

Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie

Health Literacy in Germany before and during the COVID-19 Pandemic

Autoren

Doris Schaeffer¹, Julia Klinger², Eva-Maria Berens¹, Svea Gille^{1,3}, Lennert Griese¹, Dominique Vogt¹, Klaus Hurrelmann³

Institute

- 1 Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland
- 2 Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln, Köln, Deutschland
- 3 Hertie School, Public Health and Education, Berlin, Deutschland

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, HLS-GER 2, HLS₁₉, Corona-Pandemie, Digitale Gesundheitskompetenz, Deutschland

Key words

Health literacy, HLS-GER 2, HLS₁₉, COVID-19 pandemic, Digital health literacy, Germany

online publiziert 21.09.2021

Bibliografie

Gesundheitswesen 2021; 83: 781–788

DOI 10.1055/a-1560-2479

ISSN 0941-3790

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Doris Schaeffer
Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld
Deutschland
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Im Mittelpunkt des Artikels stehen neue Befunde zur Gesundheitskompetenz (GK), die einen Vergleich der GK der Bevölkerung in Deutschland vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie und während ihres Anhaltens ermöglichen. Verglichen

werden die allgemeine und die digitale GK. Daneben werden Veränderungen der GK in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen untersucht.

Methodik Die Analysen basieren auf bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsdaten, die 2019/2020 vor und 2020 während der Pandemie erhoben wurden. Dabei kam ein international weiterentwickelter und abgestimmter Fragebogen (HLS₁₉) zur Messung der GK zum Einsatz, in dem erstmals in diesem Kontext auch die digitale GK in Deutschland erhoben wurde. Veränderungen in den Gruppen wurden bivariat analysiert.

Ergebnisse Die Ergebnisse zeigen, dass sich die GK der Bevölkerung in Deutschland während der Pandemie gegenüber der Zeit davor tendenziell verbessert hat. Dieser Effekt ist besonders bei der Beurteilung von Gesundheitsinformationen und der digitalen GK zu sehen. Er ist bei Frauen, Menschen mit niedriger und mittlerer Bildung, jüngeren Bevölkerungsgruppen und Personen mit eigener Migrationserfahrung besonders stark ausgeprägt. Bei älteren Personen ist keine Veränderung zu verzeichnen und bei Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen weisen die Ergebnisse sogar auf eine Verschlechterung hin.

Schlussfolgerung Die systematische Auseinandersetzung mit den klar strukturierten, häufig wiederholten Gesundheitsinformationen während der Corona-Pandemie hat in Deutschland offenbar dazu geführt, dass sich die Gesundheitskompetenz verbessert hat und der Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen subjektiv als weniger schwierig eingeschätzt wird. Vor allem die Kompetenz zum Umgang mit digitalen Informationen ist gestiegen. Dabei gibt es teils große Unterschiede zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen.

ABSTRACT

Aim The aim of this study was to compare the general and digital health literacy (HL) of the German population before the outbreak of the COVID-19 pandemic and during its persistence and to investigate different changes in population groups.

Methodology The analyses are based on population representative cross-sectional data collected in 2019/2020 before and 2020 during the pandemic. An internationally coordinated questionnaire (HLS₁₉) was used. Changes in groups were analyzed bivariate.

Results The results showed that the HL of the population in Germany tended to improve during the pandemic. This effect was especially evident with regard to the evaluation of health information and in the area of digital HL. Women, people with low or medium education, younger people and those with a migration background appeared to have benefited to a more than average extent. For older people, there was no change, and for those with multiple chronic conditions, the results even indicated a worsening.

Conclusion The systematic exposure to clearly structured and continuously repeated health information during the COVID-19 pandemic seems to have improved the ability to process health-related information in the German population. In particular, there has been an increase in competence in dealing with digital information media, which are being increasingly used to communicate health information. However, there are some large differences between different population groups.

Einleitung

Gesundheitskompetenz (GK), verstanden als das Wissen, die Motivation und Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden [1]; ist in den vergangenen Jahren zu einem bedeutsamen Forschungsfeld geworden. Ausgelöst wurde dies in Deutschland durch den europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) [2] mit dem erstmals eine Messung der GK in acht europäischen Ländern erfolgte. In Anlehnung an den Survey ist 2014 die erste repräsentative Erhebung der GK in Deutschland durchgeführt worden (HLS-GER 1 [3]). Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass zu diesem Zeitpunkt 54,3 Prozent der Bevölkerung in Deutschland über eine geringe GK verfügten. Sechs Jahre nach einer ersten Messung erfolgte mit einem weiterentwickelten Erhebungsinstrument eine erneute Messung der GK in Deutschland (HLS-GER 2 [4]), in deren Rahmen auch die digitale GK untersucht wurde¹. Die Ergebnisse dieser Ende 2019/Anfang 2020 vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie durchgeführten Studie werden in diesem Beitrag vorgestellt.

Nach dem Ausbruch der Pandemie wurde im Spätsommer 2020 mit der gleichen Methodik eine Zusatzerhebung durchgeführt. Sie erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem in großem Ausmaß Gesundheitsinformationen zum Coronavirus SARS-CoV-2, der dadurch ausgelösten Krankheit COVID-19 und zur Prävention verbreitet wurden, darunter auch falsche und manipulierte Informationen [5, 6]. Durch die Zusatzerhebung ist es möglich, einen Vergleich der GK vor und während der Corona-Pandemie vorzunehmen und erste Hinweise darauf zu erhalten, wie die Bevölkerung auf die veränderte Informationslage während der Gesundheitskrise reagiert und welche Auswirkungen die Krise auf ihre GK hat.

Hauptziel des nachfolgenden Beitrags ist es daher zu analysieren, wie sich die (digitale) GK in der Bevölkerung in Deutschland während der Pandemie verändert hat. Dabei werden mögliche Veränderungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen betrachtet, was besonders für die Interventionsentwicklung relevant ist. Ferner wird dabei betrachtet, wie die allgemeine GK der Bevölkerung sechs Jahre nach der ersten umfangreichen Messung aussieht und wie sich die digitale GK darstellt.

Methodisches Vorgehen

Die hier vorgestellte Studie basiert auf der dem HLS-EU zugrundeliegenden Definition von Gesundheitskompetenz und dem darin entwickelten Erhebungsinstrument [2]. Im Rahmen der Studie Health Literacy Population Survey Project 2019–2021 (HLS₁₉) des Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) der WHO Europa [7] wurde der Fragebogen inhaltlich und methodisch weiterentwickelt und um neue Themenpakete ergänzt, mit dem Ziel, eine neue Baseline für künftige Vergleichsstudien zu etablieren.

Die allgemeine GK wurde mit dem HLS₁₉-Q47-DE, einer weiterentwickelten Fassung des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47), erhoben. Das Instrument besteht aus 47 Items, die die subjektiv eingeschätzten Schwierigkeiten bei der Bewältigung von konkreten Aufgaben beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung erfassen. Zudem wurde die digitale GK anhand von 8 Items mit einem im HLS₁₉ neu entwickelten Instrument (HLS₁₉-DIGI-DE) erhoben: Die Items basieren – analog zur Messung der allgemeinen GK – auf einer Selbsteinschätzung der vier Informationsverarbeitungsschritte finden, verstehen, beurteilen und anwenden digitaler Gesundheitsinformationen ([4] S. 8–12).

Die Items konnten mit „sehr einfach“, „einfach“, „schwierig“ oder „sehr schwierig“ beantwortet werden. Wenn für mindestens 80 Prozent der Items der jeweiligen Skalen gültige Antworten vorlagen, wurden zusammenfassende Anteilscores berechnet. Diese spiegeln den Anteil der Items wider, die mit „einfach“ oder „sehr einfach“ beantwortet wurden. Sie variieren von 0 bis 100, wobei höhere Werte eine höhere GK darstellen. Für die deskriptive Darstellung wurden die Scores in vier Niveaus aufgeteilt: exzellent > 83,3–100; ausreichend > 66,6–83,3; problematisch > 50–66,6; inadäquat 0–50 ([4] S. 10 f.). Die interne Konsistenz der beiden Skalen ist als sehr gut zu bewerten (Cronbach's Alpha allgemeine GK: 0,91 (während Pandemie) und 0,92 (vor Pandemie); digitale GK: 0,83 zu beiden Messzeitpunkten). Die genauere psychometrische Qualität der Skalen wird im aktuell im Rahmen des HLS₁₉ überprüft; die Ergebnisse werden in dem 2021/22 erscheinenden internationalen Bericht publiziert.

Darüber hinaus wird die (Häufigkeit der) Nutzung gesundheitsbezogener digitaler Medien und Angebote (z. B. Internetseiten und Apps) und die selbsteingeschätzte Fähigkeit der schriftlichen digitalen Kommunikation mit Gesundheitsprofessionen betrachtet [3], S. 64–67).

¹ Ferner wurden die navigationale GK und die kommunikative GK untersucht [4]. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: Kapitel 1504 Titel 54401, ZMV I 1–2518 004).

Als soziodemographische Variablen werden Geschlecht, Alter und Bildungsniveau nach ISCED11-Schema verwendet. Weitere Variablen sind der selbsteingeschätzte Sozialstatus [8] (10-Punkte-Skala; niedrig: 1–4, mittel: 5–7, hoch: 8–10) und die subjektiv eingeschätzte gesundheitsbezogene finanzielle Deprivation (laut Vorgaben des HLS₁₉: Anzahl Antworten „sehr schwierig“ oder „schwierig“ auf drei Fragen zu Schwierigkeiten beim Bezahlen von Medikamenten, medizinischen Untersuchungen/Behandlungen und monatlichen Rechnungen; finanzielle Deprivation bei Anzahl ≥ 2 , ähnlich wie in [9]). Basierend auf dem Geburtsland werden Befragte eingeteilt in keinen Migrationshintergrund, eigene und elterliche Migrationserfahrung. Zudem wird das Vorliegen einer und mehrerer chronischer Erkrankungen oder lang andauernder (> 6 Monate) gesundheitlicher Probleme berücksichtigt und gesunden Befragten gegenübergestellt.

Die Datenerhebungen beruhen jeweils auf einer Querschnittsbefragung der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Die erste Befragung wurde von Dezember 2019 bis Januar 2020 vor Ausbruch der Pandemie, die zweite von August bis September 2020 während der Pandemie mittels papierbasierten persönlichen Interviews (PAPI) durchgeführt. Die Stichproben wurden mittels Quotenverfahren gebildet, und die Daten für die Analysen gewichtet. In die erste Stichprobe gingen 2151 und in die zweite 532 Interviews ein. Beide Stichproben können als repräsentativ für die Bevölkerung Deutschlands für die Merkmale Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Bundesland und Bevölkerungsdichte gelten ([4] S. 15–20). Die Stichprobenverteilungen sind ► **Tab. 1** zu entnehmen.

Für die Analysen wurde IBM SPSS Statistics 26 verwendet. Die bivariaten Analysen wurden mittels Z- und t-Tests analysiert und das statistische Signifikanzniveau auf $p \leq 0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

Veränderung der allgemeinen Gesundheitskompetenz

In der vor der Pandemie durchgeführten Studie verfügen 14,7 Prozent der Befragten über eine exzellente und 26,5 Prozent über eine ausreichende GK. Diese Befragten haben nach eigener Einschätzung keine oder kaum Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Dagegen ist bei 30,4 Prozent der Befragten eine problematische und bei 28,4 Prozent eine inadäquate GK festzustellen ([4] S. 25). Insgesamt weisen somit 58,8 Prozent der Bevölkerung eine geringe GK auf. Im Vergleich zu den ersten Erhebungen aus den Jahren 2013 und 2014 [3, 10, 11] hat sie sich verschlechtert [12].

Die Ergebnisse vor und während der Pandemie werden in ► **Abb. 1** gegenübergestellt. Während der Pandemie hat sich die GK im Vergleich tendenziell verbessert: Der Anteil der Personen mit geringer, also problematischer und inadäquater GK ist rund drei Prozentpunkte (58,8 vs. 55,9 Prozent) geringer.

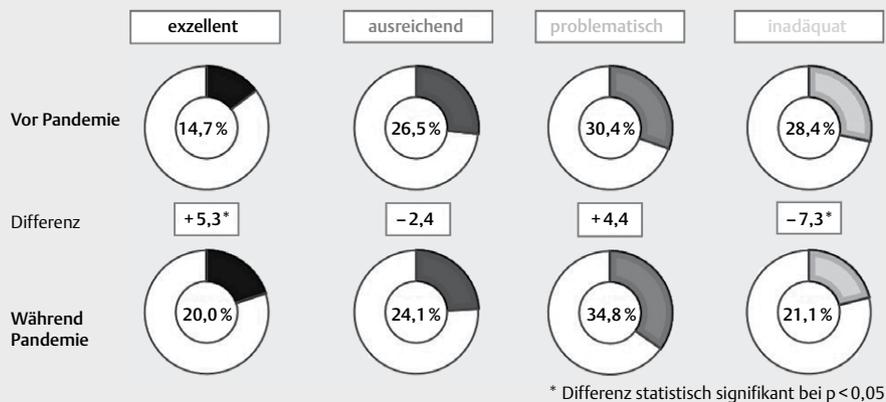
Wie die ► **Abb. 1** zeigt, sind die Veränderungen an den Rändern der Skala besonders deutlich und zudem statistisch signifikant. So ist der Anteil der Bevölkerung mit exzellenter GK höher (14,7 vs. 20,0 Prozent) und der Anteil der Bevölkerung mit inadäquater GK geringer (28,4 vs. 21,1 Prozent). Weil sich die größten Differenzen vor und während der Pandemie bei der inadäquaten GK zeigen,

wird im Folgenden analysiert, in welchen Bevölkerungsgruppen sich diese Veränderungen vollzogen haben. Die Ergebnisse sind in ► **Abb. 2** auf der linken Seite dokumentiert.

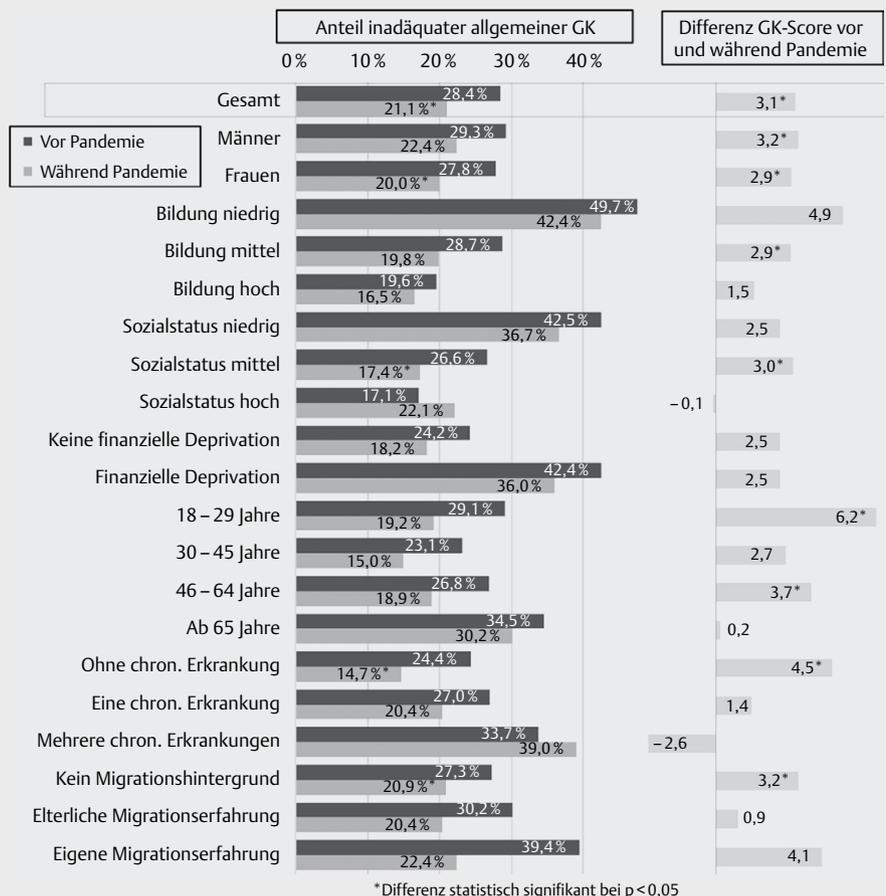
Bei Frauen, Personen mit mittlerem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund und ohne chronische Erkrankung, zeigen sich signifikant geringere Anteile inadäquater GK während der Coronapandemie. Ein deutlich niedrigerer Anteil (über 8 Prozentpunkte) an inadäquater GK ist auch bei Personen mit mittlerer Bildung, mit elterlicher und eigener Migrationserfahrung sowie bei jüngeren Bevölkerungsgruppen zu sehen, allerdings unterscheiden sich die Werte nicht statistisch signifikant. Bei Befragten mit mehreren chronischen Erkrankungen oder hohem Sozialstatus sind sogar hö-

► **Tab. 1** Stichprobenbeschreibung.

	Gewichtete Stichprobe vor Pandemie		Gewichtete Stichprobe während Pandemie	
	%	n	%	n
Alter				
18–29 Jahre	16,8	362	15,7	84
30–45 Jahre	22,9	493	24,0	128
46–64 Jahre	31,8	685	31,9	170
≥ 65 Jahre	27,6	593	27,1	144
Fehlend	0,9	19	1,3	7
Geschlecht				
Männlich	49,1	1056	49,0	260
Weiblich	50,6	1089	50,8	270
Fehlend	0,3	6	0,3	2
Bildungsniveau				
Niedrig	11,1	238	10,8	57
Mittel	58,7	1263	59,3	316
Hoch	28,2	607	28,5	151
Fehlend	2,1	44	1,4	7
Sozialstatus				
Niedrig	18,7	402	16,7	89
Mittel	63,4	1364	66,0	351
Hoch	15,1	325	15,2	81
Fehlend	2,8	60	2,1	11
Finanzielle Deprivation				
Keine finanzielle Deprivation	73,6	1583	75,9	404
Fianzielle Deprivation	16,7	360	15,2	81
Fehlend	9,7	208	8,9	47
Chronische Erkrankung				
Ohne chron. Erkr.	47,7	1026	52,8	281
Eine chron. Erkr.	15,2	327	27,5	146
Mehrere chron. Erkr.	35,3	759	18,8	100
Fehlend	1,8	39	0,9	5
Migrationshintergrund				
Kein Migrationshintergrund	85,5	1838	82,9	441
Elterliche Migrationserfahrung	7,8	168	9,4	50
Eigene Migrationserfahrung	6,0	129	7,1	38
Fehlend	0,7	15	0,6	3



► **Abb. 1** Allgemeine Gesundheitskompetenz vor und während der Corona-Pandemie.*Differenz statistisch signifikant bei $p < 0,05$

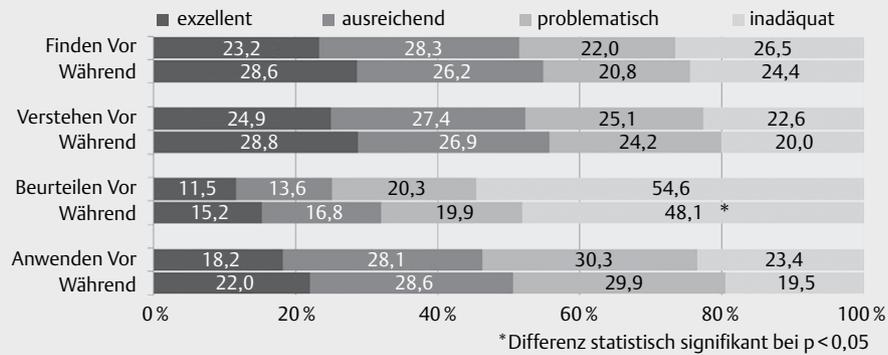


► **Abb. 2** Allgemeine Gesundheitskompetenz in Bevölkerungsgruppen vor und während der Corona-Pandemie.

here Anteile während der Pandemie zu verzeichnen, auch dies jedoch nicht signifikant. Auffällig ist insgesamt, dass die Verringerung des Anteils inadäquater GK sowohl bei Bevölkerungsgruppen mit tendenziell hoher als auch mit geringer GK eingetreten ist.

Die Befunde zur Veränderung des Anteils inadäquater GK bestätigen sich grundsätzlich bei einer Betrachtung des gesamten GK-

Scores. Die Differenzen der Gruppenmittelwerte vor und während der Pandemie sind auf der rechten Seite von ► **Abb. 2** dargestellt. Sie zeigen, dass der GK-Score insgesamt während der Pandemie statistisch signifikant um 3,1 Punkte höher ist. In fast allen Gruppen ist diese Erhöhung zu erkennen. Die größten Zunahmen im Zeitvergleich sind bei den jüngeren Befragten, bei Personen mit



► **Abb. 3** Gesundheitskompetenz nach Schritten der Informationsverarbeitung vor und während der Corona-Pandemie.

niedriger Bildung, ohne chronische Erkrankung oder mit eigener Migrationserfahrung zu verzeichnen. Bei Personen mit hohem Sozialstatus oder im hohen Lebensalter liegen die Differenzen fast bei null und bei Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen ist der Scorewert während der Pandemie sogar niedriger als davor. Dies ist konsistent mit dem Vergleich des Anteils inadäquater GK. Vermutlich auch aufgrund der geringeren Fallzahl in der zweiten Erhebung sind jedoch nicht alle Unterschiede statistisch signifikant.

Die Selbsteinschätzung der Fähigkeit zur Verarbeitung von Gesundheitsinformationen wurde nach den Schritten Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden unterschieden. Der Vergleich der Erhebungen zu den beiden Zeitpunkten zeigt für alle vier Schritte höhere Anteile hoher GK während der Zeit der Pandemie (► **Abb. 3**).

Wie die ► **Abb. 3** belegt, fällt die Veränderung bei der Beurteilung von Gesundheitsinformationen am deutlichsten aus: Die Anteile exzellenter und ausreichender GK sind während der Pandemie deutlich höher; der Anteil inadäquater GK ist deutlich niedriger (statistisch signifikanter Unterschied: 54,6 Prozent vs. 48,1 Prozent). Allerdings wird die Beurteilung vor und – trotz der Veränderung – auch während der Pandemie als der schwierigste Informationsschritt angesehen.

Veränderungen bei der Nutzung digitaler Informationsmöglichkeiten

Da viele Informationen zur Pandemie aufgrund der Aktualität über digitale Medien verbreitet wurden, wird nachfolgend betrachtet, ob sich die Nutzung dieser Medien im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt verändert hat. Tatsächlich werden digitale Gesundheitsinformationsangebote und Kommunikationsmöglichkeiten während der Pandemie häufiger genutzt. Die Erhebung im Spätsommer 2020 zeigt gestiegene Nutzungshäufigkeiten sowohl für Internetseiten zum Thema Gesundheit als auch für digitale Geräte wie Schrittzähler, Smartwatches und Fitnessarmbänder, für Gesundheits-Apps, für die digitale Interaktion mit Gesundheitsdienstleistenden sowie für andere digitale Informationsangebote zum Thema Gesundheit. Wie generell bei der Nutzung unterscheidet sich allerdings das Ausmaß der Veränderungen in den verschiedenen Bevölkerungsteilgruppen (siehe dazu [4] S. 67). Auch der Anteil der Bevölkerung, der es als (sehr) einfach empfindet, eine gesundheitsbezogene Nachricht an einen Gesundheitsdienstleistenden auf einem digitalen Gerät klar

zu formulieren, ist während der Pandemie statistisch signifikant größer (39,0 vs. 49,3 Prozent). Vermutlich haben im Zuge der Pandemie mehr Menschen Erfahrungen mit dieser Informations- und Kommunikationsmöglichkeit gemacht.

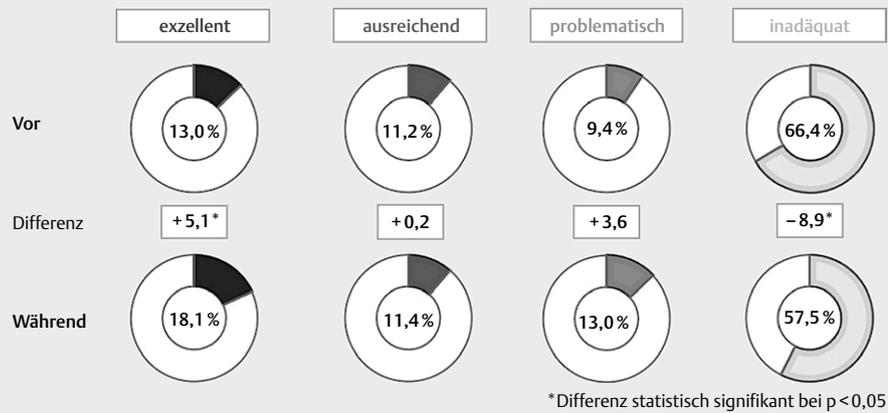
Veränderungen bei der digitalen Gesundheitskompetenz

Die digitale GK, also die Fähigkeit zum Umgang mit digitalen Informationen, etwa im Internet relevante Gesundheitsinformationen zu suchen, zu finden, sie zu verstehen, deren Qualität zu beurteilen und sie anzuwenden, ist im Vergleich zur allgemeinen GK insgesamt sehr schwach ausgeprägt. Hier beträgt der Anteil inadäquater GK vor der Pandemie 66,4 Prozent (► **Abb. 4**, obere Reihe).

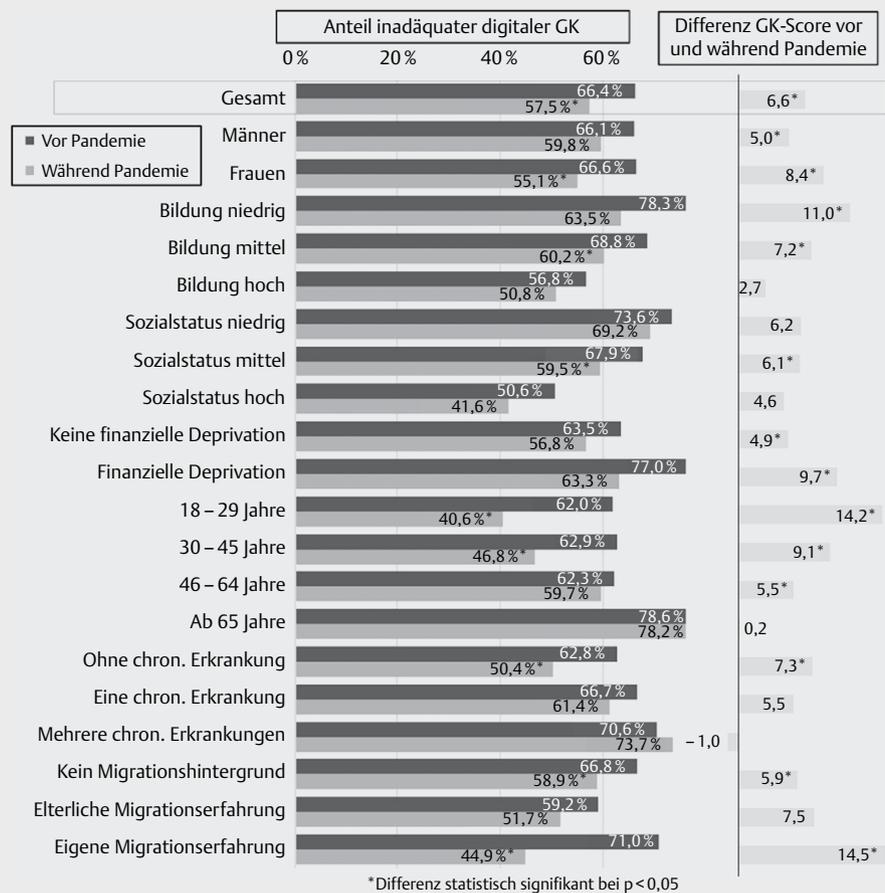
Wie ► **Abb. 4** (untere Reihe) zeigt, ist der Anteil inadäquater digitaler GK während der Pandemie deutlich niedriger und der Anteil exzellenter digitaler GK deutlich höher als vor der Pandemie. Insgesamt hat sich – ähnlich wie bei der allgemeinen GK – der Anteil inadäquater digitaler GK während der Pandemie am stärksten verändert. Deshalb gehen wir im Folgenden auch hier der Frage nach, in welchen Bevölkerungsgruppen sich besonders große Veränderungen vollzogen haben. Die Ergebnisse sind in ► **Abb. 5** auf der linken Seite dokumentiert.

Die Veränderungen folgen in etwa dem gleichen Muster wie bei der allgemeinen GK. Bei Frauen, Personen mit mittlerer Bildung oder mittlerem Sozialstatus, Personen unter 46 Jahren, ohne chronische Erkrankung, ohne Migrationshintergrund, aber auch mit eigener Migrationserfahrung zeigen sich statistisch signifikant geringere Anteile inadäquater GK während der Pandemie. Ein geringerer Anteil (über 8 Prozentpunkte) ist auch bei Personen mit geringer Bildung, hohem Sozialstatus oder finanzieller Deprivation zu sehen, allerdings ist dies nicht signifikant. Die Anteile inadäquater GK bei Menschen über 65 Jahren sind vor und während der Pandemie nahezu gleich. Somit werden die Unterschiede zwischen den Altersgruppen während der Pandemie größer. Ähnliches gilt für Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen: Bei ihnen ist der Anteil inadäquater digitaler GK wie bei der allgemeinen GK während der Pandemie sogar etwas höher.

Auf der rechten Seite von ► **Abb. 5** sind wieder die Differenzen der gruppenbezogenen Scoremittelwerte dargestellt. Der Gesamt-



► **Abb. 4** Digitale Gesundheitskompetenz vor und während der Corona-Pandemie.



► **Abb. 5** Digitale Gesundheitskompetenz in Bevölkerungsgruppen vor und während der Corona-Pandemie.

wert liegt während der Pandemie statistisch signifikant um 6,6 Punkte höher als davor. Die Differenzen in den Bevölkerungsgruppen weisen ein ähnliches Muster wie die Verschiebungen des Anteils inadäquater GK auf. Im Vergleich zu den anderen Gruppen sind bei Personen mit eigener Migrationserfahrung, finanzieller Depri-

vation oder geringer Bildung, bei den 18–45-Jährigen und bei Frauen die positiven Differenzwerte deutlich größer. Es sind keine substantiellen Veränderungen der GK bei älteren oder mehrfach chronisch erkrankten Personen zu verzeichnen.

Diskussion

Erstmals wurde in einer Studie ein Vergleich der GK der Bevölkerung vor und während der Corona-Pandemie vorgenommen. Die Ergebnisse der beiden Querschnittsbefragungen zeigen eine leichte Verbesserung der GK im Zeitvergleich. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Gesundheitsinformationen seit dem Ausbruch der Pandemie eine weitaus prominentere Rolle spielen als zuvor und bis heute extensiv in allen Informationsmedien präsent sind. Zwar wurden während der Pandemie vornehmlich spezifische, auf die Corona-Infektion und ihre Vermeidung ausgerichtete Informationen verbreitet. Sie scheinen aber offenbar insgesamt zu einem Rückgang der subjektiv eingeschätzten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen geführt zu haben.

Bei der Einordnung und Erklärung dieser Befunde sind wir bis zum Vorliegen weiterführender Studien auf Vermutungen angewiesen. Dennoch ist anzunehmen, dass sich die Bevölkerung seit dem unerwarteten Auftauchen des bedrohlichen Virus intensiver als je zuvor mit Gesundheitsinformationen auseinandergesetzt hat. Möglicherweise hat dies und die umfangreiche, breit gestreute konkrete Information über den engen Anlass der Pandemie hinaus gewirkt und zu einem Prozess exemplarischen Lernens geführt, in dessen Folge insgesamt eine größere Sensibilisierung für gesundheitliche Botschaften entstanden ist und sich die Fähigkeit, mit gesundheitsrelevanten Informationen (auch qualitativ fragwürdigen Informationen) umzugehen, verbessert hat. Dazu könnte auch die Art der Informationsvermittlung beigetragen haben [6]. Denn während der Pandemie wurden sehr anschauliche Informationen – zum Beispiel die sogenannte AHA-Regel – mit klaren, einfach zu verstehenden, gut einzuschätzenden und anzuwendenden Botschaften vermittelt, die oft wiederholt und inhaltsgleich über verschiedene Medien verbreitet wurden [6]. Hierdurch könnte das subjektive Gefühl der Beherrschbarkeit von Gesundheitsinformationen verstärkt worden sein.

Interessant ist, dass die Verbesserung der GK bei den verschiedenen Schritten der Informationsverarbeitung unterschiedlich ausfällt. Deutliche Veränderungen zeichnen sich vor allem bei der Beurteilung von Gesundheitsinformationen ab. Dieser Schritt bereitet den Befragten sowohl vor als auch während der Pandemie die größten Schwierigkeiten; dies hat sich aber während der Pandemie signifikant verbessert. Vermutlich ist auch dies darauf zurückzuführen, dass ein Übungseffekt eingetreten ist, der sich sowohl auf die Fähigkeit zur Einschätzung wie auch zur Anwendung von Gesundheitsinformationen bei alltäglichen Entscheidungen über das persönliche Gesundheitsverhalten auswirkt – zum Beispiel über die Gestaltung von Kontakten zu Freunden und Bekannten oder die Desinfektion der Hände beim Eintritt in einen öffentlichen Raum. Auch dies ist ein unter Interventionsgesichtspunkten wichtiger Befund, denn die Beurteilung von Informationen ist Voraussetzung, um sie gegebenenfalls auch anwenden und nutzen zu können. Zugleich lässt sich daraus schlussfolgern, dass Gesundheitsinformationen stärker so gestaltet sein sollten, dass sie einschätzbar und nützlich sind.

Die Auswertung der Vergleichsdaten macht auf eine Dimension aufmerksam, die möglicherweise verantwortlich für die starke Veränderung der Ausprägung der GK vor und während der Pandemie ist: Besonders die Fähigkeit der Bevölkerung, mit digitalen Gesundheitsinformationen umzugehen, ist während der Pandemie in der

Mehrheit der untersuchten Bevölkerungsgruppen höher als davor. Möglicherweise zeigt sich hier ein ähnlicher Effekt wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen. In vielen Bereichen hat die Digitalisierung durch die Pandemie einen Schub erhalten und Lernprozesse ausgelöst. Im Berufssektor zum Beispiel hat die allgemeine digitale Kompetenz durch die starke Verbreitung des Home-Office zugenommen. Ähnliches gilt im Bildungsbereich und auch in der privaten Kommunikation. Daher ist anzunehmen, dass ein solcher Effekt auch im Gesundheitsbereich eingetreten ist, was durch die gezeigten Befunde zur gestiegenen Nutzung gesundheitsbezogener digitaler Medien und Angebote sowie zur Verbesserung der digitalen GK gestützt wird. Wie nachhaltig der Effekt sein wird, bleibt abzuwarten und sollte weiter beobachtet werden. Nicht zuletzt deshalb ist es wichtig, die GK regelmäßig zu messen [7, 13].

Die vorliegende Analyse macht deutlich, wie stark sowohl die allgemeine als auch die digitale GK mit dem sozioökonomischen Status und dem Bildungsgrad der Befragten korreliert. Die Bedeutung eines sozialen Gradienten wird damit nachdrücklich unterstrichen [14, 15]. Speziell unter Public Health-Gesichtspunkten ist es wichtig, diese Zusammenhänge genau zu beobachten und weitergehend zu analysieren. Dabei müsste auch der Frage nachgegangen werden, warum Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen und Menschen im Alter über 65 Jahre im Gegensatz zu den anderen Bevölkerungsgruppen keine Verbesserung ihrer GK während der Pandemie im Vergleich zu davor aufweisen. Unter Interventionsgesichtspunkten verweisen die Ergebnisse einmal mehr auf die hohe Bedeutung zielgruppenspezifischer Interventionsstrategien, die auf die spezielle lebensweltliche Situation einzelner Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sind.

Limitationen: Einige methodische und inhaltliche Limitationen der vorliegenden Studie sollten beachtet werden. Für die Zusatzerhebung während der Pandemie wurde eine Stichprobe mit rund 500 Befragten einbezogen, was beim Blick auf einzelne Bevölkerungsgruppen mit statistischen Unschärfen einhergeht. Wünschenswert ist daher eine weitere, umfangreichere Erhebung längere Zeit nach dem Ausbruch der Corona-Pandemie, um die Veränderung der Gesundheitskompetenz in der deutschen Bevölkerung genauer zu untersuchen. Zudem sollten mit multivariaten Analysen die Veränderungen in den Bevölkerungsgruppen ohne Drittvariableneinflüsse untersucht werden. Auch wenn die untersuchten Aufgaben im Umgang mit Gesundheitsinformationen bei der Befragung nicht ausdrücklich in Bezug zur Corona-Pandemie gestellt wurden (siehe dazu [6, 16]), kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich auch durch die unterschiedliche Kontextualität Divergenzen zwischen den Befragungen ergeben.

Ethische und rechtliche Anforderungen

Für die Hauptuntersuchung liegt ein positives Ethikvotum der Universität Bielefeld vor (Zeichen 2019–103-S).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80
- [2] HLS-EU Consortium. Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version) 2012
- [3] Schaeffer D, Vogt D, Berens EM et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld; 2016. doi:10.2390/0070-pub-29081112
- [4] Schaeffer D, Berens E-M, Gille S et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung; 2021. doi:10.4119/unibi/2950305
- [5] World Health Organization. Infodemic management: a key component of the COVID-19 global response. *Weekly Epidemiological Record* 2020; 95: 145–148
- [6] Okan O, Bollweg TM, Berens E-M et al. Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 5503. doi:10.3390/ijerph17155503
- [7] M-POHL Network. The Vienna Statement on the measurement of population and organizational health literacy in Europe 2018
- [8] Hoebel J, Müters S, Kuntz B et al. Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsbl* 2015; 58: 749–757. doi:10.1007/s00103-015-2166-x
- [9] Schaeffer D, Griese L, Berens EM. Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2020; 82: 836–843. doi:10.1055/a-1276-0418
- [10] Zok K. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO-monitor* 2014; 11: 1–12
- [11] Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland aktuell” (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58: 942–950. doi:10.1007/s00103-015-2200-z
- [12] Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung; 2020. doi:10.4119/unibi/2950303
- [13] Dietscher C, Pelikan JM, Bobek J et al. 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). *Public Health Panorama* 2019; 5: 65–71
- [14] Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* 2020; 20: 565. doi:10.1186/s12889-020-08498-8
- [15] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053–1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
- [16] Okan O, Bollweg TM, Bauer U et al. Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz. Ergebnisse der zweiten Erhebung der HLS-COVID-19 Studie. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung; 2021. doi:10.4119/unibi/2950307