Entscheidend für die Wahl des Instruments war seine Kompatibilität mit dem konzeptuellen Modell von Sørensen et al. (2012), das der HLS₁₉-Studie als theoretische Grundlage dient. Das Erhebungsinstrument umfasst drei Bereiche:

1. Fragen zur Häufigkeit der Nutzung digitaler Informationsangebote in einer typischen Woche (nie – seltener als einmal pro Woche – an 1–3 Tagen in der Woche – an 4–6 Tagen in der Woche – einmal täglich – mehrmals täglich) anhand einer Liste fünf konkreter digitaler Angebote, die von den Befragten auch ergänzt werden konnte
2. eine Liste von Aufgaben in Zusammenhang mit dem Suchen/Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden digitaler Gesundheitsinformationen, die es hinsichtlich ihrer Schwierigkeit oder Einfachheit einzuschätzen galt (sehr einfach – einfach – schwierig – sehr schwierig) und auf deren Grundlage der DIGI-GK-Index errechnet wird
3. zwei interaktive Aufgaben mit Fokus auf soziale Medien und digitale Möglichkeiten der Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern, die ebenfalls hinsichtlich ihrer Schwierigkeit oder Einfachheit einzuschätzen waren (sehr einfach – einfach – schwierig – sehr schwierig).

Die konkreten GK-Aufgaben zu Punkt (2) und (3) sind in Tabelle 5.3 ersichtlich. Die Ergebnisse zu Punkt (1) sind in Kapitel 5.4.1 aufbereitet.

Die Ergebnisse einer konfirmatorischen Faktoranalyse sowie einer Überprüfung der internen Konsistenz bestätigen die faktorielle Validität und Reliabilität des HLS₁₉-DIGI-AT.

Der Anteil der befragten Personen, die keine Antwort gaben („weiß nicht“), liegt bei den acht DIGI-GK-Aufgaben zwischen 12,9 und 17,9 Prozent und bei den zwei zusätzlichen DIGI-GK-Aufgaben bei 23,5 Prozent (eine schriftliche Nachricht an einen Gesundheitsdienstleister klar zu formulieren) bzw. 45,5 Prozent (in sozialen Medien oder Onlineforen Ihre Meinung, Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen oder eine Frage zu stellen). Die hohen Anteile fehlender Werte hängen damit zusammen, dass viele Personen im Alltag weder das Internet noch digitale Möglichkeiten der Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern oder soziale Medien nutzen, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (s. Kapitel 5.4.1).

Tabelle 5.1:

Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS₁₉-DIGI-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items

Kennwert	dichotome Variablen		polytome Variablen	
	Wert	Grenzwert	Wert	Grenzwert
konfirmatorische Faktoranalyse				
SRMR	0,07	≤ 0,08	0,05	≤ 0,08
RMSEA	0,08	≤ 0,06	0,11	≤ 0,06
CFI	0,98	≥ 0,95	0,99	≥ 0,95
TLI	0,97	≥ 0,95	0,99	≥ 0,95
GFI	0,98	≥ 0,95	0,99	≥ 0,95
AGFI	0,97	≥ 0,90	0,98	≥ 0,90
Faktorladungen (Range)	0,69–0,83	≥ 0,40	0,74–0,84	≥ 0,40
interne Konsistenz				
Cronbachs Alpha	0,81	≥ 0,70	0,92	≥ 0,70

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

5.4 Ergebnisse

5.4.1 Nutzung digitaler Medien in Zusammenhang mit Gesundheit

Rund drei Viertel der erwachsenen Österreicherinnen und Österreicher nutzen das Internet, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren, 26 Prozent einmal pro Woche oder öfter. Das Internet ist damit das am häufigsten genutzte digitale Medium (s. Abbildung 5.2).

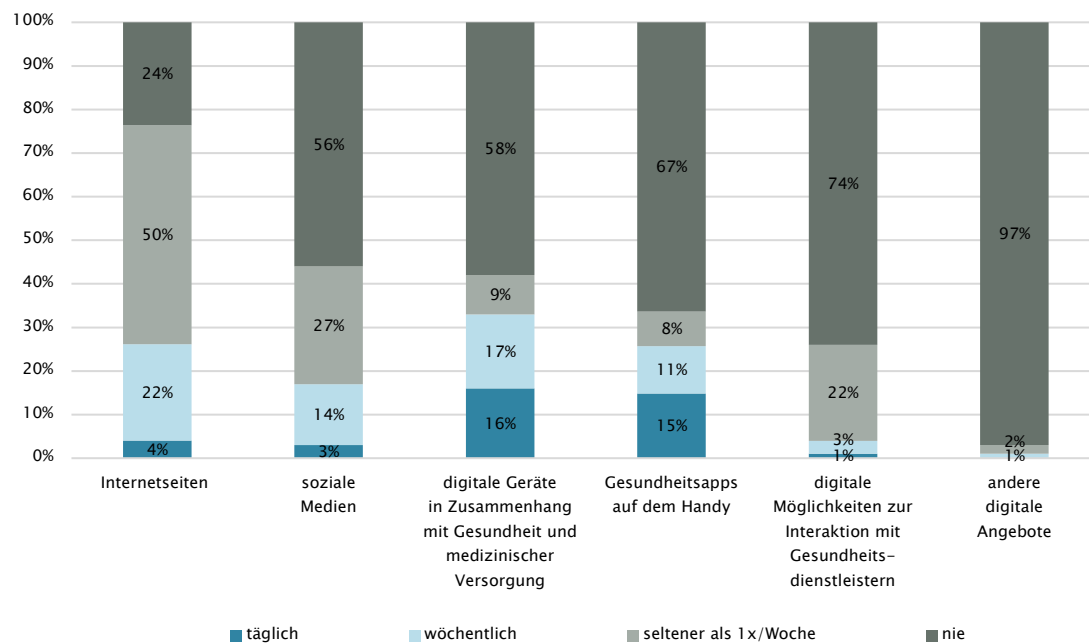
44 Prozent der Österreicher/-innen nutzen soziale Medien, um sich über gesundheitliche Themen zu informieren oder auszutauschen, 17 Prozent mindestens einmal pro Woche.

Digitale Geräte in Zusammenhang mit Gesundheit und mit der medizinischen Versorgung (z. B. Schrittzähler, Smart Watch, Fitnessarmband etc.) werden von 42 Prozent genutzt, von 16 Prozent täglich und von 17 Prozent auf einer wöchentlichen Basis.

Etwa ein Drittel der Österreicher/-innen verwendet Gesundheitsapps auf dem Handy (z. B. um den Kalorienverbrauch zu zählen, die Medikamenteneinnahme zu unterstützen oder um körperliche Aktivitäten zu messen). 15 Prozent nutzen diese Apps täglich, weitere elf Prozent wöchentlich.

Rund ein Viertel nutzt digitale Möglichkeiten zur Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern (z. B. Onlineterminvereinbarung, Zugriff auf die persönliche Gesundheitsakte, elektronische Zustellung/Übermittlung medizinischer Befunde, Kommunikation mit einem Anbieter).

Abbildung 5.2:
Nutzung digitaler Medien in Zusammenhang mit gesundheitlichen Themen in Prozent in einer typischen Woche



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Ein Vergleich von Männern und Frauen macht deutlich, dass Frauen häufiger soziale Medien in Zusammenhang mit Gesundheit nutzen, während Männer häufiger digitale Geräte und Gesundheitsapps am Handy verwenden ($p < 0,05$; s. Tabelle 5.2).

Soziale Medien, digitale Geräte und Handy-Apps werden in Bezug auf Gesundheitsthemen am häufigsten von der jüngeren Bevölkerung (18–29 Jahre) genutzt, Internet und digitale Möglichkeiten der Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern überwiegend von der unter 60-jährigen Bevölkerung ($p < 0,05$).

Insgesamt zeigt sich, dass digitale Medien stärker von Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss verwendet werden ($p < 0,05$) – mit Ausnahme der sozialen Medien, bei denen kein Unterschied zwischen den Bildungsgruppen festzustellen ist – und von Menschen ohne chronische Gesundheitsprobleme ($p < 0,05$), wobei dieser Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit der Nutzung digitaler Möglichkeiten zur Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern nicht besteht.

Während digitale Medien in puncto Gesundheit stärker von Menschen mit einer höheren formalen Bildung genutzt werden, werden soziale Medien häufiger von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (von Menschen in finanziell prekären Lebenslagen und von Menschen auf Arbeitssuche) als Informationsquelle für Gesundheitsthemen herangezogen ($p < 0,05$).

Auch zeigt sich, dass Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen, die keine Schwierigkeiten im Umgang mit ihren chronischen Erkrankungen haben, häufiger digitale Geräte in Zusammenhang mit Gesundheit oder mit der medizinischen Versorgung und Gesundheitsapps am Handy nutzen als jene, die mit ihren chronischen Gesundheitsproblemen nicht mühelos zurechtkommen. Ob diesbezüglich jedoch ein kausaler Zusammenhang besteht, müsste noch weiter untersucht werden.

Tabelle 5.2:

Nutzung digitaler Informationsangebote rund um das Thema Gesundheit nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, Prozentanteil häufigste Nutzung

	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18-64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
digitale Informationsangebote	Männer Frauen	18-29 30-59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
Internetseiten	—	30-59 (18-29)	Matura und höher	—	erwerbstätig arbeitslos	keine	—
soziale Medien	Frauen	18-29	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	keine	—
digitale Geräte im Zusammenhang mit Gesundheit oder der medizinischen Ver- sorgung	Männer	18-29	Matura und höher (Lehre, BMS)	(sehr) einfach	—	keine	(sehr) einfach
Gesundheitsapps auf dem Handy	Männer	18-29	Matura und höher (Lehre, BMS)	—	—	keine	(sehr) einfach
digitale Möglichkeiten der Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern	—	18-29 30-59	Matura und höher	(sehr) einfach	erwerbstätig	—	—

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

5.4.2 Schwierigkeiten mit Digitale-Gesundheitskompetenz-Aufgaben

Durchschnittliches Antwortmuster DIGI-GK

Rund 30 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher, die das Internet dazu nutzen, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (rund 1,76 Mio. Personen ab 18 Jahren), haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten GK-Aufgaben im Bereich der digitalen Gesundheitskompetenz.

Schwierigkeiten mit DIGI-GK-Aufgaben

Die größten Schwierigkeiten in puncto digitaler GK bestehen (s. Tabelle 5.2)

- » beim **Beurteilen, ob hinter den angebotenen Informationen wirtschaftliche Interessen stehen** (für 50 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig),
- » beim **Beurteilen der Vertrauenswürdigkeit der gefundenen Informationen** (für 47 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig),
- » darin, die **gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems zu nutzen** (für 32 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig) und
- » beim **Beurteilen, ob Informationen auf die eigene Person zutreffen** (für 30 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig).

Am leichtesten fällt hingegen die Verwendung richtiger Wörter oder Suchbegriffe, um online die gewünschten Informationen zu finden. Aber auch hierbei haben rund 15 Prozent Schwierigkeiten.

Bei den zusätzlichen Fragen zur Einfachheit bzw. Schwierigkeit, in sozialen Medien oder Onlineforen die eigene Meinung, eigene Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen bzw. eine Frage zu stellen, sehen sich 27 Prozent der Nutzer/-innen sozialer Medien diesbezüglich mit Schwierigkeiten konfrontiert (s. Tabelle 5.3). Beim Formulieren schriftlicher Nachrichten an einen Gesundheitsdienstleister haben rund 23 Prozent Probleme.

Die einzelnen GK-Aufgaben zur DIGI-GK weisen signifikante Zusammenhänge mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen auf (s. Tabelle 5.4). Dabei zeigt sich Folgendes:

- » *Frauen* haben häufiger Schwierigkeiten, zu beurteilen, ob hinter angebotenen Informationen wirtschaftliche Interessen stecken und ob die gefundenen Informationen vertrauenswürdig sind, und weiters damit, unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um zu prüfen, ob dort gleiche Informationen zu einem Thema stehen.
- » *Männern* fällt es hingegen schwerer, die richtigen Wörter oder Suchbegriffe zu verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden und die gefundenen Informationen zu verstehen.

- » *Personen ab 60 Jahren* haben bei fast allen DIGI-GK-Aufgaben häufiger Schwierigkeiten als die jüngeren Altersgruppen.
- » *Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss* sehen sich bei allen DIGI-GK-Aufgaben häufiger mit Schwierigkeiten konfrontiert.
- » *Menschen in finanziell prekären Lebenslagen* berichten bei allen DIGI-GK-Aufgaben häufiger Schwierigkeiten, außer im Umgang mit den sozialen Medien.
- » *Menschen auf Arbeitssuche* fällt es schwerer, die richtigen Wörter oder Suchbegriffe zu verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden, genau jene Informationen zu finden, nach denen sie suchen, und zu beurteilen, ob die gefundenen Informationen auf sie zutreffen.

Tabelle 5.3:

HLS₁₉-GK-Aufgaben zur digitalen Gesundheitskompetenz, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020

Wenn Sie online nach Gesundheitsinformationen suchen, wie einfach oder schwierig ist es für Sie ...	sehr schwierig oder schwierig	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	sehr einfach oder einfach
zu beurteilen, ob hinter den angebotenen Informationen wirtschaftliche Interessen stehen? OPDHL25	49,7	13,2	36,5	32,8	17,5	50,3
zu beurteilen, wie vertrauenswürdig die gefundenen Informationen sind? OPDHL24	46,9	8,1	38,9	36,7	16,4	53,1
die gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems zu nutzen? OPDHL28	31,7	3,4	28,4	50,7	17,5	68,3
zu beurteilen, ob die Informationen auf Sie zutreffen? OPDHL27	29,9	2,6	27,3	50,1	20,0	70,1
genau die Informationen zu finden, nach denen Sie suchen? OPDHL22	23,7	2,5	21,2	50,6	25,7	76,3
die gefundenen Informationen zu verstehen? OPDHL23	22,3	2,1	20,2	54,2	23,5	77,7
unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um zu prüfen, ob dort gleiche Informationen zu einem Thema stehen? OPDHL26	22,2	3,2	18,9	51,6	26,2	77,8
die richtigen Wörter oder Suchbegriffe zu verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden? OPDHL21	15,1	1,9	13,3	49,0	35,9	84,9
durchschnittliches Antwortmuster	29,5	4,9	24,6	47,1	23,5	70,6
zusätzliche Frage						
in sozialen Medien oder Onlineforen Ihre Meinung, Ihre Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen oder eine Frage zu stellen? OPDHL32	27,0	7,2	19,8	47,8	25,2	73,0
eine schriftliche Nachricht an einen Gesundheitsdienstleister klar zu formulieren? OPDHL31	22,8	4,2	18,6	46,7	30,5	77,2

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es dazu kommen, dass alle vier Antwortkategorien zusammengenommen nicht exakt 100 % ergeben.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 5.4:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den digitalen GK-Aufgaben 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18-64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18-29 30-59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
zu beurteilen, ob hinter den angebotenen Informationen wirtschaftliche Interessen stehen? OPDHL25	Frauen	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
zu beurteilen, wie vertrauenswürdig die gefundenen Informationen sind? OPDHL24	Frauen	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
die gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems zu nutzen? OPDHL28	—	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
zu beurteilen, ob die Informationen auf Sie zutreffen? OPDHL27	—	30-59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
genau die Informationen zu finden, nach denen Sie suchen? OPDHL22	—	30-59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
die gefundenen Informationen zu verstehen? OPDHL23	Männer	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	eine	(sehr) schwierig
unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um zu prüfen, ob dort gleiche Informationen zu einem Thema stehen? OPDHL26	Frauen	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	eine	(sehr) schwierig
die richtigen Wörter oder Suchbegriffe zu verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden? OPDHL21	Männer	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig

Fortsetzung Tabelle 5.5:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den digitalen GK-Aufgaben 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung	finanzielle Situation	Erwerbsstatus	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18-29 30-59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
in sozialen Medien oder Onlineforen Ihre Meinung, Ihre Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen oder eine Frage zu stellen? OPDHL3.2	—	60+	max. Pflichtschule	—	—	mehrere	(sehr) schwierig
eine schriftliche Nachricht an einen Gesundheitsdienstleister klar zu formulieren? OPDHL3.1	—	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig		mehrere	(sehr) schwierig

— = keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

5.4.3 Durchschnittliche digitale Gesundheitskompetenz

Im Durchschnitt erreicht die österreichische Bevölkerung bei der digitalen GK **70,1 von 100 Punkten** (SD 29,2). Die ab 18-jährige Bevölkerung bewertet damit im Durchschnitt rund 70 Prozent der acht GK-Aufgaben zur digitalen GK in puncto Internet (d. h. rund sechs) als einfach oder sehr einfach.

DIGI-GK-Score nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen

Die **Bevölkerung ab 30 Jahren** weist eine signifikant geringere DIGI-GK auf als die 18- bis 29-Jährigen (MW 68,3 bzw. 66,0 vs. 79,6; $p < 0,001$; s. Abbildung 5.3).

In puncto **Bildung** ist ein deutlicher **Gradient** erkennbar ($p < 0,001$): Mit zunehmender formaler Bildung steigt auch die DIGI-GK – von 57,2 Punkten bei Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss bis auf 72,9 Punkte bei Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. Abbildung 5.3).

Eine deutlich geringere DIGI-GK findet sich bei **Menschen in finanziell prekären Lebenssituationen** (MW 62,8) im Vergleich zur Bevölkerung ohne finanzielle Schwierigkeiten (MW 71,7; $p < 0,001$).

Ein Vergleich der soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten der DIGI-GK verdeutlicht, dass die DIGI-GK am stärksten vom Lebensalter abhängt und mit einer finanziell prekären Lebenssituation und einer geringen formalen Bildung korreliert (s. Tabelle 5.6). Da das Modell die einzelnen Einflussfaktoren unabhängig voneinander bewertet, trägt vor allem die Kombination dieser Faktoren zu einer deutlich geringeren GK bei.

Tabelle 5.6:

Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die DIGI-GK 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Block 1	Block 1+2	Block 1+3
Block 1			
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	-0,01	-0,01	-0,02
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	-0,23***	-0,22***	-0,21***
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	-0,24***	-0,22***	-0,22***
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	-0,08***	-0,07***	-0,08***
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	-0,08***	-0,08***	-0,08***
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	-0,04	-0,04	-0,04
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	-0,10***	-0,10***	-0,09***
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	0,01	0,01	0,01
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	0,00	0,00	0,00
Block 2			
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, eine(s) (Ref. keine[s])		-0,04	
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, mehrere (Ref. keine)		-0,04	
Block 3			
keine Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			0,00
Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			-0,12***

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

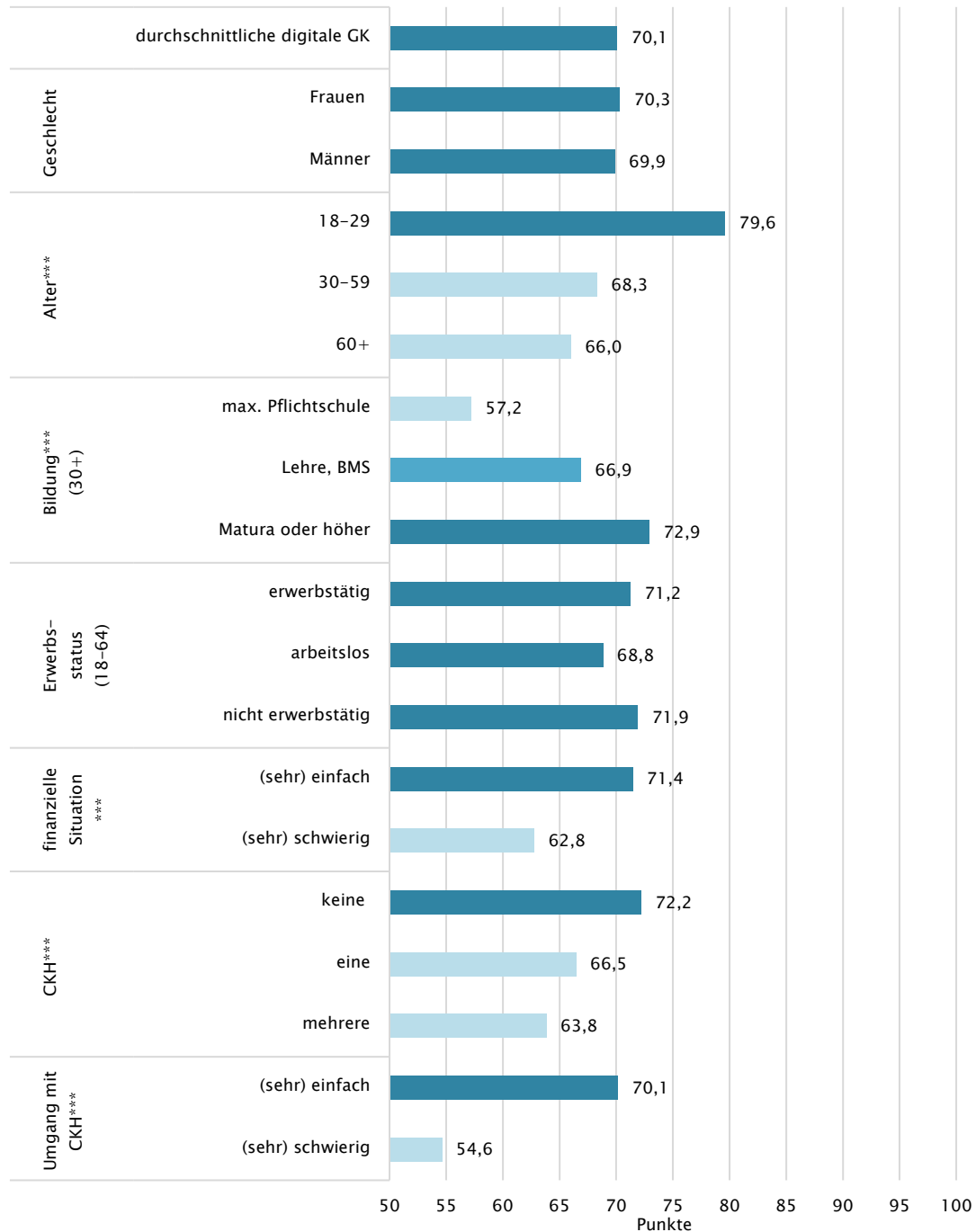
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

DIGI-GK und chronische Erkrankungen

Als deutlich geringer erweist sich die digitale GK auch bei **Menschen mit chronischen Erkrankungen, die Schwierigkeiten im Umgang mit ihren chronischen Gesundheitsproblemen haben** (MW 54,6; p < 0,001). Kein Unterschied findet sich indes bei Personen ohne chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme und bei jenen, die mit ihren chronischen Gesundheitsproblemen gut zurechtkommen (s. Abbildung 5.3). Dies gilt unabhängig von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren. Das beschriebene Muster ist bei allen DIGI-GK-Aufgaben ersichtlich (s. Tabelle 5.4).

Abbildung 5.3:

Durchschnittliche Einschätzung der digitalen GK nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, DIGI-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; CKH: chronische Krankheit

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

6 Kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche

Zentrale Ergebnisse:

- » Zehn Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (rund 700.000 Personen ab 18 Jahren) haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten GK-Aufgaben im Bereich der kommunikativen Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche.
- » Als besonders herausfordernd gilt hier, eine ausreichende Gesprächszeit von den Ärztinnen und Ärzten zu bekommen und die Begrifflichkeiten zu verstehen, die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Patientengespräche verwenden. Darüber hinaus gibt es Schwierigkeiten bei der aktiven Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der Gesprächssituation.
- » Die kommunikative GK ist sozial ungleich verteilt: Eine geringere kommunikative GK wird bei Menschen mit geringer formaler Bildung, bei Personen in finanziell prekären Situationen, bei Menschen auf Arbeitssuche und bei Menschen ab 30 Jahren beobachtet.
- » Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen eine geringere kommunikative GK auf als Menschen ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen.

Gesundheitseinrichtungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz (GK) in der Bevölkerung, insbesondere wenn eine Krankenbehandlung notwendig wird. Daher standen Gesundheitseinrichtungen von Anfang an im Mittelpunkt der Entwicklung gesundheitskompetenter Organisationen (Brach et al. 2012). Im Allgemeinen gibt es zwei Hauptmöglichkeiten, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in den Gesundheitseinrichtungen zu fördern:

1. durch gute Gesundheitsinformationen in schriftlicher und audiovisueller Form (Broschüren, Flyer, Infoblätter, Poster, Websites ...) und
2. im Rahmen persönlicher Gespräche zwischen Gesundheitsfachkräften und Patientinnen/Patienten sowie deren Bezugspersonen (Angehörigen)

Der Fokus auf Kommunikation wird auch aufgrund des Wandels der Patientenrolle immer wichtiger: Die Vertreter/-innen der Gesundheitsberufe sollen nicht nur verständlicher und patientenzentrierter kommunizieren, sondern auch zum Empowerment der Patientinnen und Patienten beitragen und ein größeres Augenmerk auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung legen (Meijers et al. 2019). Nur so können Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems zu Koproduzentinnen und Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheitsversorgung werden. Dies stellt die Nutzer/-innen bzw. Patientinnen/Patienten auch vor neue Herausforderungen und Aufgaben und erfordert kommunikative und interaktive Kompetenzen (z. B. Fragen stellen, Gesundheitsbelange kommunizieren) sowie einen kritischen Umgang mit Informationen über Behandlungs- und Versorgungsoptionen (Schulz/Nakamoto 2013).

Insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Bildung sind persönliche Gespräche mit Gesundheitsfachkräften in der Regel die Hauptinformationsquelle in puncto Gesundheitszustand sowie in Bezug auf Möglichkeiten und Optionen in der Gesundheitsversorgung (s. Kapitel 3). Aber gerade

Patientinnen und Patienten mit limitierten Lese- und Schreibfähigkeiten und einer geringen GK stellen weniger häufig Fragen (Katz et al. 2007) und berichten von schlechteren Gesprächen mit ihren Leistungserbringerinnen und -erbringern, als dies bei Patientinnen und Patienten mit ausreichender GK der Fall ist (Castro et al. 2007; Schillinger et al. 2004). Daher kann eine gute Gesprächsqualität in der Gesundheitsversorgung zu mehr Gesundheitsgerechtigkeit beitragen.

6.1 Definition und Konzept

Um die vier Basiskompetenzen der GK (Sørensen et al. 2012) zu erreichen, sind Menschen stark auf persönliche Gespräche mit Gesundheitsfachkräften (z. B. mit Ärztinnen und Ärzten) angewiesen (Chen et al. 2018). Bereits Nutbeam (2000) wies auf die Bedeutung interaktiver Prozesse für GK hin und definiert „kommunikative/interaktive GK“ – neben der funktionalen GK (d. h. den Grundfertigkeiten wie Lesen, Schreiben, Rechnen) und der kritischen GK (d. h. den fortgeschrittenen kognitiven und sozialen Fertigkeiten für kritische Analysen und Entscheidungen) – als eine von drei Ebenen der GK, die insbesondere mit dem Ziel größerer Autonomie und persönlicher Befähigung verknüpft ist. Nutbeam beschreibt kommunikative/interaktive GK als „fortgeschrittenere kognitive und sprachliche Fähigkeiten, die zusammen mit sozialen Fähigkeiten genutzt werden können, um aktiv an alltäglichen Aktivitäten teilzunehmen, um Informationen zu extrahieren und Bedeutungen aus verschiedenen Formen der Kommunikation abzuleiten und um neue Informationen auf sich verändernde Umstände anzuwenden.“ Nutbeam (2008), eigene Übersetzung). Aus Nutbeams Definition kommunikativer/interaktiver GK können vier Hauptaufgaben für Patientinnen und Patienten in puncto Gespräche abgeleitet werden:

1. aktiv teilnehmen (am Dialog und an der Entscheidungsfindung);
2. Informationen extrahieren (z. B. durch Fragen);
3. Bedeutung ableiten (Gesprächsinhalte verstehen und personalisieren);
4. neue Informationen anwenden (innerhalb der individuellen Umstände).

Aufbauend auf Nutbeams Konzeption von GK, konzentrieren sich auch Ishikawa et al. (2008) auf „kommunikative GK“ und heben die Bedeutung persönlicher Gespräche in der GK hervor. In ihrer Studie konnten sie im Kontext der Diabetesversorgung zeigen, dass die kommunikativen und kritischen Aspekte der GK stark miteinander verknüpft sind und wesentlich höhere Ansprüche an Patientinnen und Patienten stellen als die funktionale GK (Ishikawa et al. 2008).

Um die vielfältigen Fertigkeiten, die in persönlichen Gesprächen im Gesundheitssystem benötigt werden, genauer abzubilden, wurde der etablierte Calgary Cambridge Guide to the Medical Interview (CCG; (Silverman et al. 2013) als konzeptueller Rahmen gewählt. Dieses Rahmenwerk wurde in den letzten 25 Jahren fortwährend weiterentwickelt und hat sich als Leitfaden für die Vermittlung einer patientenzentrierten Gesprächspraxis in der Gesundheitsversorgung bewährt. Der CCG beschreibt 56 kommunikative Praktiken, unterteilt in sechs Gesprächsphasen, mit denen Gesundheitsfachkräfte im Rahmen von Routinegesprächen zur Verbesserung der Gesprächsqualität beitragen können.

Basierend auf diesen Ansätzen wurde im HLS₁₉ die kommunikative GK im Gesundheitswesen wie folgt definiert: Kommunikative GK umfasst alle kommunikativen und sozialen Fähigkeiten und Möglichkeiten von Patientinnen/Patienten bzw. Nutzerinnen/Nutzern, die es ihnen ermöglichen, sich aktiv an persönlichen Gesprächen mit Gesundheitsfachkräften zu beteiligen und Informationen beisteuern, erhalten, einschätzen und anwenden zu können – mit dem Ziel, Sinn aus diesen Gesprächen abzuleiten, um Entscheidungen für die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu treffen. Im HLS₁₉ wird in diesem Zusammenhang der Fokus auf Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten gerichtet.

Kommunikative GK ist auch Teil der Navigationskompetenz (s. Kapitel 7), da sie eine zentrale Rolle bei der Orientierung in der Gesundheitsversorgung spielt, z. B. bei der Suche nach geeigneten Organisationen oder Konsultationsmöglichkeiten.

6.2 Forschungsstand

Wie bereits in der Strategie „Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ (BMGF 2016) festgestellt wurde, sind sowohl Gespräche im Gesundheitswesen als auch die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen entscheidende Aspekte für mehr GK in der Bevölkerung. Auch wenn derzeit nur wenige hochwertige wissenschaftliche Studien zu diesen Themen vorliegen, gibt es dennoch Evidenz dafür, dass eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation eine entscheidende Determinante für gute Behandlungsergebnisse ist (Amalraj et al. 2009; McDonald 2016; Paasche-Orlow/Wolf 2007; Sator et al. 2015b), z. B. in Bezug auf

- » den **Gesundheitszustand** der Patientinnen/Patienten, beispielsweise bei Diabetes (Del Canale et al. 2012), Krebserkrankungen (Brown et al. 2001), koronaren Herzerkrankungen (Benner et al. 2008), Depression (Loh et al. 2007) und grippalen Infekten (Rakel et al. 2011),
- » das **Krankheitsverhalten** der Patientinnen und Patienten, z. B. betreffend Therapietreue (Loh et al. 2007; Thompson/McCabe 2012) und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung (Stewart et al. 2000),
- » die **Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** (Lelorain et al. 2012; Street et al. 2012; Zandbelt et al. 2007) und darauf, ob Ärztinnen und Ärzte von Patientinnen und Patienten weiterempfohlen werden (Vedsted/Heje 2008), wobei gezeigt werden konnte, dass Ärztinnen/Ärzte und das Pflegepersonal den größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen und Patienten haben (Stahl/Nadj-Kittler 2013).
- » die **Patientensicherheit**, z. B. durch eine verzögerte Diagnosestellung (Gandhi 2005) oder durch die Verordnung ungeeigneter Therapien (Chen et al. 2008), und in Bezug auf die **Häufigkeit von Klagen wegen Behandlungsfehlern** (Beckman et al. 1994). So sind rund 82 Prozent der Klagen wegen Behandlungsfehlern direkt auf Kommunikationsprobleme oder andere Probleme der Betreuungsqualität zurückzuführen (Tamblyn et al. 2007).

Weiters gibt es Belege dafür, dass mangelnde kommunikative Fähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten auch negative Auswirkungen haben können, z. B. auf

- » **die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/-innen**, z. B. in puncto Burnout (Graham et al. 2002; Ramirez et al. 1996; Travado et al. 2005),
- » **ökonomische Belastungen für Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzte und das gesamte Gesundheitssystem** durch Kosten, die durch eine unnötige psychische Belastung verursacht werden, Kosten, die durch unnötige Behandlungen (z. B. Medikamente, Überweisungen) entstehen und andere Kosten, die sich indirekt auf das Gesamtgesundheitssystem auswirken (z. B. durch Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen oder durch ineffiziente Abläufe und durch eine suboptimale Zusammenarbeit der Mitarbeiter/-innen; (Felder-Puig et al. 2006; Thorne et al. 2005).

Übergreifend können vier Aspekte guter Gesprächsqualität in der Arzt-Patient-Kommunikation unterschieden werden, die maßgeblich den Gesprächserfolg bestimmen (Nowak et al. 2016):

- » **sprachlich-interaktiver Aspekt – „gute Gesprächsführung“**: Dieser Aspekt umfasst das sprachlich-interaktive Handeln der Ärztinnen und Ärzte, d. h. verbale und/oder nonverbale Mittel und Verfahren, mit denen medizinisch-fachliche Inhalte ausgetauscht und Haltungen sowie Einstellungen transportiert werden.
- » **inhaltlicher Aspekt – „gute Fachinhalte“**: Der inhaltliche Aspekt umfasst jene medizinischen und pflegerischen Inhalte, die das Gesundheitspersonal den Patientinnen/Patienten im jeweiligen Behandlungs- und Betreuungskontext mitteilen soll und die seitens der Patientinnen und Patienten erzählt bzw. über diese erhoben werden sollten.
- » **psychosozialer Aspekt – „gute Beziehung“**: Die psychosoziale Ebene umfasst Haltungen und Einstellungen, die das Gesundheitspersonal im Gespräch mit Patientinnen und Patienten einnehmen soll. Dazu gehören v. a. eine patientenzentrierte Grundhaltung in Form von Kongruenz, Empathie und Wertschätzung sowie ein partnerschaftlicher Zugang zum Gespräch („shared decision making“; (Elwyn et al. 2016).
- » **Aspekt des Gesprächssettings – „gutes Umfeld“**: Dazu zählt v. a. die räumliche und zeitliche Gestaltung des Gesprächs (z. B. Atmosphäre, Sitzordnung, Gesprächslänge).

Die Forschung zur Messung der Qualität von Kommunikationsprozessen zwischen Leistungserbringerinnen/-erbringern im Gesundheitswesen (insbesondere Ärztinnen/Ärzten) und Patientinnen/Patienten im Allgemeinen ist gut etabliert in der Kommunikationswissenschaft, der Linguistik, der medizinischen Psychologie und der Medizinsoziologie. Der Hintergrund für die Messung der Kommunikationsqualität im Gesundheitswesen war der Aufstieg der „patientenzentrierten Medizin“ (Balint 1969) bzw. der patientenzentrierten Kommunikation als eine ihrer wichtigsten Dimensionen (Zill et al. 2015). Es wurden hier sehr unterschiedliche Forschungsansätze entwickelt (Ball et al. 2018; Brouwers et al. 2017; Epstein et al. 2005; Eveleigh et al. 2012; Zill et al. 2014), die sich nach folgenden Kriterien grob kategorisieren lassen:

1. **beobachtete Aspekte der Kommunikation**: sprachliche Aspekte der Kommunikation (z. B. Frageform, Unterbrechungen, Gebrauch von Fachsprache, gemeinsame Entscheidungsfindung), psychologische und emotionale Aspekte (z. B. Empathie, Vertrauen, Zufriedenheit, Beziehungsqualitäten), kommunikatives Verhalten (z. B. verbales Verhalten, nonverbales Verhalten), selbstberichtete Erfahrungen und Wahrnehmungen von Patientinnen/Patienten und/oder Ärztinnen/Ärzten, Einstellungen von Patientinnen/Patienten und/oder Ärztinnen/Ärzten, physiologische Reaktionen etc.

2. **Beobachterperspektiven:** die Arztperspektive, die Patientenperspektive und Drittbeobachter (Beurteiler/-in, Lehrer/-in bzw. Vorgesetzte[r], Kollegenschaft) oder eine Kombination davon (Burt et al. 2018).
3. **Methodik der Datengenerierung und -analyse:** z. B. teilnehmende Beobachtung, Aufzeichnung von Interaktionen und deren anschließende Analyse, Ratingsysteme und Checklisten, Interviews mit Patientinnen/Patienten und/oder Ärztinnen/Ärzten nach Konsultationen, Befragungen von Patientinnen/Patienten und/oder Ärztinnen/Ärzten zu einer oder mehreren Interaktionen usw.
4. **Zweck, Kontext, Setting und Population der Messung:** Grundlagenforschung, Bewertung von Schulungen, Studentenfeedback, arbeitsplatzbasierte Mitarbeiterbewertungen, Leistungsmessung, Qualitätsmanagement, Studierende, Ärztinnen/Ärzte (in bestimmten Fachgebieten/Organisationen), spezifische Patientenpopulation, interkulturelle Kommunikation usw.

Nur wenige Studien haben versucht, die Messung der Gesundheitskompetenz und diese unterschiedlichen Forschungstraditionen zur Qualität der Kommunikation im Gesundheitswesen zu integrieren. Ein Beispiel dafür ist eine französische Studie (Ousseine et al. 2019), in der die Messung von Gesundheitskompetenz und ein Standardmessinstrument für „shared decision making“ (SDM) kombiniert wurden. Unseres Wissens gibt es jedoch kein umfassendes Instrument, das die von Nutbeam (2000) beschriebenen vier Hauptaufgaben, alle wichtigen Aspekte der Kommunikation in der Gesundheitsversorgung, die sich aus diesen unterschiedlichen Forschungstraditionen ableiten, und die vier Schritte oder Grundkompetenzen der Informationsverarbeitung nach dem GK-Konzept von Sørensen et al. (2012) erfasst.

6.3 Erhebungsinstrument (HLS₁₉-COM-D-Q11-AT)

Ausgehend von der in Kapitel 6.1 ausgeführten Definition kommunikativer GK wurde eine gezielte Literaturrecherche durchgeführt, um Fragebögen zur Messung kommunikativer GK in englischer oder deutscher Sprache zu identifizieren. Insgesamt konnten so 20 äußerst unterschiedliche Instrumente ausfindig gemacht werden (Bieber et al. 2010; Burt et al. 2014; CAHPS 2017; Campbell et al. 2007; Chinn/McCarthy 2013; Ernstmann et al. 2017; ESTAT 2017; Farin et al. 2013; Gibney/Moore 2018; HCAHPS 2019; Ishikawa et al. 2008; Makoul et al. 2007; Maly et al. 1998; Myerholtz et al. 2010; National Institutes of Health 2018; Osborne et al. 2013; Peter et al. 2012; Picker Institute Europe 2013; Smith et al. 2006; Sustersic et al. 2018; van der Heide et al. 2015; Waldherr et al. 2019; Zegers et al. 2020). Keines dieser Instrumente erfasst jedoch alle Aspekte der zugrunde gelegten Definition kommunikativer GK bzw. der drei in Kapitel 6.1 erwähnten Modelle. Die internationale HLS₁₉-Arbeitsgruppe zur kommunikativen GK hat sich daher dazu entschlossen, auf Basis dieser Instrumente ein eigenes Fragenset zu entwickeln (HLS₁₉-COM-D-Q11-AT). Dazu wurden in einem ersten Schritt die relevantesten Einzelfragen identifiziert (aus einem Pool von insgesamt 183 Einzelfragen), die – in einem zweiten Schritt – dann der Fragenlogik der HLS₁₉-GK-Instrumente angepasst wurden.

Ein vorläufiges Fragenset zur kommunikativen GK wurde im Rahmen zweier Fokusgruppen getestet, um die Verständlichkeit und Wichtigkeit einzeln betrachteter Fragen besser beurteilen zu können. Nach einer abschließenden Überarbeitung des Fragensets wurden elf Fragen zur Messung der kommunikativen GK im Rahmen ärztlicher Gespräche definiert. Das Fragenset operationalisiert alle sechs kommunikativen Hauptphasen ärztlicher Gespräche mit Patientinnen und Patienten nach dem CCG und die vier Hauptaufgaben der interaktiven/kommunikativen GK nach Nutbeam (2000). Es repräsentiert auch alle vier Basiskompetenzen von GK nach Sørensen et al. (2012). Die elf Items sind als direkte Fragen formuliert (s. Tabelle 6.2) und sind anhand einer vierstufigen Antwortskala (sehr einfach – einfach – schwierig – sehr schwierig) zu beantworten. Die Ergebnisse einer konfirmatorischen Faktoranalyse sowie einer Überprüfung der internen Konsistenz bestätigen die faktorielle Validität und Reliabilität des HLS₁₉-COM-D-Q11-AT (s. Tabelle 6.1).

Der Anteil der befragten Personen, die keine Antwort gaben („weiß nicht“), liegt bei den elf KOMM-GK-Aufgaben zwischen 0,5 und 2,5 Prozent.

Tabelle 6.1:

Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS₁₉-COM-D-Q11-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items

Kennwert	dichotome Variablen		polytome Variablen	
	Wert	Grenzwert	Wert	Grenzwert
konfirmatorische Faktoranalyse				
SRMR	0,06	≤ 0,08	0,04	≤ 0,08
RMSEA	0,02	≤ 0,06	0,07	≤ 0,06
CFI	0,99	≥ 0,95	1,00	≥ 0,95
TLI	0,99	≥ 0,95	0,99	≥ 0,95
GFI	1,00	≥ 0,95	1,00	≥ 0,95
AGFI	0,99	≥ 0,90	0,99	≥ 0,90
Faktorladungen (Range)	0,58–0,82	≥ 0,40	0,71–0,84	≥ 0,40
interne Konsistenz				
Cronbachs Alpha	0,79	≥ 0,70	0,95	≥ 0,70

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

6.4 Ergebnisse

6.4.1 Schwierigkeiten mit Aufgaben zu kommunikativer Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche

Durchschnittliches Antwortmuster KOMM-GK

Rund zehn Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (rund 700.000 Personen ab 18 Jahren) haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten GK-Aufgaben im Bereich der kommunikativen Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche.

Schwierigkeiten mit KOMM-GK-Aufgaben

Von den elf KOMM-GK-Aufgaben erweisen sich vor allem die folgenden beiden als besonders herausfordernd (s. Tabelle 6.2):

- » **eine ausreichende Gesprächszeit von Ärztinnen und Ärzten zu bekommen** (für 22 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **die Begriffe zu verstehen, die Ärztinnen und Ärzte verwenden** (für 15 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig).

Rund zehn Prozent der Bevölkerung haben zudem Schwierigkeiten,

1. die Informationen von ihrer Ärztin / ihrem Arzt zu bekommen, die sie benötigen,
2. ihre persönlichen Ansichten und Vorstellungen mitzuteilen,
3. ihre Ärztin oder ihren Arzt zum Zuhören zu bewegen, ohne dabei unterbrochen zu werden, und
4. von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt an den Entscheidungen beteiligt zu werden, die ihre Gesundheit betreffen (s. Tabelle 6.2).

Bei all diesen Aspekten geht es um die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Gesprächssituation und folglich auch um das Empowerment von Patientinnen und Patienten.

Die einzelnen GK-Aufgaben zur KOMM-GK weisen signifikante Zusammenhänge mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen auf (s. Tabelle 6.3). Dabei zeigt sich:

- » *Frauen* haben im Vergleich zu *Männern* häufiger Schwierigkeiten, von ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt die Informationen zu bekommen, die sie benötigen, und ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt während des Gesprächs Fragen zu stellen.
- » *Personen mittleren Alters* haben bei sechs der elf KOMM-GK-Aufgaben häufiger Schwierigkeiten, z. B. dabei, eine ausreichende Gesprächszeit zu bekommen, die Informationen zu bekommen, die sie benötigen, ihre persönlichen Ansichten und Vorstellungen mitzuteilen, an den Entscheidungen beteiligt zu sein.

- » *Personen mit maximal Pflichtschulabschluss* haben häufiger Schwierigkeiten, ihre gesundheitlichen Beschwerden zu erklären und die Begriffe ihrer Ärztin oder ihres Arztes zu verstehen.
- » *Personen in finanziell prekären Lebenslagen* sehen sich bei fast allen Aufgaben häufiger mit Schwierigkeiten konfrontiert.

Tabelle 6.2:

HLS₁₉-GK-Aufgaben zur kommunikativen Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020

Auf einer Skala von sehr einfach, einfach, schwierig bis sehr schwierig, wie einfach oder schwierig ist es für Sie ...	sehr schwierig oder schwierig	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	sehr einfach oder einfach
ausreichend Gesprächszeit von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin zu bekommen? OPCOM4	21,6	6,6	15,1	42,5	35,8	78,4
die Begriffe zu verstehen, die Ihr Arzt / Ihre Ärztin verwendet? OPCOM7	14,7	0,9	13,7	53,3	32,0	85,3
von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin die Informationen zu bekommen, die Sie benötigen? OPCOM6	10,8	0,8	10,0	50,7	38,5	89,2
Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin Ihre persönlichen Ansichten und Vorstellungen mitzuteilen? OPCOM5	10,6	1,4	9,2	49,9	39,5	89,4
Ihren Arzt / Ihre Ärztin zum Zuhören zu bringen, ohne dass er/sie Sie unterbricht? OPCOM2	10,3	1,3	9,1	44,6	45,1	89,7
von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin an den Entscheidungen beteiligt zu sein, die Ihre Gesundheit betreffen? OPCOM9	9,6	0,5	9,1	54,4	35,9	90,4
die Informationen, die Sie von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin bekommen, für Ihre Gesundheit zu nutzen? OPCOM11	8,0	0,4	7,6	58,2	33,7	92,0
sich an die Informationen von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin zu erinnern? OPCOM10	7,8	0,3	7,5	53,3	38,9	92,2
Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin während des Gesprächs Fragen zu stellen? OPCOM8	6,0	0,5	5,5	50,8	43,2	94,0
Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin Ihre gesundheitlichen Beschwerden zu erklären? OPCOM3	4,6	0,4	4,2	47,6	47,8	95,4
Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin die Gründe für Ihren Arztbesuch zu beschreiben? OPCOM1	2,4	0,2	2,2	38,8	58,8	97,6
durchschnittliches Antwortmuster	9,8	1,3	8,5	49,4	40,7	90,1

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es dazu kommen, dass alle vier Antwortkategorien zusammengekommen nicht exakt 100 % ergeben.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 6.3:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den KOMM-GK-Aufgaben 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18-64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18-29 30-59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos Nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
ausreichend Gesprächszeit von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin zu bekommen? OPCOM4	—	30-59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
die Begriffe zu verstehen, die Ihr Arzt/Ihre Ärztin verwendet? OPCOM7	—	—	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin die Informationen zu bekommen, die Sie benötigen? OPCOM6	Frauen	30-59	—	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin Ihre persönlichen Ansichten und Vorstellungen mitzuteilen? OPCOM5	—	30-59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
Ihren Arzt/Ihre Ärztin zum Zuhören zu bringen, ohne dass er/sie Sie unterbricht? OPCOM2	—	—	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin an den Entscheidungen beteiligt zu sein, die Ihre Gesundheit betreffen? OPCOM9	—	30-59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
die Informationen, die Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin bekommen, für Ihre Gesundheit zu nutzen? OPCOM11	—	30-59	—	—	—	Mehrere	(sehr) schwierig

Fortsetzung Tabelle 6.4:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den KOMM-GK-Aufgaben 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18-64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18-29 30-59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbstätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
sich an die Informationen von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin zu erinnern? OPCOM10	—	30-59	—	—	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin während des Gesprächs Fragen zu stellen? OPCOM8	Frauen	60+	—	(sehr) schwierig	nicht erwerbstätig	—	(sehr) schwierig
Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin Ihre gesundheitlichen Beschwerden zu erklären? OPCOM3	—	—	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	nicht erwerbstätig	mehrere	(sehr) schwierig
Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin die Gründe für Ihren Arztbesuch zu beschreiben? OPCOM1	—	—	—	—	nicht erwerbstätig	mehrere	(sehr) schwierig

— = keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

6.4.2 Durchschnittliche kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche

Im Durchschnitt erreicht die österreichische Bevölkerung bei der kommunikativen GK im Rahmen ärztlicher Gespräche **90,2 von 100 Punkten** (SD 16,6). Die ab 18-jährige Bevölkerung bewertet damit im Durchschnitt rund 90 Prozent der elf GK-Aufgaben zur kommunikativen GK (d. h. rund zehn) als einfach oder sehr einfach.

KOMM-GK-Score nach soziodemografischen und sozioökonomischen gesundheitlichen Merkmalen

Der Vergleich ausgewählter Bevölkerungsgruppen zeigt, dass es bei der KOMM-GK signifikante Unterschiede nach Alter ($p < 0,001$), formaler Bildung ($p < 0,01$), Erwerbsstatus ($p < 0,01$) und finanzieller Situation ($p < 0,001$) gibt (s. Abbildung 6.1).

Personen ab 30 Jahren berichten über eine geringere KOMM-GK (MW 89,3 bzw. 90,1) als Personen zwischen 18 und 29 Jahren (MW 93,0).

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss schätzen ihre KOMM-GK schlechter ein (MW 87,3) als Personen mit höheren Bildungsabschlüssen (MW 90,2).

Eine ebenfalls signifikant geringere KOMM-GK weisen **Menschen auf Arbeitssuche** (MW 85,7) und **Menschen in finanziell prekären Lebenslagen** (MW 87,1) auf, vergleicht man sie beispielsweise mit der Gruppe der Erwerbstätigen (MW 90,8) und mit Menschen ohne finanzielle Schwierigkeiten (MW 90,9).

Ein Vergleich der soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten der KOMM-GK verdeutlicht, dass die KOMM-GK am stärksten mit dem Lebensalter (30–59 Jahre) korreliert. Des Weiteren erweist sich die KOMM-GK als mit einer finanziell prekären Lebenssituation und mit Arbeitslosigkeit assoziiert. Da das Modell die einzelnen Einflussfaktoren unabhängig voneinander bewertet, trägt vor allem die Kombination dieser Faktoren zu einer deutlich geringeren GK bei (s. Tabelle 6.5).

Tabelle 6.5:

Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die KOMM-GK 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Block 1	Block 1+2	Block 1+3
Block 1			
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	0,01	0,01	0,01
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	–0,12***	–0,11***	–0,11***
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	–0,06	–0,05	–0,05
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	0,01	0,02	0,01
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	–0,02	–0,02	–0,01
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	0,02	0,01	0,02
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	–0,07***	–0,07***	–0,06**
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	–0,05**	–0,05*	–0,05**
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	–0,04	–0,04	–0,04
Block 2			
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, eine(s) (Ref. keine[s])		–0,01	
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, mehrere (Ref. keine)		–0,05**	
Block 3			
keine Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			0,03
Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			–0,12***

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

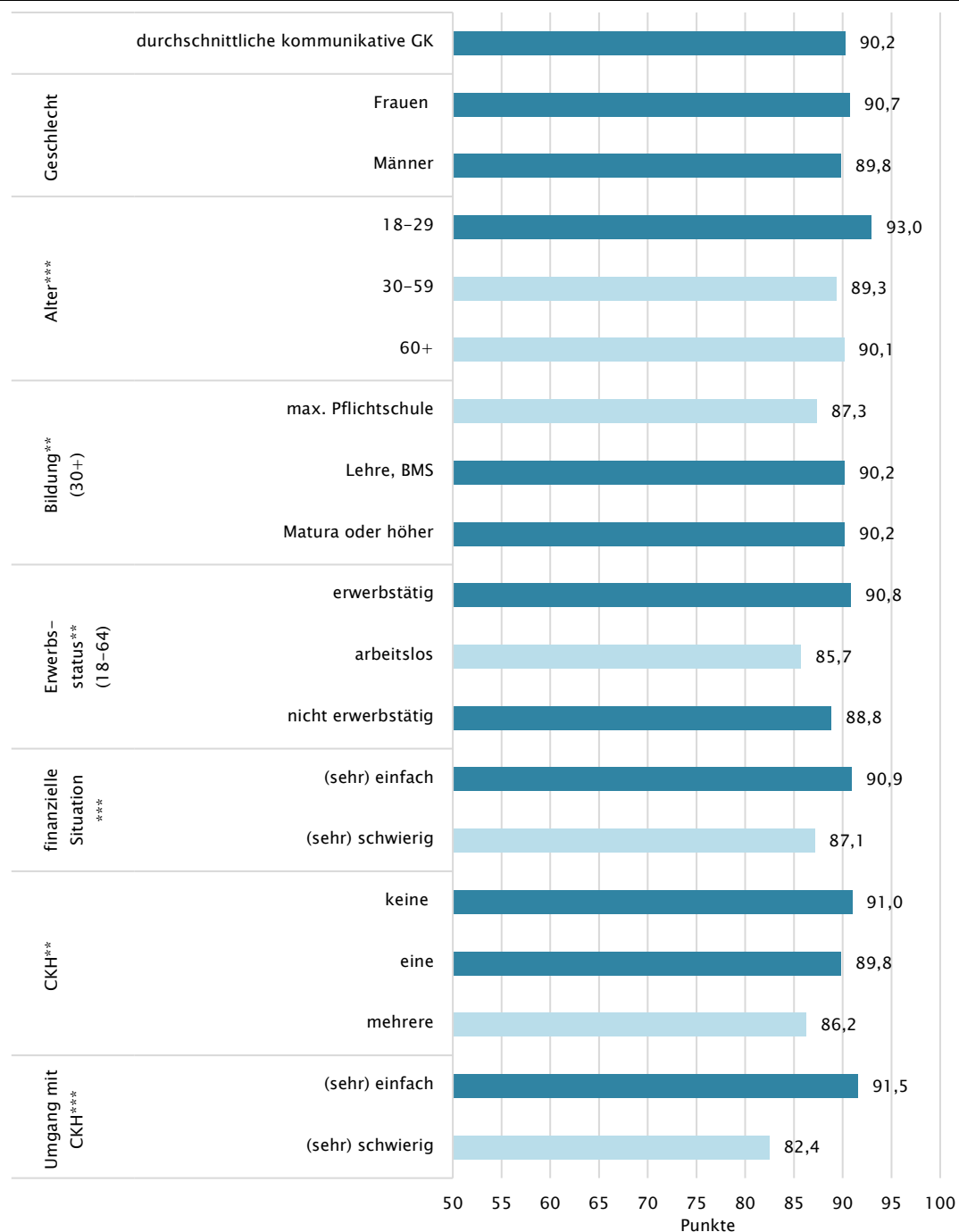
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

KOMM-GK und chronische Erkrankungen

Ein deutlicher Unterschied in der kommunikativen GK im Rahmen ärztlicher Gespräche ist auch in puncto chronischer Erkrankungen und diesbezüglicher Coping-Schwierigkeiten erkennbar. Demnach haben **Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten haben, mit damit zurechtzukommen**, eine deutlich geringere KOMM-GK (MW 82,4) als chronisch kranke Menschen ohne Coping-Schwierigkeiten (MW 91,5) und Personen ohne chronische Erkrankungen (MW 91,0, p < 0,001). Dies gilt unabhängig von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren. Menschen mit chronischen Erkrankungen und Copingschwierigkeiten berichten bei allen KOMM-GK-Aufgaben häufiger von Schwierigkeiten (s. Tabelle 6.3).

Abbildung 6.1:

Durchschnittliche Einschätzung der kommunikativen GK im Rahmen ärztlicher Gespräche nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, KOMM-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001; CKH: chronische Krankheit

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

7 Navigationskompetenz im Gesundheitssystem

Zentrale Ergebnisse:

- » 33 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (rund 2,21 Mio. Personen ab 18 Jahren) haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten GK-Aufgaben im Bereich der Navigationskompetenz.
- » Als besonders herausfordernd gilt hier, herauszufinden, welche Rechte man als Patientin bzw. Patient hat, einzuschätzen, in welchem Umfang Krankenkassen/Krankenversicherungen die Kosten für bestimmte Leistungen übernehmen, herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, in einer Gesundheitseinrichtung die richtige Ansprechpartnerin / den richtigen Ansprechpartner ausfindig zu machen, Informationen über die Qualität bestimmter Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleister zu finden und zu beurteilen, ob eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder ein Gesundheitsdienstleister den Erwartungen und Wünschen entspricht.
- » Die Navigationskompetenz (NAVI-GK) ist sozial ungleich verteilt: Eine geringere NAVI-GK wird bei Menschen mit geringer formaler Bildung, bei Personen in finanziell prekären Situationen und bei Menschen mittleren Alters beobachtet.
- » Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen eine geringere Navigationskompetenz auf, als Menschen ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen.

Das Gesundheitssystem in Österreich, wie auch in vielen anderen Ländern, ist in den letzten Jahrzehnten durch eine Reihe von Faktoren immer komplexer und unübersichtlicher geworden. Dazu zählen

- » eine zunehmende Spezialisierung und Erweiterung um neue Einrichtungen,
- » die fortschreitende Fragmentierung von Dienstleistungen, einhergehend mit einem Zuwachs an Regelungen und Vorschriften,
- » der technologische Fortschritt und
- » eine Zunahme von Gesundheits- und Pflegebedürfnissen durch chronische Krankheiten, Multimorbidität und Gebrechlichkeit sowie aufgrund einer steigenden Lebenserwartung (Greenhalgh/Papoutsi; WHO 2016b).

Damit sind für die Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer auch die Anforderungen gestiegen, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und die jeweils passende Einrichtung zu finden. Nicht nur das Navigieren zwischen Einrichtungen stellt damit eine Herausforderung dar, sondern auch innerhalb von Organisationen kann es zu Schwierigkeiten kommen, sich zurechtzufinden, die richtigen Ansprechpartner/-innen zu finden und die entsprechenden Informationsangebote zu verstehen (Rudd/Health 2006). Nicht alle Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer sind in der Lage, solche Navigationsanforderungen zu bewältigen, was zu Stress, Orientierungslosigkeit, vergeblichen und belastenden Suchvorgängen und auch zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung führen kann. Menschen mit geringer GK haben dabei im Allgemeinen

mehr Probleme, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden als jene mit hoher GK (Paasche-Orlow/Wolf 2007).

7.1 Definition und Konzept

Die Navigationskompetenz im Gesundheitssystem (NAVI-GK) bezieht sich auf die Fähigkeit, mit Informationen in puncto Krankenbehandlung und Gesundheitssystem so umgehen zu können, dass es möglich ist, sich ohne Probleme und Umwege im Gesundheitssystem zurechtzufinden und „die richtige Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu finden“ (Griese et al. 2020). Ob dies gelingt, hängt einerseits von allgemeinen Fähigkeiten und Fertigkeiten ab, wie sie von Sørensen et al. (2012) beschrieben wurden, andererseits von den Anforderungen und der Komplexität des Gesundheitssystems, in dem navigiert werden muss. NAVI-GK bezieht sich damit auf das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, die notwendig sind, um im Gesundheitssystem und „zwischen“ Gesundheitsdiensten angemessen zu navigieren, damit sie für sich selbst oder für angehörige Personen die am besten geeignete Versorgung erhalten (Griese et al. 2020). Damit umfasst die NAVI-GK auch die Fähigkeit von Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzern, auf System- und Organisations-/Dienstleistungsebene für sich selbst einzutreten (Osborne et al. 2013).

7.2 Forschungsstand

Die Möglichkeiten und Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzern, sich im Gesundheitssystem zu orientieren, sind schon lange Thema der Gestaltung von Gesundheitssystemen, insbesondere im Kontext von chronischen Erkrankungen und Krebserkrankungen. Ein früher Meilenstein war ein Projekt in Harlem (New York City), bei dem Verbesserungen in der Patientennavigation zur Reduktion von Brustkrebs in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen geführt hat (McCord/Freeman 1990). Der Zusammenhang von GK und Navigationsproblemen von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Krebserkrankungen im Gesundheitssystem wurde in der Folge von weiteren Studien untersucht und bestätigt (z. B. Koay et al. 2012; Martinez-Donate et al. 2013). Andere Arbeiten zeigten, dass etwa der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen durch eine eingeschränkte GK erschwert wird (Levy/Janke 2016) oder dass eine geringe GK von pflegenden Angehörigen älterer Menschen zu mehr Navigationsschwierigkeiten im Gesundheitssystem führt (Fields et al. 2018). In den folgenden Jahren entstanden weitere Arbeiten zu allgemeinen Navigationskompetenzen im Gesundheitssystem (Gui et al. 2018), die aber keinen Zusammenhang mit einem breiteren Gesundheitskompetenzverständnis herstellen.

Da bisher keine einheitliche Definition von Navigationskompetenz im Gesundheitssystem vorgelegt wurde, wurden in den letzten Jahren sehr unterschiedliche Untersuchungsansätze gewählt. Eine Studie (Duke et al. 2015) versteht unter „Navigation“ etwa die Fähigkeiten von Menschen, Fragen nach der Art ihrer Versorgung zu stellen bzw. sich zu diesen Fragen im Gespräch zu äußern. Perez et al. (2016) untersuchten unter „Navigation“ wiederum das spezifische Wissen, das

Menschen mit Asthma brauchen, um sich ihre notwendige Behandlung zu organisieren bzw. diese mit Ärztinnen und Ärzten zu besprechen.

Es fehlen also Studien, welche die spezifische Gesundheitskompetenz zur Navigation im Gesundheitssystem umfassend im Kontext allgemeiner Gesundheitskompetenz messen und analysieren.

7.3 Erhebungsinstrument (HLS₁₉-NAV-AT)

Die allgemeinen Kompetenzen von Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzern im Umgang mit Informationen zur Navigation im Gesundheitssystem wurden erstmals von Rudd (2004) in qualitativen Arbeiten zur Navigation innerhalb von Gesundheitseinrichtungen untersucht. Folgestudien kombinierten diesen Zugang zum Teil mit quantitativen Befragungen und Bewertungen (Groene/Rudd 2011). In der quantitativen Forschung wurde Navigationskompetenz erstmals in der Studie „Literacy and Health in America“ (Rudd et al. 2004) aufgegriffen (Abschnitt „Systemnavigation“ in der Health Activities Literacy Scale, HALS). Dieser Abschnitt des Instruments umfasst 32 Einzelfragen, die Barrieren im Umgang mit Rechten und Verantwortlichkeiten, der Beantragung von Versicherungen und anderen Versorgungsplänen im US-amerikanischen Kontext sowie das Thema informierte Zustimmung zu Therapien und Untersuchungen beleuchten.

In einer zweiten relevanten Vorläuferstudie untersuchten Osborne et al. (2013) Aspekte der Navigation im Gesundheitssystem mithilfe ihres Health Literacy Questionnaire (HLQ). Die entsprechende Sub-Skala beschreibt mit sechs Einzelfragen die Fähigkeit, sich über Dienstleistungen und Unterstützungsangebote informieren und sich im Gesundheitssystem für die eigene Sache einsetzen zu können. Die Sub-Skala zur Navigation im HLQ umfasst die hier hinterlegte Definition von GK jedoch nicht vollständig, insbesondere nicht die von Sørensen et al. (2012) definierten Schritte der Informationsverarbeitung.

Aus diesen Gründen entwickelte die internationale HLS₁₉-Arbeitsgruppe NAVI-GK ein eigenes Instrument (HLS₁₉-NAV-AT). In einem mehrstufigen Prozess (systematische Literaturrecherche, Klärung konzeptueller Grundlagen, Expertendelphi) wurde ein Fragenset generiert, das im Rahmen von Fokusgruppen mit 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmern einer qualitativen Testung unterzogen wurde (Griese et al. 2020). Das Erhebungsinstrument konzipiert NAVI-GK auf drei Ebenen: auf der Systemebene, auf der Organisationsebene und auf der Interaktionsebene. Auf der Systemebene geht es primär um Orientierung und Überblick über das Gesundheitssystem, seine Strukturen, Zusammenhänge und seine Funktionsweise. Auf der Organisationsebene müssen Menschen Informationen verarbeiten, um Entscheidungen über die bestmögliche Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und einzelner Gesundheitsdienstleister zu treffen. In Hinblick auf Navigation auf der Interaktionsebene schließt das Konzept ganz an die Konzeption der kommunikativen GK an (s. Kapitel 6.1). Die Artikulation von Präferenzen und die Fähigkeit, Informationen von Gesundheitsdiensten und Angehörigen der Gesundheitsberufe zu erhalten, um an Entscheidungen über die weitere Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung teilzunehmen, diese auszuhandeln und zu planen, sind wesentliche Aspekte auf dieser Ebene.

Das finale Erhebungsinstrument zur NAVI-GK umfasst insgesamt zwölf Fragen, welche die Navigationskompetenz auf der System- und Organisationsebene erfassen. Mit Hinweis auf die spezifische Fragenbatterie zur kommunikativen GK wurde auf zusätzliche Fragen auf der Interaktionsebene verzichtet. Die zwölf Items sind als direkte Fragen formuliert (s. Tabelle 7.2) und sind anhand einer vierstufigen Antwortskala (sehr einfach – einfach – schwierig – sehr schwierig) zu beantworten. Im Zuge einer konfirmatorischen Faktoranalyse konnte die faktorielle Validität der Fragenbatterie bestätigt werden. Zudem verfügt das Fragenset über eine hohe interne Konsistenz (s. Tabelle 7.1).

Der Anteil der befragten Personen, die keine Antwort gaben („weiß nicht“), liegt bei den zwölf NAVI-GK-Aufgaben zwischen 1,9 (zu beurteilen, welche Art der Gesundheitsversorgung Sie im Fall eines Gesundheitsproblems benötigen) und 4,6 Prozent (herauszufinden, welche Rechte Sie als Patient/-in bzw. Nutzer/-in des Gesundheitssystems haben, und herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden).

Tabelle 7.1:

Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS₁₉-NAV-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items

Kennwert	dichotome Variablen		polytome Variablen	
	Wert	Grenzwert	Wert	Grenzwert
konfirmatorische Faktoranalyse				
SRMR	0,05	≤ 0,08	0,04	≤ 0,08
RMSEA	0,05	≤ 0,06	0,07	≤ 0,06
CFI	0,99	≥ 0,95	0,99	≥ 0,95
TLI	0,99	≥ 0,95	0,99	≥ 0,95
GFI	0,99	≥ 0,95	1,00	≥ 0,95
AGFI	0,99	≥ 0,90	0,99	≥ 0,90
Faktorladungen (Range)	0,58-0,85	≥ 0,40	0,63-0,81	≥ 0,40
interne Konsistenz				
Cronbachs Alpha	0,87	≥ 0,70	0,94	≥ 0,70

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

7.4 Ergebnisse

7.4.1 Schwierigkeiten mit Aufgaben zu Navigationskompetenz im Gesundheitssystem

Durchschnittliches Antwortmuster NAVI-GK

Rund 33 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (rund 2,21 Mio. Personen ab 18 Jahren) haben im Durchschnitt Schwierigkeiten bei den abgefragten NAVI-GK-Aufgaben.

Schwierigkeiten mit NAVI-GK-Aufgaben

Die größten Schwierigkeiten bestehen bei den folgenden Aufgaben (s. Tabelle 7.2):

- » **herauszufinden, welche Rechte man als Patientin bzw. Patient hat** (für 44 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **einzuschätzen, in welchem Umfang Krankenkassen/Krankenversicherungen die Kosten für bestimmte Leistungen übernehmen** (für 43 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen** (für 40 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden** (für 39 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **in einer Gesundheitseinrichtung die richtige Ansprechpartnerin / den richtigen Ansprechpartner ausfindig zu machen** (für 36 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **Informationen über die Qualität bestimmter Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleister zu finden** (für 36 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)
- » **zu beurteilen, ob eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder ein Gesundheitsdienstleister den Erwartungen und Wünschen entspricht** (für 35 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig)

Die restlichen fünf NAVI-GK-Aufgaben werden von 16 bis 32 Prozent der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig als (sehr) schwierig eingestuft.

Die einzelnen GK-Aufgaben zur NAVI-GK weisen signifikante Zusammenhänge mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen auf (s. Tabelle 7.3):

- » *Frauen* haben häufiger Schwierigkeiten, Informationen darüber zu verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert, und sich für sich selbst einzusetzen, wenn ihre Gesundheitsversorgung nicht ihren Bedürfnissen entspricht.
- » *Personen zwischen 30 und 59 Jahren* haben bei elf der zwölf NAVI-GK-Aufgaben signifikant häufiger Schwierigkeiten als Personen die jünger oder älter sind.
- » *Personen mit maximal Pflichtschulabschluss* haben bei sechs von zwölf NAVI-GK-Aufgaben häufiger Schwierigkeiten, z. B. zu beurteilen, welche Art der Gesundheitsversorgung im Fall

eines Gesundheitsproblems benötigt wird, zu verstehen, wie man einen Termin bei einer Gesundheitseinrichtung oder einem Gesundheitsdienstleister bekommt, oder herauszufinden, welche Rechte man als Patient/-in bzw. Nutzer/-in des Gesundheitssystems hat.

- » *Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss* haben größere Schwierigkeiten beim Finden von Informationen über die Qualität von Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleistern und beim Beurteilen, ob eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder ein Gesundheitsdienstleister den Erwartungen und Wünschen entspricht.
- » *Menschen in finanziell prekären Lebenslagen* sehen sich bei allen Aufgaben häufiger mit Schwierigkeiten konfrontiert.
- » *Menschen auf Arbeitssuche* geben an, häufiger Schwierigkeiten in Zusammenhang mit folgenden NAVI-GK-Aufgaben zu haben: herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, sich für sich selbst einzusetzen, wenn ihre Gesundheitsversorgung nicht ihren Bedürfnissen entspricht, zu beurteilen, welche Art der Gesundheitsversorgung sie im Fall eines Gesundheitsproblems benötigen, und zu verstehen, wie sie einen Termin bei einer Gesundheitseinrichtung oder einem Gesundheitsdienstleister bekommen.

Tabelle 7.2:

HLS₁₉-GK-Aufgaben zur Navigationskompetenz im Gesundheitssystem, sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig“ oder „schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020

Auf einer Skala von sehr einfach, einfach, schwierig bis sehr schwierig, wie einfach oder schwierig, würden Sie sagen, ist es ...	sehr schwierig oder schwierig	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	sehr einfach oder einfach
herauszufinden, welche Rechte Sie als Patient/Patientin bzw. Nutzer/Nutzerin des Gesundheitssystems haben? OPNHL5	43,8	7,2	36,6	39,5	16,8	56,2
einzuschätzen, in welchem Umfang Ihre Krankenkasse/Krankenversicherung die Kosten für bestimmte Leistungen übernimmt, z. B. ob es Zahlungen gibt? OPNHL3	42,8	10,7	32,0	39,4	17,9	57,2
Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen, die Ihre Gesundheitsversorgung betreffen könnten? OPNHL4	40,2	6,6	33,6	44,1	15,8	59,8
herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden? OPNHL10	38,6	5,0	33,5	44,4	17,0	61,4
in einer Gesundheitseinrichtung den richtigen Ansprechpartner / die richtige Ansprechpartnerin für Ihr Anliegen ausfindig zu machen? OPNHL11	35,9	4,1	31,9	45,2	18,8	64,1
Informationen über die Qualität von bestimmten Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleistern zu finden? OPNHL7	35,9	4,4	31,5	48,1	16,0	64,1
zu beurteilen, ob eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder ein Gesundheitsdienstleister Ihren Erwartungen und Wünschen entspricht? OPNHL8	35,4	3,6	31,8	45,9	18,7	64,6
Informationen darüber zu verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert? OPNHL1	32,3	5,0	27,3	44,8	22,9	67,7
sich für sich selbst einzusetzen, wenn Ihre Gesundheitsversorgung nicht Ihren Bedürfnissen entspricht? OPNHL12	30,3	4,1	26,2	48,2	21,5	69,7
sich für eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder einen Gesundheitsdienstleister zu entscheiden? OPNHL6	25,5	3,3	22,1	53,6	20,9	74,5
zu beurteilen, welche Art der Gesundheitsversorgung Sie im Fall eines Gesundheitsproblems benötigen? OPNHL2	22,5	3,0	19,6	54,0	23,5	77,5
zu verstehen, wie Sie einen Termin bei einer Gesundheitseinrichtung oder einem Gesundheitsdienstleister bekommen? OPNHL9	16,3	1,9	14,4	53,8	29,8	83,7
durchschnittliches Antwortmuster	33,3	5,0	28,3	46,8	19,9	66,7

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es dazu kommen, dass alle vier Antwortkategorien zusammengekommen nicht exakt 100 % ergeben.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 7.3:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den NAVI-GK-Aufgaben 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18–64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18–29 30–59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
herauszufinden, welche Rechte Sie als Patient/Patientin bzw. Nutzer/Nutzerin des Gesundheitssystems haben? OPNH5	—	30–59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
einzuschätzen, in welchem Umfang Ihre Krankenkasse/Krankenversicherung die Kosten für bestimmte Leistungen übernimmt, z. B. ob es Zuzahlungen gibt? OPNH3	—	30–59	—	(sehr) schwierig	—	—	(sehr) schwierig
Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen, die Ihre Gesundheitsversorgung betreffen könnten? OPNH4	—	30–59	—	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden? OPNH10	—	30–59	—	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
in einer Gesundheitseinrichtung den richtigen Ansprechpartner / die richtige Ansprechpartnerin für Ihr Anliegen ausfindig zu machen? OPNH11	—	30–59	—	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
Informationen über die Qualität von bestimmten Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleistern zu finden? OPNH7	—	30–59	Matura oder höher	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
zu beurteilen, ob eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder ein Gesundheitsdienstleister Ihren Erwartungen und Wünschen entspricht? OPNH8	—	30–59	Matura oder höher	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig

Fortsetzung Tabelle 7.4:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den NAVI-GK-Aufgaben 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18–64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18–29 30–59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
Informationen darüber zu verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert? OPNHL1	Frauen	30–59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	—	(sehr) schwierig
sich für sich selbst einzusetzen, wenn Ihre Gesundheitsversorgung nicht Ihren Bedürfnissen entspricht? OPNHL1.2	Frauen	30–59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
sich für eine bestimmte Gesundheitseinrichtung oder einen Gesundheitsdienstleister zu entscheiden? OPNHL6	—	30–59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	—	(sehr) schwierig
zu beurteilen, welche Art der Gesundheitsversorgung Sie im Fall eines Gesundheitsproblems benötigen? OPNHL2	—	30–59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	—	(sehr) schwierig
zu verstehen, wie Sie einen Termin bei einer Gesundheitseinrichtung oder einem Gesundheitsdienstleister bekommen? OPNHL9	—	60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig

— = keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

7.4.2 Durchschnittliche Navigationskompetenz im Gesundheitssystem

Im Durchschnitt erreicht die österreichische Bevölkerung bei der Navigationskompetenz **66,8 von 100 Punkten** (SD 30,1). Die ab 18-jährige Bevölkerung bewertet damit im Durchschnitt rund 67 Prozent der zwölf GK-Aufgaben zur Navigationskompetenz (d. h. rund acht) als einfach oder sehr einfach.

NAVI-GK-Score nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen

Der Vergleich ausgewählter Bevölkerungsgruppen zeigt, dass es bei der NAVI-GK signifikante Unterschiede ($p < 0,001$) nach Alter, formaler Bildung und der finanziellen Situation der Befragten gibt.

Menschen mittleren Alters verfügen – im Vergleich zur jüngeren und zur älteren Bevölkerung (MW 74,5 bzw. 68,2) – über die geringste NAVI-GK (MW 63,4).

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss schätzen ihre NAVI-GK schlechter ein (MW 59,4) als Personen mit Lehr-/BMS-Abschluss (MW 66,9) oder solche mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (MW 65,6).

Personen in einer finanziell prekären Lebenssituation haben eine deutlich niedrigere NAVI-GK (MW 57,6) als Personen, die keine finanziellen Schwierigkeiten haben (MW 68,6).

Ein Vergleich der soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten der NAVI-GK verdeutlicht, dass die NAVI-GK am stärksten vom Lebensalter abhängt und deutlich mit einer finanziell prekären Lebenssituation korreliert (s. Tabelle 7.5). Da das Modell die einzelnen Einflussfaktoren unabhängig voneinander bewertet, trägt vor allem die Kombination dieser Faktoren zu einer geringeren GK bei.

Tabelle 7.5:

Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die NAVI-GK 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Block 1	Block 1+2	Block 1+3
Block 1			
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	0,02	0,02	0,01
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	–0,18***	–0,17***	–0,16***
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	–0,13***	–0,11**	–0,10**
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	0,04	0,04	0,04
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	–0,03	–0,02	–0,02
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	0,01	0,01	0,01
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	–0,13***	–0,12***	–0,11***
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	0,00	0,01	0,01
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	0,04	0,05	0,04
Block 2			
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, eine(s) (Ref. keine)		–0,04	
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, mehrere (Ref. keine[s])		–0,06**	
Block 3			
keine Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			–0,01
Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			–0,14***

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

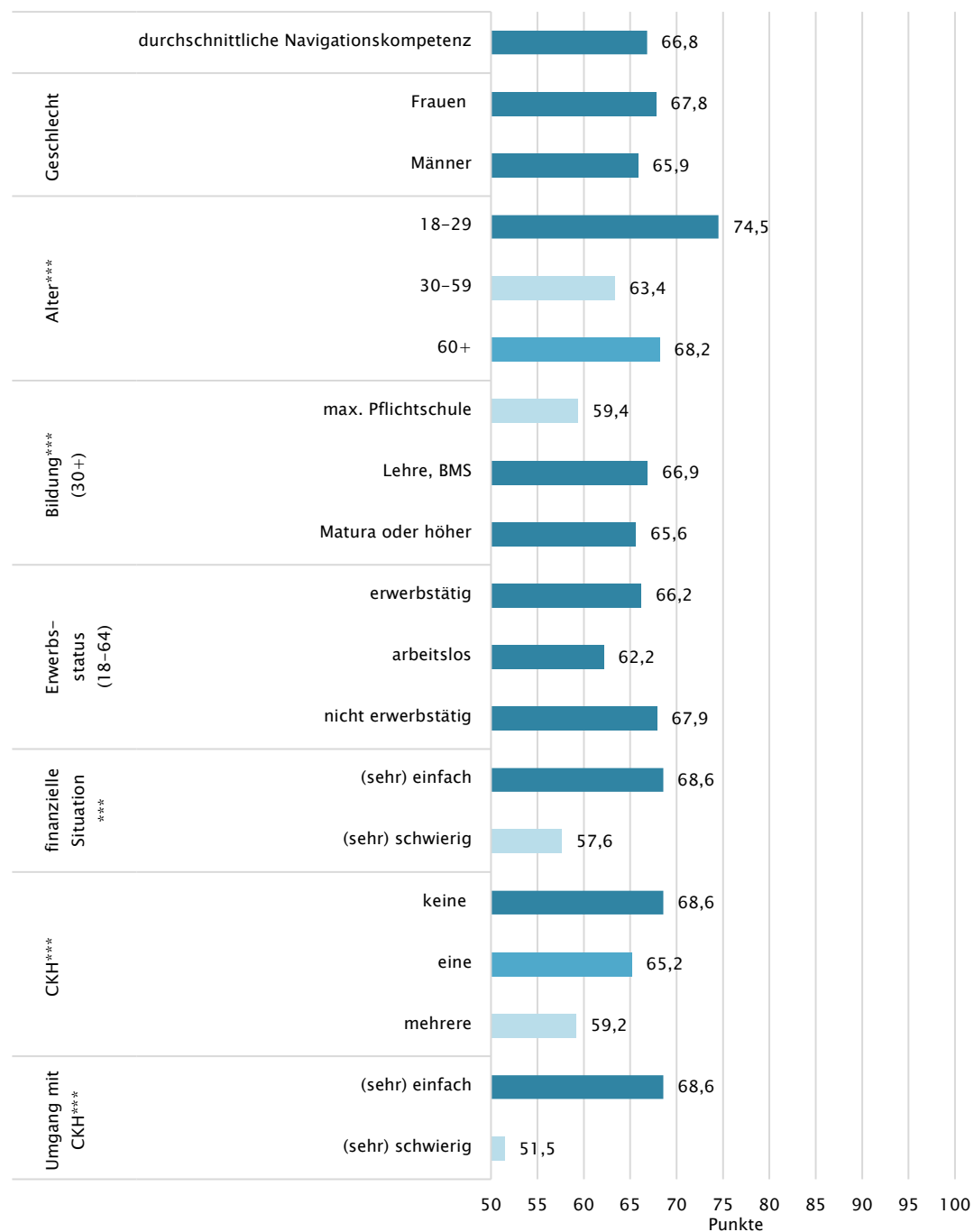
NAVI-GK und chronische Erkrankungen

Ein gravierender Unterschied in der Navigationskompetenz besteht auch in puncto chronischer Erkrankungen und diesbezüglicher Coping-Schwierigkeiten: **Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen und Schwierigkeiten im Umgang damit** weisen eine weitaus niedrigere Navigationskompetenz auf (MW 51,5) als Personen mit chronischen Erkrankungen ohne Coping-Schwierigkeiten (MW 68,6) und Personen ohne chronische Erkrankungen (MW 68,6; p < 0,001). Dies gilt unabhängig von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren.

Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen, die mit ihren chronischen Erkrankungen nur (sehr) schwer zurechtkommen, weisen bei allen NAVI-GK-Aufgaben signifikant häufiger Schwierigkeiten auf (s. Tabelle 7.3).

Abbildung 7.1:

Durchschnittliche Einschätzung der Navigationskompetenz im Gesundheitssystem nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, NAVI-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; CKH = chronische Krankheit

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH - HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

8 Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen

Zentrale Ergebnisse:

- » Rund 20 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher haben Schwierigkeiten im Umgang mit Impfinformationen (rund 1,35 Mio. Menschen ab 18 Jahren).
- » Als besonders herausfordernd gilt hier das Finden, Beurteilen und Anwenden von Impfinformationen.
- » Insbesondere gilt dies für Menschen mittleren Alters und für Menschen in finanziell prekären Lebenslagen.

Impfungen haben unter Beweis gestellt, dass sie Krankheiten, unerwünschte Krankheitsfolgen und Todesfälle verhindern können (Andre et al. 2008; Ratzan 2011). Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge retten Impfungen jedes Jahr weltweit rund zwei bis drei Millionen Menschenleben (WHO 2017). Darüber hinaus tragen hohe Durchimpfungsraten dazu bei, übertragbare Krankheiten zurückzudrängen (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 1999).

Für die Sicherstellung hoher Durchimpfungsraten ist ein großes Vertrauen der Bevölkerung in die nationalen Impfprogramme notwendig. Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass das Vertrauen in Impfungen weltweit gesunken ist und dass es dadurch – trotz verfügbarer Impfangebote – vermehrt zu Verzögerungen bei oder zur Ablehnung von Impfungen kommt (WHO 2017). Dieses Nichtimpfen trägt zu sinkenden Impfraten bei und begünstigt das Wiederauftreten übertragbarer Krankheiten, wie jüngst die Masernausbrüche in Europa gezeigt haben (WHO 2018).

Eine 2016 vom Vaccine Confidence Project durchgeführte Umfrage in 67 Ländern (Larson et al. 2016) verdeutlicht, dass die Bevölkerung der europäischen Region – im Vergleich zu anderen Weltregionen – das geringste Vertrauen in die Sicherheit und Wirksamkeit von Impfstoffen hat, wobei Österreich diesbezüglich im europäischen Mittelfeld liegt. Dies bestätigt auch ein aktueller Vergleich von 149 Ländern (de Figueiredo et al. 2020b). Die mangelnde Bereitschaft, sich impfen zu lassen, ist daher speziell in Europa ein drängendes Problem für die öffentliche Gesundheit und stellt Gesundheitsbehörden vor eine zunehmende Herausforderung, wie auch die Corona-Pandemie zeigt (Griebler et al. 2021b). Eine EU-Studie zeigt in diesem Zusammenhang, dass das Vertrauen der Bevölkerung in Impfungen signifikant mit dem Vertrauen von Ärztinnen/Ärzten in Impfungen korreliert: In Ländern, in denen die Ärzteschaft ein höheres Vertrauen in Impfungen hat, ist auch das Vertrauen der Bevölkerung in Impfungen größer (de Figueiredo et al. 2020a).

Seriöse und zielgerichtete Informationen und eine hohe Gesundheitskompetenz könnten ein Ausweg aus dieser Krise sein, um das Vertrauen der Menschen in Impfungen wieder zu stärken und um so etwas wie einen Impfwang zu vermeiden. Neben der allgemeinen GK wird diesbezüglich vor allem die impfbezogene GK eine entscheidende Rolle spielen, denn Informationen zum Thema Impfen sind oftmals sehr komplex, nicht immer leicht verständlich, schwer zugänglich und stehen einer Fülle verzerrter und einseitig dargestellter Informationen gegenüber, die vor allem über di-

gitale Medien Verbreitung finden (Lorini et al. 2018; Rowlands 2014). Obwohl diese Kanäle natürlich auch von Impfbefürwortern genutzt werden können, bieten Internet, soziale Medien und Co vor allem den Impfgegnern eine Bühne, um Fehl- und Falschinformationen und Skepsis zu streuen (Dubé et al. 2013; Puri et al. 2020). Eine stark ausgeprägte Gesundheitskompetenz in puncto Impfungen ist daher eine notwendige Voraussetzung, um die Vertrauenswürdigkeit und Qualität von Information einschätzen und mit Fehl- und Falschmeldungen kompetent umgehen zu können (Lorini et al. 2018; Wang et al. 2018).

8.1 Definition und Konzept

In Anlehnung an Sørensen et al. (2012) bezieht sich die Gesundheitskompetenz in Sachen Impfungen (IMPF-GK) auf das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, Impfinformationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten, um adäquate Impfentscheidungen treffen zu können (Zhang et al. 2020). Die GK in Bezug auf Impfungen hängt dabei sowohl von den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Menschen als auch von den (situativen) Anforderungen ab, mit denen sie in puncto Impfentscheidungen konfrontiert sind (Ratzan 2011).

Im Rahmen von HLS₁₉ wird die impfbezogene GK als relevante Determinante für das Impfverhalten angenommen und von anderen relevanten Determinanten abgegrenzt. Die Forschung zu Determinanten des (Nicht-)Impfens hat gezeigt, dass Entscheidungen für oder gegen Impfungen von zahlreichen Faktoren abhängen: von individuellen und kollektiven Erfahrungen und Überzeugungen, vom Impfwissen, von situativen/kontextuellen Bedingungen (Impfinformationen, Einstellung und Wissen der Ärztinnen/Ärzte, Anti- oder Pro-Impf-Lobby etc.) und von der jeweiligen Impfung (Dubé et al. 2013; Larson et al. 2015; MacDonald 2015; Thomson et al. 2016). Obwohl sich die Impfbereitschaft als sowohl kontext- als auch impfstoffspezifisch erweist, wurden jedoch einige allgemeine Faktoren identifiziert, welche die Entscheidung, sich impfen zu lassen, beeinflussen. Die wichtigsten dieser Faktoren wurden im „5C-Modell“ von Betsch et al. (2019) und Betsch et al. (2018) zusammengefasst:

- » Complacency – (geringes) Bewusstsein für Erkrankungsrisiken und für die Notwendigkeit von Impfungen
- » Confidence – (fehlendes) Vertrauen in die Wirksamkeit und Sicherheit von Impfstoffen, in Gesundheitsdienstleister, welche diese bereitstellen und verabreichen, und in Gremien/Personen, die Impfungen empfehlen und Impfstoffe zulassen
- » Constraints – (geringe) Hürden/Barrieren in der Realisierung von Impfungen (Verfügbarkeit, Finanzierbarkeit, Zugänglichkeit, Verständlichkeit von Informationen, Aufwand etc.)
- » Calculation – (übertriebene) Abwägung von Nutzen und Risiken auf Basis diverser Informationen und Informationsquellen
- » Collective Responsibility – (geringes) Verantwortungsgefühl gegenüber der Gemeinschaft, durch die eigene Impfung zur Reduktion von Ansteckungen und Infektionen beizutragen, um damit andere (z. B. Kinder oder Kranke) zu schützen

Das Modell berücksichtigt unterschiedliche Kategorisierungen von Impfdeterminanten (z. B. The 5As, das 3C-Modell, das SAGE-Modell zu Determinanten des [Nicht-]Impfens) (Dubé et al. 2013;

Larson et al. 2015; Thomson et al. 2016) und integriert diese in ein Gesamtmodell mit einem starken Fokus auf individuelle Determinanten.

Die Gesundheitskompetenz und im Speziellen die GK in puncto Impfungen könnte mit einer Reihe der genannten Determinanten im Zusammenhang stehen und sollte daher im Zusammenspiel mit diesen Faktoren untersucht werden.

8.2 Forschungsstand

In einer rezenten systematischen Review (Lorini et al. 2018) werden neun Studien identifiziert, die den Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und der Einstellung zum Thema Impfen bzw. dem Impfverhalten untersuchen. Diese Studien beziehen sich auf ältere Menschen, Erwachsene, Mütter und Eltern von Kleinkindern sowie auf unterschiedliche Impfungen (gegen Hepatitis B, Diphtherie/Tetanus/Pertussis, Mumps/Masern/Röteln, Polio, Influenza, Pneumokokken, Rotaviren oder HPV) und nutzen unterschiedliche Instrumente, um die GK der Studienteilnehmer/-innen einzuschätzen. In sechs der neun Studien wird die „allgemeine“ GK erfasst (selbstberichtet oder in Form von Leistungstests), wobei der Fokus in diesen Studien auf der funktionalen GK liegt. In drei Studien werden Ad-hoc-Instrumente zur impfbezogenen GK verwendet, allerdings ohne nähere Angaben zu ihren psychometrischen Eigenschaften (Aharon et al. 2017; Johri et al. 2015; Lee et al. 2015) – darunter auch ein Instrument zur funktionalen GK (Johri et al. 2015).

Die berücksichtigten Studien berichten teils widersprüchliche Ergebnisse. Sie deuten jedoch insgesamt auf einen positiven Zusammenhang zwischen der allgemeinen bzw. impfbezogenen GK und der Impfeinstellung bzw. dem Impfverhalten hin: Eine höhere Gesundheitskompetenz korrespondiert demnach mit einer positiveren Einstellung zum Thema Impfen und einer stärkeren Inanspruchnahme von Impfungen.

GK und Impfungen im Kindesalter

Die Studie von Aharon et al. (2017) findet einen negativen Zusammenhang zwischen der GK von Eltern und ihrer Bereitschaft, ihre Kinder impfen zu lassen. Eltern mit einer höheren funktionalen, kommunikativen und kritischen GK weisen ein höheres Risiko auf, ihre Kinder NICHT zu impfen.

Eine experimentelle Studie (Veldwijk et al. 2015) zur GK von Eltern und ihrer Präferenz, ihre Kinder gegen das Rotavirus impfen zu lassen, berichtet, dass Eltern mit einer hohen GK stärker an der Wirksamkeit des Impfstoffes und an der Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen interessiert sind als Eltern mit einer geringen GK, die sich mehr für die Dauer des Impfschutzes interessieren. Während alle Eltern bereit sind, ihre Kinder gegen das Rotavirus impfen zu lassen, wenn die Impfung im Rahmen des nationalen Impfprogramms angeboten wird, würden nur Eltern mit geringer GK ihre Kinder impfen lassen, wenn die Impfung nur am freien Markt verfügbar ist.

Keinen Zusammenhang zwischen der GK von Müttern und dem Impfstatus ihrer Kinder berichtet eine Kohortenstudie, die in den USA durchgeführt wurde (Pati et al. 2011). Im Gegensatz dazu

wird in einer indischen Studie ein positiver Zusammenhang zwischen der GK von Müttern und der vollständigen Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Immunisierung ihrer Kinder beobachtet (Johri et al. 2015).

Gesundheitskompetenz und Impfungen bei (älteren) Erwachsenen

In der Studie von White et al. (2008) wird bei ab 65-Jährigen ein positiver Zusammenhang zwischen ihrer GK und der Teilnahme an einer Gripeschutzimpfung festgestellt, während hier bei den 40- bis 64-Jährigen kein Zusammenhang und bei unter 40-Jährigen ein negativer Zusammenhang beobachtet wird. Kein Zusammenhang besteht zudem bei den ab 65-Jährigen und ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an einer Pneumokokken-Impfung. Der positive Zusammenhang bei ab 65-Jährigen in Sachen GK und Gripeschutzimpfung wird auch in einer Studie von Bennett et al. (2009) berichtet.

Ein ebenfalls positiver Zusammenhang zwischen ihrer GK und ihrer Bereitschaft, an einer HPV-Impfung teilzunehmen, wurde bei Frauen im College-Alter dokumentiert (Lee et al. 2015).

Laut einer österreichischen Studie (nicht in Lorini et al. enthalten) geht eine höhere GK betreffend Impfungen mit einer höheren Bereitschaft einher, eine Corona-Schutzimpfung in Anspruch zu nehmen (Griebler et al. 2021b).

Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheitskompetenz

Eine Studie bei ab 65-Jährigen, die in Hongkong durchgeführt wurde (nicht in Lorini et al. enthalten), beobachtet einen deutlichen Zusammenhang zwischen der allgemeinen GK der Befragten und ihrer impfbezogenen GK (Zhang et al. 2020). Beide GK-Facetten wurden dabei mit der chinesischen Version des HLS-EU-Q47 (HLS-Asia-Q) erfasst. Die impfbezogene Gesundheitskompetenz weist einen negativen Zusammenhang mit dem Alter auf (je jünger, desto höher die GK) und korrespondiert – ebenfalls in negativer Weise – mit der Anzahl chronischer Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen (je mehr Gesundheitsbeschwerden/Erkrankungen, desto geringer die GK und vice versa).

8.3 Erhebungsinstrument

Bis heute gibt es nur wenige Erhebungsinstrumente, die verwendet werden können, um die allgemeine impfbezogene GK zu erfassen, d. h. solche ohne Fokus auf eine bestimmte Impfung. Ein derartiges Instrument (Vaccine Health Literacy Scale) wurde von Aharon et al. (2017) vorgelegt. Es fußt auf der GK-Definition von Don Nutbeam (2000) und erfasst die funktionale, kommunikative und kritische GK in Sachen Impfungen. In Rahmen einer Pilotstudie wurde dieses Instrument auch in Italien erprobt (Biasio et al. 2020).

In Übereinstimmung mit dem GK-Verständnis von Sørensen et al. (2012) wurde die impfbezogene GK in der Untersuchung von Zhang et al. (2020) erfasst. Die Studie griff auf den HLS-EU-Fragebogen zur allgemeinen GK zurück (Sørensen et al. 2013), der vier Fragen zur impfbezogenen GK enthält. Eine dieser Fragen (zum Finden von Informationen) bezieht sich allerdings auf Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen und ist daher nicht trennscharf.

Der zuletzt genannte Zugang wurde auch in der HLS₁₉-Studie und in einer Studie von Griebler et al. (2021b) gewählt. Allerdings wurde die Frage zum Finden von Informationen inhaltlich adaptiert und auf den Impfaspekt eingeschränkt. Die Items zur impfbezogenen Gesundheitskompetenz sind als direkte Fragen formuliert, welche die Schwierigkeit bei Informationsmanagementaufgaben erheben („Auf einer Skala von sehr einfach, einfach, schwierig bis sehr schwierig, wie einfach oder schwierig, würden Sie sagen, ist es: ...“) und anhand einer vierstufigen Antwortskala (sehr einfach – einfach – schwierig – sehr schwierig) zu beantworten sind. Die Ergebnisse einer konfirmatorischen Faktoranalyse bestätigen die faktorielle Validität des HLS₁₉-VAC-AT-Fragebogens. Die Fragenbatterie verfügt zudem über eine hohe interne Konsistenz (s. Tabelle 8.1). Der Anteil der befragten Personen, die keine Antwort gaben („weiß nicht“), liegt bei den vier IMPF-GK-Aufgaben zwischen 1,6 und 2,3 Prozent.

Tabelle 8.1:

Kennwerte und Grenzwerte der konfirmatorischen Faktoranalyse für HLS₁₉-VAC-AT, Ergebnisse für dichotome und polytome Items

Kennwert	dichotome Variablen		polytome Variablen	
	Wert	Grenzwert	Wert	Grenzwert
konfirmatorische Faktoranalyse				
SRMR	0,02	≤ 0,08	0,02	≤ 0,08
RMSEA	0,03	≤ 0,06	0,06	≤ 0,06
CFI	1,00	≥ 0,95	1,00	≥ 0,95
TLI	1,00	≥ 0,95	1,00	≥ 0,95
GFI	1,00	≥ 0,95	1,00	≥ 0,95
AGFI	1,00	≥ 0,90	0,99	≥ 0,90
Faktorladungen (Range)	0,54-0,95	≥ 0,40	0,57-0,91	≥ 0,40
interne Konsistenz				
Cronbachs Alpha	0,75	≥ 0,70	0,87	≥ 0,70

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Ergänzend zur impfbezogenen GK wurden folgende Punkte abgefragt:

- » das Impfverhalten innerhalb der letzten fünf Jahre
- » das Vertrauen in Impfungen in puncto Nutzen, Sicherheit und Wirksamkeit (Confidence)
- » Impfmythen zu möglichen Impfrisiken (Calculation)
- » das wahrgenommene Risiko, eine Krankheit zu bekommen, gegen die es eine Impfung gegeben hätte (Complacency)

Während die drei letztgenannten Punkte weitere relevante Impfdeterminanten repräsentieren, stellt das Impfverhalten das zentrale Outcome der GK in puncto Impfungen dar.

Das Vertrauen in Impfungen wurde mit dem Vaccine Confidence Index erfasst, einem von Larson et al. (2015) entwickelten Erhebungsinstrument, das vor allem in seiner gekürzten Vier-Items-Variante (Larson et al. 2016) zum Beispiel in EU-weiten Erhebungen verwendet wurde (de Figueiredo et al. 2020a; Larson et al. 2018). Die Fragen fordern die Befragten dazu auf, die Wichtigkeit von Impfungen (um mich selbst und meine Kinder zu schützen), deren Sicherheit und Wirksamkeit sowie ihre Vereinbarkeit mit religiösen Überzeugungen auf einer vierteiligen Antwortskala (stimmt voll und ganz – stimmt eher – stimmt eher nicht – stimmt überhaupt nicht) einzuschätzen. Im HLS₁₉ wurde dieser Fragenblock noch um eine zusätzliche Frage zur Bedeutung von Impfungen (um die Ausbreitung [schwerer] Krankheiten zu verhindern) ergänzt. Im HLS₁₉-Vertrauensindex blieb die Frage zur Vereinbarkeit von Impfungen mit religiösen Überzeugungen allerdings unberücksichtigt, da sie nicht das Vertrauen in Impfungen eruiert, sondern religiöse Haltungen widerspiegelt. Dies wird auch durch Faktoranalysen bestätigt.

Die Frage zum Impfverhalten und die Fragen zu den wahrgenommenen Impfrisiken wurden der Eurobarometer-Befragung „Europeans' attitudes towards vaccination“ entnommen (EU 2019). Die Frage zum Impfverhalten wurde inhaltlich leicht adaptiert. Die Fragen zu den Impfrisiken werden in einem additiven Index zusammengeführt, der das Wissen der Befragten in puncto Impfrisiken abbildet.

Die Frage zum wahrgenommenen Erkrankungsrisiko stammt aus einer Schweizer Erhebung zum Thema Impfungen und wurde im HLS₁₉-Survey nicht für spezielle Erkrankungen abgefragt, sondern nur insgesamt (Schulz et al. 2019).

8.4 Ergebnisse

8.4.1 Schwierigkeiten mit Gesundheitskompetenz-Aufgaben zu Impfentscheidungen

Durchschnittliches Antwortmuster IMPF-GK

Rund 20 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher haben Schwierigkeiten im Umgang mit Impfinformationen (rund 1,35 Mio. Menschen ab 18 Jahren).

Schwierigkeiten mit IMPF-GK-Aufgaben

Rund 20 Prozent der Bevölkerung finden es sehr schwierig oder schwierig (s. Tabelle 8.2),

- » **zu entscheiden, ob sie sich gegen Grippe impfen lassen sollen** (für 21 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig),

- » **zu beurteilen, welche Impfungen sie oder ihre Familie eventuell brauchen** (für 21 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig) und
- » **Informationen über Impfungen zu finden, die für sie oder ihre Familie empfohlen sind** (für 19 % der Bevölkerung sehr schwierig oder schwierig).

Weiters finden 16 Prozent der erwachsenen Österreicherinnen und Österreicher es herausfordernd, zu verstehen, warum sie oder ihre Familie eventuell eine Impfung brauchen.

Die einzelnen GK-Aufgaben zur IMPF-GK weisen signifikante Zusammenhänge mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen auf (s. Tabelle 8.3):

- » *Personen zwischen 30 und 59 Jahren* haben bei allen IMPF-GK-Aufgaben signifikant häufiger Schwierigkeiten als Personen, die jünger oder älter sind.
- » *Personen mit maximal Pflichtschulabschluss* schätzen die IMPF-GK-Aufgaben zum Finden und Verstehen einschlägiger Informationen häufiger als schwierig ein.
- » *Menschen in finanziell prekären Lebenslagen* sehen sich in allen Aufgaben häufiger mit Schwierigkeiten konfrontiert.
- » Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen, die mit ihren chronischen Erkrankungen nur (sehr) schwer zurechtkommen, weisen bei allen IMPF-GK-Aufgaben signifikant häufiger Schwierigkeiten auf.

Tabelle 8.2:

HLS₁₉ GK-Aufgaben zu Impfentscheidungen sortiert nach dem Prozentanteil „sehr schwierig oder schwierig“ (absteigend), ab 18-Jährige, 2020

Auf einer Skala von sehr einfach, einfach, schwierig bis sehr schwierig, wie einfach oder schwierig, würden Sie sagen, ist es ...	sehr schwierig oder schwierig	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	sehr einfach oder einfach
zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten? COREHL29	21,3	2,4	18,8	44,3	34,4	78,7
zu beurteilen, welche Impfungen Sie oder Ihre Familie eventuell brauchen? COREHL26	20,5	2,3	18,1	51,7	27,8	79,5
Informationen über Impfungen zu finden, die für Sie oder Ihre Familie empfohlen sind? COREHL19	18,5	2,0	16,5	53,4	28,1	81,5
zu verstehen, warum Sie oder Ihre Familie eventuell Impfungen brauchen? COREHL22	16,0	1,9	14,1	52,7	31,3	84,0
durchschnittliches Antwortmuster	19,2	2,2	17,0	50,5	30,3	80,8

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es dazu kommen, dass alle vier Antwortkategorien zusammengekommen nicht exakt 100 % ergeben.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 8.3:

Bevölkerungsgruppen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den größten Schwierigkeiten (Prozentanteil sehr schwierig oder schwierig) bei den GK-Aufgaben zu Impfentscheidungen 2020

Item	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18-64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18-29 30-59 60+	max. Pflichtschule Lehre, BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbs- tätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten? COREHL29	—	30-59	—	(sehr) schwierig	—	eine	(sehr) schwierig
zu beurteilen, welche Impfungen Sie oder Ihre Familie eventuell brauchen? COREHL26	—	30-59	—	(sehr) schwierig	—	—	(sehr) schwierig
Informationen über Impfungen zu finden, die für Sie oder Ihre Familie empfohlen sind? COREHL19	—	30-59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	erwerbstätig	—	(sehr) schwierig
zu verstehen, warum Sie oder Ihre Familie eventuell Impfungen brauchen? COREHL22	—	30-59	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	—	(sehr) schwierig

— = keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

8.4.2 Durchschnittliche Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen

Die österreichische Bevölkerung erreicht bei der IMPF-GK **81,1 von 100 Punkten** (SD 29,7; s. Abbildung 8.1). Die ab 18-jährige Bevölkerung bewertet damit im Durchschnitt rund 81 Prozent der vier GK-Aufgaben zur IMPF-GK (d. h. rund drei) als sehr einfach oder einfach.

IMPF-GK-Score nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen

Der Vergleich ausgewählter Bevölkerungsgruppen zeigt, dass es bei der IMPF-GK signifikante Unterschiede nach Alter ($p < 0,001$), Erwerbsstatus ($p < 0,01$) und finanzieller Situation ($p < 0,001$) gibt (s. Abbildung 8.1).

Personen mittleren Alters verfügen über die geringste IMPF-GK (MW 78,0), verglichen mit 18- bis 29-Jährigen (MW 87,6) und Personen ab 60 Jahren (MW 82,8).

Gravierende Unterschiede finden sich auch in Hinblick auf die finanzielle Situation der Befragten. **Personen in finanziell prekären Lebenslagen** haben einen deutlich niedrigeren IMPF-GK (MW 72,2) als Personen, auf die das nicht zutrifft (MW 82,7).

Ein Vergleich der soziodemografischen und der sozioökonomischen Determinanten der IMPF-GK verdeutlicht, dass die IMPF-GK mit dem Lebensalter und einer finanziell prekären Lebenssituation korreliert. Darüber hinaus spielt hier auch der Erwerbsstatus eine Rolle (s. Tabelle 8.4). Da das Modell die einzelnen Einflussfaktoren unabhängig voneinander bewertet, trägt vor allem die Kombination dieser Faktoren zu einer deutlich geringeren GK bei.

Tabelle 8.4:

Regressionsmodelle zum Einfluss soziodemografischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren auf die IMPF-GK 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Block 1	Block 1+2	Block 1+3
Block 1			
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	0,01	0,02	0,02
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	–0,15***	–0,15***	–0,15***
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	–0,16***	–0,16***	–0,16***
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	–0,01	–0,01	–0,01
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	–0,03	–0,02	–0,02
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	–0,03	–0,03	–0,03
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	–0,13***	–0,13***	–0,12***

Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	0,04*	0,04*	0,05*
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	0,13***	0,13***	0,14***
Block 2			
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, eine(s) (Ref. keine)		-0,03	
chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme: ja, mehrere (Ref. keine[s])		0,03	
Block 3			
keine Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			0,00
Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen (Ref. keine Erkrankungen/Gesundheitsprobleme)			-0,04*

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

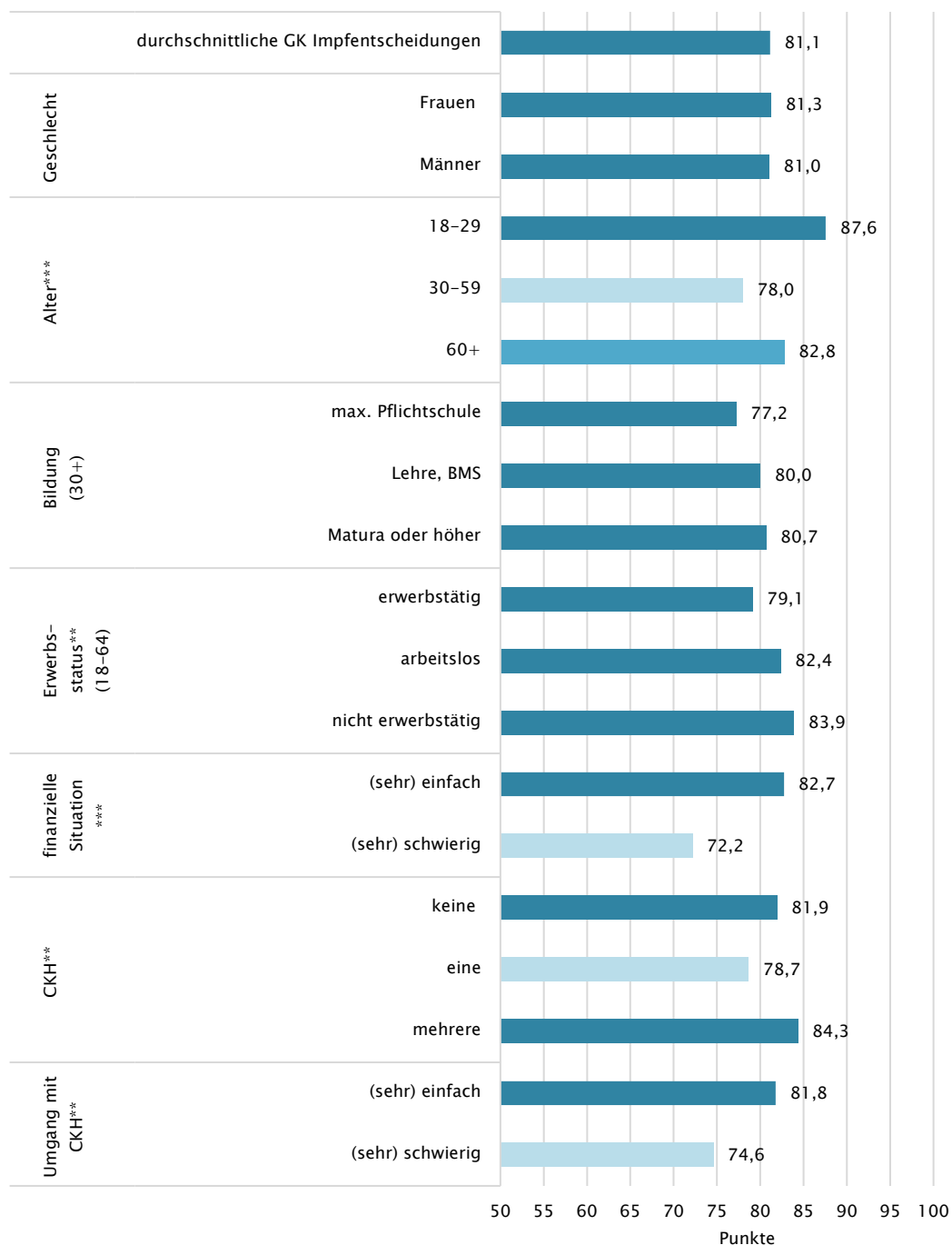
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

IMPF-GK und chronische Erkrankungen

Menschen, die Schwierigkeiten im Umgang mit ihren chronischen Erkrankungen haben, weisen eine geringere IMPF-GK auf ($p < 0,01$; MW 74,6) als Menschen ohne Schwierigkeiten damit (MW 81,8) bzw. ohne chronische Erkrankungen (MW 81,9). Dies gilt unabhängig von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren. Menschen mit chronischen Erkrankungen und Coping-Schwierigkeiten haben häufiger Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Impfinformationen (s. Tabelle 8.3).

Abbildung 8.1:

Durchschnittliche Einschätzung der GK in Bezug auf Impfentscheidungen nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen 2020, IMPF-GK-Score: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; CKH = chronische Krankheit

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

9 Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich

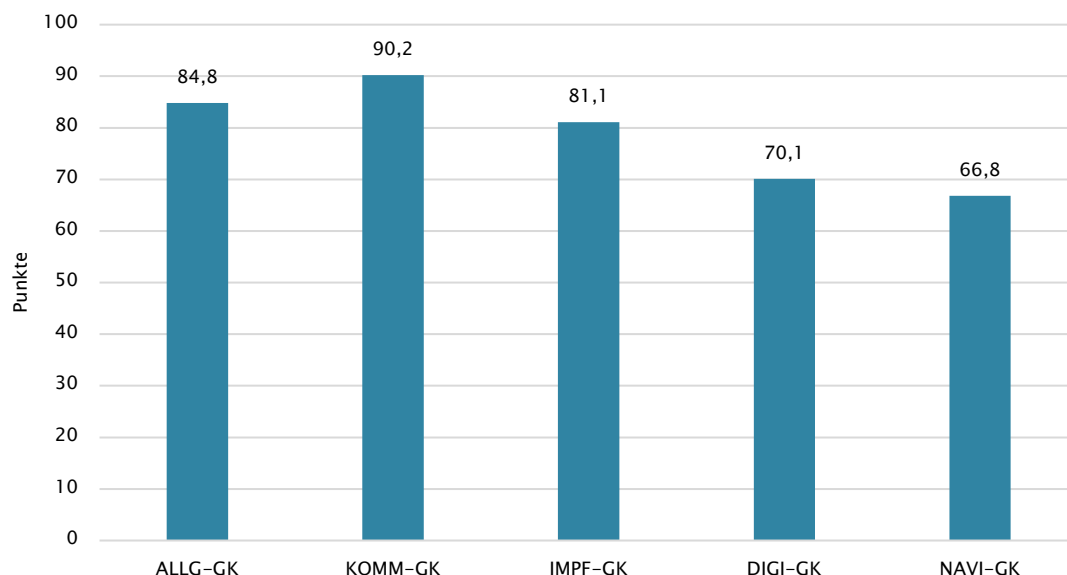
Zentrale Ergebnisse:

- » Im Vergleich zur allgemeinen GK zeigt sich, dass die größten Herausforderungen im Bereich der Navigationskompetenz (Orientierung im Gesundheitssystem) und bei der digitalen Gesundheitskompetenz bestehen. Auch in puncto Impfentscheidungen fällt die GK der Bevölkerung geringer aus.
- » Über alle GK-Bereiche hinweg zeigt sich, dass Menschen mittleren Alters, Personen mit geringer formaler Bildung (mit Ausnahme des GK-Bereichs Impfen) und Menschen in finanziell prekären Situationen eine signifikant geringere GK aufweisen als Menschen der entsprechenden Vergleichsgruppen.
- » Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen in allen GK-Bereichen eine geringere GK auf als Menschen ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen.

Vergleicht man die Kompetenzniveaus der speziellen GK-Bereiche untereinander und mit dem Niveau der allgemeinen Gesundheitskompetenz, wird deutlich, dass die größten Herausforderungen im Bereich der Navigationskompetenz (NAVI-GK) und bei der digitalen Gesundheitskompetenz (DIGI-GK) bestehen. Auch in puncto Impfentscheidungen (IMPF-GK) fällt die GK der Bevölkerung geringer aus als bei der allgemeinen GK (s. Abbildung 9.1).

Abbildung 9.1:

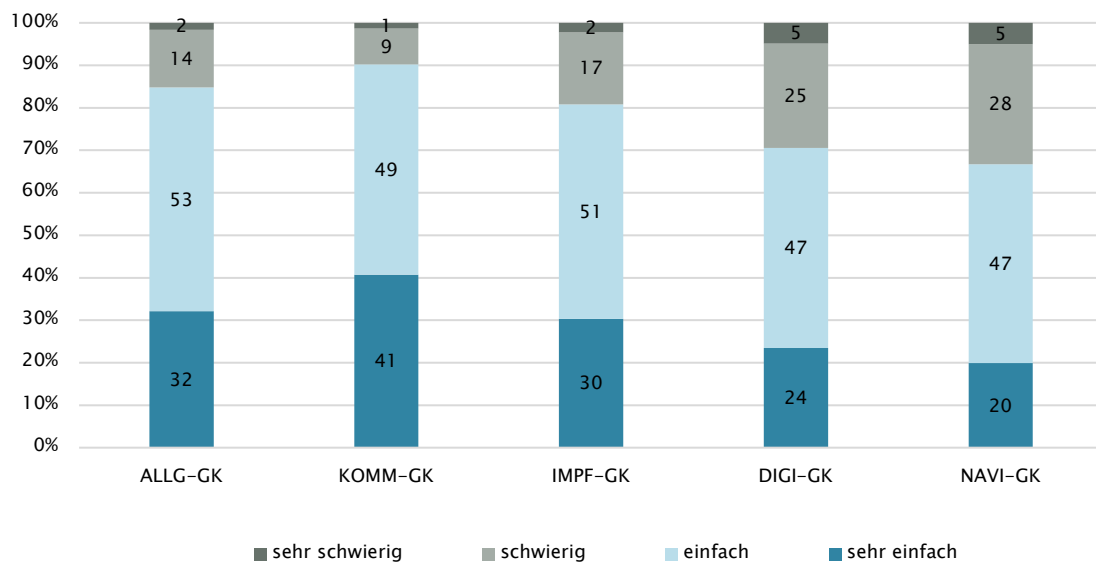
Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

In Sachen Navigationskompetenz und digitale GK befindet rund ein Drittel der ab 18-Jährigen alle abgefragten GK-Aufgaben für sehr schwierig oder schwierig. Bei der GK zum Thema Impfentscheidungen ist es jede(r) Fünfte (19 %; s. Abbildung 9.2).

Abbildung 9.2:
Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich 2020, durchschnittliches Antwortmuster



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Über alle GK-Bereiche hinweg zeigt sich, dass Menschen mittleren Alters, Personen mit geringer formaler Bildung (mit Ausnahme des GK-Bereichs Impfen), Menschen in finanziell prekären Situationen und Personen mit chronischen Erkrankungen bzw. mit Schwierigkeiten im Umgang damit eine signifikant geringere GK aufweisen als Menschen der entsprechenden Vergleichsgruppen. Damit wird deutlich, dass diese Personengruppen nicht nur in einzelnen GK-Bereichen Schwierigkeiten haben, sondern systematisch in allen Bereichen (s. Tabelle 9.2). Ein Grund dafür könnte sein, dass in allen GK-Bereichen grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten benötigt werden. Darauf deuten auch die in Tabelle 9.1 berichteten Zusammenhänge zwischen den GK-Bereichen hin, die klare Assoziationen, aber auch hinreichende Unterschiede erkennen lassen.

Tabelle 9.1:

Statistische Zusammenhänge zwischen den Gesundheitskompetenzbereichen (Pearson-Korrelation, **p < 0,01) 2020

	ALLG-GK	DIGI-GK	KOMM-GK	NAVI-GK	IMPF-GK
ALLG-GK		,462**	,370**	,554**	,429**
DIGI-GK			,356**	,572**	,330**
KOMM-GK				,484**	,245**
NAVI-GK					,380**
IMPF-GK					

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 9.2:

Bevölkerungsgruppen nach sozialen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Merkmalen mit den signifikant niedrigsten GK-Scores 2020

Scores	Geschlecht	Alter	Bildung (30+)	finanzielle Situation	Erwerbsstatus (18–64)	chronische Erkrankung	Umgang mit chronischer Erkrankung
	Männer Frauen	18–29 30–59 60+	max. Pflichtschule Lehre / BMS Matura oder höher	(sehr) einfach (sehr) schwierig	erwerbstätig arbeitslos nicht erwerbstätig	keine eine mehrere	(sehr) einfach (sehr) schwierig
ALLG-GK	Männer	30–59 (60+)	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
DIGI-GK	—	30–59 60+	max. Pflichtschule (Lehre, BMS)	(sehr) schwierig	—	eine mehrere	(sehr) schwierig
KOMM-GK	—	30–59 60+	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	arbeitslos	mehrere	(sehr) schwierig
NAVI-GK	—	30–59 <i>60+</i>	max. Pflichtschule	(sehr) schwierig	—	mehrere	(sehr) schwierig
IMPF-GK	—	30–59 <i>(60+)</i>	—	(sehr) schwierig	—	eine	(sehr) schwierig

— = keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

10 Konsequenzen

Zentrale Ergebnisse:

- » Die GK der Österreicherinnen und Österreicher steht sowohl mit ihrer Gesundheit, ihrem Gesundheitsverhalten als auch mit der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in Zusammenhang: Menschen mit einer geringen allgemeinen GK weisen ein ungünstigeres Bewegungs- und Ernährungsverhalten und einen höheren BMI auf, schätzen ihre gesundheitliche Situation schlechter ein und sind häufiger von chronischen Erkrankungen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen, kommen schlechter mit chronischen Erkrankungen zurecht, nehmen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch (z. B. Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und -ärzte, ambulante Behandlungen und Notfalldienste) und verbringen mehr Tage im Krankenstand.
- » Eine geringe kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche geht mit einer schlechteren selbsteingeschätzten Gesundheit der Patientinnen und Patienten einher.
- » Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen korrespondieren mit einer geringeren Navigationskompetenz.
- » Eine geringe digitale Gesundheitskompetenz erhöht die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin.
- » Eine geringere GK in puncto Impfungen korrespondiert mit einem höheren Anteil an Personen und Familien, die innerhalb der letzten fünf Jahre keine Impfungen in Anspruch genommen haben.

Im folgenden Kapitel wird beleuchtet, welche Konsequenzen eine geringe GK für die fünf Bereiche (1) Gesundheitsverhalten und BMI, (2) Gesundheitszustand, (3) Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems, (4) Krankenstände und (5) Impfungen haben kann bzw. welche positiven Effekte mit einer hohen GK einhergehen können. Dazu werden Zusammenhänge mit diesen vier Bereichen betrachtet. Mithilfe von Korrelations- und Regressionsanalysen wird geprüft, ob statistisch signifikante Zusammenhänge mit der allgemeinen GK bestehen, und getestet, ob diese Zusammenhänge auch unabhängig von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren gelten. Darüber hinaus wird geprüft, ob es auch Zusammenhänge mit den speziellen GK-Bereichen gibt, die im HLS₁₉-AT erfasst wurden, und ob diese Zusammenhänge auch dann noch existent sind, wenn auch die allgemeine GK in den statistischen Modellen berücksichtigt wird.

10.1 Gesundheitsverhalten und BMI

In puncto Gesundheitsverhalten wurden die Befragten nach ihrer Größe und ihrem Gewicht gefragt, um ihren Body-Mass-Index (BMI) berechnen zu können, sowie nach der Anzahl der Tage, an denen sie normalerweise pro Woche rauchen, Alkohol trinken, für 30 Minuten oder länger körperlich aktiv sind sowie Obst und/oder Gemüse essen (s. Kapitel 2.9, Tabelle 2.6).

Korrelationsanalysen zeigen, dass eine höhere allgemeine Gesundheitskompetenz mit einem geringeren Tabak- und Alkoholkonsum, mit einem stärker ausgeprägten Obst- und Gemüsekonsum,

vermehrter körperlicher Aktivität und einem geringeren BMI einhergeht, während eine geringe GK mit einem ungünstigen Gesundheitsverhalten und einem höheren BMI korrespondiert. Die Zusammenhänge mit dem Rauchverhalten und dem Alkoholkonsum fallen allerdings äußerst schwach aus.

In Bezug auf den Obst- und Gemüsekonsum, das Bewegungsverhalten und den BMI zeigen Regressionsanalysen, dass die allgemeine GK auch unabhängig von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren einen Einfluss hat (s. Tabelle 10.1). In puncto Rauchen und Alkoholkonsum wird der Effekt vom Einfluss soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren statistisch überlagert.

Zusammenhänge zwischen den speziellen GK-Bereichen, die im HLS₁₉-AT erfasst wurden, und dem Gesundheitsverhalten, die über den Effekt der allgemeinen GK hinausgehen, werden derzeit nicht angenommen.

Tabelle 10.1:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen GK auf das Gesundheitsverhalten und den BMI unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Rauchen	Alkohol	Bewegung	Obst und Gemüse	BMI
Modell 1					
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,05**	-0,05**	0,11***	0,11***	-0,07***
Modell 2					
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,03	-0,04	0,1***	0,08***	-0,05**
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	0,08***	0,24***	-0,03	-0,21***	0,19***
Alter: 30-59 (Ref. 18-29)	0,02	0,10***	-0,03	-0,07*	0,12***
Alter: 60+ (Ref. 18-29)	-0,03	0,18***	-0,05	-0,07	0,24***
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	0,07***	-0,05*	0,02	-0,06***	0,12***
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	0,04	-0,06***	-0,03	-0,08***	0,07***
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	0,01	0,03	-0,04*	-0,05***	0,04*
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	-0,05***	-0,02	-0,04*	-0,03	0,09***
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	-0,06***	0,00	-0,03	-0,05**	0,02
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	-0,06	-0,01	0,06	0,02	-0,03

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

10.2 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der Befragten wurde im HLS₁₉-AT anhand dreier Fragen ermittelt. Sie erfassen den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, das Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen und das Ausmaß gesundheitlicher Einschränkungen im Alltag (s. Kapitel 2.9, Tabelle 2.6).

Korrelationsanalysen zufolge geht eine höhere allgemeine GK mit einer besseren selbsteingeschätzten Gesundheit, mit weniger chronischen Erkrankungen und weniger gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag einher, während eine geringe GK häufiger im Zusammenhang mit einer ungünstigen Gesundheitssituation auftritt. Diese Zusammenhänge gelten unabhängig davon, welchen soziodemografischen und sozioökonomischen Hintergrund die Befragten aufweisen (s. Tabelle 10.2).

Weitere Zusammenhänge finden sich mit der digitalen GK, der kommunikativen GK im Rahmen ärztlicher Gespräche und der Navigationskompetenz. Auch hier gilt, dass eine höhere GK mit günstigeren Gesundheitsergebnissen einhergeht.

In puncto selbsteingeschätzter Gesundheit zeigen Regressionsanalysen, dass – unter Berücksichtigung der allgemeinen GK – nur die digitale GK und die kommunikative GK einen signifikanten Zusammenhang mit dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand aufweisen, wobei der Zusammenhang mit der digitalen GK in weiterer Folge durch soziodemografische und sozioökonomische Faktoren verdeckt wird. Einen zur allgemeinen GK zusätzlichen unabhängigen Effekt hat demnach nur die kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche (s. Tabelle 10.2).

In puncto Vorliegen chronischer Erkrankungen werden die beobachteten Zusammenhänge mit den speziellen GK-Bereichen allesamt durch die allgemeine GK erklärt. Dies deutet darauf hin, dass in diesem Zusammenhang vor allem allgemeine Fertigkeiten und Fähigkeiten eine Rolle spielen. Anders verhält es sich, wenn es um Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen und damit um Fragen der Versorgungsqualität und der integrierten Versorgung geht. Diesbezüglich kann mit Regressionsanalysen gezeigt werden, dass neben der allgemeinen GK auch die Navigationskompetenz und die kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche einen Einfluss darauf haben, ob es schwierig oder leicht ist, mit chronischen Erkrankungen zurechtzukommen. Während bei der Navigationskompetenz dieser Zusammenhang auch unabhängig vom soziodemografischen und sozioökonomischen Hintergrund der Befragten gilt, wird der Zusammenhang mit der kommunikativen GK von den soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren verdeckt (s. Tabelle 10.2).

Bei gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag ist neben der allgemeinen GK auch die digitale GK von Bedeutung. Dieser Effekt wird jedoch von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren überlagert (s. Tabelle 10.2).

Tabelle 10.2:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen, kommunikativen und Navigations-GK auf den Gesundheitszustand unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	selbsteinge-schätzter Gesundheits-zustand	chronische Erkrankun-gen	Schwierigkei-ten im Um-gang mit chronischen Erkrankungen	gesundheitli-che Ein-schränkun-gen im Alltag
Modell 1				
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	0,22***	-0,12***	-0,26***	-0,18***
Modell 2				
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	0,19***	-0,11***	-0,24***	-0,16***
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	-0,04*	0,00	-0,03	0,00
Alter: 30-59 (Ref. 18-29)	-0,20***	0,16***	0,09	0,12***
Alter: 60+ (Ref. 18-29)	-0,22***	0,27***	0,03	0,16***
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	-0,05**	0,04*	-0,05	0,05*
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	-0,08***	0,04*	0,11***	0,04*
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	-0,01	-0,03	-0,01	-0,01
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	-0,11***	0,07***	0,09**	0,07***
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	-0,06***	0,05**	0,03	0,06***
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	-0,12***	0,1***	0,08	0,11***
Modell 3				
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	0,17***	-0,11***	-0,14***	-0,14***
digitale GK (Score 0 bis 100)	0,06*	-0,04	-0,02	-0,06**
kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche (Score 0 bis 100)	0,07***	-0,01	-0,08*	-0,04
Navigationskompetenz (Score 0 bis 100)	-0,01	0,02	-0,14***	0,01
Modell 4				
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	0,16***	-0,11***	-0,14***	-0,14***
digitale GK (Score 0 bis 100)	0,02	0,00	-0,01	-0,03
kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche (Score 0 bis 100)	0,05*	0,00	-0,07	-0,03
Navigationskompetenz (Score 0 bis 100)	0,01	0,00	-0,13***	0,00
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	-0,04*	0,00	-0,03	0,00
Alter: 30-59 (Ref. 18-29)	-0,19***	0,16***	0,07	0,12***
Alter: 60+ (Ref. 18-29)	-0,22***	0,27***	0,01	0,16***
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	-0,05*	0,04*	-0,05	0,05*
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	-0,08***	0,04*	0,1***	0,04

Fortsetzung Tabelle 10.3:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen, kommunikativen und Navigations-GK auf den Gesundheitszustand unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	selbsteinge-schätzter Gesundheits-zustand	chronische Erkrankun-gen	Schwierigkei-ten im Um-gang mit chronischen Erkrankungen	gesundheitli-che Ein-schränkun-gen im Alltag
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	-0,01	-0,03	0,00	-0,02
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	-0,10***	0,07***	0,06	0,07***
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	-0,06***	0,05**	0,04	0,06***
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	-0,11***	0,1***	0,08	0,11***

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

10.3 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wurde – bezogen auf die letzten zwölf Monate, mit Ausnahme der Notfalldienste, deren Inanspruchnahme sich auf die letzten 24 Monate bezog – mit einem Set aus fünf Fragen eruiert. Dabei geht es um die Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste, um Untersuchungen und Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin, um Untersuchungen und Behandlungen bei Fachärztinnen und -ärzten, um stationäre Aufenthalte und um ambulante Behandlungen bzw. stationäre Behandlungen als Tagespatient/-in (s. Kapitel 2.9, Tabelle 2.6). Die Angaben zur Inanspruchnahme beruhen dabei ausschließlich auf Selbstangaben und können daher von der „dokumentierten“ Inanspruchnahme des Gesundheitssystems abweichen.

Im Zusammenhang mit der allgemeinen GK zeigt sich, dass Menschen mit einer höheren GK seltener Kontakt zum Gesundheitssystem haben, während Menschen mit einer geringen GK häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen. Schwache Zusammenhänge finden sich in Bezug auf Fachärztinnen/-ärzte, stationäre Aufenthalte und ambulante Behandlungen, etwas stärkere Zusammenhänge in puncto Notfalldienste und in Bezug auf die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin.

Mit Ausnahme der stationären Aufenthalte gelten alle Zusammenhänge auch unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren. Bei den stationären Aufenthalten wird der Effekt der allgemeinen GK vom soziodemografischen und sozioökonomischen Hintergrund der Befragten überlagert (s. Tabelle 10.4).

Darüber hinaus bestehen signifikante Zusammenhänge mit der digitalen GK und der Navigationskompetenz. Auch hier gilt, dass eine höhere GK mit einer geringeren Kontakthäufigkeit in Bezug

auf das Gesundheitssystem und eine niedrigere GK mit einer höheren Kontakthäufigkeit einhergeht. Hinsichtlich der kommunikativen GK im Rahmen ärztlicher Gespräche scheint in Bezug auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems kein nennenswerter Unterschied zu bestehen.

In Regressionsanalysen zeigt sich, dass bei der Inanspruchnahme von Notfalldiensten, der Inanspruchnahme von Fachärztinnen und -ärzten, in puncto stationärer Aufenthalte und in Bezug auf ambulante Behandlungen oder Behandlungen als Tagespatient/-in nur die allgemeine GK ausschlaggebend ist. Dieser Effekt erklärt auch die Zusammenhänge mit der digitalen GK und der Navigationskompetenz und verweist vermutlich auf allgemeine Fähigkeiten und Fertigkeiten, die diesbezüglich von Relevanz sind (s. Tabelle 10.4).

Bei der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner ist es die digitale GK, die einen Unterschied bewirkt: Je höher die digitale GK, desto seltener werden Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin aufgesucht. Dieser Unterschied gilt unabhängig vom soziodemografischen und sozioökonomischen Hintergrund der Befragten. Die allgemeine GK erweist sich in diesem Zusammenhang nur noch als grenzwertig signifikant ($p = 0,05$; s. Tabelle 10.4).

Tabelle 10.4:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen und Navigations-GK auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	medizinische Notfalldienste	Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin	Fachärztinnen und -ärzte	stationäre Aufenthalte	ambulante Behandlungen/ Tagesklinik
Modell 1					
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,12***	-0,1***	-0,07***	-0,05**	-0,06***
Modell 2					
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,1***	-0,09***	-0,07***	-0,04*	-0,05**
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	-0,01	-0,09***	-0,19***	0,00	0,00
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	0,09**	0,16***	0,15***	0,08**	0,13***
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	0,03	0,22***	0,14***	0,04	0,11**
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	-0,01	0,04	-0,07***	0,03	0,01
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	0,00	-0,02	-0,06**	0,03	0,02
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	0,00	0,02	-0,03	0,00	0,01
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	0,07***	0,06***	0,03	0,04	0,03

Fortsetzung Tabelle 10.5:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen und Navigations-GK auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	medizinische Notfalldienste	Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin	Fachärztinnen und -ärzte	stationäre Aufenthalte	ambulante Behandlungen/ Tagesklinik
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	0,03	0,02	0,01	0,01	0,03
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	0,09**	0,07*	0,07*	0,12***	0,09***
Modell 3					
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,13***	-0,05	-0,05	-0,03	-0,05*
digitale GK (Score 0 bis 100)	0,00	-0,09***	-0,03	-0,04	-0,03
Navigationskompetenz (Score 0 bis 100)	0,02	-0,02	-0,02	n. a.	n. a.
Modell 4					
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,12***	-0,05	-0,06*	-0,03	-0,05*
digitale GK (Score 0 bis 100)	0,01	-0,07**	-0,03	-0,02	-0,01
Navigationskompetenz (Score 0 bis 100)	0,03	-0,03	-0,01	n. a.	n. a.
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	-0,01	-0,08***	-0,19***	0,00	0,00
Alter: 30-59 (Ref. 18-29)	0,09**	0,15***	0,15***	0,08*	0,13***
Alter: 60+ (Ref. 18-29)	0,04	0,21***	0,13***	0,04	0,1**
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	-0,01	0,03	-0,07***	0,03	0,01
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	0,00	-0,03	-0,06***	0,02	0,02
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	0,00	0,01	-0,03	0,00	0,01
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	0,07***	0,06**	0,03	0,04	0,03
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	0,03	0,02	0,01	0,02	0,03
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	0,09**	0,07*	0,06*	0,12***	0,09***

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe; n. a. = nicht ausgewertet (die Navigationskompetenz konnte aus statistischen Gründen nicht in den Modellen berücksichtigt werden)

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH - HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

10.4 Krankenstandstage

Im Rahmen von HLS₁₉-AT wurden alle Befragten auch nach der Anzahl der Tage gefragt, die sie in den letzten zwölf Monaten wegen gesundheitlicher Probleme im Krankenstand waren (s. Kapitel 2.9, Tabelle 2.6). Abwesenheiten für die Betreuung/Pflege des Ehe- oder Lebenspartners, der Kinder oder der Eltern (Pflegefreistellung) wurden in diesem Zusammenhang nicht miterfasst. Den Angaben zufolge waren die Befragten im Durchschnitt 6,4 Tage im Krankenstand. Der Wert liegt damit deutlich unter der offiziellen Krankenstandsstatistik unselbstständiger Beschäftigter, die im Jahr 2019 im Durchschnitt 13,3 Tage im Krankenstand verbracht haben (Leoni 2020) – unklar ist jedoch, ob in den Selbstangaben auch Wochenendtage berücksichtigt wurden.

Auch in puncto Krankenstandstage findet sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der allgemeinen GK: je höher die GK, desto geringer auch die Anzahl der Krankenstandstage. Dieser Zusammenhang gilt unabhängig vom soziodemografischen und sozioökonomischen Hintergrund der Befragten (s. Tabelle 10.6) und verweist auf die in Kapitel 10.2 berichteten Zusammenhänge zwischen GK und Gesundheitszustand.

Weitere Zusammenhänge mit den speziellen GK-Bereichen werden derzeit nicht angenommen.

Tabelle 10.6:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen, digitalen und Navigations-GK auf die Anzahl der Krankenstandstage innerhalb der letzten zwölf Monate unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Krankenstandstage
Modell 1	
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,12***
Modell 2	
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	-0,11***
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	0,05
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	0,04
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	-0,05
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	0,01
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	0,02
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	-0,01
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	0,05
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	0,06*
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	-0,07*

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

10.5 Impfungen

In puncto GK zum Thema Impfen wurde statistisch getestet, ob die GK in Sachen Impfungen mit Impfentscheidungen korrespondiert und welche Rolle dabei die allgemeine GK und andere relevante Impfdeterminanten spielen (allgemeine Einstellung zum Thema Impfen, Impfwissen und die Risikoeinschätzung, ohne Impfung[en] zu erkranken).

In Sachen Impfungen wurde erhoben, ob die Befragten, ihre Kinder oder andere Familienmitglieder innerhalb der letzten fünf Jahre geimpft worden waren (s. Kapitel 2.9, Tabelle 2.6).

Korrelationsanalysen zeigen, dass eine höhere allgemeine GK und ein höhere IMPF-GK häufiger mit Impfungen innerhalb der letzten fünf Jahre korrespondieren als niedrigere Werte in den beiden Bereichen.

Regressionsanalysen verdeutlichen, dass – wenn man beide Kompetenzbereiche im Regressionsmodell berücksichtigt – nur die IMPF-GK einen signifikanten Zusammenhang mit dem Impfverhalten aufweist. Dieser Zusammenhang gilt auch dann, wenn soziodemografische und sozioökonomische Faktoren im statistischen Modell berücksichtigt werden (s. Tabelle 10.7).

Als nicht signifikant erweist sich der statistische Zusammenhang zwischen der IMPF-GK und dem Impfverhalten, wenn weitere relevante Impfdeterminanten im Regressionsmodell berücksichtigt werden, einerseits weil es deutliche Zusammenhänge zwischen der IMPF-GK, Impfeinstellung, dem Impfwissen und der Risikoeinschätzung gibt, andererseits weil die genannten Impfdeterminanten deutlich stärker mit dem Impfverhalten korrelieren. Dies deutet auf einen Mediationseffekt hin. Der signifikante GK-Effekt wird demnach von den Effekten der anderen Impfdeterminanten überlagert bzw. – statistisch gesprochen – mediiert (s. Tabelle 10.7). Die IMPF-GK hat damit einen statistisch relevanten Einfluss auf das Impfverhalten, indem sie die Impfeinstellung, das Impfwissen und die Risikoeinschätzung mitbeeinflusst. Durch die Verbesserung der IMPF-GK kann somit eine insgesamt positivere Grundhaltung gegenüber Impfungen gefördert werden.

Tabelle 10.7:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen GK und der GK in Bezug auf Impfentscheidungen auf das Impfverhalten unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Impfverhalten
Modell 1	
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	0,02
GK in Bezug auf Impfentscheidungen (Score 0 bis 100)	0,12***
Modell 2	
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	0,01
GK in Bezug auf Impfentscheidungen (Score 0 bis 100)	0,12***
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	-0,06***
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	-0,05

Fortsetzung Tabelle 10.8:

Regressionsmodelle zum Einfluss der allgemeinen GK und der GK in Bezug auf Impfentscheidungen auf das Impfverhalten unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Faktoren 2020

standardisierte Beta-Koeffizienten	Impfverhalten
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	–0,11***
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	–0,05**
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	–0,07***
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	–0,03
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	–0,01
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	–0,05**
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	0,00
Modell 3	
allgemeine GK (Score 0 bis 100)	0,02
GK in Bezug auf Impfentscheidungen (Score 0 bis 100)	0,00
allgemeine Einstellung zum Thema Impfen (negativ bis positiv)	0,10***
allgemeines Impfwissen (gering bis hoch)	0,30***
generelle Risikoabwägung, zu erkranken, wenn man sich nicht impfen lässt: hoch (Ref. gering)	0,12***
Geschlecht männlich (Ref. weiblich)	–0,07***
Alter: 30–59 (Ref. 18–29)	–0,02
Alter: 60+ (Ref. 18–29)	–0,09**
Bildung: Lehre, BMS (Ref. Matura oder höher)	–0,03
Bildung: maximal Pflichtschulabschluss (Ref. Matura oder höher)	–0,04*
Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich: nein (Ref. ja)	–0,03
finanzielle Situation: sehr schwierig / schwierig (Ref. sehr einfach / einfach)	0,01
Erwerbsstatus: arbeitslos (Ref. erwerbstätig)	–0,04*
Erwerbsstatus: nicht erwerbstätig (Ref. erwerbstätig)	–0,02

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05; Ref. = Referenzgruppe

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

11 Vergleich mit HLS-EU

Zentrale Ergebnisse:

- » Die HLS₁₉-AT-Erhebung bestätigt weitgehend die Ergebnisse der ersten Österreichischen GK-Befragung (HLS-EU 2011), sowohl in Bezug auf besonders schwierige GK-Aufgaben und -Bereiche als auch auf gesellschaftliche Bevölkerungsgruppen mit größeren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Das grundsätzliche Anforderungsprofil für die Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hat sich damit nur geringfügig verändert.
- » Ein näherungsweiser Vergleich zwischen HLS₁₉-AT und HLS-EU lässt einen leichten Anstieg in der allgemeinen Gesundheitskompetenz vermuten. Das betrifft das Management von Informationen in puncto Gesundheitsförderung sowie das Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen.
- » Herausforderungen bestehen weiterhin bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen, bei Informationen im Bereich der psychischen Gesundheit, beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen sowie bei Informationen zum Thema Prävention. Zudem zeigt sich erneut, dass die allgemeine GK sozial ungleich verteilt ist: eine geringere allgemeine GK wurde bei Menschen mit geringer formaler Bildung, bei Personen in finanziell prekären Situationen, bei Menschen auf Arbeitssuche und bei Menschen mittleren Alters beobachtet.

Die HLS₁₉-AT-Ergebnisse zur allgemeinen GK sind aus unterschiedlichen Gründen **nicht eins zu eins mit den Ergebnissen der HLS-EU-Studie (Erhebung 2011) vergleichbar** (s. Kapitel 4.4). Vorrangig sind dafür inhaltliche und sprachliche Anpassungen am Erhebungsinstrument, die Verwendung des Kurzfragebogens HLS₁₉-Q12, Änderungen in der Berechnungsweise der GK-Scores und Kompetenzlevels (s. Kapitel 2.8) und eine Umstellung im Erhebungsmodus von persönlichen Interviews (CAPI, HLS-EU) auf Telefoninterviews (CATI, HLS₁₉-AT) verantwortlich. Während die Änderungen am Erhebungsinstrument vom internationalen HLS₁₉-Konsortium beschlossen wurden, wurde der Erhebungsmodus national zugunsten einer größeren Stichprobe umgestellt. Auch die Verwendung der Kurzform wurde national entschieden, um im Fragebogen auch noch andere GK-Bereiche berücksichtigen zu können. Diese methodische Umstellung hat die Durchführung der HLS₁₉-AT-Erhebung während der Corona-Pandemie gesichert, da persönliche Interviews zwischen März und Mai 2020 nicht möglich gewesen wären.

Auswertung der HLS-EU-Daten mit der neuen Berechnungsweise

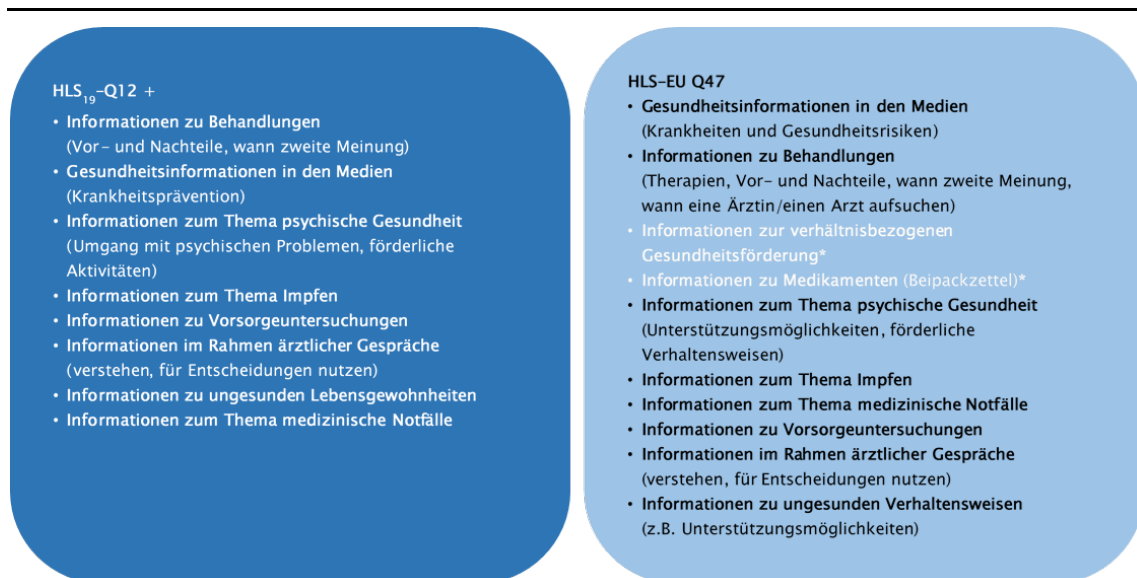
Für den Vergleich von HLS₁₉-AT und HLS-EU müssen die HLS-EU-Ergebnisse zunächst auf Basis der Kurzvariante des Fragebogens und entsprechend der neuen Berechnungsweise in puncto GK-Scores und Kompetenzlevels neu berechnet werden. Dieser Neuberechnung zufolge hatten **2011 rund 52 Prozent** der in Österreich wohnhaften Bevölkerung **eine limitierte**, d. h. inadäquate oder problematische, und **48 Prozent eine ausreichende bis exzellente allgemeine GK** (s. Abbildung 11.3). Entsprechend der „alten“ Berechnungsweise waren es 56 bzw. 44 Prozent.

Die größten **Herausforderungen** bestanden 2011 im **Beurteilen und Anwenden** von Gesundheitsinformationen und bei Informationen zum Thema **Prävention** (s. Abbildung 11.2). Eine geringere allgemeine GK wurde bei Menschen mit geringer formaler Bildung, bei Personen in finanziell prekären Situationen, bei der älteren Bevölkerung und bei Menschen mit Gesundheitsproblemen festgestellt. Die HLS₁₉-Berechnungsweise und die Kurzform des GK-Fragebogens zur allgemeinen GK führen damit – mit einer einzigen Ausnahme – zu keinen nennenswerten Änderungen gegenüber den bisher bekannten Ergebnissen. Nur die Dimension Gesundheitsförderung avanciert vom vormals schlechtesten zum besten Bereich. Dies liegt daran, dass in der Kurzvariante aus psychometrischen Gründen vor allem Verhaltensaspekte und weniger verhältnisbezogene Aspekte in puncto Gesundheitsförderung berücksichtigt sind.

Die HLS₁₉-AT-Ergebnisse (s. Kapitel 4.5) bestätigen die zuvor genannten Erkenntnisse aus der HLS-EU-Studie und unterstreichen deren ungebrochene Relevanz. Auch hinsichtlich der berücksichtigten GK-Aufgaben untermauern die HLS₁₉-AT-Ergebnisse die bereits 2011 dokumentierten Herausforderungen (s. Abbildung 11.1). Nach wie vor bestehen größere Schwierigkeiten bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen und bei Informationen im Bereich der psychischen Gesundheit. Auch zum Thema Impfungen (s. Kapitel 8) zeigen sich deutliche Schwierigkeiten im Umgang mit den verfügbaren Informationen.

Abbildung 11.1:

Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen – Vergleich zwischen HLS₁₉-AT (2020) und den HLS-EU-Ergebnissen (2011), absteigend sortiert nach der Häufigkeit an Schwierigkeiten



* Themen, die im HLS₁₉-AT nicht mehr abgefragt wurden, da sie weder im HLS₁₉-Q12 vorkommen noch im Set der zusätzlich abgefragten GK-Aufgaben enthalten sind

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS-EU 2011 und HLS₁₉-AT 2020, Darstellung: GÖG

Adjustierung der HLS₁₉-AT-Ergebnisse

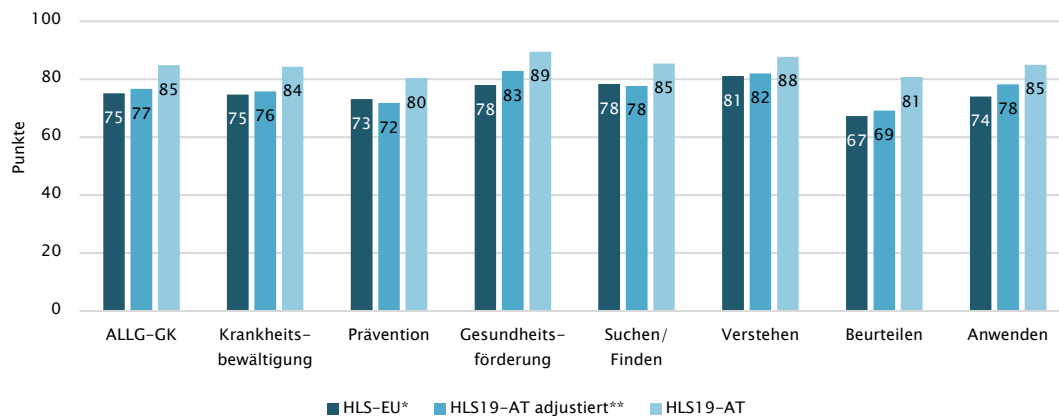
Ein direkter Vergleich der HLS₁₉-AT-Ergebnisse mit den HLS-EU-Resultaten lässt einen deutlichen Unterschied im GK-Niveau erkennen. Da dieser Unterschied aber auch im Vergleich zu den Ergebnissen einer im März 2020 durchgeführten repräsentativen Onlineerhebung zur coronabezogenen GK beobachtet wurde (Griebler et al. 2021a), im Zuge deren auch die allgemeine GK erhoben wurde, ist davon auszugehen, dass der Unterschied vor allem von Stichproben- und Methodeneffekten z. B. in puncto Teilnahmebereitschaft, Selektionsbias, Befragungssituation (auditiv versus visuell) und sozialer Erwünschtheit herrührt. Im Vergleich zur HLS-EU- (CAPI) und zur Corona-Befragung (CAWI) wird damit deutlich, dass die **Telefonbefragung** zu einer **Unterschätzung der GK-Schwierigkeiten in der Bevölkerung** und damit zu einer **Überschätzung des GK-Niveaus** führt. Diese Beobachtung wurde auch in anderen HLS₁₉-Ländern gemacht. Darüber hinaus gibt es Hinweise in der Literatur, dass in Telefoninterviews häufiger positivere Antworten gegeben werden als bei anderen Erhebungsmethoden, wobei große Unterschiede im Vergleich zu Onlineerhebungen beobachtet wurden (Christian et al. 2008; Lugtig et al. 2011; Ye et al. 2011; Zhang et al. 2017), und dass Onlineerhebungen bei sensiblen Informationen zu akkurateren und vollständigeren Antworten führen als Telefonbefragungen (Chang/Krosnick 2009; Kreuter et al. 2009). Im Vergleich dazu liefern persönliche Interviews nur geringfügig positivere Ergebnisse als eine Onlinebefragung, wenn es z. B. um Skalen zur Messung der positiven psychischen Gesundheit geht, aber ähnliche Ergebnisse wie eine Telefonbefragung, wenn es z. B. um Skalen zur Messung der negativen psychischen Gesundheit geht, die dann aber von den Onlineergebnissen abweichen (Zhang et al. 2017). Dies könnte damit zusammenhängen, dass Effekte sozialer Erwünschtheit in Telefoninterviews stärker zum Tragen kommen als in persönlichen Interviews oder in Onlinebefragungen (Holbrook et al. 2003; Kreuter et al. 2009; Tourangeau/Yan 2007; Zhang et al. 2017). Auch die Einschätzung, ob Informationen sensibel sind, ist in Telefoninterviews präsenter als im Onlinekontext (Kreuter et al. 2009). Umgekehrt erreichen Onlinebefragungen eine deutlich geringere Repräsentativität im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden (Cornesse/Bosnjak 2018), dies gilt auch im Vergleich zu Telefoninterviews (Kreuter et al. 2009; Lugtig et al. 2011). In diesem Zusammenhang dürften auch die Teilnahmebereitschaft und der damit einhergehende Selektionsbias eine Rolle spielen.

Um den Methodeneffekt besser einschätzen zu können, wurden auf Basis der HLS₁₉-AT-Daten (Telefondaten) und der zuvor erwähnten Onlinedaten zur coronabezogenen GK statistische Modelle berechnet, die den Telefoneffekt näherungsweise quantifizieren. In diesen Modellen wurden Unterschiede, die rein auf die Stichprobenzusammensetzung zurückzuführen sind, rechnerisch konstant gehalten. Auf diese Weise konnten **Adjustierungsfaktoren ermittelt** werden, um das GK-Niveau – unter Berücksichtigung des Telefoneffekts – besser abschätzen zu können.

Auf Basis dieser methodischen Annäherung ergibt sich im Vergleich zu den HLS-EU-Ergebnissen eine **leichte Verbesserung der allgemeinen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung**. Das betrifft das Management von Informationen im Bereich Gesundheitsförderung sowie das Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen. In allen anderen Bereichen sind keine nennenswerten Unterschiede erkennbar (s. Abbildung 11.2).

Abbildung 11.2:

Vergleich HLS-EU- (2011) und HLS₁₉-AT-Ergebnisse (2020; adjustiert und nichtadjustiert) zur allgemeinen Gesundheitskompetenz, insgesamt und nach Kompetenzbereichen, GK-Scores: Wertebereich 0 (-) bis 100 (+)



* HLS-EU-Ergebnisse auf Basis des HLS₁₉-Q12 und auf Grundlage der neuen Berechnungsweise der GK-Scores

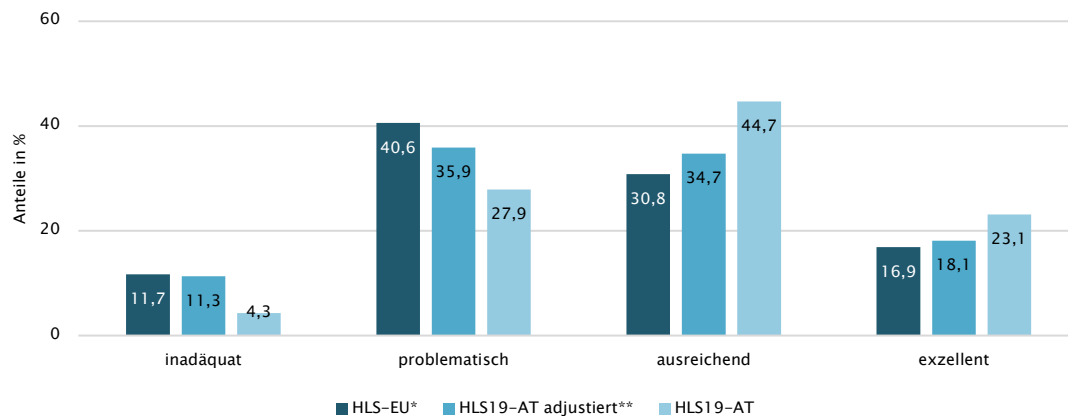
** in Bezug auf den Methodeneffekt (CATI versus CAWI) adjustierte Ergebnisse unter Berücksichtigung von Stichprobenunterschieden in puncto Geschlecht, Alter, formaler Bildung, Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich, Erwerbsstatus, finanzieller Situation, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, Bundeslandzugehörigkeit, selbsteingeschätzten Gesundheitszustands, chronischer Erkrankungen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS-EU 2011 und HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Vergleicht man die HLS-EU- und HLS₁₉-AT-Ergebnisse zur allgemeinen GK hinsichtlich der Kompetenzlevels, ist auch in dieser Betrachtungsweise ersichtlich, dass sich die allgemeine GK – unter Berücksichtigung der methodischen Annäherung – etwas **verbessert** hat: **von 48 Prozent mit ausreichender bis exzellenter GK auf 53 Prozent** (s. Abbildung 11.3). Die Verbesserung hat hauptsächlich in den beiden mittleren Kompetenzkategorien stattgefunden – von problematisch hin zu ausreichend –, während die Kompetenzlevels inadäquat und exzellent keine großen Veränderungen erkennen lassen.

Abbildung 11.3:

Vergleich HLS-EU- (2011) und HLS₁₉-AT-Ergebnisse (2020; adjustiert und nichtadjustiert) zur allgemeinen Gesundheitskompetenz, Kompetenzlevels



* HLS-EU-Ergebnisse auf Basis des HLS₁₉-Q12 und auf Grundlage der neuen Berechnungsweise der GK-Levels

** in Bezug auf den Methodeneffekt (CATI versus CAWI) adjustierte Ergebnisse unter Berücksichtigung von Stichprobenunterschieden in puncto Geschlecht, Alter, formaler Bildung, Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich, Erwerbsstatus, finanzieller Situation, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, Bundeslandzugehörigkeit, selbsteingeschätzten Gesundheitszustands, chronischer Erkrankungen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS-EU 2011 und HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Weitere Unterschiede zwischen der HLS-EU- und der HLS₁₉-AT-Erhebung (Erhebungszeitpunkt: März bis Mai anstatt Juli bis August, Alter der Befragten: 15+ versus 18+, Einschränkungen in puncto Migrationshintergrund: auf EU-Bürger/-innen versus keine Einschränkungen) spielen, so eine erste Einschätzung, eine eher untergeordnete Rolle. Sie können jedoch für die beobachteten Unterschiede teils mitverantwortlich sein. Auch die Corona-Situation dürfte zum Zeitpunkt der Erhebung noch keinen Einfluss auf die allgemeine GK gehabt haben. Dafür sprechen eigene Analysen, in denen ein möglicher Zusammenhang zwischen der allgemeinen GK und dem Grad der Besorgnis in Bezug auf die Corona-Situation untersucht wurde, sowie Ergebnisse der deutschen HLS₁₉-Studie, die noch vor Beginn der Corona-Pandemie durchgeführt und mit Ergebnissen einer Folgerhebung im Sommer 2020 verglichen wurde und keinen signifikanten Unterschied erkennen ließ (Schaeffer et al. 2021).

Gesamteinschätzung

Insgesamt deuten die Vergleichsergebnisse somit darauf hin, dass sich das **Anforderungsprofil für die Stärkung der Gesundheitskompetenz kaum verändert** hat. Die im Rahmen der HLS-EU-Erhebung dokumentierten Herausforderungen haben demnach nicht an Aktualität eingebüßt. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass **die allgemeine GK in Österreich in den letzten zehn Jahren leicht gestiegen** ist.

Limitationen

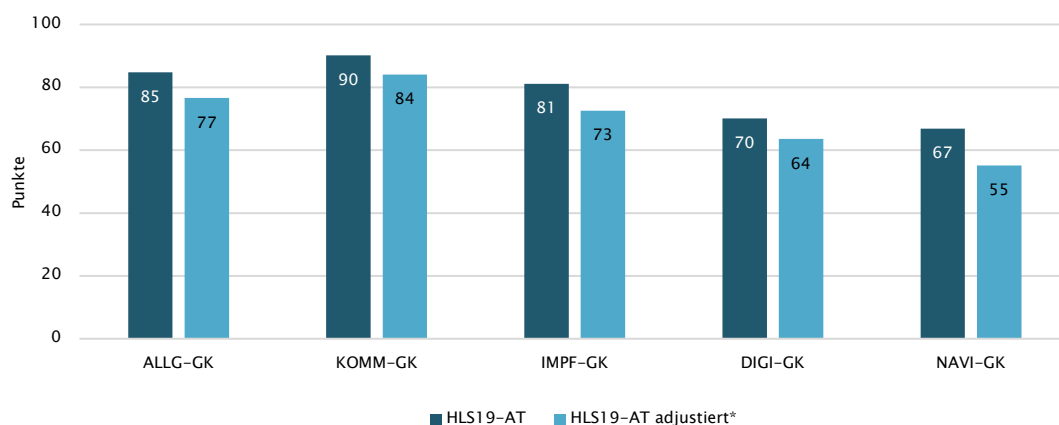
Da die GK der Bevölkerung jedoch mit der formalen Bildung assoziiert ist, könnte – neben anderen positiven Entwicklungen – auch das steigende Bildungsniveau in Österreich für den Anstieg in der GK mitverantwortlich sein, ebenso wie Unterschiede im Erhebungszeitpunkt. Nicht gesichert ist zudem die Annahme, dass Onlineerhebungen in Sachen GK-Niveau ähnliche Ergebnisse liefern wie persönliche Interviews, obwohl es im Rahmen der HLS₁₉-Studie Hinweise dafür gibt.

Spezielle GK-Bereiche

Da der beschriebene Methodeneffekt nicht nur für die allgemeine GK, sondern auch für die anderen GK-Bereiche gilt, werden in Abbildung 11.4 auch für die speziellen GK-Bereiche die adjustierten Ergebnisse dargestellt.

Abbildung 11.4:

Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich 2020, GK-Scores: Wertebereich 0 (–) bis 100 (+)



* in Bezug auf den Methodeneffekt (CATI versus CAWI) adjustierte Ergebnisse unter Berücksichtigung von Stichprobenunterschieden in puncto Geschlecht, Alter, formaler Bildung, Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich, Erwerbsstatus, finanzieller Situation, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, Bundeslandzugehörigkeit, selbsteingeschätzten Gesundheitszustands, chronischer Erkrankungen

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH – HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

12 Zusammenfassung und Ausblick

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz (GK) umfasst das Wissen, die Motivationen und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden, um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung Entscheidungen treffen zu können, die ihre Gesundheit und Lebensqualität erhalten oder verbessern. Sie ist Ausdruck des Zusammenspiels individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Anforderungen, mit denen die Menschen in diesen Bereichen konfrontiert sind (Bitzer/Sørensen 2018; Pelikan/Ganahl 2017).

HLS-EU und Schritte zur Stärkung der GK

Ausgelöst von den Ergebnissen der ersten Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung 2011, die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern einen deutlichen Handlungsbedarf aufgezeigt hat, gab es in Österreich zahlreiche positive Entwicklungen – mit dem Ziel, die GK der Österreicherinnen und Österreicher nachhaltig zu verbessern. „Die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu stärken“ wurde eines von zehn Gesundheitszielen (Gesundheitsziel 3, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at>) mit Wirkungszielen in den Bereichen Gesundheitssystem, Individuum und Konsum. Darüber hinaus wurde die Verbesserung der Gesundheitskompetenz operatives Ziel in der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) verankert. In weiterer Folge wurde die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) eingerichtet, um die Umsetzung der gesteckten Ziele zu unterstützen und zu koordinieren. Zur Erreichung der Zielsetzung wurden in Österreich in den letzten zehn Jahren zahlreiche Maßnahmen, Aktivitäten und Veranstaltungen durchgeführt (<https://oepgk.at>).

Neue Herausforderungen

Parallel dazu sind aber auch die Anforderungen an die Bevölkerung in Sachen GK deutlich gestiegen. Die Menge an Informationen zum Thema Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung und die Anzahl der Kanäle zur Verbreitung dieser Informationen haben sich im letzten Jahrzehnt im Zuge der zunehmenden Digitalisierung explosionsartig erhöht. Aufgrund des allgegenwärtigen Charakters der digitalen Kommunikation suchen auch kommerzielle Unternehmen und Privatpersonen die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit über digitale Kanäle. Dadurch geraten vermehrt interessengetriebene, manipulative oder schlichtweg falsche Informationen in Umlauf, die der Öffentlichkeit und den einzelnen Nutzerinnen und Nutzern besonders kritische und analytische Fähigkeiten abverlangen (Paige et al. 2018). Die leichte und rasche Verbreitung von Inhalten über Internet und soziale Medien unterstützt auch Impfgegner sowie Impfbefürworter dabei, ihre Botschaften zu streuen, mit der Folge, dass sich in digitalen Echokammern ideologische Gräben vertiefen. Eine zunehmend älter werdende Gesellschaft und eine steigende Anzahl von Personen mit chronischen Erkrankungen stehen einem stark fragmentierten Gesundheitssystem

gegenüber, das durch weitere Spezialisierungen und Ausdifferenzierungen an Komplexität zunimmt. Die Erwartungen von Patientinnen und Patienten an die Kommunikation im Gesundheitssystem sind dabei nicht zuletzt durch Beteiligungs- und Empowermentprozesse gestiegen. Auch die Corona-Pandemie hat gezeigt, vor welchen Herausforderungen eine gute Gesundheitsinformation und -kommunikation steht (Griebler et al. 2021a). Gesundheitsinformationen haben sich von einem abstrakten zu einem praktischen Bestandteil des Lebensalltags gewandelt (Okan et al. 2020) und haben einen bis dato noch nie da gewesenen Raum eingenommen, sowohl in den klassischen als auch in den neuen Medien. Besonders die Informationsdichte im virtuellen Raum, u. a. Informationen zur Entstehung des Virus, zu seiner Verbreitung und zu Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz, war begleitet von Des- und Fehlinformationen (Paakkari/Okan 2020).

Die neuerliche Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS₁₉-AT) ist Teil des internationalen Health Literacy Survey (HLS₁₉), eines Projekts des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Die HLS₁₉-Messung wird parallel in 17 Ländern durchgeführt. Ziel des internationalen HLS₁₉-Konsortiums ist es, mit der Erhebung neue Baseline-daten für eine periodisch wiederkehrende europäische Erhebung zu generieren und dabei neue Herausforderungen der GK in Form spezieller Bereiche der GK zu berücksichtigen. Für die repräsentative österreichische Erhebung wurden 2020 in Österreich rund 3.000 ab 18-Jährige telefonisch befragt. In der Erhebung wurden neben der allgemeinen GK auch spezielle Bereiche der GK (digitale GK, Navigationskompetenz im Gesundheitssystem, kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche und GK in puncto Impfentscheidungen) abgefragt.

Informationsquellen zum Thema Gesundheit

Zu medizinischen und gesundheitlichen Themen informiert sich die österreichische Bevölkerung vorrangig mittels digitaler Quellen und bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei anderen Gesundheitsberufen. Schriftliche Unterlagen, das persönliche soziale Umfeld (Familie, Freundinnen/Freunde, Arbeitskolleginnen/-kollegen) und andere Informationsquellen spielen hier eine untergeordnete Rolle (s. Kapitel 3). Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung kommunikativer Kompetenzen (z. B. im Rahmen ärztlicher Gespräche) und zeigt, wie wichtig der Fokus auf „Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem“ ist (<https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem>). Darüber hinaus wird deutlich, dass auch die Digitale GK von zentraler Bedeutung ist.

Im Bereich der digitalen Ressourcen werden am häufigsten Internetseiten genutzt, am seltensten digitale Möglichkeiten der Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern. Auf einer wöchentlichen bis täglichen Basis nutzt die österreichische Bevölkerung digitale Geräte in Zusammenhang mit Gesundheit oder der medizinischen Versorgung, Gesundheitsapps auf dem Handy und Internetseiten. Zusätzlich spielen auch soziale Medien eine Rolle (s. Kapitel 5.4.1).

Allgemeine Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

In puncto allgemeiner Gesundheitskompetenz bestätigt die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020 weitgehend die Ergebnisse der ersten Österreichischen GK-Befragung (HLS-EU 2011), sowohl in Bezug auf besonders schwierige GK-Aufgaben und -Bereiche als auch auf

gesellschaftliche Bevölkerungsgruppen mit größeren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Das grundsätzliche Anforderungsprofil für die Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hat sich damit nur geringfügig verändert (s. Kapitel 11).

Ein näherungsweiser Vergleich zwischen HLS₁₉-AT und HLS-EU lässt einen leichten Anstieg in der allgemeinen Gesundheitskompetenz vermuten. Das betrifft das Management von Informationen in puncto Gesundheitsförderung sowie das Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen (s. Kapitel 11).

Herausforderungen bestehen weiterhin bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen, bei Informationen im Bereich der psychischen Gesundheit, beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen sowie bei Informationen zum Thema Prävention. Zudem zeigt sich erneut, dass die allgemeine GK sozial ungleich verteilt ist: Eine geringere allgemeine GK wurde bei Menschen mit geringer formaler Bildung, bei Personen in finanziell prekären Situationen, bei Menschen auf Arbeitssuche, bei solchen mittleren Alters und bei Menschen mit Gesundheitsproblemen beobachtet (s. Kapitel 4.5).

Spezielle Bereiche der Gesundheitskompetenz

Im Rahmen von HLS₁₉-AT wurden erstmals auch Daten zu spezifischen Bereichen der Gesundheitskompetenz gesammelt. Im Vergleich zur allgemeinen GK zeigt sich dabei, dass die größten Herausforderungen im Bereich der Navigationskompetenz (Orientierung im Gesundheitssystem) und bei der digitalen Gesundheitskompetenz bestehen. Auch in puncto Impfentscheidungen fällt die GK der Bevölkerung geringer aus als bei der allgemeinen GK (s. Kapitel 9).

Vergleichsweise stark ausgeprägt ist die kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche. Es zeigen sich aber auch in diesem Bereich Herausforderungen, vor allem wenn es um Aspekte der Patientenpartizipation in der Gesprächssituation geht (persönliche Ansichten/Vorstellungen einbringen, Ärztinnen/Ärzte zum Zuhören bringen, an Entscheidungen beteiligt sein; s. Kapitel 6).

Bevölkerungsgruppen mit geringerer Gesundheitskompetenz

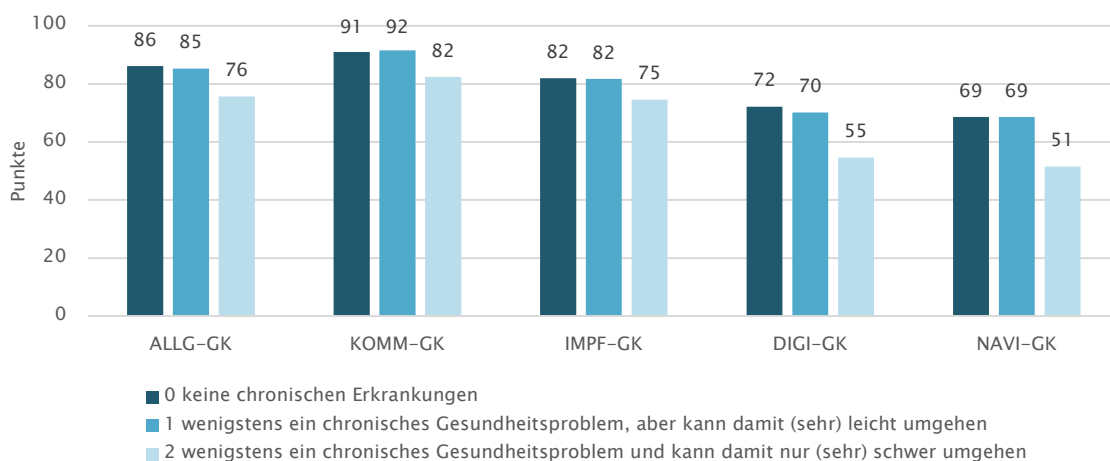
Über alle GK-Bereiche hinweg (s. Kapitel 9) weisen Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss und Menschen in finanziell prekären Situationen eine geringere GK auf, wobei es deutliche Schnittmengen zwischen diesen Bevölkerungsgruppen gibt. Darüber hinaus scheint der Umgang mit Gesundheitsinformationen speziell für Menschen im mittleren Alter (zw. 30 und 59 Jahren) eine Herausforderung zu sein. Dies liegt möglicherweise daran, dass das mittlere Alter eine Lebensphase darstellt, in der eigene Kinder und deren Gesundheit, erste chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme, die Pflege und Betreuung Angehöriger und die daraus hervorgehenden Belastungen und Anforderungen eine Rolle spielen (Griebler et al. 2020) und die GK stärker auf den Prüfstand stellen.

Gesundheitskompetenz und chronische Erkrankungen

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen in allen GK-Bereichen eine geringere GK auf als solche ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen (s. Abbildung 12.1). Dies rückt Fragen der Versorgungsqualität und der integrierten Versorgung chronischer Erkrankungen in den Fokus, wobei in diesem Zusammenhang auch Fragen der digitalen GK und Navigationskompetenz berücksichtigt werden sollten.

Abbildung 12.1:

Gesundheitskompetenzbereiche nach chronischen Erkrankungen und diesbezüglichen Coping-Schwierigkeiten 2020, Wertebereich 0-100



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH -HLS₁₉-AT 2020, Darstellung und Berechnung: GÖG

Konsequenzen einer geringen Gesundheitskompetenz

Die GK der Österreicherinnen und Österreicher steht sowohl mit ihrer Gesundheit, ihrem Gesundheitsverhalten als auch mit der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in Zusammenhang: Menschen mit einer geringeren allgemeinen GK

- » weisen ein ungünstigeres Bewegungs- und Ernährungsverhalten und einen höheren BMI auf,
- » schätzen ihre gesundheitliche Situation schlechter ein und sind häufiger von chronischen Erkrankungen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen,
- » kommen schlechter mit chronischen Erkrankungen zurecht,

- » nehmen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch (z. B. Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und -ärzte, ambulante Behandlungen und Notfalldienste) und
- » verbringen mehr Tage im Krankenstand.

Eine geringe kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche geht darüber hinaus mit einer schlechteren selbsteingeschätzten Gesundheit einher. Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen korrespondieren mit einer geringeren Navigationskompetenz. Eine geringe digitale Gesundheitskompetenz erhöht die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. In puncto Impfungen zeigt sich, dass eine geringere impfbezogene GK mit einem höheren Anteil an Personen und Familien korrespondiert, die innerhalb der letzten fünf Jahre keine Impfungen in Anspruch genommen haben.

Ausblick

Auf Basis der HLS19-AT-Ergebnisse werden von der Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz gemeinsam mit der Fachgruppe Public Health Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der österreichischen Bevölkerung erarbeitet, die ergänzend zum Ergebnisbericht Ende 2021 veröffentlicht werden sollen. Darüber hinaus wird eine Zusammenfassung der österreichischen Erhebungsergebnisse im internationalen Vergleich erstellt, die voraussichtlich im ersten Halbjahr 2022 zur Verfügung gestellt wird.

Literatur

- Aharon, Anat Amit; Nehama, Haim; Rishpon, Shmuel; Baron-Epel, Orna (2017): Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. In: Patient education and counseling 100/4:768–775
- Amalraj, Sunil; Starkweather, Chelsea; Naeim, Arash (2009): Health Literacy, Communication, and Treatment Decision-Making in Older Cancer Patients. In: Ethics and Social Welfare 23/4:<http://www.physicianspractice.com>
- Andre, F. E.; Booy, R.; Bock, H. L.; Clemens, J.; Datta, S. K.; John, T. J.; Lee, B. W.; Lolekha, S.; Peltola, H.; Ruff, T. A.; Santosham, M.; Schmitt, H. J. (2008): Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. In: Bull World Health Organ 86/2:140–146
- Andrus, MR; Roth, MT (2002): Health literacy: a review. In: Pharmacotherapy 22/(3):282–302.
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E.; Zuba, Martin; Quentin, Wilm; Winkelmann, Juliane (2018): Austria. Health system review. World Health Organization, Copenhagen
- Balint, Enid (1969): The possibilities of patient-centered medicine. In: The Journal of the Royal College of General Practitioners 17/82:269
- Ball, Lauren E; Barnes, Katelyn A; Crossland, Lisa; Nicholson, Caroline; Jackson, Claire (2018): Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: a systematic review. In: BMC Health Services Research 18/1:1–12
- Bauer, Ullrich; Rosenbrock, Rolf; Schaeffer, Doris (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen–gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation.
- Beckman, H. B.; Markakis, K. M.; Suchman, A. L.; Frankel, R. M. (1994): The doctor–patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. In: Arch Intern Med 154/12:1365–1370
- Benner, J. S.; Erhardt, L.; Flammer, M.; Moller, R. A.; Rajcic, N.; Changela, K.; Yunis, C.; Cherry, S. B.; Gaciong, Z.; Johnson, E. S.; Sturkenboom, M. C. J. M.; García-Puig, J.; Girerd, X.; on behalf of the, Reach O. U. T. Investigators (2008): A novel programme to evaluate and communicate 10-year risk of CHD reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile. In: International Journal of Clinical Practice 62/10:1484–1498
- Bennett, I. M.; Chen, J.; Soroui, J. S.; White, S. (2009): The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. In: Ann Fam Med 7/3:204–211

- Berkman, Nancy D.; Sheridan, Stacey L.; Donahue, Katrina E.; Halpern, David J.; Crotty, Karen (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: *Ann Intern Med* 155/2:97–107. doi:110.7326/0003-4819-7155-7322-201107190-201100005
- Betsch, C.; Schmid, P.; Heinemeier, D.; Korn, L.; Holtmann, C.; Böhm, R. (2018): Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. In: *PLoS One* 13/12:e0208601
- Betsch, Cornelia; Schmid, Philipp; Korn, Lars; Steinmeyer, Lisa; Heinemeier, Dorothee; Eitze, Sarah; Küpke, Nora Katharina; Böhm, Robert (2019): Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 62/4:400–409
- Betz, Cecily L; Ruccione, Kathy; Meeske, Kathleen; Smith, Kathryn; Chang, Nancy (2008): Health literacy: a pediatric nursing concern. In: *Pediatric nursing* 34/3:231
- Biasio, L. R.; Giambi, C.; Fadda, G.; Lorini, C.; Bonaccorsi, G.; D'Ancona, F. (2020): Validation of an Italian tool to assess vaccine literacy in adulthood vaccination: a pilot study. In: *Ann Ig* 32/3:205–222
- Bieber, Christiane; Mueller, Knut G; Nicolai, Jennifer; Hartmann, Mechthild; Eich, Wolfgang (2010): How does your doctor talk with you? Preliminary validation of a brief patient self-report questionnaire on the quality of physician-patient interaction. In: *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 17/2:125–136
- Bittlingmayer, Uwe H; Dadaczynski, Kevin; Sahrai, Diana; van den Broucke, Stephan; Okan, Orkan (2020): Digitale Gesundheitskompetenz-Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*:1–9
- Bitzer, Eva Maria; Sørensen, Kristine (2018): Gesundheitskompetenz-Health Literacy. In: *Das Gesundheitswesen* 80/08/09:754–766
- BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017): Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Hg. v. Frauen, Bundesministerium für Gesundheit und. Aufl. April 2017, Wien
- Brach, Cindy (2013): *Becoming a Health Literate Organization: Tools für Community Health Centers*. Center for Delivery, Organization, and Markets, April 3, 2013
- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M.; Baur, Cynthia; Lemerise, Andrew J.; Parker, Ruth (2012): *Attributes of a Health Literate Organization*. Institute of Medicine of the National Academies

- Brouwers, Marianne; Rasenberg, Ellemieke; van Weel, Chris; Laan, Roland; van Weel-Baumgarten, Evelyn (2017): Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments. In: *Medical education* 51/11:1103–1117
- Brown, R. F.; Butow, P.; Dunn, S. M.; Tattersall, M. H. N. (2001): Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. In: *Br J Cancer*:1273
- Burt, Jenni; Abel, Gary; Elliott, Marc N; Elmore, Natasha; Newbould, Jennifer; Davey, Antoinette; Llanwarne, Nadia; Maramba, Inocencio; Paddison, Charlotte; Campbell, John (2018): The evaluation of physicians' communication skills from multiple perspectives. In: *The Annals of Family Medicine* 16/4:330–337
- Burt, Jenni; Abel, Gary; Elmore, Natasha; Campbell, John; Roland, Martin; Benson, John; Silverman, Jonathan (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. In: *BMJ Open* 4/3:
- CAHPS (2017): Patient Experience Measures from the CAHPS® Health Plan Survey 2109. AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- Campbell, Craig; Lockyer, Jocelyn; Laidlaw, Toni; MacLeod, Heather (2007): Assessment of a matched-pair instrument to examine doctor– patient communication skills in practising doctors. In: *Medical education* 41/2:123–129
- Castro, Cesar M; Wilson, Clifford; Wang, Frances; Schillinger, Dean (2007): Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. In: *American journal of health behavior* 31/1:S85–S95
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1999): Ten great public health achievements–United States, 1900–1999. In: *MMWR Morbidity and mortality weekly report* 48/12:241–243
- Chang, Linchiat; Krosnick, Jon A. (2009): National Surveys Via Rdd Telephone Interviewing Versus the Internet. In: *Public Opinion Quarterly* 73/4:641–641–678
- Chen, R. C.; Clark, J. A.; Manola, J.; Talcott, J. A. (2008): Treatment 'mismatch' in early prostate cancer: do treatment choices take patient quality of life into account? In: *Cancer* 112/1:61–68
- Chen, Xuewei; Hay, Jennifer L; Waters, Erika A; Kiviniemi, Marc T; Biddle, Caitlin; Schofield, Elizabeth; Li, Yuelin; Kaphingst, Kimberly; Orom, Heather (2018): Health literacy and use and trust in health information. In: *Journal of health communication* 23/8:724–734
- Chinn, Deborah; McCarthy, Catherine (2013): All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. In: *Patient education and counseling* 90/2:247–253

- Cho, Young Ik; Lee, Shouu-Yih D; Arozullah, Ahsan M; Crittenden, Kathleen S (2008): Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. In: *Social Science & Medicine* 66/8:1809–1816
- Christian, Leah Melan; Dillman, Don A.; Smyth, Jolene D. (2008): The Effects of Mode and Format On Answers to Scalar Questions in Telephone and Web Surveys. In: *Advances in telephone survey methodology* 12/:250–275
- Collins, S. A.; Currie, L. M.; Bakken, S.; Vawdrey, D. K.; Stone, P. W. (2012): Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. In: *J Biomed Inform* 45/3:598–607
- Cornesse, Carina; Bosnjak, Michael (2018): Is there an association between survey characteristics and representativeness? A meta-analysis. In: *European Survey Research Association* 12/1:1–13
- Crawford, Allison; Serhal, Eva (2020): Digital health equity and COVID-19: the innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. In: *Journal of Medical Internet Research* 22/6:e19361
- Dadaczynski, Kevin; Okan, Orkan; Messer, Melanie; Leung, Angela; Rosário, Rafaela; Darlington, Emily; Rathmann, Katharina (2021): Digital health literacy and online information seeking in times of COVID-19. A cross-sectional survey among university students in Germany (Preprint). In: *Journal of Medical Internet Research* 23/1:
- de Figueiredo, Alexandre; Karafillakis, Emilie; Larson, Heidi (2020a): State of vaccine confidence in the EU + UK 2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union, Luxembourg
- de Figueiredo, Alexandre; Simas, Clarissa; Karafillakis, Emilie; Paterson, Pauline; Larson, Heidi J. (2020b): Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. In: *The Lancet* 396/10255:898–908
- De Wit, Liesbeth; Fenenga, Christine; Giammarchi, Cinzia; Di Furia, Lucia; Hutter, Inge; de Winter, Andrea; Meijering, Louise (2018): Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. In: *BMC Public Health* 18/1:1–11
- Del Canale, S.; Louis, D. Z.; Maio, V.; Wang, X.; Rossi, G.; Hojat, M.; Gonnella, J. S. (2012): The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. In: *Acad Med* 87/9:1243–1249
- Dietscher, Christina; Pelikan, Jürgen; Bobek, Julia; Nowak, Peter (2019): The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) A network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). In: *Public Health Panorama* 5/1:65–71. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325113>. License: CC BY-NC-SA 325113.325110 IGO

- Dubé, Eve; Laberge, Caroline; Guay, Maryse; Bramadat, Paul; Roy, Réal; Bettinger, Julie A (2013): Vaccine hesitancy: an overview. In: *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 9/8:1763–1773
- Duke, Christopher C; Lynch, Wendy D; Smith, Brad; Winstanley, Julie (2015): Validity of a new patient engagement measure: the Altarum Consumer Engagement (ACE) Measure™. In: *The Patient–Patient–Centered Outcomes Research* 8/6:559–568
- Elwyn, Glyn; Frosch, Dominick L; Kobrin, Sarah (2016): Implementing shared decision-making: consider all the consequences. In: *Implementation Science* 11/1:1–10
- Epstein, Ronald M; Franks, Peter; Fiscella, Kevin; Shields, Cleveland G; Meldrum, Sean C; Kravitz, Richard L; Duberstein, Paul R (2005): Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. In: *Social Science & Medicine* 61/7:1516–1528
- Ernstmann, Nicole; Halbach, Sarah; Kowalski, Christoph; Pfaff, Holger; Ansmann, Lena (2017): Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 121/:58–63
- ESTAT (2017): Voluntary module in EHIS wave 3: Patient Experience. Proposal. ESTAT
- EU (2019): Special Eurobarometer 488. Europeans' attitudes towards vaccination. European Union, Geneva
- Eveleigh, Rhona M; Muskens, Esther; van Ravesteijn, Hiske; van Dijk, Inge; van Rijswijk, Eric; Lucassen, Peter (2012): An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. In: *Journal of clinical epidemiology* 65/1:10–15
- Farin, Erik; Ullrich, Antje; Nagl, Michaela (2013): Health education literacy in patients with chronic musculoskeletal diseases: development of a new questionnaire and sociodemographic predictors. In: *Health Educ Res* 28/6:1080–1091
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018 Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2020): Die Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und Schüler HBSC-Factsheet 02: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Turk, Eva; Guba, Beate; Wild, Claudia (2006): Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patient-Kommunikation. Ein Kurz-Assessment. Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment, Wien

- Fields, Beth; Rodakowski, Juleen; James, A Everette; Beach, Scott (2018): Caregiver health literacy predicting healthcare communication and system navigation difficulty. In: *Families, Systems, & Health* 36/4:482–492
- Fu, Linda Y; Zook, Kathleen; Spoehr-Labutta, Zachary; Hu, Pamela; Joseph, Jill G (2016): Search engine ranking, quality, and content of web pages that are critical versus noncritical of human papillomavirus vaccine. In: *Journal of Adolescent Health* 58/1:33–39
- Ganahl, Kristin; Dahlvik, Julia; Röthlin, Florian; Alpagu, Faime; Sikic-Fleischhacker, Ankica; Peer, Sandra; Pelikan, Jürgen M. (2016): Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. Ludwig Boltzmann Institut Forschungsbericht, Wien
- Gandhi, Tejal K (2005): Fumbled handoffs: one dropped ball after another. In: *Annals of internal medicine* 142/5:352–358
- Gibney, Sarah; Moore, Tara (2018): Older Patients' Views of Health Care Interactions in Ireland. In: *Health Lit Res Pract* 2/4:e180–e191
- GÖG für HLS19 (2020): HLS19–Q12–AT_German – The Austrian instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL, Vienna
- Graham, Jill; Potts, HWW; Ramirez, AJ (2002): Stress and burnout in doctors. In: *The Lancet* 360/9349:1975–1976
- Greenhalgh, T.; Papoutsi, C. (2017): Understanding complexity in health systems: international perspectives 2017 [Online]. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/collections/complexity> [Zugriff am 30. April 2021]
- Griebler, R.; Winkler, P.; Gaiswinkler, S.; Delcour, J.; Juraszovich, B.; Nowotny, M.; Pochobradsky, E.; Schleicher, B.; Schmutterer, I. (2017): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Griebler, Robert; Dietscher, Christina; Flaschberger, Edith (2021a): Gesundheitskompetenz in Zeiten von Corona und COVID-19: Ergebnisse aus Österreich. Publikation in Vorbereitung, Wien
- Griebler, Robert; Gaiswinkler, Sylvia; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Bengough, Theresa; Schmutterer, Irene (2020): Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter. Berichtszeitraum 2005 – 2016/17. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Dietscher, Christina; Flaschberger, Edith; Nowak, Peter (2021b): Bereitschaft zur Corona-Schutzimpfung und Gesundheitskompetenz. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Griese, Lennert; Berens, Eva-Maria; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M; Schaeffer, Doris (2020): Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument

- Measuring Navigation Health Literacy. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 17/16:5731
- Groene, Raluca Oana; Rudd, Rima E. (2011): Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain. In: Journal of Communication in Healthcare 4/4:227–237
- Gui, Xinning; Chen, Yunan; Pine, Kathleen H. (2018): Navigating the Healthcare Service “Black Box”: Individual Competence and Fragmented System. In: Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction 2/CSCW:Article 61
- HCAHPS (2019): HCAHPS Survey. Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, MD [Online]. http://www.hcahpsonline.org/globalassets/hcahps/survey-instruments/mail/29-item-survey/updated-w-omb-date/2019_survey-instruments_english_mail-updateda.pdf [Zugriff am 25.5.2019]
- HLS19 (2020): HLS19-Q12 – The generic English instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL, Vienna
- HLS-EU-Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey. The international Consortium of the HLS-EU Project, Online
- Holbrook, Allyson L.; Green, Melanie C.; Krosnick, Jon A. (2003): Telephone versus Face-to-Face Interviewing of National Probability Samples with long Questionnaires. In: Public Opinion Quarterly 67/:79–125
- Huhta, A. M.; Hirvonen, N.; Huotari, M. L. (2018): Health Literacy in Web-Based Health Information Environments: Systematic Review of Concepts, Definitions, and Operationalization for Measurement. In: J Med Internet Res 20/12:e10273
- Ishikawa, Hirono; Takeuchi, Takeaki; Yano, Eiji (2008): Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. In: Diabetes care 31/5:874–879
- Johri, M.; Subramanian, S. V.; Sylvestre, M. P.; Dudeja, S.; Chandra, D.; Kone, G. K.; Sharma, J. K.; Pahwa, S. (2015): Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. In: Journal of epidemiology and community health 69/9:849–857
- Karnoe, A.; Kayser, L. (2015): How is eHealth literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review. In: Knowledge Management & E-Learning 2015/7 (4):576–600
- Katz, Marra G.; Jacobson, Terry A.; Veledar, Emir; Kripalani, Sunil (2007): Patient Literacy and Question-asking Behavior During the Medical Encounter: A Mixed-methods Analysis. In: Journal of General Internal Medicine 22/6:782–786
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg

- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Haslbeck, Jörg; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Deutsche Fassung, veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz
- Klimont, Jeanette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Klimont, Jeanette; Prammer-Waldhör, Michaela (2020): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Kline, Rex B (2011): Principles and practice of structural equation modeling (3. Baski). Guilford, New York
- Koay, Kelvin; Schofield, Penelope; Jefford, Michael (2012): Importance of health literacy in oncology. In: Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology 8/1:14–23
- Kolpatzik, K.; Mohrmann, M.; Zeeb, H. (Hg.) (2020): Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland. KomPart, Berlin
- Kreuter, F.; Presser, S.; Tourangeau, R. (2009): Social Desirability Bias in CATI, IVR, and Web Surveys: The Effects of Mode and Question Sensitivity. In: Public Opinion Quarterly 72/5:847–865
- Kutner, Mark; Greenberg, Elizabeth; Jin, Ying; Paulsen, Christine; White, Sheida (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
- Larson, Heidi; de Figueiredo, Alexandre; Karafillakis, Emilie; Rawal, Mahesh (2018): State of vaccine confidence in the EU 2018. Luxembourg, European Union
- Larson, Heidi J; De Figueiredo, Alexandre; Xiahong, Zhao; Schulz, William S; Verger, Pierre; Johnston, Iain G; Cook, Alex R; Jones, Nick S (2016): The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. In: EBioMedicine 12/:295–301
- Larson, Heidi J; Jarrett, Caitlin; Schulz, William S; Chaudhuri, Mohuya; Zhou, Yuqing; Dube, Eve; Schuster, Melanie; MacDonald, Noni E; Wilson, Rose (2015): Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. In: Vaccine 33/34:4165–4175
- Lee, H. Y.; Kwon, M.; Vang, S.; DeWolfe, J.; Kim, N. K.; Lee, D. K.; Yeung, M. (2015): Disparities in Human Papillomavirus Vaccine Literacy and Vaccine Completion Among Asian American Pacific Islander Undergraduates: Implications for Cancer Health Equity. In: J Am Coll Health 63/5:316–323
- Lelorain, Sophie; Brédart, Anne; Dolbeault, Sylvie; Sultan, Serge (2012): A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. In: Psycho-Oncology, 2012, Vol21(12), pp1255–1264:1255

- Leoni, Thomas (2020): Fehlzeitenreport 2020. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Levin-Zamir, D.; Bertschi, I. (2018): Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. In: *Int J Environ Res Public Health* 15/8:1643–doi:10.3390/ijerph15081643
- Levy, H.; Janke, A. (2016): Health Literacy and Access to Care. In: *J Health Commun* 21/1:43–50
- Liu, H.; Zeng, H.; Shen, Y.; Zhang, F.; Sharma, M.; Lai, W.; Zhao, Y.; Tao, G.; Yuan, J.; Zhao, Y. (2018): Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. In: *Int J Environ Res Public Health* 15/8:ijerph15081711
- Loh, Andreas; Leonhart, Rainer; Wills, Celia E.; Simon, Daniela; Härter, Martin (2007): The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. In: *Patient education and counseling* 65/1:69–78
- Lorini, Chiara; Santomauro, Francesca; Donzellini, Martina; Capecchi, Leonardo; Bechini, Angela; Boccalini, Sara; Bonanni, Paolo; Bonaccorsi, Guglielmo (2018): Health literacy and vaccination: A systematic review. In: *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 14/2:478–488
- Lugtig, Peter; Lensvelt-Mulders, Gerty J. L. M.; Frerichs, Remco; Greven, Assyn (2011): Estimating Nonresponse Bias and Mode Effects in a Mixed-Mode Survey. In: *International Journal of Market Research* 53/5:669–669–686
- MacDonald, Noni E (2015): Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. In: *Vaccine* 33/34:4161–4164
- Mackert, Michael; Champlin, Sara E.; Holton, Avery; Muñoz, Isaac I.; Damásio, Manuel José (2014): eHealth and Health Literacy: A Research Methodology Review. In: *Journal of Computer-Mediated Communication* 19/3:516–516–528
- Makoul, Gregory; Krupat, Edward; Chang, Chih-Hung (2007): Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. In: *Patient education and counseling* 67/3:333–342
- Maly, Rose C.; Frank, Janet C.; Marshall, Grant N.; DiMatteo, M. Robin; Reuben, David B. (1998): Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions Questionnaire.
- Martinez-Donate, A. P.; Halverson, J.; Simon, N. J.; Strickland, J. S.; Trentham-Dietz, A.; Smith, P. D.; Linskens, R.; Wang, X. (2013): Identifying health literacy and health system navigation needs among rural cancer patients: findings from the Rural Oncology Literacy Enhancement Study (ROLES). In: *J Cancer Educ* 28/3:573–581
- McCord, Colin; Freeman, Harold P. (1990): Excess mortality in Harlem. In: 322/3:173–177
- McDonald, Andrew (2016): A long and winding road: Improving communication with patients in the NHS. Marie Curie, London

- Meijers, Maartje C.; Noordman, Janneke; Spreeuwenberg, Peter; Olde Hartman, Tim C.; van Dulmen, Sandra (2019): Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. In: *Fam Pract* 36/3:357–364
- Myerholtz, Linda; Simons, Lynn; Felix, Sumi; Nguyen, Tuan; Brennan, Julie; Rivera-Tovar, Ana; Martin, Pat; Hepworth, Jeri; Makoul, Gregory (2010): Using the Communication Assessment Tool in Family Medicine Residency Programs. In: *Family Medicine* 42/8:567–573
- National Institutes of Health (2018): Health Information. National Trends Survey
- Neter, Efrat; Brainin, Esther (2019): Association Between Health Literacy, eHealth Literacy, and Health Outcomes Among Patients With Long-Term Conditions: A Systematic Review. In: *European Psychologist* 2019/24/1:68–81
- Norman, C. D.; Skinner, H. A. (2006): eHEALS: The eHealth Literacy Scale. In: *J Med Internet Res* 8/4:e27
- Nowak, Peter; Dietscher, Christina; Flaschberger, Edith; Griebler, Robert; Gugglberger, Lisa; Sator, Marlene; Schmotzer, Christoph; Soffried, Jürgen (2020): Gesundheitskompetenz. In: *Wir denken Gesundheit neu! – Corona als Chance für eine Zeitenwende im Gesundheitswesen*. Hg. v. Rümmele, Martin; Sprenger, Martin. Ampuls Verlag, Unteraichwald. S. 108–S. 120
- Nowak, Peter; Menz, Florian; Sator, Marlene (2016): Ein zentraler Beitrag zur Gesundheitsreform und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz – Bessere Gespräche in der Krankenversorgung. In: *Soziale Sicherheit* 2016/11:422–429
- Nunnally, J; Bernstein, I (1994): *Psychometric Theory* 3rd edition. MacGraw–Hill, New York
- Nutbeam, Don (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International* 15/3:259–267
- Nutbeam, Don (2008): The evolving concept of health literacy. In: *Social Science & Medicine* 67/12:2072–2078
- Nutbeam, Don (2015): Defining, measuring and improving health literacy. In: *HEP* 2015/42:16–21
- Okan, Orkan; Bauer, Ullrich; Berens, Eva–Maria; Hurrelmann, Klaus (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Umgang mit der CoronavirusPandemie. In: *Monitor Versorgungsforschung* 3/20:38–44
- Osborne, Richard H.; Batterham, Roy W.; Elsworth, Gerald; Hawkins, Melanie; Buchbinder, Rachelle (2013): The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). In: *BMC Public Health (BioMedCentral)* 2013/13:658
- Ousseine, Y. M.; Durand, M. A.; Bouhnik, A. D.; Smith, A.; Mancini, J. (2019): Multiple health literacy dimensions are associated with physicians' efforts to achieve shared decision-making. In: *Patient education and counseling* 102/11:1949–1956

- Paakkari, Leena; Okan, Orkan (2020): COVID-19: health literacy is an underestimated problem. In: *The Lancet Public Health* 5/5:e249–e250
- Paasche-Orlow, Michael K; Wolf, Michael S (2007): The causal pathways linking health literacy to health outcomes. In: *American journal of health behavior* 31/1:19–26
- Paige, S. R.; Stellefson, M.; Krieger, J. L.; Anderson-Lewis, C.; Cheong, J.; Stopka, C. (2018): Proposing a Transactional Model of eHealth Literacy: Concept Analysis. In: *J Med Internet Res* 20/10:e10175
- Panagioti, Maria; Skevington, Suzanne M.; Hann, Mark; Howells, Kelly; Blakemore, Amy; Reeves, David; Bower, Peter (2018): Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. In: *Qual Life Res* 2018/:doi.org/10.1007/s11136-11017-11775-11132
- Parker, Ruth (2009): Measures of Health Literacy: What? So What? Now What? In: *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington. S. 91–S. 98
- Parker, Ruth; Ratzan, Scott C (2010): Health literacy: a second decade of distinction for Americans. In: *Journal of health communication* 15/S2:20–33
- Pati, S.; Feemster, K. A.; Mohamad, Z.; Fiks, A.; Grundmeier, R.; Cnaan, A. (2011): Maternal health literacy and late initiation of immunizations among an inner-city birth cohort. In: *Matern Child Health J* 15/3:386–394
- Pelikan, Jürgen M; Straßmayr, Christa; Ganahl, Kristin (2020): Health Literacy Measurement in General and Other Populations: Further Initiatives and Lessons Learned in Europe (and Beyond). In: *Health Literacy in Clinical Practice and Public Health New Initiatives and Lessons Learned at the Intersection with other Disciplines*. Hg. v. Logan, G. D.; Siegel, E. R. . IOS PressS. 170–191
- Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: *Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven*. Hg. v. Schaeffer, Doris; Pelikan, Jürgen M. hogrefe, Bern. S. 93–S. 125
- Pelikan, Jürgen M.; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. Ludwig Boltzmann Institut. Forschungsbericht, Wien
- Perez, Luzmercy; Morales, Knashawn H; Klusaritz, Heather; Han, Xiaoyan; Huang, Jingru; Rogers, Marisa; Bennett, Ian M; Rand, Cynthia S; Ndicu, Grace; Apter, Andrea J (2016): A health care navigation tool assesses asthma self-management and health literacy. In: *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 138/6:1593–1599. e1593

- Peter, M; Oostveen, Johanna CM; Zandbelt, Linda C; Taal, Erik; Drossaert, Constance HC; Harmsen, Etelka J; van de Laar, Mart AFJ (2012): Further validation of the 5-item Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI-5) scale in patients with osteoarthritis. In: Patient education and counseling 87/1:125–130
- Picker Institute Europe (2013): Inpatient Questionnaire.
- Puri, N.; Coomes, E. A.; Haghbayan, H.; Gunaratne, K. (2020): Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. In: Hum Vaccin Immunother 16/11:2586–2593
- R Core Team (2020): R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria
- Rakel, David; Barrett, Bruce; Zhang, Zhengjun; Hoeft, Theresa; Chewning, Betty; Marchand, Lucille; Scheder, Jo (2011): Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. In: Patient education and counseling 85/3:390–397
- Ramelow, Daniela; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramirez, Amanda J; Graham, J; Richards, MA; Gregory, WM; Cull, A (1996): Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. In: The Lancet 347/9003:724–728
- Ratzan, S. C. (2011): Vaccine literacy: a new shot for advancing health. In: J Health Commun 16/3:227–229
- Reinecke, Jost (2014): Strukturgleichungsmodelle in den Sozialwissenschaften. Walter de Gruyter GmbH & Co KG, Bielefeld
- Röthlin, Florian; Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research, Wien
- Roussel, Yves (2012): lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. In: Journal of Statistical Software 48/2:1–36. <https://www.jstatsoft.org/v48/i02/>
- Rowlands, Gillian (2014): Health literacy. In: Human vaccines & immunotherapeutics 10/7:2130–2135
- Rudd, Rima E (2004): Navigating Hospitals. In: Literacy Harvest 11/1:19–24
- Rudd, Rima E; Health, Harvard School of Public (2006): The health literacy environment of hospitals and health centers. Department of Society, Human Development, & Health, Boston

- Rudd, Rima; Kirsch, Irwin; Yamamoto, Kentaro (2004): Literacy and Health in America. Policy Information Report. Educational Testing Service, Princeton, NJ
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015a): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015b): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria; Gille, Svea; Giese, Lennert; Klinger, Julia; de Sombre, Steffen; Vogt, Dominique; Hurrelmann, Klaus (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie. Ergebnisse des HLS-GER 2. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Berlin
- Schaeffer, Doris; Pelikan, Jürgen M. (2017): Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In: Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven. Hg. v. Schaeffer, Doris; Pelikan, Jürgen M. hogrefe, Bern. S. 11–S. 18
- Schillinger, Dean; Bindman, Andrew; Wang, Frances; Stewart, Anita; Piette, John (2004): Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. In: Patient education and counseling 52/3:315–323
- Schulz, Peter J; Nakamoto, Kent (2013): Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. In: Patient education and counseling 90/1:4–11
- Schulz, Peter J.; Hartung, Uwe; Cafaro, Teresa (2019): Vertiefungsstudie zur Gesundheitskompetenz betreffend Impfungen in der Schweizer Bevölkerung. Institute of Communication and Health, Lugano
- Silverman, J.; Kurtz, S.; Draper, J. (2013): Calgary–Cambridge Guides: Leitfaden für das ärztliche Gespräch. Radcliffe Medical Press, Oxon, UK
- Smith, Meredith Y; Winkel, Gary; Egert, Jennifer; Diaz–Wionczek, Mariana; DuHamel, Katherine N (2006): Patient–physician communication in the context of persistent pain: Validation of a modified version of the patients' perceived involvement in care scale. In: Journal of pain and symptom management 32/1:71–81
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.; Consortium Health Literacy Project, European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/80:<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/1412/1480>
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Pelikan, J. M.; Fullam, J.; Doyle, G.; Slonska, Z.; Kondilis, B.; Stoffels, V.; Osborne, R. H.; Brand, H.; Consortium, Hls-Eu (2013): Measuring health

- literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In: *BMC public health* 13/:948
- Sørensen, K.; Pelikan, J. M.; Rothlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agrafiotis, D.; Ueters, E.; Falcon, M.; Mensing, M.; Tchamov, K.; Broucke, S. V.; Brand, H.; Consortium, Hls-Eu (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: *European journal of public health* 05.04.2015:1–6
- Stewart, M.; Brown, J. B.; Donner, A.; McWhinney, I. R.; Oates, J.; Weston, W. W.; Jordan, J. (2000): The impact of patient-centered care on outcomes. In: *Journal of Family Practice* 49/9:796–804
- Street, Richard L.; Cox, Vanessa; Kallen, Michael A.; Suarez-Almazor, Maria E. (2012): Exploring communication pathways to better health: Clinician communication of expectations for acupuncture effectiveness. In: *Patient Education and Counseling* 89/2:245–251
- Street, Richard L.; Makoul, Gregory; Arora, Neeraj K.; Epstein, Ronald M. (2009): How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. In: *Patient education and counseling* 74/3:295–301. doi:210.1016/j.pec.2008.1011.1015
- Sustersic, Mélanie; Gauchet, Aurélie; Kernou, Anaïs; Gibert, Charlotte; Foote, Alison; Vermorel, Céline; Bosson, Jean-Luc (2018): A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. In: *PLoS One* 13/2:e0192306
- Tamblyn, R.; Abrahamowicz, M.; Dauphinee, D.; et al. (2007): Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. In: *JAMA* 298/9:993–1001
- Tennant, Bethany; Stellefson, Michael; Dodd, Virginia; Chaney, Beth; Chaney, Don; Paige, Samantha; Alber, Julia (2015): eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. In: *Journal of Medical Internet Research* 17/3:e70
- Thompson, Laura; McCabe, Rose (2012): The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. In: *BMC psychiatry*, 2012, Vol12, pp87:87
- Thomson, Angus; Robinson, Karis; Vallée-Tourangeau, Gaëlle (2016): The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. In: *Vaccine* 34/8:1018–1024
- Thorne, S. E.; Bultz, B. D.; Baile, W. F.; Team, Scrn Communication (2005): Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. In: *Psychooncology* 14/10:875–884; discussion 885–876
- Tourangeau, R.; Yan, T. (2007): Sensitive questions in surveys. In: *Psychol Bull* 133/5:859–883
- Travado, Luzia; Grassi, Luigi; Gil, Francisco; Ventura, Cidália; Martins, Cristina; Group, Southern European Psycho-Oncology Study (2005): Physician-patient communication among

- Southern European cancer physicians: The influence of psychosocial orientation and burnout. In: *Psycho-Oncology* 14/8:661–670
- van der Heide, I; Uiters, E; Boshuizen, H; Rademakers, J (2015): Health Literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. In: *The European Journal of Public Health* 25/suppl 3:ckv172. 032
- van der Vaart, Rosalie; Drossaert, Constance (2017): Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. In: *J Med Internet Res* 19/1:e27
- Vandenbosch, Jessica; Van den Broucke, Stephan; Vancorenland, Sigrid; Avalosse, Hervé; Verniest, Rebekka; Callens, Michael (2016): Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. In: *Journal of epidemiology and community health* 2016/0:1–7
- Vedsted, P.; Heje, H. N. (2008): Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. In: *Scand J Prim Health Care* 26/4:228–234
- Veldwijk, J.; van der Heide, I.; Rademakers, J.; Schuit, A. J.; de Wit, G. A.; Uiters, E.; Lambooy, M. S. (2015): Preferences for Vaccination: Does Health Literacy Make a Difference? In: *Med Decis Making* 35/8:948–958
- Waldherr et al. (2019): Anonyme Tablet-unterstützte standardisierte Befragung zur Gesprächsqualität im Rahmen der Evaluation des Projektes „Sagen – Fragen – Verstehen“ (Patient/innen und Angehörige). Wiener Neustadt: Ferdinand Porsche FernFH. Unveröffentlicht
- Wang, Xiaomin; Zhou, Xudong; Leesa, Lin; Mantwill, Sarah (2018): The effect of vaccine literacy on parental trust and intention to vaccinate after a major vaccine scandal. In: *Journal of Health Communication* 23/5:413–421
- White, Sheida; Chen, Jing; Atchison, Ruth (2008): Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. In: *American journal of health behavior* 32/3:227–242
- WHO (2014): Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. WHO, Geneva
- WHO (2016a): Shanghai Declaration on health promotion in the 2030 Agenda for Sustainable Development. World Health Organization, Shanghai, China
- WHO (2016b): Towards people-centred health systems: an innovative approach for better health systems. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2017): Report of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy. World Health Organization, Geneva
- WHO (2018): Measles cases hit record high in the European Region [Online]. <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2018/measles-cases-hit-record-high-in-the-european-region> [Zugriff am 04.05.2021]

- WHO (2019): Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course: EUR/RC69/14 Rev.1. World Health Organization Regional Office for Europe, Geneva
- World Health Organization Regional Office for Europe (2019): Resolution. Towards the implementation of health literacy initiatives through the life course. EUR/RC69/R9
- Ye, C.; Fulton, J.; Tourangeau, R. (2011): More positive or More Extreme? A Meta-Analysis of Mode Differences in Response Choice. In: *Public Opinion Quarterly* 75/2:349–365
- Zandbelt, Linda C.; Smets, Ellen M. A.; Oort, Frans J.; Godfried, Mieke H.; Haes, Hanneke C. J. M. de (2007): Medical Specialists' Patient-Centered Communication and Patient-Reported Outcomes. In: *Medical Care* 45/4:330–339
- Zarocostas, John (2020): How to fight an infodemic. In: *The Lancet* 395/10225:676
- Zegers, Carli A; Gonzales, Kelly; Smith, Lynette M; Pullen, Carol H; De Alba, Armando; Fiandt, Kathryn (2020): The psychometric testing of the functional, communicative, and critical health literacy tool. In: *Patient education and counseling* 103/11:2347–2352
- Zhang, F.; Or, P. P.; Chung, J. W. (2020): The effects of health literacy in influenza vaccination competencies among community-dwelling older adults in Hong Kong. In: *BMC Geriatr* 2020/20:103
- Zhang, XiaoChi; Kuchinke, Lars; Woud, Marcella L.; Velten, Julia; Margraf, Jürgen (2017): Survey method matters: Online/offline questionnaires and face-to-face or telephone interviews differ. In: *Computers in Human Behavior* 71/:172–172–180
- Zill, Jödis M; Christalle, Eva; Müller, Evamaria; Härter, Martin; Dirmaier, Jörg; Scholl, Isabelle (2014): Measurement of physician–patient communication—a systematic review. In: *PLoS One* 9/12:e112637
- Zill, Jödis M; Scholl, Isabelle; Härter, Martin; Dirmaier, Jörg (2015): Which dimensions of patient-centeredness matter?—Results of a web-based expert delphi survey. In: *PLoS One* 10/11:e0141978