

Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz

Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten

Von Klaus Zok

Abstract

Menschen unterscheiden sich deutlich darin, wie sie ihre Fähigkeit wahrnehmen, Krankheiten zu bewältigen oder ihre Gesundheit zu erhalten. Im Rahmen einer Repräsentativ-Umfrage zur Messung der Gesundheitskompetenz ergibt sich bei gesetzlich Versicherten ein allgemeiner Gesundheitskompetenz-Wert (Score) von 31,9. Dieser deutsche Durchschnittswert liegt unter dem Index-Wert von 33,8, der in einem europaweiten Ländervergleich im Rahmen des European Health Literacy Surveys (HLS-EU) berechnet wurde. Nach der standardisierten HLS-EU-Skala weisen sieben Prozent der GKV-Versicherten eine ausgezeichnete und 33,5 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz auf. Bei 45,0 Prozent der GKV-Versicherten ist der Kenntnisstand hingegen problematisch, bei 14,5 Prozent unzureichend. Der Unterschied zum EU-Durchschnitt geht vor allem auf Fragen rund um die Themen Krankheitsbewältigung und Prävention zurück: Hier zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der GKV-Versicherten Schwierigkeiten hatten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. ■

People differ significantly in how they perceive their ability to overcome disease and maintain their health. As part of a representative survey to measure health literacy the insureds of SHI reached a general health literacy score of 31.9. This average is below the index value of 33.8 which was reported in a comparison of European countries within the framework of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). According to the standardized HLS-EU scale, 7 percent of SHI insureds show an excellent and 33.5 percent a sufficient health literacy, whereas the knowledge of 45.0 percent is problematic and that of 14.5 percent is inadequate. The disparity with the EU average owes mainly to questions about how to prevent and overcome disease: More than half of the SHI insureds had difficulties finding, understanding, evaluating and implementing health-related information. ■

KOMMENTAR

Die Frage, über welche Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Menschen verfügen, gewinnt international zunehmend an Bedeutung. Auch hierzulande ist die Diskussion angekommen und die ersten Studien laufen an.



Die vorgestellte repräsentative Umfrage unter den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz haben. Eine weitere, an der Universität Bielefeld durchgeführte Erhebung (HLS-NRW) bei Menschen, die ein höheres Erkrankungsrisiko haben – sogenannte vulnerable Gruppen – zeigt zudem, dass in dieser Gruppe die Gesundheitskompetenz ab einem Alter von 65 Jahren stetig abnimmt. Besonders unsicher im Umgang mit dem Gesundheitssystem fühlen sich dieser Umfrage zufolge Hochbetagte mit Migrationshintergrund. Aktuell wird die Erhebung des Gesundheitskompetenz-Niveaus für die gesamte deutsche Bevölkerung mit einem Kurzinstrument vom Robert-Koch-Institut erhoben. Eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung mit dem Vollinstrument (Health Literacy Survey EU-Q) erfolgt im Herbst durch die Universität Bielefeld (HLS-GER). Auf Basis dieser Erhebungen sollte Deutschland der Anschluss an die internationale Diskussion gelingen.

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld

1 Einleitung

Prinzipiell ermöglichen moderne Gesellschaften eine Vielzahl verschiedener Lebensstile – auch ungesunde. Jeder Mensch muss also jeden Tag Entscheidungen in Bezug auf seine Gesundheit treffen. Die Qualität dieser Entscheidungen hat Auswirkungen auf Lebenschancen, Lebensqualität und Lebenserwartung. Wichtige Basis für diese Entscheidungen sind die zur Verfügung stehenden Informationen. Doch moderne Gesundheitssysteme stellen die Bürger – und zwar durchaus auch die Gebildeten – mit ihren vielfältigen, konkurrierenden Informationsquellen vor die Herausforderung, die richtigen gesundheitsrelevanten Informationen zu finden, sie zu verstehen, zu beurteilen und auch umzusetzen. Zudem gestaltet sich der Zugang zu diesen Informationen für Bürger aus verschiedenen Schichten unterschiedlich. Aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation sind die europäischen Gesellschaften offensichtlich nicht in der Lage, all ihren Bürgern die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, damit sie an die nötigen gesundheitsrelevanten Informationen kommen und diese entsprechend nutzen können (WHO 2013).

Der Begriff Health Literacy wird im Deutschen gemeinhin mit Gesundheitskompetenz übersetzt. Damit wird „die Fähigkeit des Einzelnen (bezeichnet), im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft allgemein“ (Kickbusch 2006). Insbesondere kommt es auch darauf an, „welche Kompetenzen Menschen haben, um sich im Dschungel der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zurechtzufinden. Das große und vielfältige Angebot wie auch die Formalitäten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen machen es den Patienten schwer, angemessen für ihr gesundheitliches Wohlbefinden zu sorgen. Das betrifft nicht nur sozialschwache und bildungsferne Schichten in der Gesellschaft, sondern alle gesellschaftlichen Gruppen“ (Kolpatzik 2012).

Im Rahmen der hier vorgestellten Repräsentativ-Befragung unter Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt die

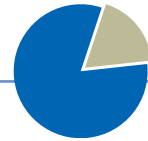
Mehrheit der Befragten (61,2 Prozent) an, im Allgemeinen „stark“ oder „sehr stark“ auf die eigene Gesundheit zu achten. Die Bedeutung der Gesundheit nimmt mit dem Alter deutlich zu: Von den Befragten unter 30 Jahren geben 57,1 Prozent an, auf die Gesundheit zu achten. In der Gruppe der über 65-Jährigen steigt dieser Wert auf 70,4 Prozent. Dies könnte neben der zum Ausdruck kommenden Aufmerksamkeit für die eigene Gesundheit auch ein Hinweis darauf sein, dass die Älteren der Meinung sind, ihren Gesundheitszustand beeinflussen zu können.

Das Konzept der Health Literacy wurde in den vergangenen Jahrzehnten hauptsächlich im englischsprachigen Raum diskutiert. In den USA und in Kanada gibt es bereits seit den 1970er Jahren verschiedene Instrumente zur Messung von Health Literacy. Die Europäische Union fördert dieses Konzept seit 2009. In Deutschland ist allerdings bislang wenig systematisch zu diesem Thema geforscht worden. Aktuell plant neben dem Robert-Koch-Institut auch die Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld zwei Projekte – den Health Literacy Survey Germany und den Health Literacy Survey NRW.

Mit dem Health-Literacy-Ansatz besteht generell die Möglichkeit, Gesundheitskompetenz auf einer standardisierten Basis adäquat zu messen. Generell versuchen die Forschungsansätze zum Health-Literacy-Konzept zu erfassen, wie die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen, gezielt verbessert werden kann.

Grundlage der vorliegenden bundesweiten Umfrage bildet ein standardisierter und getesteter Fragebogen. Die Fragestellungen zur Gesundheitskompetenz folgen der Kurzform des validierten Instruments zur Messung von Health Literacy (HLS-EU-Q47). Die bundesweit repräsentative Umfrage wurde im Zeitraum vom 9. Dezember 2013 bis zum 30. Januar 2014 durchgeführt. Datenbasis bildet eine Zufallsstichprobe (2.010 Befragte) aus der Grundgesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten ab 18 Jahren. Die Stichprobenziehung und Datenerhebung erfolgte durch das Sozialwissenschaftliche Umfragezentrum der Universität Duisburg-Essen.

Die Aufmerksamkeit für die eigene Gesundheit nimmt mit dem Alter deutlich zu.



2 Allgemeine Gesundheitskompetenz

Zur Messung der Gesundheitskompetenz wurde auf eine Skala zurückgegriffen, die im Rahmen eines von der Europäischen Kommission von 2009 bis 2011 geförderten Projekts von einem europaweiten Konsortium entwickelt und in acht Ländern getestet wurde. An der vergleichenden HLS-EU-Studie zur Gesundheitskompetenz nahmen Bulgarien, Griechenland, Irland, die Niederlande, Österreich, Polen und Spanien teil. Deutschland war bislang lediglich mit einem Bundesland (NRW) vertreten. Für den EU-Survey wurden mit Hilfe einer geschichteten Zufallsstichprobe jeweils rund 1.000 EU-Bürger ab 15 Jahren befragt (HLS-EU Consortium 2012).

Das für die HLS-EU-Studie entwickelte Messinstrument folgt in seiner Definition von Gesundheitskompetenz den international gängigen Modellen der Health Literacy. Danach basiert Gesundheitskompetenz „auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern“ (Sorensen et al. 2012). Diese Definition fußt auf einem konzeptionellen Modell von Gesundheitskompetenz, das als wichtigste Dimensionen zum einen die drei Bereiche Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung und zum anderen die unterschiedlichen Stadien der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (finden, verstehen, beurteilen und anwenden) spezifiziert.

Der HLS-EU-Fragebogen umfasst insgesamt 47 Fragen (Items). Für die vorliegende Untersuchung wurde auf die Kurzform des HLS-EU-Instruments mit insgesamt 16 Fragen zurückgegriffen (HLS-EU-Q16). Die einzelnen Items wurden – analog zum EU-Instrument – als direkte Fragen formuliert, die nach der

Schwierigkeit der Durchführung ausgewählter gesundheitsrelevanter Aufgaben oder Tätigkeiten fragen (Tabelle 1). Beantwortet werden konnten diese Fragen auf einer vierstufigen Antwortskala („sehr schwierig“, „schwierig“, „einfach“, „sehr einfach“).

3 Ergebnisse für die einzelnen Gesundheitskompetenz-Items

3.1 Gesundheitsrelevante Informationen finden

Vier von zehn der befragten GKV-Versicherten (39,8 Prozent) halten es für schwierig oder sehr schwierig, „Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression“ (Frage 18 des HLS-EU-Q47-Fragebogens), zu finden. Überdurchschnittlich viele Schwierigkeiten benennen insbesondere Personen, die ihre eigene Gesundheit subjektiv als schlecht beziehungsweise sehr schlecht (47,6 Prozent) einschätzen oder sich selbst als chronisch krank einstufen (46,2 Prozent). Jeder Zweite (52,3 Prozent) gibt hingegen an, dies sei einfach oder sehr einfach. Möglicherweise ist diese Frage aufgrund mangelnder Erfahrungen für viele Befragte schwer einzuschätzen: 0,4 Prozent machten keine Angaben, 7,5 Prozent antworteten mit „weiß nicht“.

Auch das Finden von „Informationen über Verhaltensweisen, die gut für das eigene psychische Wohlbefinden sind, wie etwa Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen oder Pilates“ (Frage 33) stuft rund jeder Dritte (31,3 Prozent) als schwierig ein, deutlich mehr als in der EU-Gesamtstichprobe (21,7 Prozent). Die Mehrheit, fast zwei Drittel (64,5 Prozent), bewertet das Finden von Informationen zur Förderung des psychischen Wohlbefindens als einfach. Die Teilgruppenanalyse ergibt hier einen signifikanten Unterschied nach dem Geschlecht: Männer geben bei diesem Item häufiger Schwierigkeiten an (36,3 Prozent) als Frauen dies tun (29,4 Prozent). Auch bei dieser Frage ist der Anteil mit Schwierigkeiten bei der Beantwortung überdurchschnittlich hoch (3,7 Prozent „weiß nicht“, 0,5 Prozent „keine Angabe“).

Mehr als ein Viertel der Befragten findet es schwierig herauszufinden, wo sie im Krankheitsfall professionelle Hilfe erhalten.

Tabelle 1

Angaben zu verschiedenen Teilaspekten von Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16)

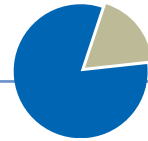
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, ...

Angaben in Prozent der Befragten

HLS-EU-Q47-Frage	Dimension		GKV-Stichprobe, n = 1.959				EU gesamt n = 8.102
			sehr schwierig/ schwierig	einfach/ sehr einfach	weiß nicht	keine Angabe	sehr schwierig/ schwierig
gesundheitsrelevante Informationen finden							
18	Prävention	... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	39,8	52,3	7,5	0,4	31,6
33	Gesundheitsförderung	... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	31,3	64,5	3,7	0,5	21,7
4	Krankheitsbewältigung	... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	27,3	71,5	1,0	0,1	11,8
1	Krankheitsbewältigung	... Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	26,3	71,5	1,8	0,3	22,1
gesundheitsrelevante Informationen verstehen							
39	Gesundheitsförderung	... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	29,4	68,3	2,0	0,2	22,5
37	Gesundheitsförderung	... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	23,5	73,8	2,0	0,7	12,7
5	Krankheitsbewältigung	... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	14,4	84,8	0,8		15,2
23	Prävention	... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	12,1	86,3	1,3	0,2	10,1
8	Krankheitsbewältigung	... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	9,9	89,0	0,9	0,1	6,5
21	Prävention	... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	8,9	89,9	1,1		10,2
gesundheitsrelevante Informationen beurteilen							
28	Prävention	... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	66,3	31,5	2,1	0,1	39,8
11	Krankheitsbewältigung	... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	37,1	59,3	3,4	0,1	36,7
43	Gesundheitsförderung	... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	19,5	78,3	2,1	0,1	12,4
gesundheitsrelevante Informationen umsetzen							
31	Prävention	... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	41,8	55,4	2,5	0,3	35,4
13	Krankheitsbewältigung	... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	24,2	72,1	3,3	0,3	22,3
16	Krankheitsbewältigung	... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	11,7	86,9	1,2	0,1	5,6

Deutliche Unterschiede: Zwei Drittel der deutschen Befragten geben an, es sei für sie schwer zu beurteilen, ob Medienberichte zu Gesundheitsrisiken vertrauenswürdig seien. Auf EU-Ebene sind es nur 39,8 Prozent.

Quelle: WidO-monitor 2014



Mehr als ein Viertel der befragten GKV-Versicherten (27,3 Prozent) geben Schwierigkeiten bei der Frage an „Wie einfach ist es herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe etwa bei einem Arzt, Apotheker oder Psychologen erhalten, wenn Sie krank sind?“ (Frage 4). Die Differenz zum entsprechenden EU-Wert fällt bei diesem Item sehr groß aus, dort gaben durchschnittlich nur 11,8 Prozent der Befragten Probleme bei dieser Frage an. In der GKV-Stichprobe ist dieser Aspekt für überdurchschnittlich viele jüngere Befragte (unter 30 Jahre: 36,5 Prozent) schwierig oder sehr schwierig.

Ebenfalls mehr als einem Viertel (26,3 Prozent) fällt es schwer, an „Informationen über Krankheitssymptome, die Sie selbst betreffen“ (Frage 1) zu gelangen. 71,5 Prozent stufen dies als einfach oder sehr einfach ein. Diese positive Einschätzung nimmt mit dem Alter – und damit mit der Erfahrung und einer mutmaßlichen Betroffenheit der Befragten – signifikant zu (Personen über 65 Jahre: 76,4 Prozent).

3.2 Gesundheitsrelevante Informationen verstehen

Fast ein Drittel der Befragten (29,4 Prozent) findet es schwierig, „Informationen in den Medien zur Verbesserung der eigenen Gesundheit zu verstehen“ (Frage 39). Die Mehrheit (68,3 Prozent) gibt hier keine Probleme an. Personen mit einfacher Schulbildung reklamieren bei dieser Frage eine unzureichende Verständlichkeit von Medieninformationen allerdings etwas häufiger (32,2 Prozent).

Das Verständnis für „Gesundheitsratschläge, die von Familienmitgliedern oder Freunden kommen“ (Frage 37), ist für die Mehrheit der Befragten offenbar kein Problem (73,8 Prozent). Mit 23,5 Prozent beurteilen diese Frage aber deutlich mehr Menschen kritisch als in der EU-Stichprobe (12,7 Prozent) – möglicherweise, weil die Befragten ihrem persönlichen Umfeld keine ausreichende Gesundheitskompetenz attestieren. Insbesondere in der Gruppe der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ eingestuft haben, gaben überdurchschnittlich viele Personen (29,9 Prozent) Schwierigkeiten an, Ratschlä-

ge aus dem persönlichen Beziehungsnetzwerk nachzuvollziehen.

Die meisten Versicherten (84,8 Prozent) haben keine Probleme damit, „zu verstehen, was der Arzt sagt“ (Frage 5). Allerdings gibt jeder siebte Versicherte (14,4 Prozent) Schwierigkeiten an. Das gilt besonders für jüngere Personen (unter 30 Jahren: 18,0 Prozent).

12,1 Prozent haben Schwierigkeiten zu verstehen, warum sie „Vorsorgeuntersuchungen wie etwa Krebsfrüherkennungen brauchen“ (Frage 23). Für die überwiegende Mehrheit der GKV-Versicherten (86,3 Prozent) ist der Sinn von standardisierten Präventionsangeboten allerdings klar. Neben einem geringen, aber dennoch signifikanten Unterschied bei der Schulbildung zeigt sich bei dieser Frage ein deutlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen: Männer äußern deutlich häufiger Schwierigkeiten, den Sinn von Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen (schwierig/sehr schwierig: 14,4 Prozent), als dies Frauen angeben (10,3 Prozent).

Fragen, die die Kommunikationskompetenz des Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt messen, werden fast immer positiv beantwortet. So geben rund 90 Prozent der Befragten an, „Anweisungen des Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen“ (Frage 8). Allerdings gibt rund jeder zehnte GKV-Versicherte (9,9 Prozent) Schwierigkeiten an. Bei Personen mit einfacher Schulbildung ist dieser Anteil etwas größer (13,5 Prozent).

Präventionskampagnen und insbesondere Interventionen gegen das Rauchen haben in den vergangenen Jahren viel bewirkt. Fast alle Befragten (89,9 Prozent) haben kein Problem damit, „Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen“ (Frage 21). Weniger als ein Zehntel (8,9 Prozent) gibt hier Schwierigkeiten an. Allerdings haben Personen mit einfachem Schulabschluss überdurchschnittlich häufig (sehr schwierig/schwierig: 13,7 Prozent) Verständnisprobleme bei Gesundheitswarnungen – ein Hinweis darauf, dass vorhandene Informations- und Präventionsangebote verständlicher zu gestalten sind.

Jeder zehnte befragte GKV-Versicherte äußert Schwierigkeiten, Anweisungen des Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen.

3.3 Gesundheitsrelevante Informationen beurteilen

Rund die Hälfte der Befragten (53,5 Prozent) findet es schwierig zu beurteilen, „ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien (wie Fernsehen, Internet) vertrauenswürdig sind“ (Frage 28). Mehr als jeder Zehnte (12,8 Prozent) findet eine Bewertung sogar sehr schwer. Für jeden Vierten dagegen erscheint dies einfach (26,5 Prozent), für fünf Prozent sogar sehr einfach. Bei dieser Frage ist der Unterschied zum entsprechenden Ergebnis auf EU-Ebene (schwierig/sehr schwierig: 66,3 Prozent [GKV] versus 39,8 Prozent [EU]) mit Abstand am größten. Und dieses Item nimmt noch eine weitere Sonderstellung ein: Bei Personen mit höherem Bildungsabschluss ist der Anteil derjenigen, die es schwierig finden, Qualität und Seriosität von Gesundheitsinformationen aus den Medien einzuschätzen, deutlich höher (70,6 Prozent) als bei Personen mit einfacher Schulbildung (62,5 Prozent). Der deutlich höhere Schwierigkeitswert im Vergleich zu Europa scheint also eher nicht auf eine geringere Gesundheitskompetenz in Deutschland zu verweisen, sondern ist vielmehr Ausdruck einer hierzulande grundsätzlich medienkritischen Einstellung und Skepsis gegenüber medizinischen und gesundheitlichen Informationen in der Gruppe der Gebildeten. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Gesundheitsinformationen populärer Medien nicht immer einen positiven Effekt haben müssen oder zur Aufklärung beitragen, sondern auch Irrtümer und Fehleinschätzungen verbreiten oder verfestigen können.

Bemerkenswert hoch (37,1 Prozent) ist der Anteil derer, die Schwierigkeiten haben „zu beurteilen, wann eine zweite Meinung von einem anderen Arzt eingeholt werden sollte“ (Frage 11). Auch wenn die Mehrheit (59,3 Prozent) eine solche Entscheidung als einfach einstuft, zeigt dieses Ergebnis doch, dass es vielen Versicherten offenbar schwerer fällt, in Bezug auf ihre Gesundheit eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, als die Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu verstehen und sie zu befolgen (vgl. Fragen 8 und 16 in Tabelle 1). Die Angaben der GKV-Versicherten

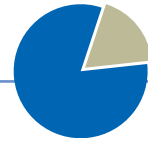
bei dieser Frage korrelieren deutlich mit ihrem mutmaßlichen Erfahrungshorizont bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Während sich von den unter 30-Jährigen mehr als jeder Zweite unsicher fühlt (schwierig/sehr schwierig: 50,4 Prozent), ist dies bei den Versicherten über 65 Jahre, die in der Regel einen größeren Erfahrungsschatz in Gesundheitsfragen haben, deutlich weniger der Fall (31,5 Prozent). Differenziert man die Angaben nach Geschlecht, zeigt sich, dass bei der Einschätzung, ob eine Zweitmeinung sinnvoll ist, Männer (schwierig/sehr schwierig: 41,1 Prozent) mehr Probleme haben als Frauen (36,2 Prozent).

Jeder Fünfte (19,5 Prozent) – deutlich mehr als in der EU-Stichprobe (12,4 Prozent) – findet es schwierig zu beurteilen, „welche Alltagsgewohnheiten (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung) mit der eigenen Gesundheit zusammenhängen“ (Frage 43). Auch hier zeigt sich ein deutlicher Einfluss des Geschlechts: Frauen finden dies häufiger einfach (82,7 Prozent) als Männer (77,1 Prozent). Außerdem zeigt sich eine Zunahme des Verständnisses mit der Schulbildung und dem Einkommen. Die Einschätzung, Erfahrungswissen aktiv und eigenverantwortlich interpretieren zu können, steigt erwartungsgemäß auch mit dem Alter deutlich an. Bei den unter 30-Jährigen finden 72,4 Prozent den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensgewohnheiten einfach oder sehr einfach zu beurteilen, bei den über 65-Jährigen sind es 87,6 Prozent.

3.4 Gesundheitsrelevante Informationen umsetzen

Vor dem Hintergrund der benannten Schwierigkeiten im Umgang mit Medieninformationen zur Gesundheit ist es nicht verwunderlich, dass mehr als zwei Fünftel (41,8 Prozent) es kritisch sehen, „aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können“ (Frage 31). Auch wenn über die Hälfte der Befragten (55,4 Prozent) dies als einfach ansieht, zeigt sich hier erneut ein deutlicher Bildungseffekt: Bei Personen mit hoher Schulbildung fällt der Anteil mit einer skeptischen Einschätzung gegenüber

Vielen Versicherten fällt es in Bezug auf ihre Gesundheit offenbar schwerer, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen als Anweisungen von Experten zu befolgen.



einer Umsetzung von Medieninformationen zum Umgang mit der eigenen Gesundheit deutlich höher aus (51,3 Prozent) als bei Personen mit einfacher Schulbildung (38,6 Prozent).

Auf der Basis von „ärztlichen Informationen Entscheidungen bezüglich einer eigenen Krankheit treffen zu können“ (Frage 13), ist für die deutliche Mehrheit der GKV-Versicherten kein Problem (72,1 Prozent). Aber erstaunlich hoch erscheint der Anteil derjenigen, die hier Umsetzungsprobleme angeben (24,2 Prozent). Vor allem Jüngere unter 30 Jahren (35,5 Prozent) und Befragte mit schlechter Gesundheit (30,2 Prozent) geben hier überdurchschnittlich häufig Schwierigkeiten an.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (86,9 Prozent) hat nach eigenen Angaben keine Schwierigkeiten damit, „den Anweisungen eines Arztes oder Apothekers zu folgen“ (Frage 16). Immerhin mehr als jeder Zehnte (11,7 Prozent) tut sich schwer damit, medizinischen Therapieanweisungen zu folgen. Zum Vergleich: Der entsprechende Anteilswert bei den Teilnehmern an der EU-Stichprobe ist nur halb so hoch (5,6 Prozent). Vor allem Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen oder Diabetes angeben, äußern überdurchschnittlich häufig Probleme bei der Annahme von Expertenanweisungen (14,6 Prozent und 13,3 Prozent).

4 Gesundheitskompetenz-Score

Das zugrunde liegende HLS-EU-Modell der Gesundheitskompetenz kann nicht nur einen umfassenden Gesundheitskompetenz-Index berechnen, der sich aus den Antworten zu allen Items zusammensetzt und alle Bereiche der Gesundheitskompetenz abdeckt. Zusätzlich sind auch eine Reihe spezifischer Teil-Indices möglich. Eine aus diesen Teilmengen abgeleitete Item-Matrix erlaubt also die Berechnung eines Wertes in unterschiedlichen Gesundheitskompetenzbereichen, beispielsweise für die Krankheitsbewältigung, die Prävention oder die Gesundheitsförderung (HLS-EU Consortium 2012). Für die Berechnung des individuellen Gesundheitskompetenz-Wertes (Score) je Teilnehmer werden den vier Antwortkate-

gorien numerische Werte zugeordnet (sehr schwierig = 1 bis sehr einfach = 4), aus denen sich dann Mittelwerte berechnen lassen. Anschließend werden alle Werte durch eine Rechenoperation transformiert und auf einer Skala von Null bis 50 standardisiert. Der Wert Null bezeichnet die geringste mögliche Gesundheitskompetenz. Dieser Wert ergibt sich, wenn eine Person sämtliche relevanten Items mit „sehr schwierig“ beantwortet hat. Der Maximalwert 50 bezeichnet die bestmögliche Gesundheitskompetenz und wird erreicht, wenn eine Person sämtliche relevanten Items mit „sehr einfach“ beantwortet hat.

Um einen individuellen Gesundheitskompetenz-Wert berechnen zu können, muss der Befragte auf mindestens 80 Prozent der von einem Index erfassten Fragen antworten, ohne dass er dabei auf die Kategorien „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ ausweicht. Gemäß dieser Bedingung konnte für 1.959 Befragte (97,5 Prozent) der GKV-Stichprobe ein Indexwert berechnet werden. Im folgenden Ergebnisbericht wird ausschließlich der Gesamt-Index für die vorliegenden 16 Items dargestellt.

Die Skalenwerte auf der Gesundheitskompetenzskala von 0 bis 50 zeigen, dass sich die Versicherten deutlich darin unterscheiden, wie sie ihre Fähigkeit wahrnehmen, Krankheiten zu bewältigen beziehungsweise ihre Gesundheit zu erhalten (Abbildung 1).

Im Durchschnitt weisen die GKV-Stichprobendaten einen Gesundheitskompetenz-Wert von 31,9 auf. Der Durchschnittswert liegt unter dem Wert von 34,5, der für Nordrhein-Westfalen in dem europaweiten Ländervergleich im Rahmen des European Health Literacy Surveys berichtet wird (HLS-EU Consortium 2012). Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass sich die damalige NRW-Erhebung auf eine andere Grundgesamtheit bezog: Es wurden neben GKV-Versicherten auch privat Versicherte befragt, die im Schnitt über eine geringere Morbidität und einen höheren Bildungsstand verfügen. Ferner erfolgte die Erhebung als persönliches Interview (CAPI) und mit der längeren Version des Health Literacy Tools mit 47 Einzel-Items (HLS-EU-Q47).

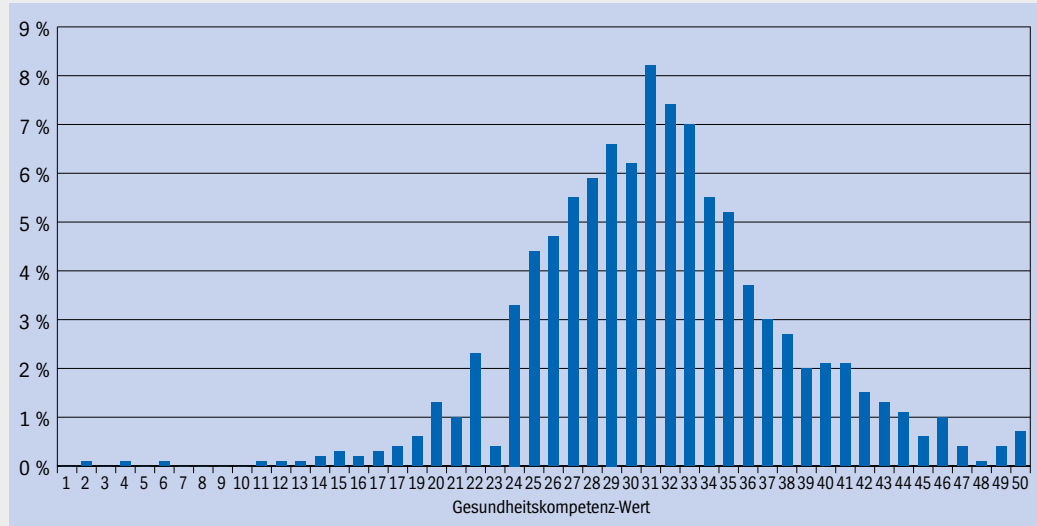
In der international vergleichenden HLS-EU-Studie wurden vier unterschiedliche Kompe-

Auf einer Skala von Null bis 50 haben die befragten GKV-Versicherten einen durchschnittlichen Gesundheitskompetenz-Wert von 31,9.

Abbildung 1

Histogramm der Prozentverteilung des Gesundheitskompetenz-Index für die GKV-Stichprobe

n = 1.959



Rund 8,2 Prozent der Befragten haben einen Gesundheitskompetenz-Wert (Score) von 31. Den Maximalwert von 50 erreichen nur 0,7 Prozent der GKV-Versicherten.

Quelle: WidO-monitor 2014

33,4 Prozent der befragten GKV-Versicherten haben eine ausreichende und sieben Prozent eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz.

tenz-Level festgelegt. Das Intervall von 0 bis 25 Punkte bezeichnet „unzureichende“ Gesundheitskompetenz, mehr als 25 bis 33 Punkte kategorisiert „problematische“ Gesundheitskompetenz. Der Grenzwert zwischen den Kategorien „ausreichend“ und „ausgezeichnet“ wurde bei 42 Punkten festgelegt. Vergleicht man nun die Ergebnisse der deutschen Befragung mit den Angaben der befragten Bürger aus den acht teilnehmenden europäischen Ländern, schneiden die GKV-Versicherten in Deutschland insgesamt unterdurchschnittlich ab.

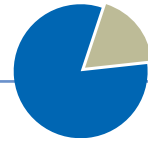
Nach Ergebnissen des HLS-EU-Surveys haben rund zwölf Prozent der Menschen in den acht europäischen Teilnahmestaaten eine unzureichende Fähigkeit, einfache Gesundheitsinformationen und die Möglichkeit der Nutzung von Gesundheitsinformationen zu verstehen und die Angebote adäquat anzunehmen. Weitere 34,5 Prozent fallen in die Gruppe mit einer problematischen Gesundheitskompetenz. 36,7 Prozent der Befragten erreichen ein ausreichendes Kompetenzlevel, 17 Prozent sogar ein ausgezeichnetes.

In der aktuellen GKV-Stichprobe weisen demgegenüber 14,5 Prozent eine unzureichen-

de, 45 Prozent eine problematische, 33,5 Prozent eine ausreichende und nur sieben Prozent eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf (Tabelle 2).

Die Auswertung von Einzelindizes für die drei konzeptionellen Bereiche Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung (Tabelle 3) ergibt gleichermaßen in GKV (33,3) und EU (34,8) den höchsten Index-Wert bei den Fragen zur Krankheitsbewältigung. Dementsprechend verfügen in der GKV-Stichprobe insgesamt 54,3 Prozent der Versicherten über eine ausreichende beziehungsweise ausgezeichnete Kompetenz bei Fragen zur Krankheitsbewältigung.

Der GKV-Wert ist im Vergleich zum EU-Wert beim Gesamtindex um 1,9 Punkte niedriger, im Teilbereich der Krankheitsbewältigung sind es 1,5 Punkte, im Teilbereich der Gesundheitsförderung 1,3 Punkte. Auffällig ist allerdings, dass der Unterschied im Teilbereich der Prävention mit 4,2 Punkten deutlich stärker ausfällt (GKV: 30,2; EU 34,4). Danach haben mehr als die Hälfte der GKV-Versicherten (59,6 Prozent) Schwierigkeiten, zum Themenbereich Prävention gesundheitsrelevante Informationen



zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Bei der Frage, warum im Vergleich zu den beiden anderen Gesundheitskompetenzbereichen ausgerechnet im Themenbereich Prävention die deutschen Ergebnisse so stark von den EU-Ergebnissen abweichen, darf allerdings bezweifelt werden, dass dies allein auf eine niedrigere Gesundheitskompetenz zurückzuführen ist. Möglicherweise ist die große Differenz eher Ausdruck einer grundsätzlich medienkritischeren Haltung in Deutschland. Denn die großen Abweichungen zeigen sich vor allem bei den in den Präventionsindex einfließenden Items mit Medienbezug, insbesondere beim großen Unterschied für das Item, das auf die Beurteilbarkeit der Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen in den Medien abhebt.

5 Indikatoren der Gesundheitskompetenz

Im Folgenden wird nun betrachtet, welcher Zusammenhang zwischen der Höhe des Gesundheitskompetenz-Wertes und einzelnen demografischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Bildung oder Einkommen besteht. Geprüft wurde dabei also nur der direkte Einfluss von

jeweils einer einzigen Variable auf die Höhe des Gesundheitskompetenz-Wertes. Hierbei zeigen sich bei den verschiedenen Indikatoren durchaus statistisch signifikante Unterschiede (Tabelle 4).

So ergibt beispielsweise die differenzierte Auswertung nach Geschlecht insgesamt eine höhere Gesundheitskompetenz bei Frauen (durchschnittlicher Gesundheitskompetenz-Wert 32,1) gegenüber Männern (Score von 31,5). 61,4 Prozent der Männer weisen eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz auf, bei den Frauen sind es 57,9 Prozent.

Weiterhin zeigt sich, dass die Gesundheitskompetenz mit zunehmendem Alter tendenziell ansteigt. Am geringsten ist der Gesundheitskompetenz-Index bei den 30 bis unter 40-Jährigen, in dieser Altersgruppe verfügt lediglich gut jeder Dritte (36,7 Prozent) über eine ausreichende beziehungsweise ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (Gesundheitskompetenz-Wert in dieser Altersgruppe 30,9). In der Gruppe der über 65-Jährigen ist dieser Anteil größer (ausreichend/ausgezeichnet: 43,9 Prozent; Gesundheitskompetenz-Wert in dieser Altersgruppe: 32,6).

Bildung ist eine weitere Determinante der Gesundheitskompetenz. Es zeigt sich ein zu-

61,4 Prozent der Männer haben eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz. Bei den Frauen sind es 57,9 Prozent.

Tabelle 2

Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich

Angaben in Prozent

Gesundheitskompetenz	GKV 2014	Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich 2009–2012								
		EU gesamt	Österreich	Bulgarien	NRW	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen
Anzahl Befragte	1.959	7.794	979	925	1.045	998	974	959	993	921
unzureichend (0 bis 25)	14,5	11,8	16,7	26,3	10,8	13,9	7,3	9,3	1,6	9,5
problematisch (> 25 bis 33)	45,0	34,5	38,1	35,1	35,1	30,4	49,8	29,5	25,7	31,8
ausreichend (> 33 bis 42)	33,4	36,7	34,8	26,7	34,4	39,9	33,4	39,0	47,9	36,6
ausgezeichnet (> 42 bis 50)	7,0	17,0	10,4	11,9	19,7	15,8	9,5	22,3	24,8	22,1
Mittelwerte	31,9	33,8	32,2	30,7	34,5	33,6	33,0	35,4	37,1	35,0

Im Vergleich zur EU-Stichprobe mit Bürgern aus acht europäischen Ländern schneiden die GKV-Versicherten in Deutschland unterdurchschnittlich ab: Lediglich 40,5 Prozent verfügen über eine ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenz.

Quelle: WIdO-monitor 2014

Tabelle 3

Gesundheitskompetenz-Werte nach Kompetenzbereichen

Angaben in Prozent

Gesundheitskompetenz	Krankheitsbewältigung		Prävention		Gesundheitsförderung	
	GKV	EU	GKV	EU	GKV	EU
unzureichend (0 bis 25)	11,8	11,8	23,4	13,2	27,6	20,0
problematisch (> 25 bis 33)	33,9	28,7	36,2	28,6	20,5	30,6
ausreichend (> 33 bis 42)	40,0	39,2	33,9	36,2	45,4	33,6
ausgezeichnet (> 42 bis 50)	14,3	20,2	6,4	22,0	6,5	15,9
Mittelwerte	33,3	34,8	30,2	34,4	31,3	32,6

In allen drei Bereichen liegt die Gesundheitskompetenz in der GKV niedriger als in der EU.

Quelle: WIdO-monitor 2014

nehmender Gesundheitskompetenz-Wert bei zunehmender Schulbildung (niedrig: 31,0; mittel: 32,0; hoch: 32,3). Befragte mit einfacher Schulbildung weisen deutlich häufiger eine unzureichende beziehungsweise problematische Gesundheitskompetenz auf (65,5 Prozent) als jene mit einem mittleren (58,1 Prozent) oder einem hohen Schulabschluss (57,1 Prozent).

Personen mit geringem Einkommen verfügen seltener als Besserverdiener über eine gute Gesundheitskompetenz.

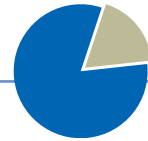
Das Einkommen hat ebenfalls einen positiven Effekt auf den erreichten Gesundheitskompetenz-Wert (unter 1.000 Euro: 30,2; über 3.000 Euro: 32,5). Personen mit geringem Einkommen verfügen seltener über eine ausreichende beziehungsweise ausgezeichnete Gesundheitskompetenz als Besserverdiener.

Der Blick auf den Erwerbstätigkeitsstatus ergibt einen erhöhten Gesundheitskompetenz-Wert für Teilzeitbeschäftigte (32,8) gegenüber Vollzeitbeschäftigten (31,3), was unter anderem an einem höheren Frauenanteil bei Teilzeitarbeitsverhältnissen liegen mag. Bezogen auf Berufsgruppen zeigen sich folgende Unterschiede: Selbstständige (32,7), Angestellte (31,9) und Arbeiter (30,8).

Nach der isolierten Analyse der einzelnen demografischen Variablen wurde im Anschluss mit Hilfe einer multiplen linearen Regression berechnet, welchen Einfluss jede einzelne Variable hat, wenn sie gemeinsam mit allen anderen demografischen Variablen betrachtet wird. Im Zuge der Varianzerklärung wurde also der Frage nachgegangen, inwieweit ein einzelner

Parameter wie etwa Bildung oder Einkommen tatsächlich in der Lage ist, die zuvor gemessenen Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz zu erklären. Dabei verblieben letztlich als Erklärungsfaktoren mit einem signifikanten Einfluss, also einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter fünf Prozent, die Demografie-Variablen Alter, Geschlecht, Bildung und Haushaltseinkommen. Im Rechenmodell zeigte sich, dass höheres Alter und weibliches Geschlecht mit höherer Gesundheitskompetenz im HLS-EU-Q16 assoziiert waren, während niedriges Einkommen (unter 1.000 Euro) und niedriger Bildungsgrad (Hauptschulabschluss) mit geringerer Gesundheitskompetenz einhergingen. Alter hat in diesem Modell die stärkste Vorhersagekraft für die Gesundheitskompetenz im HLS-EU-Q16; an zweiter Stelle stehen der negative Einfluss von einfacher Schulbildung und unterster Einkommensschicht.

Im zugrunde liegenden Rechenmodell ergibt sich lediglich eine sehr niedrige Varianzaufklärung von zwei Prozent. Wie auch in vergleichbaren Modellen in der wissenschaftlichen Literatur (vgl. Röthlin et al. 2013, S. 54) zeigt sich, dass demografische Unterschiede nur zu einem sehr geringen Umfang die mit diesem Konzept gemessenen Gesundheitskompetenzunterschiede aufklären können. In der gemeinschaftlichen Betrachtung aller demografischen Variablen lässt sich also keine einzige herausfiltern, die für sich genommen die



großen Unterschiede in den Gesundheitskompetenz-Scores erklären könnte.

Neben dem relativ geringen Einfluss der oben genannten demografischen Variablen auf die Gesundheitskompetenz stellt sich die Frage, inwieweit andere Indikatoren einen messbar höheren Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben. Von den hier untersuchten Indikatoren zum Gesundheitsverhalten (Body-Mass-Index, Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Schlafverhalten und Bewegungshäufigkeit) konnte nur für die Indikatoren Bewegungshäufigkeit und ausreichend Schlaf ein signifikanter, wenn auch schwacher Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz nachgewiesen werden. Demnach treiben Personen mit höherer Gesundheitskompetenz tendenziell häufiger Sport und haben nachts genug Schlaf.

Ein weiterer untersuchter Indikator, der Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat, ist der subjektive Gesundheitszustand der Befragten. Dieser wurde anhand des SF-12-Fragebogens zum Gesundheitszustand (Bullinger/Kirchberger 1998) per Selbstbeurteilung erfasst. Die Befragten beantworten hier unterschiedliche Fragen zur Schwere ihrer empfundenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigung. Für die Antworten auf zwölf Fragen (Items) wird in Anlehnung an Bullinger und Kirchberger

jeweils ein Wert für die körperliche und seelische Gesundheit berechnet. Je höher dieser Wert ausfällt, desto höher schätzen sie ihren Gesundheitszustand ein. Es findet sich ein – wenn auch nur schwach signifikanter – Zusammenhang zwischen dem Ergebnis des Gesundheitskompetenz-Wertes und den SF-12-Angaben zur körperlichen und psychischen Gesundheit. Mit anderen Worten: Mit steigender Gesundheitskompetenz nimmt auch die subjektive Gesundheit (körperlich und seelisch) zu – und umgekehrt.

Hinsichtlich des erfragten Vorliegens von spezifischen Erkrankungen wie Diabetes, koronarer Herzerkrankung, Asthma und Bluthochdruck ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Gesundheitskompetenz gemäß HLS-EU-Q16. Angaben zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit („Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Gesundheit?“) und zur Achtsamkeit im Umgang mit der eigenen Gesundheit („Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?“) zeigen hingegen einen schwachen Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz.

Schließlich wurde erneut per multipler linearer Regression getestet, inwieweit sich die Unterschiede beim Gesundheitskompetenz-Score mit anderen Variablen als den bislang dargelegten demografischen Indikatoren erklären lassen.

GKV-Versicherte mit niedriger Schulbildung und geringem Einkommen verfügen seltener über eine ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenz als Besserverdiener und Hochgebildete.

Tabelle 4

Allgemeine Gesundheitskompetenz – unterteilt nach Demografie-Variablen

Angaben in Prozent

Gesundheitskompetenz	GKV insg.	Geschlecht		Altersgruppen						Schulbildung			Haushalts-Nettoeinkommen			
		Männer	Frauen	unter 30	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 69	ab 70	niedrig	mittel	hoch	unter 1.000 €	1.000 bis 1.999 €	2.000 bis 2.999 €	ab 3.000 €
Anzahl Befragte	1.959	933	1.026	275	294	363	403	296	324	481	732	727	170	446	436	513
unzureichend (0 bis 25)	14,5	16,7	12,6	18,5	19,4	14,3	12,2	12,2	12,3	17,0	13,4	14,0	19,4	13,5	15,1	12,9
problematisch (> 25 bis 33)	45,0	44,7	45,3	42,2	43,9	44,6	48,6	47,0	43,2	48,4	44,7	43,1	48,2	49,1	43,8	42,9
ausreichend (> 33 bis 42)	33,4	31,9	34,8	32,0	33,0	32,8	32,0	33,8	36,4	29,1	34,7	34,9	29,4	31,2	33,7	34,5
ausgezeichnet (> 42 bis 50)	7,0	6,6	7,3	7,3	3,7	8,3	7,2	7,1	8,0	5,4	7,2	8,0	2,9	6,3	7,3	9,7
Mittelwerte	31,9	31,5	32,1	31,4	30,9	32,0	31,8	32,6	32,5	31,0	32,0	32,3	30,3	31,7	31,9	32,5

Betrachtet man alle befragten GKV-Versicherten, so haben 40,4 Prozent eine ausreichende beziehungsweise ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. In der Subgruppe der Befragten mit niedrigem Einkommen sind es hingegen nur 33,3 Prozent.

Quelle: WIdO-monitor 2014

Unterschiede bei den Gesundheitskompetenz-Werten lassen sich über einzelne Indikatoren wie Bildung oder Einkommen nur in geringem Umfang erklären.

Berücksichtigt wurden in diesem Rechenmodell all jene zuvor angesprochenen Parameter, für die ein signifikanter Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz nachgewiesen werden konnte. Im Ergebnis verbleiben letztlich als erklärende Variablen für den Gesundheitskompetenz-Score die psychische Gesundheit, Achtsamkeit im Umgang mit der Gesundheit, Alter, Zufriedenheit mit der Gesundheit, sportliche Aktivitäten, Geschlecht, Schulbildung und Einkommen. Die höchste Erklärungskraft von diesen Indikatoren haben psychische Gesundheit, Achtsamkeit und Alter. Die Erklärung für die starke Streuung des Gesundheitskompetenz-Wertes, die sogenannte Varianzaufklärung, beträgt aber auch bei diesem Modell lediglich knapp sechs Prozent. Zwar erlaubt das erweiterte Regressionsmodell also eine verbesserte Vorhersage von Gesundheitskompetenz, dennoch erklären die herangezogenen Einflussvariablen insgesamt recht wenig die Variation der Gesundheitskompetenz (vgl. Röthlin et al. 2013, S. 65 f.).

6 Fazit

Im Vergleich mit befragten Bürgern aus acht europäischen Ländern schneiden die GKV-Versicherten nach einer Analyse zur allgemeinen Gesundheitskompetenz mit Hilfe einer Kurzform des HLS-EU-Q47 unterdurchschnittlich ab. Insgesamt harmonisieren die Ergebnisse des HLS-EU-Q16 auf vier unterscheidbaren Gesundheitskompetenz-Levels gut mit den Ergebnissen vergleichbarer Studien zur Messung von allgemeiner Gesundheitskompetenz. Diverse soziodemografische Indikatoren sowie Indikatoren des Gesundheitsverhaltens und der subjektiven Gesundheit hängen signifikant mit der Gesundheitskompetenz zusammen, die Varianzerklärung gelingt jedoch nur in geringem Umfang.

Letztlich gilt definitionsgemäß: Je höher die Gesundheitskompetenz ausgeprägt ist, desto besser sind Menschen in der Lage, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und am Ende in ge-

sundheitsrelevantes Handeln umzusetzen. Die Steigerung der Gesundheitskompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, betrifft beispielsweise familiäre und schulische Erziehung oder auch das Feld der Prävention. Speziell verweisen die Ergebnisse aber auch auf Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich des bestehenden Informationsangebotes, seiner Nutzbarkeit und der Kommunikation seitens der Leistungserbringer. Für die Bürger, Versicherten und Patienten sollte es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner im System wahrzunehmen.

Literatur/Quellen

- Bullinger M./Kirchberger I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Göttingen
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (First Revised and extended Version, Date July 5th, 2013), Online-Publikation: www.health-literacy.eu
- Kickbusch I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg
- Kolpatzik, K. (2012): Gesundheit lässt sich lernen, *Gesundheit und Gesellschaft* 10/2012, S. 23–26.
- Röthlin, F./Pelikan, J.M./Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich, *Wien*
- Sorensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12(80)
- World Health Organization (2013): *Health Literacy. The solid facts*, Kopenhagen



**Klaus Zok, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO),
Telefon: 030 34646-2134
E-Mail: klaus.zok@wido.bv.aok.de**