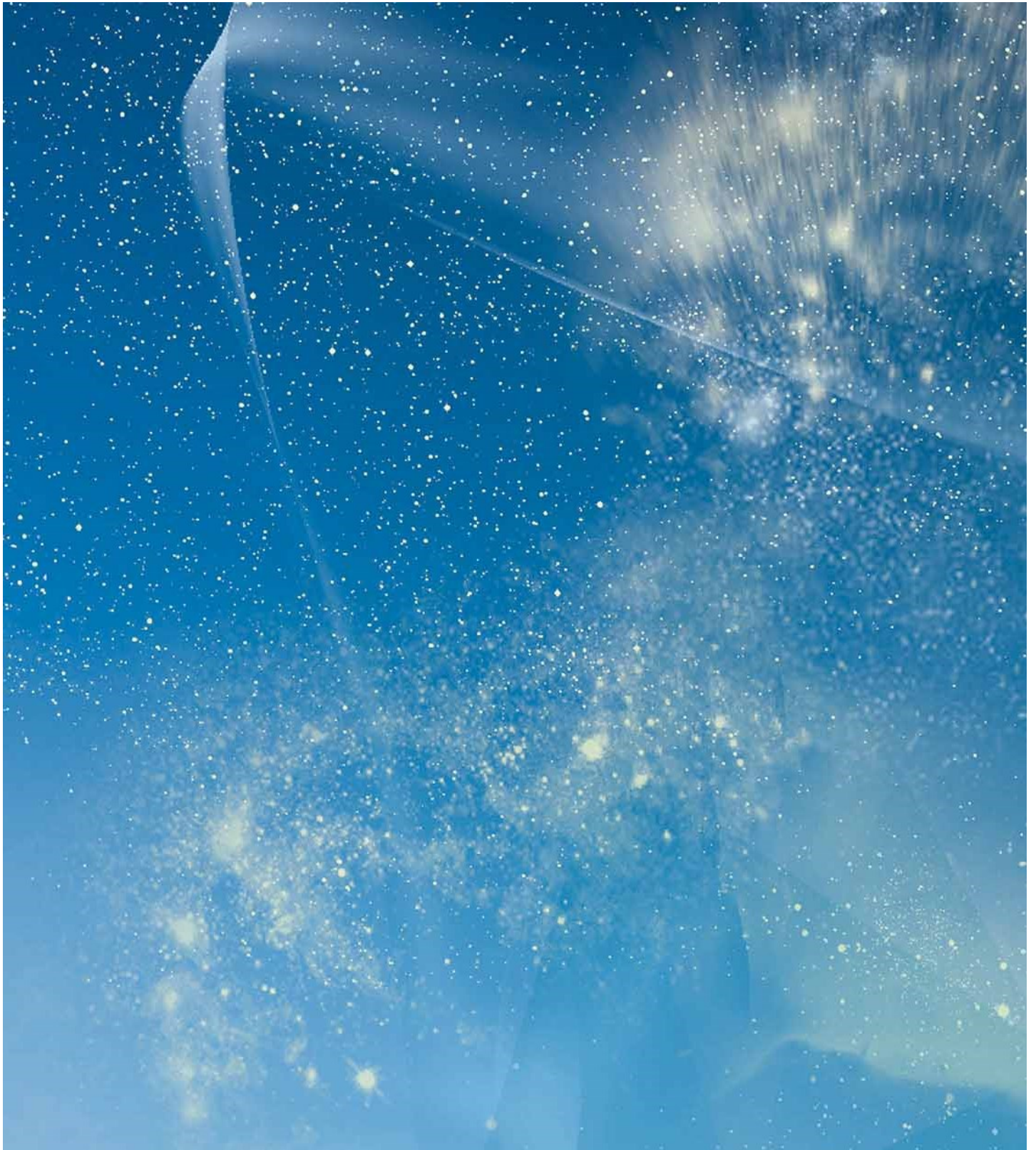


Gesundheitskompetenz in Deutschland 2024



Gesundheitskompetenz in Deutschland 2024

Ergebnisbericht

Empfohlene Zitation

Kolpatzik, K., Bollweg, T., Fretian, A., Okan, O. (2025). Gesundheitskompetenz in Deutschland 2024. Ergebnisbericht. Technische Universität München. School of Medicine and Health. Department of Health and Sport Sciences. WHO Collaborating Center for Health Literacy. München. DOI: <https://doi.org/10.14459/2025md1772956>.

Forschungsteam TU München

Prof. Dr. Orkan Okan
orkan.okan@tum.de

Dr.ⁱⁿ Alexandra Freġian
Dr. Torsten Bollweg

Technische Universität München
TUM School of Medicine and Health
Department of Health and Sport Sciences
Professur Health Literacy
WHO Collaborating Centre for Health Literacy

Georg-Brauchle-Ring 60/62
80992 München

Forschungsteam IDG

Prof. Dr. med. Kai Kolpatzik
kai.kolpatzik@digitalegesundheit.de

Institut für Digitale Gesundheit (IDG) gGmbH
c/o SRH University of
Applied Sciences Heidelberg
Campus Berlin

Sonnenallee 221 A-F
12059 Berlin

Die Untersuchung zur „Gesundheitskompetenz in Deutschland“
wurde im Rahmen einer Forschungsförderung des Wort & Bild Verlags durchgeführt.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung, welche für die Internet-nutzende Bevölkerung in Deutschland repräsentativ ist, wird für mehr als drei Viertel der Befragten (75,8%) eine niedrige Gesundheitskompetenz ermittelt. Diesen Menschen fällt es nicht immer leicht, Informationen für die Wiederherstellung, Bewahrung und Förderung ihrer Gesundheit zu nutzen und informierte Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu treffen. Gegenüber vorigen Studien stellt dies eine nochmalige Verschlechterung dar, denn 2014 betrug der Anteil der Menschen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz (GK) 54,3% und 2020 dann schon 64,2%. Von den vier abgefragten Kompetenzbereichen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen – Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden – wird das kritische Beurteilen als am schwierigsten beschrieben. Gleichzeitig werden die meisten Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen berichtet, welche den Bereich der Krankheitsbewältigung/-versorgung betreffen (gegenüber den Bereichen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung). Dies stellt eine Verschiebung im Vergleich zu den Ergebnissen aus 2020 und 2016 dar, wo die höchste empfundene Schwierigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung lag. Als Gruppen mit erhöhtem Risiko für eine niedrige Gesundheitskompetenz können im Rahmen dieser Studie jüngere Menschen identifiziert werden sowie Menschen, welche in den „alten“ Bundesländern wohnen. Wie in den vorigen Studien hängt Gesundheitskompetenz auch hier signifikant mit dem selbstberichteten allgemeinen Gesundheitszustand zusammen. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass Gesundheitskompetenz auch für das mentale Wohlbefinden eine signifikante Rolle spielt: Befragte mit schlechtem mentalem Wohlbefinden beschreiben den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen als schwieriger, was auch für Menschen gilt, welche ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlechter empfinden. Selbst unter Berücksichtigung einer Reihe von soziodemografischen Kontrollvariablen, trägt die Gesundheitskompetenz unabhängig dazu bei, Unterschiede im physischen und mentalen Gesundheitszustand zu erklären.

Idealerweise ist es für die Allgemeinbevölkerung einfach, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, verstehen, beurteilen und anzuwenden, sodass sie bestmöglich an der Wiederherstellung, Bewahrung und Förderung der eigenen Gesundheit teilhaben können. Die Daten zeigen hierzu jedoch eine deutliche Diskrepanz auf. Dementsprechend scheinen Maßnahmen sinnvoll, die einerseits an der Angebotsseite ansetzen und gesundheitsrelevante Information einfacher nutzbar machen, die aber andererseits auch Menschen dazu befähigen, gesundheitsrelevante Informationen einfacher finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Inhaltsverzeichnis	II
1 Hintergrund	1
1.1 Ziel dieser Studie	2
1.2 Studienbeschreibung	3
1.3 Erhebungsinstrumente.....	4
2 Zentrale Befunde	6
2.1 Stichprobe	6
2.2 Gesundheitskompetenz	7
2.3 Gesundheitskompetenz nach Gesundheits- und Kompetenzbereichen.....	11
2.4 Einflussfaktoren für niedrige Gesundheitskompetenz	13
2.5 Gesundheitskompetenz und Gesundheitsstatus	14
2.6 Gesundheitskompetenz und -status – multivariate Analysen.....	15
3 Fazit und Schlussfolgerungen	17
4 Literaturverzeichnis	19
5 Anhang	22
5.1 Berechnung von Gesundheitskompetenz-Niveaus	22
5.2 HLS ₁₉ -Q12 – Interne Konsistenz.....	23
5.3 HLS ₁₉ -Q12 – Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen	24
5.4 HLS ₁₉ -Q12 – Antwortmuster nach soziodemografischen Merkmalen	25
5.5 HLS ₁₉ -Q12 – Antwortmuster nach Gesundheits- und Kompetenzbereichen	26
5.6 HLS ₁₉ -Q12 – Verteilung der Einzelitems in den Kompetenzbereichen Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden“.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erhebungsinstrumente.....	4
Tabelle 2: Stichprobenmerkmale	6
Tabelle 3: Berechnung von Gesundheitskompetenz-Niveaus	22
Tabelle 4: HLS ₁₉ -Q12 - Interne Konsistenz	23
Tabelle 5: HL19 -Q12 – Unterschiede in der Gesundheitskompetenz nach soziodemografischen Merkmalen.....	24
Tabelle 6: HLS ₁₉ -Q12 – Antwortmuster nach soziodemografischen Merkmalen.....	25
Tabelle 7: HLS19-Q12 – Antwortmuster nach Gesundheits- und Kompetenzbereichen.....	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Niveaus der Gesundheitskompetenz nach soziodemografischen Merkmalen.....	7
Abbildung 2: Die einzelnen Fragen des HLS ₁₉ -Q12	9
Abbildung 3: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach Gesundheitsbereichen	11
Abbildung 4: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach Kompetenzbereichen	12
Abbildung 5: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach mentalem Wohlbefinden	14
Abbildung 6: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach Gesundheitsstatus.....	14
Abbildung 7: HLS ₁₉ -Q12 - Fragen im Bereich Finden von Informationen	27
Abbildung 8: HLS ₁₉ -Q12 - Fragen im Bereich Verstehen von Informationen	27
Abbildung 9: HLS ₁₉ -Q12 - Fragen im Bereich Beurteilen von Informationen.....	28
Abbildung 10: HLS ₁₉ -Q12 - Fragen im Bereich Anwenden von Informationen.....	28

1 Hintergrund

Gesundheitskompetenz umfasst die Motivation, das Wissen und die Kompetenzen, die herangezogen werden, um gesundheitsrelevante Informationen zu finden, verstehen, beurteilen und anzuwenden, um im Alltag Gesundheitsentscheidungen treffen zu können (Sørensen et al. 2012). Heutzutage stellt die Gesundheitskompetenz eine zentrale Ressource dar, die Menschen benötigen, um

- das Dickicht an gesundheitsrelevanten Informationen zu durchschauen, auf die sie im alltäglichen Leben treffen (hierunter auch unvollständige, irreführende und faktisch falsche Aussagen),
- trotz widersprüchlicher oder uneindeutiger Informationen kompetent mit Gesundheitsthemen umzugehen,
- die verschiedenen Anlaufstellen des Gesundheitssystems bei Bedarf möglichst effizient und zufriedenstellend nutzen zu können und
- aktiv an der Wiederherstellung, Bewahrung und Förderung der eigenen Gesundheit mitzuwirken.

Inzwischen liegen für Deutschland eine Reihe von Gesundheitskompetenz-Studien vor (Schaeffer et al. 2016; Hurrelmann et al. 2020, The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl 2021), die zwei wesentliche Befunde unterstreichen:

- 1) **Für einen großen Teil der deutschen Bevölkerung ist der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen nicht immer leicht** – zuletzt erreichten knapp zwei Drittel der Befragten (64,2%) eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (Hurrelmann et al. 2020).
- 2) **Das Problem niedriger Gesundheitskompetenz ist in der Gesellschaft ungleich verteilt:** In den vergangenen Studien wiesen männliche Teilnehmende, ältere Menschen, Menschen mit einfacherem Bildungsabschluss sowie Menschen, die einen niedrigeren Status in der Gesellschaft sowie finanzielle Probleme berichten, eine niedrigere Gesundheitskompetenz auf (The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021).

Während sich das Problem eingeschränkter Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in internationalen Studien ebenfalls nachzeichnen lässt, nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein: In der HLS₁₉-Studie weist im europäischen Vergleich kein Land schlechtere Werte auf (The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl 2021).

Gleichzeitig gibt es inzwischen im internationalen Raum empirische Hinweise darauf, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz mit einer Reihe negativer gesundheitlicher Folgen und ungünstiger Verhaltensweisen einhergeht, hierunter:

- Schlechterer subjektiver Gesundheitsstatus, geringere Lebensqualität, mehr Einschränkungen durch Gesundheitsprobleme (Ehmann et al. 2020; Guo et al. 2020; Paakkari et al. 2020; Schaeffer et al. 2021b; Svendsen et al. 2020; The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl 2021; Wångdahl et al. 2018; N'Goran et al. 2018)
- Eingeschränkteres Ausmaß körperlicher Betätigung, häufigeres Übergewicht (Fischer et al. 2022; Schaeffer et al. 2021b; Svendsen et al. 2020; The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl 2021)
- Häufigere krankheitsbedingte Fehltage, Klinikaufnahmen, Medikamenteneinnahme, Nutzung von Gesundheitsdiensten sowie ungünstigeres Ernährungsverhalten (Berens et al. 2018; Schaeffer et al. 2021b; The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl 2021; Vandenbosch et al. 2016).

1.1 Ziel dieser Studie

Der vorliegenden Bericht ist Teil der Studie zur „Psychischen Gesundheitskompetenz in Deutschland“. Während in einem früheren Bericht der Stand der *psychischen* Gesundheitskompetenz¹ detailliert dargestellt wird, liegt der Fokus dieses Berichtes auf der *allgemeinen* Gesundheitskompetenz.

Konkret soll hier der Stand der allgemeinen Gesundheitskompetenz in Deutschland im Jahr 2024 beschrieben werden, aber auch Gruppen identifiziert werden, welche ein erhöhtes Risiko aufweisen, über eine geringe Gesundheitskompetenz zu verfügen. Ferner wird analysiert, welche gesundheitsbezogenen Folgen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz einhergehen.

¹ Ergebnisbericht unter: doi.org/10.14459/2024mp1764423

1.2 Studienbeschreibung

Der vorliegende Bericht beschreibt einen bislang noch nicht ausgewerteten Teil der Daten, die im Rahmen der Studie zur „Psychischen Gesundheitskompetenz in Deutschland“ erhoben wurden. Während im Rahmen der Studie der Umgang mit Informationen im Vordergrund stand, welche die *psychische Gesundheit*² betreffen, soll an dieser Stelle die *allgemeine* Gesundheitskompetenz in den Blick genommen werden. Hier wird der Frage nachgegangen, wie einfach oder schwierig es für die deutsche Bevölkerung ist, mit Informationen umzugehen, welche die *Gesundheit im Allgemeinen* betreffen.

Die vorliegende Studie wurde zwischen dem 16. Juli und 22. August 2024 durchgeführt und umfasst 2.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Verantwortlich für die Datenerhebung war das SKOPOS Institut für Markt- und Kommunikationsforschung GmbH & Co. KG. Die Befragten wurden aus dem Norstat-Panel rekrutiert, welches für Deutschland etwa 100.000 aktive Teilnehmende umfasst. Die Teilnahme erfolgte am Smartphone, Tablet oder Computer und die Studie ist mit Blick auf die Merkmale Alter, Geschlecht und Bildung für die Internet-nutzende Bevölkerung in Deutschland repräsentativ. Abweichungen wurden durch den Einsatz einer entsprechenden GewichtungsvARIABLE korrigiert. Die Entwicklung von Fragebögen sowie Informationsmaterialien erfolgte durch das Studienteam an der Technischen Universität München in Zusammenarbeit mit dem Institut für digitale Gesundheit (IDG) gGmbH. Die Studie wurde von der Ethikkommission der TUM geprüft und für unbedenklich befunden (2024-42-NM-BA).

²Ergebnisbericht unter: doi.org/10.14459/2024mp1764423

1.3 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die Fragebögen bzw. Skalen dargestellt, auf welche im Rahmen dieses Berichts Bezug genommen wird.

Merkmalsbereiche	Anzahl Items
Soziodemografische Information	10
Allgemeine Gesundheitskompetenz	12
Wohlbefinden	5
Gesundheitsstatus	2

Tabelle 1: Erhebungsinstrumente

Allgemeine Gesundheitskompetenz – HLS₁₉-Q12

Für die Messung allgemeiner Gesundheitskompetenz kam der HLS₁₉-Q12-Fragebogen zum Einsatz. Es handelt sich hierbei um den Fragebogen, welcher im Rahmen des „European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉)“ durch das „WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy“ (MPOHL) entwickelt wurde und auf dem European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47; Sorensen et al. 2013) aufbaut (The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl 2021). Der Fragebogen erfasst mit 12 Fragen die empfundene Schwierigkeit, Informationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Für den Fragebogen werden eine zufriedenstellende interne Konsistenz und Unidimensionalität berichtet (The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl 2021).

Gefragt wird: „Auf einer Skala von „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“, wie einfach würden Sie sagen ist es ...“, wobei 12 konkrete Szenarien adressiert werden, z.B. „die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?“. Konkret lauten die vier Antwortmöglichkeiten „sehr einfach, „eher einfach“, „eher schwierig“, und „sehr schwierig“. Ein Gesamtscore wird nur dann berechnet, wenn für 80% der Items eine gültige Antwort ausgewählt wurde.

Sowohl der HLS₁₉-Q12 als auch der HLS-EU-Q47 basieren auf dem Modell der Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. (2012; 2013) und sind eng miteinander verwandt, jedoch nicht identisch. Dies gilt es beim Beurteilen von Vergleichen zwischen früheren Studien mit dem HLS-EU-Q47 und dem hier eingesetzten HLS₁₉-Q12 zu beachten. Mit Blick auf die transparente Darstellung der Daten hinsichtlich verschiedener Auswertungsmöglichkeiten (Gesundheitskompetenz-Niveaus, Typ-p-Werte, Antwortmuster) sei auch auf **Tabelle 6** und **Tabelle 7** verwiesen (s. Anhang).

Wohlbefinden – WHO5

Der “World Health Organization-Five Well-Being Index” (WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden) erfasst mit fünf Fragen das Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health). Ein Beispielitem lautet „In den letzten zwei Wochen... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt“, wobei Antworten auf einer 6-stufigen Skala von 5=„zu keinem Zeitpunkt“ bis 0=„die ganze Zeit“ gegeben werden. Der Gesamtwert (0 bis 25) wird mit 4 multipliziert, wobei 0 für das schlechteste vorstellbare Wohlbefinden und 100 für das beste vorstellbare Wohlbefinden steht. Wenn die WHO-5 für das Screening von Depressionen verwendet wird, wird ein Cut-off-Score von ≤ 50 vorgeschlagen. Die WHO-5 Skala hat sich in klinischen Studien als ausreichend valide erwiesen. Item-Response-Theory-Analysen in Studien mit jüngeren und älteren Personen deuten darauf hin, dass die Skala eine gute Konstruktvalidität (als eindimensionale Skala) aufweist und zur Messung des Wohlbefindens geeignet ist (Topp et al. 2015; Bech 2004).

Gesundheitsstatus

Der Gesundheitszustand wird zum einem durch die Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ erfasst. Dabei gibt es fünf Antwortmöglichkeiten: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“. Für den Zweck weiterführender Analysen wurden in diesem Bericht die ersten beiden Antwortmöglichkeiten („sehr gut“ und „gut“) und die letzten drei Antwortmöglichkeiten („mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“) zusammengefasst. Darüber hinaus wurde die Frage nach dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung bzw. einem lang andauernden gesundheitlichen Problem gestellt, die mit „ja“, oder „nein“ zu beantworten war.

2 Zentrale Befunde

2.1 Stichprobe

Mit n=2.000 Befragten kann eine umfassende Beschreibung der Situation in der deutschen Gesamtbevölkerung erfolgen. Aufgrund der relativ großen Stichprobe sind auch für die verschiedenen Merkmalsausprägungen Gruppenvergleiche möglich, da diese jeweils in ausreichend großer Gruppengröße repräsentiert sind.

Merkmal	Ausprägung	Ungewichtet		Gewichtet	
		%	n	%	n
Geschlecht	Divers	0,3	6	0,2	4
	Weiblich	51,8	1039	51,7	1037
	Männlich	47,9	962	48,1	965
Alter	18-29 Jahre	19,8	398	18,1	363
	30-44 Jahre	30,4	610	24,4	490
	45-59 Jahre	33,1	665	25,0	502
	60+ Jahre	16,6	334	32,5	651
Bundesland	„Alte“ Bundesländer	80,1	1608	82,2	1650
	„Neue“ Bundesländer	15,8	318	13,7	276
	Berlin	4,0	81	4,0	81
Schulbildung	Niedrige Bildung	34,0	664	35,3	686
	Mittlere Bildung	30,2	590	29,2	567
	Hohe Bildung	35,8	700	35,5	690
Haushaltsnettoeinkommen	Bis 1499€	20,2	406	20,5	412
	1500€ – 2499€	22,8	458	25,0	501
	2500€ – 3999€	25,8	517	25,6	514
	4000€ +	31,2	626	28,9	580
Arbeitsverhältnis	Erwerbstätig	59,9	1180	51,3	1013
	Momentan arbeitslos	6,8	134	5,8	115
	Im Haushalt tätig	4,0	79	3,5	70
	Schule/Studium	7,4	145	6,9	135
	In Rente/Pension	20	394	30,8	609
	Elternzeit/Mutterschutz	1,9	38	1,7	33
Migrationshintergrund	Nein	85,8	1692	76,3	1508
	Ja	14,2	279	23,7	468
Chronische Erkrankung	Nein	47,2	921	44,3	870
	Ja	52,8	1029	55,7	1092

Tabelle 2: Stichprobenmerkmale

2.2 Gesundheitskompetenz

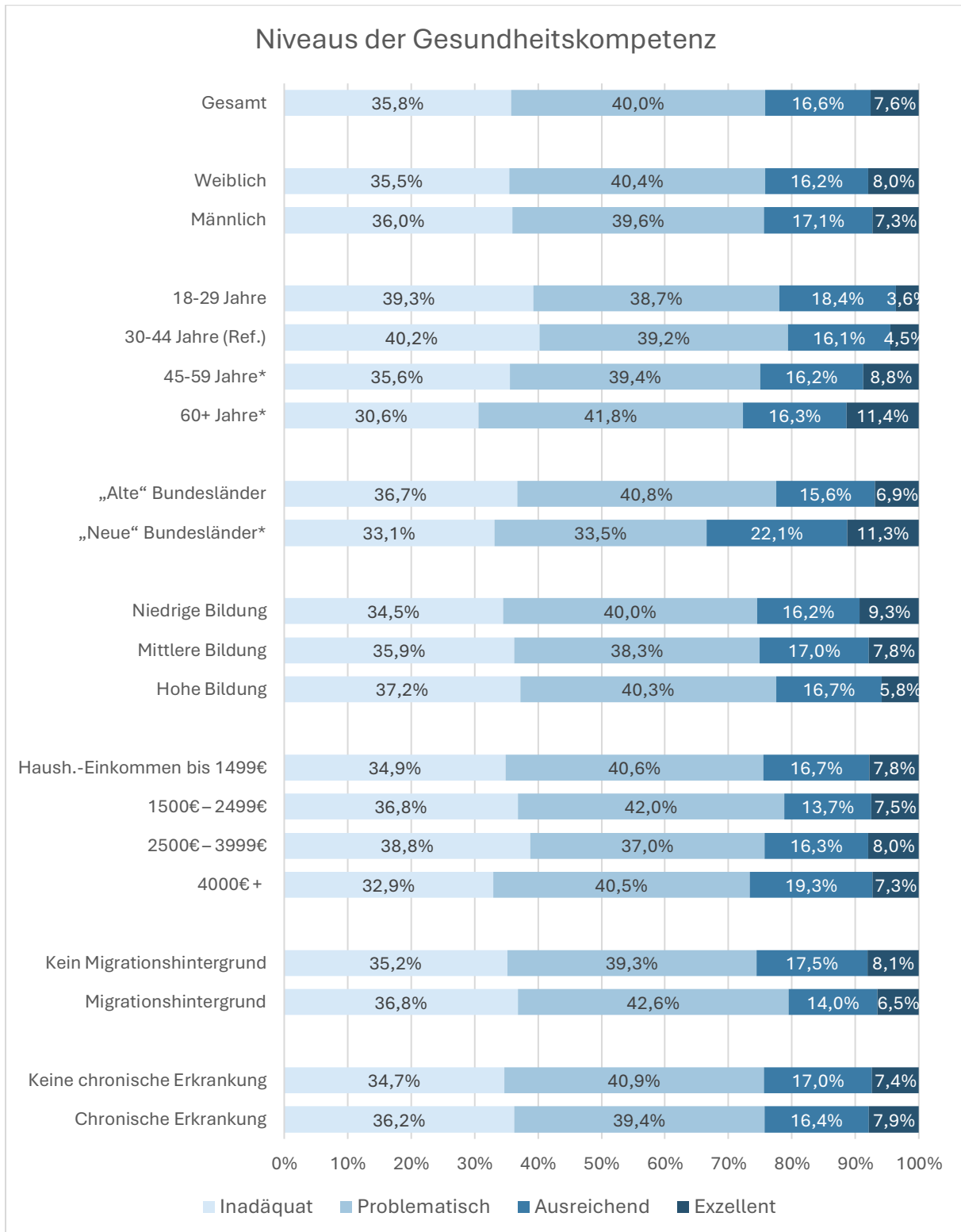


Abbildung 1: Niveaus der Gesundheitskompetenz nach soziodemografischen Merkmalen

Anmerkung: signifikante Unterschiede sind mit * gekennzeichnet. Grundlage ist bei dichotomen Variablen ein t-Test (zweiseitig, $p < 0,05$), bei mehrstufigen Variablen eine ANOVA mit Tukey HSD post-hoc Test ($p < 0,05$).

Knapp ein Viertel der Befragten (24,2%) in Deutschland verfügen über eine hohe Gesundheitskompetenz (zusammengesetzt aus 7,6% mit einer exzellenten GK und 16,6% mit einer ausreichenden GK), während die verbleibenden 75,8% eine geringe GK aufweisen (35,8% „inadäquate GK“ + 40% „problematische GK“). Die Ergebnisse fallen im Vergleich mit früheren Studien negativer aus. So betrug 2014 der Anteil der Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz 54,3% (Schaeffer et al. 2016) und 2020 dann schon 64,2% (Hurrelmann et al. 2020).

Mit Blick auf die Vergleichbarkeit der bereits vorliegenden und der hier dargestellten Ergebnisse muss darauf hingewiesen werden, dass in den Studien von Schaeffer et al. und Hurrelmann et al. die Version des Fragebogens der Europäischen Gesundheitskompetenz-Studie mit 47 Fragen zum Einsatz kam (HLS-EU-Q47), während im Rahmen der hier vorliegenden Studie die revidierte Kurzversion des Fragebogens zum Einsatz kam (der HLS₁₉-Q12). Direkter vergleichbare Daten liefert eine neuere Studie zur Gesundheitskompetenz, an der Deutschland zusammen mit weiteren 16 europäische Länder teilgenommen hat (Pelikan et al, 2022). Auch diese Studie zeigte ähnliche Ergebnisse, denn der Anteil der Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz lag für Deutschland bei 63%.

Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der GK für die Variablen Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund, Einkommen, Beschäftigungsstatus und chronische Erkrankung beobachten (s. **Tabelle 5**).

Allerdings zeigen sich je nach Bundesland signifikante Unterschiede: Menschen, die in neuen Bundesländern wohnen haben eine signifikant höhere GK als die, die in den „alten“ Bundesländern wohnen. Darüber hinaus machen sich auch signifikante Unterschiede beim Alter bemerkbar:

- Die über 60-Jährigen haben eine signifikant bessere Gesundheitskompetenz als die 18 bis 29-jährigen.
- Die 30- bis 44-Jährigen haben eine signifikant schlechtere Gesundheitskompetenz im Vergleich zu den 45- bis 59-Jährigen und über-60-Jährigen.

Im Detail – die Fragen des HLS₁₉-Q12-Fragebogens



Abbildung 2: Die einzelnen Fragen des HLS₁₉-Q12

Bei der Betrachtung einzelner Items des HLS₁₉-Q12 (s. Abbildung 2) fallen einige Bereiche beim Umgang mit Informationen über die Gesundheit auf, die mit besonders hohen Anforderungen verbunden sind. Demnach ist für die Befragten am schwierigsten,

- aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können (von 44,2% als „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ eingestuft)
- Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht (von 55% als schwierig eingestuft) und
- die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen (von 67,2% als schwierig eingestuft)

Umgekehrt fällt es den Befragten **am einfachsten**,

- ...zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind? (25% schwierig)
- ...den Empfehlungen Ihres Arztes oder eines Apothekers zu folgen? (20,7% schwierig)
- ...Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung? (18,9% schwierig)

2.3 Gesundheitskompetenz nach Gesundheits- und Kompetenzbereichen

Der HLS₁₉-Q12 Fragebogen erfasst die empfundene Einfachheit oder Schwierigkeit des Umgangs mit gesundheitsrelevanten Informationen nach verschiedenen Gesundheitsbereichen (Krankheitsversorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung) sowie auch Kompetenzbereichen (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen).

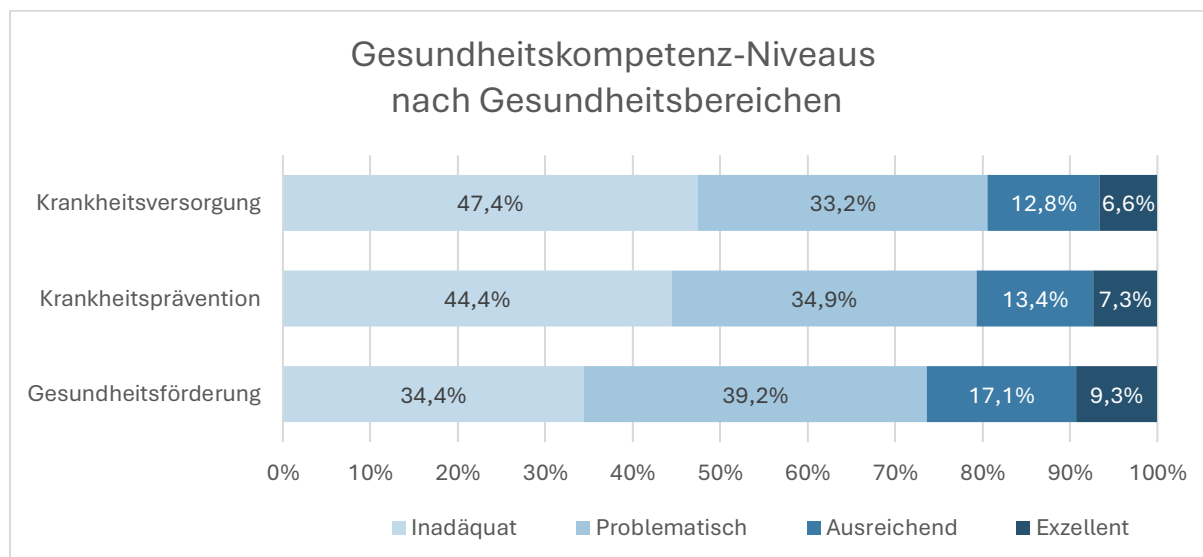


Abbildung 3: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach Gesundheitsbereichen

Im direkten Vergleich zeigt sich, dass der Umgang mit Informationen im Kontext der **Krankheitsversorgung/-bewältigung** als am schwierigsten beschrieben wird (80,6% mit niedriger Gesundheitskompetenz). Hierunter fallen zum Beispiel die Anforderungen, „die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen“ oder auch „Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist“. Als etwas einfacher wird der Umgang mit Informationen im Bereich der **Krankheitsprävention** beschrieben (79,3% mit niedriger Gesundheitskompetenz), z.B. „Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen“ oder „Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht“. Am „einfachsten“ wird der Bereich der **Gesundheitsförderung** beschrieben. In diesem Bereich erreichen „nur“ 73,6% der Befragten eine niedrige Gesundheitskompetenz. Beispiele für den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen im Bereich der Gesundheitsförderung sind „Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen“ oder „Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern“.

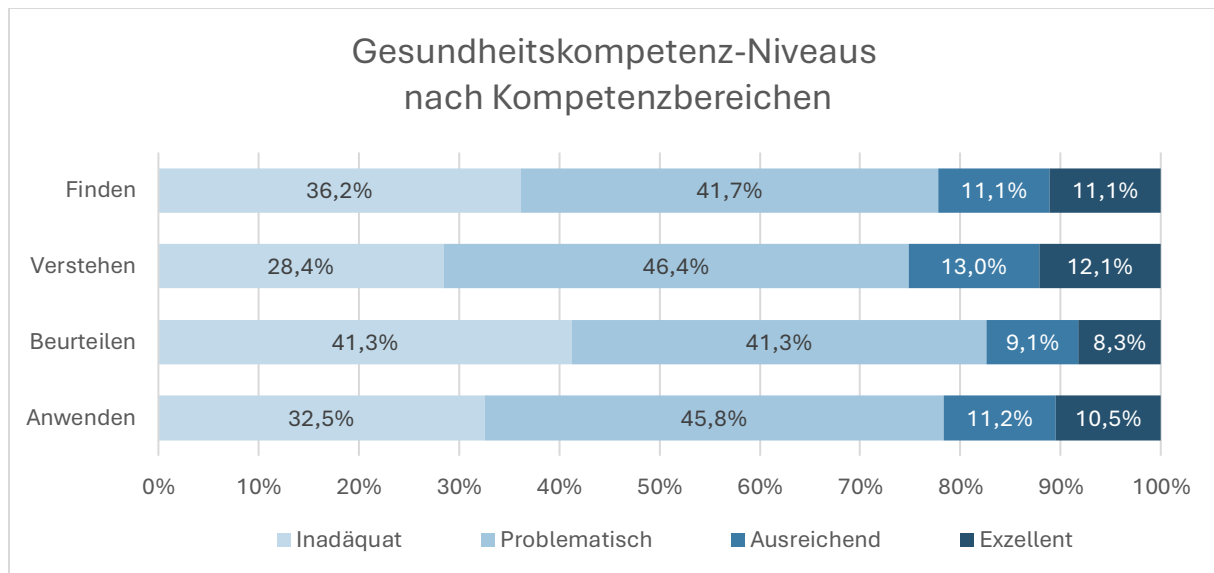


Abbildung 4: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach Kompetenzbereichen

Auch bei den Kompetenzbereichen zeigen sich Unterschiede: Das **Beurteilen** von gesundheitsrelevanten Informationen wird am häufigsten als schwierig beschrieben – 82,6% der Befragten erreichen hier nur eine niedrige Gesundheitskompetenz. Das **Verstehen** von Informationen wird dahingegen am einfachsten beschrieben (74,8% mit niedriger Gesundheitskompetenz). **Das Finden** (77,9% niedrige Gesundheitskompetenz) und **Anwenden** von gesundheitsrelevanten Informationen (78,3% niedrige Gesundheitskompetenz) reihen sich dazwischen ein.

2.4 Einflussfaktoren für niedrige Gesundheitskompetenz

Mithilfe einer linearen Regression wurde untersucht, welche soziodemografischen Variablen Unterschiede in der Gesundheitskompetenz aufdecken können. Es wurden folgende Aspekte berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter
- Migrationshintergrund
- Bundesländer
- Einkommen
- Bildung
- Chronische Erkrankung

Dabei spielten Alter, Geschlecht, chronische Erkrankung und der Wohnort („neue“ und „alte“ Bundesländer) eine signifikante Rolle. Insgesamt konnte das Modell 1,8% (korr. R^2) der Varianz in Gesundheitskompetenz aufklären, was heißt, dass die im Modell enthaltenen Variablen nur eine geringfügige Rolle für Unterschiede in der Gesundheitskompetenz spielen. Für jedes zusätzliche Lebensjahr konnte eine Verbesserung der GK vermerkt werden (Beta=.114, $p < .001$), während Männer eine signifikant schlechtere GK aufweisen als Frauen (Beta=-.061, $p < .05$). Eine schlechtere GK haben auch Personen mit chronischer Erkrankung (Beta=-.060, $p < .05$) im Vergleich zu Personen ohne chronische Erkrankung. Personen, die in „neuen“ Bundesländern wohnen haben eine signifikant bessere GK als die, die in den „alten“ Bundesländer wohnen (Beta=.070, $p < .01$). Zu beachten ist hier, dass aufgrund des Studiendesigns lediglich über Zusammenhänge und nicht über Kausalität gesprochen werden kann.

2.5 Gesundheitskompetenz und Gesundheitsstatus

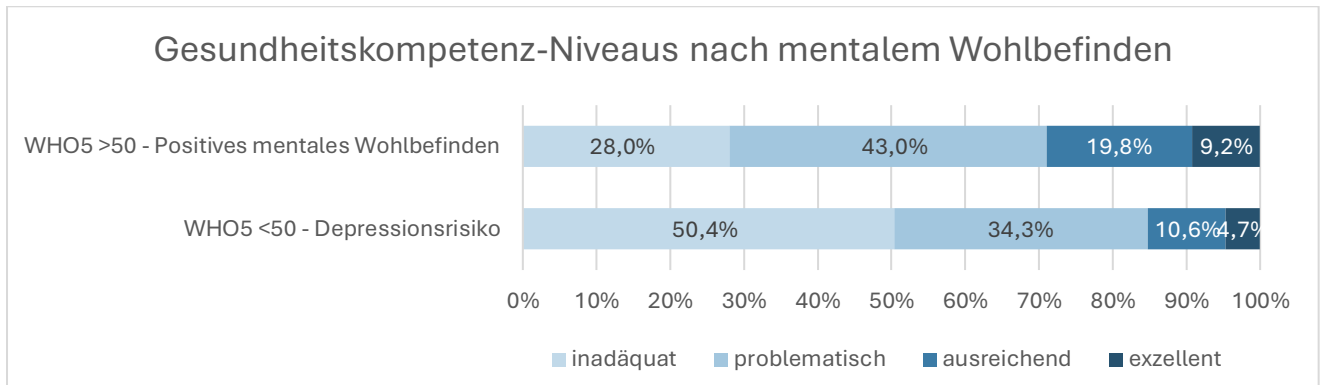


Abbildung 5: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach mentalem Wohlbefinden

Wird der Zusammenhang zwischen Werten im mentalen Wohlbefinden (WHO-5, dichotomisiert) und den Gesundheitskompetenz-Niveaus betrachtet, so zeigt sich, dass Menschen, welche ein schlechteres mentales Wohlbefinden berichten, den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen häufiger als „sehr schwierig“ oder „eher schwierig“ beschreiben. Unter den Menschen mit schlechterem mentalem Wohlbefinden ist der Anteil mit niedriger Gesundheitskompetenz um 13,7% höher (84,7% vs. 71,0%).

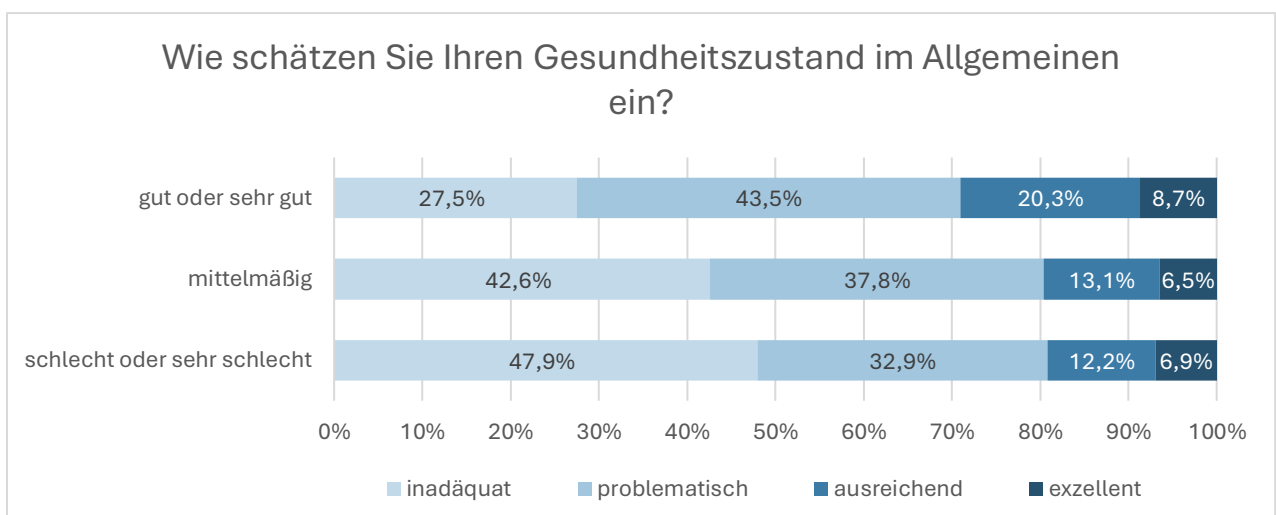


Abbildung 6: Gesundheitskompetenz-Niveaus nach Gesundheitsstatus

Der beschriebene Zusammenhang zeigt sich ebenso mit Blick auf den selbstberichteten Gesundheitsstatus. Je negativer dieser ausfällt, desto größer ist der Anteil der Menschen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz.

2.6 Gesundheitskompetenz und -status – multivariate Analysen

Gesundheitskompetenz stellt sich auch unter Kontrolle von soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen als wichtiger zusammenhängender Faktor für Wohlbefinden und Gesundheitszustand heraus.

Wohlbefinden

Unter gleichbleibendem Einfluss von Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Bundesland, Haushaltsnettoeinkommen, Bildung, chronischer Erkrankung und Gesundheitsstatus wurde der Einfluss von GK auf das Wohlbefinden untersucht. Die lineare Regression mit den genannten Variablen konnte 36,7% der Varianz im Wohlbefinden aufdecken. Im Folgenden, sind ausgehend vom stärksten Zusammenhang, die Variablen abgebildet, die einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung im Wohlbefinden leisten:

- Gesundheitsstatus ($\beta=.482$, $p<.001$)
- Alter ($\beta=.249$, $p<.001$)
- Gesundheitskompetenz ($\beta=.212$, $p<.001$)
- Geschlecht ($\beta=.053$, $p<.01$).

Diejenigen die angegeben haben einen (sehr) guten Gesundheitszustand zu haben, haben im Vergleich zu denjenigen mit (sehr) schlechtem oder mittelmäßigen Gesundheitszustand ein signifikant besseres Wohlbefinden. Mit jedem Lebensjahr steigt das Wohlbefinden signifikant an. Gleichzeitig steigt auch mit dem Anstieg der GK das Wohlbefinden.

Gesundheitsstatus

Um einen möglichen Einfluss von Gesundheitskompetenz auf den Gesundheitsstatus zu überprüfen, wurde eine logistische Regression berechnet, bei der zwischen denjenigen, die angeben, eine (sehr)/schlechte oder mittlere Gesundheit zu haben und diejenigen, die angeben, eine (sehr)/gute Gesundheit zu haben unterschieden wurden. In dem Modell wurden Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, chronische Erkrankung, Haushaltseinkommen, Bildung, Wohlbefinden und Gesundheitskompetenz berücksichtigt. Eine signifikante Rolle spielten dabei:

- Alter ($\text{Exp}(\beta)=.97$ CI=[.96-.98], $p<.001$)
- Haushaltseinkommen ($\text{Exp}(\beta)=1.21$, CI=[1.13-1.29], $p<.001$)
- chronische Erkrankung ($\text{Exp}(\beta)=.13$, CI=[.10-.18], $p<.001$)
- Wohlbefinden ($\text{Exp}(\beta)=1.07$, CI=[1.06-1.08], $p<.001$)
- Gesundheitskompetenz ($\text{Exp}(\beta)=1.01$, CI=[1.00-1.02], $p<.05$).

Mit steigendem Alter, niedrigem Haushaltseinkommen, niedrigem Wohlbefinden und niedriger Gesundheitskompetenz ist es wahrscheinlicher, einen (sehr) schlechten oder mittelmäßigen Gesundheitszustand zu berichten als einen (sehr) guten. Auch das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung erhöht die Wahrscheinlichkeit, den eigenen Gesundheitszustand als (sehr) schlecht oder mittelmäßig zu empfinden.

3 Fazit und Schlussfolgerungen

Werden die vorliegenden Ergebnisse in den Kontext vorheriger Studien gesetzt, zeigt sich, dass der Anteil der Menschen, welche den Umgang mit gesundheitsrelevanten als schwierig empfindet, größer wird. Aufgrund des Querschnitts-Erhebungsdesigns dieser Studie kann zwar nicht zweifelsfrei geklärt werden, durch was diese Entwicklungen letztendlich bedingt werden. Jedoch erscheint es im Kontext der ansteigenden Verbreitung von falschen oder irreführenden Informationen (Schüz und Jones 2024) plausibel, dass es tatsächlich schwieriger wird, an Informationen zu gelangen, die auf die individuelle Bedarfslage zugeschnitten sind, verlässlich, evidenzbasiert und nicht tendenziös sind, und die zudem in einer Sprache formuliert sind, die für Laiinnen und Laien gut verständlich ist. Beispielsweise konnte demonstriert werden, dass Social Media-Plattformen die Verbreitung von Fehlinformation potenzieren, während richtige Informationen weniger geteilt werden (Vosoughi et al. 2018). Gleichzeitig wird das Internet als Informationsquelle im Vergleich von 2016 zu 2020 signifikant öfter verwendet, auch wenn Fach- und Hausärztinnen und Ärzte immer noch die Hauptinformationsquelle für Gesundheitsfragen darstellen (Hurrelmann et al. 2020). Vielversprechend wirken daher Maßnahmen, welche

- die Bereitstellung und die mediale Verbreitung hochqualitativer und verständlicher Informationen fördern, ggf. inkl. der Regulation und inhaltlichen Moderation von Falsch- und Desinformation,
- die Kommunikationskompetenz von Professionellen im Gesundheitssystem verbessern (z.B. Farris 2015; Institute for Healthcare Improvement 2025),
- die Navigierbarkeit, Zugänglichkeit und Gesundheitskompetenz-Sensibilität von Einrichtungen des Gesundheitssystems verbessern (Brach 2017; Brach et al. 2012; Schaeffer et al. 2021a) und
- die Menschen befähigen, irreführende und wenig verlässliche Informationen treffsicher zu erkennen und zu vermeiden (z.B. Soetekouw und Angelopoulos 2022; Boler et al. 2025).

Interessanterweise konnten im Rahmen dieser Studie nur zwei Gruppen identifiziert werden, welche ein höheres Risiko für eine niedrige Gesundheitskompetenz haben: Jüngere Menschen sowie Menschen in den „neuen“ Bundesländern. Im Hinblick auf das Alter hat sich dieser Trend schon in der Erhebung von 2020 bemerkbar gemacht: Jüngere Gruppen hatten im Vergleich zu 2016 zunehmend Schwierigkeiten mit Gesundheitsinformationen umzugehen, auch wenn noch in den

beiden früheren Erhebungen die älteren Bevölkerungsgruppen am meisten davon betroffen waren (Hurrelmann et al. 2020).

Darüber hinaus konnten jedoch keine Unterschiede nachgewiesen werden, wie sie in anderen Studien beschrieben wurden, etwa nach Bildungsklassen und chronischer Erkrankung (Pelikan et al. 2022). Hierin spiegelt sich eine Limitation des hier zugrundeliegenden statistischen Modells zur Erklärung von Unterschieden in der Gesundheitskompetenz wider: Der Großteil der Unterschiede in der Ausprägung der Gesundheitskompetenz kann nicht erklärt werden, was bedeutet, dass andere, hier nicht erfasste Variablen ausschlaggebend sind. Hiermit geht weiterer Forschungsbedarf einher.

4 Literaturverzeichnis

- Bech, P. (2004): Measuring the Dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5. In: *Quality of Life Newsletter* 32, S. 15–16.
- Berens, Eva-Maria; Vogt, Dominique; Ganahl, Kristin; Weishaar, Heide; Pelikan, Jürgen; Schaeffer, Doris (2018): Health Literacy and Health Service Use in Germany. In: *HLRP: Health Literacy Research and Practice* 2 (2), e115-e122. DOI: 10.3928/24748307-20180503-01.
- Boler, Megan; Gharib, Hoda; Kweon, Yoon-Ji; Trigiani, Amanda; Perry, Barbara (2025): Promoting Mis/Disinformation Literacy Among Adults: A Scoping Review of Interventions and Recommendations. In: *Communication Research*, Artikel 00936502251318630. DOI: 10.1177/00936502251318630.
- Brach, Cindy (2017): The Journey to Become a Health Literate Organization. A Snapshot of Health System Improvement. In: *Studies in health technology and informatics* 240, S. 203–237.
- Brach, Cindy; Keller, Debra; Hernandez, Lyla M.; Baur, Cynthia; Parker, Ruth; Dreyer, Benard et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Hg. v. Institute of Medicine. Washington, D.C.
- Ehmann, Anna T.; Groene, Oliver; Rieger, Monika A.; Siegel, Achim (2020): The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. In: *IJERPH* 17 (5). DOI: 10.3390/ijerph17051683.
- Farris, Cindy (2015): The teach back method. In: *Home healthcare now* 33 (6), S. 344–345. DOI: 10.1097/NHH.0000000000000244.
- Fischer, Saskia M.; Dadaczynski, Kevin; Sudeck, Gorden; Rathmann, Katharina; Paakkari, Olli; Paakkari, Leena et al. (2022): Measuring Health Literacy in Childhood and Adolescence with the Scale Health Literacy in School-Aged Children – German Version. In: *Diagnostica* 68 (4), S. 184–196. DOI: 10.1026/0012-1924/a000296.
- Guo, Shuaijun; Yu, Xiaoming; Davis, Elise; Armstrong, Rebecca; Riggs, Elisha; Naccarella, Lucio (2020): Adolescent Health Literacy in Beijing and Melbourne: A Cross-Cultural Comparison. In: *IJERPH* 17 (4). DOI: 10.3390/ijerph17041242.
- Hurrelmann, Klaus; Klinger, Julia; Schaeffer, Doris (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020.
- Institute for Healthcare Improvement (2025): Ask me 3. Good questions for your good health. Online verfügbar unter <https://www.ihl.org/resources/tools/ask-me-3-good-questions-your-good-health>, zuletzt aktualisiert am 03.03.2025.
- N'Goran, Alexandra A.; Pasquier, Jérôme; Deruaz-Luyet, Anouk; Burnand, Bernard; Haller, Dagmar M.; Neuner-Jehle, Stefan et al. (2018): Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. In: *BMJ open* 8 (2), e018281. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018281.
- Paakkari, Leena; Torppa, Minna; Mazur, Joanna; Boberova, Zuzana; Sudeck, Gorden; Kalman, Michal; Paakkari, Olli (2020): A Comparative Study on Adolescents' Health Literacy in Europe: Findings from the HBSC Study. In: *IJERPH* 17 (10). DOI: 10.3390/ijerph17103543.
- Pelikan, Jürgen M.; Link, Thomas; Straßmayr, Christa; Waldherr, Karin; Alfes, Tobias; Bøggild, Henrik et al. (2022): Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. In: *IJERPH* 19 (21). DOI: 10.3390/ijerph192114129.

Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health: The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5). German translation. Frederiksborg General Hospital. Hillerød, Denmark. Online verfügbar unter [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-\(who-5\)/who-5_german.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-(who-5)/who-5_german.pdf), zuletzt geprüft am 25.05.2025.

Schaeffer, D.; Griese, Lennert; Telo de Arriaga, Miguel; Da Silva Costa, Andreia; Francisco, Rita; Gani, Saskia Maria de et al. (2021a): Navigational Health Literacy. In: Austrian National Public Health Institute (Hg.): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL. Wien, S. 201–232.

Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria; Gille, Svea; Griese, Lennert; Klinger, Julia; Sombre, Steffen de et al. (2021b): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2.

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Schüz, Benjamin; Jones, Christopher (2024): Falsch- und Desinformation in sozialen Medien: Ansätze zur Minimierung von Risiken in digitaler Kommunikation über Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 67 (3), S. 300–307. DOI: 10.1007/s00103-024-03836-2.

Soetekouw, Lisa; Angelopoulos, Spyros (2022): Digital Resilience Through Training Protocols: Learning To Identify Fake News On Social Media. In: *Information systems frontiers : a journal of research and innovation*, S. 1–17. DOI: 10.1007/s10796-021-10240-7.

Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12, S. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Pelikan, Jürgen M.; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Slonska, Zofia et al. (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, S. 948. DOI: 10.1186/1471-2458-13-948.

Svendson, Majbritt Tang; Bak, Carsten Kronborg; Sørensen, Kristine; Pelikan, Jürgen; Ridderholm, Signe Juul; Skals, Regitze Kuhr et al. (2020): Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. In: *BMC public health* 20 (1), S. 565. DOI: 10.1186/s12889-020-08498-8.

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Hg. v. Austrian National Public Health Institute. Wien.

The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-Pohl (2021): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL. Hg. v. Austrian National Public Health Institute. Wien.

Topp, Christian Winther; Østergaard, Søren Dinesen; Søndergaard, Susan; Bech, Per (2015): The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 84 (3), S. 167–176. DOI: 10.1159/000376585.

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* 70 (10), S. 1032–1038. DOI: 10.1136/jech-2015-206910.

Vosoughi, Soroush; Roy, Deb; Aral, Sinan (2018): The spread of true and false news online. In: *Science (New York, N.Y.)* 359 (6380), S. 1146–1151. DOI: 10.1126/science.aap9559.

Wångdahl, Josefin; Lytsy, Per; Mårtensson, Lena; Westerling, Ragnar (2018): Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study. In: *International journal of public health* 63 (3), S. 409–419. DOI: 10.1007/s00038-017-1074-2.

5 Anhang

5.1 Berechnung von Gesundheitskompetenz-Niveaus

Aufbauend auf transformierten Mittelwerten und festgelegten Cut-Off-Werten werden Teilnehmer*innen den Niveaus „inadäquate GK“, „problematische GK“, „ausreichende GK“ oder „exzellente GK“ zugeteilt. Während im Rahmen der HLS-EU Studie noch die Transformation von Mittelwerten (Wertebereich 1-4) auf einen Wertebereich von 0-50 üblich war, ist seit der HLS₁₉-Studie die Transformation auf einen Wertebereich von 0-100 gängig („p-Werte“). In der ursprünglichen HLS-EU Studie sowie den allermeisten nachfolgenden Studien wurde folgende Niveaubildung angewandt:

Absolut (Wertebereich 0-50) ³	Absolut (Wertebereich 0-100)	Relativ (% von max. Wert) ⁴	Entsprechende Roh-Mittel- werte	Niveau
0-25	0-50	0%-50%	1,00- ≤2,50	„inadäquate GK“
>25 - 33	>50 - ≤66,67	>50% - ≤66,67%	>2,50- ≤3,0001	„problematische GK“
>33-42	>66,67 - ≤83,33	>66,67% ≤ 83,33%	>3,0001- ≤3,4999	„ausreichende GK“
>42-50	>83,33	>83,33%-100%	>3,4999- ≤4,00	„exzellente GK“

Tabelle 3: Berechnung von Gesundheitskompetenz-Niveaus

³ Nach Sørensen et al. 2013.

⁴ Nach Pelikan et al. 2022.

5.2 HLS₁₉-Q12 – Interne Konsistenz

(Sub-)skala	Itemanzahl	Cronbachs Alpha
Gesamt	12	0,870
Krankheitsversorgung	4	0,723
Krankheitsprävention	4	0,690
Gesundheitsförderung	4	0,695
Finden	3	0,671
Verstehen	3	0,598
Beurteilen	3	0,612
Anwenden	3	0,620

Tabelle 4: HLS₁₉-Q12 - Interne Konsistenz

5.3 HLS₁₉-Q12 – Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen

		GK-Niveaus in %, basierend auf p-Score					Signifikanz-niveau	
		„in- adä- quat“	„prob- lema- tisch “	„aus- rei- chen d“	„Ex- zel- lent“	Mittel- wert p- score	t-Test (zwei seitig, p)	ANOVA (p)
Gesamt		35,8	40,0	16,6	7,6	57,58		
Geschlecht	Weiblich	35,5	40,4	16,2	8,0	57,13	0,957	
	Männlich	36,0	39,6	17,1	7,3	58,32		
Alter	18-29 Jahre	39,3	38,7	18,4	3,6	55,99	<0,001	
	30-44 Jahre	40,2	39,2	16,1	4,5	55,66		
	45-59 Jahre	35,6	39,4	16,2	8,8	58,52		
	60+ Jahre	30,6	41,8	16,3	11,4	59,68		
Bildung	Niedrige	34,5	40,0	16,2	9,3	58,43	0,328	
	Mittlere	35,9	38,3	17,0	7,8	57,42		
	hohe	37,2	40,3	16,7	5,8	57,05		
Migrations- hintergrund	Nein	35,2	39,3	17,5	8,1	58,08	0,242	
	Ja	36,8	42,6	14,0	6,5	56,68		
Einkommen	Bis 1499	34,9	40,6	16,7	7,8	57,98	0,425	
	1500 – 2499	36,8	42,0	13,7	7,5	56,72		
	2500 – 3999	38,8	37,0	16,3	8,0	57,66		
	4000€ +	32,9	40,5	19,3	7,3	58,47		
Bundes- land (ohne Ber- lin)	„Alte“ Bundes- länder	36,7	40,8	15,6	6,9	57,15	0,018	
	„Neue“ Bundes- länder	33,1	33,5	22,1	11,3	60,07		
Beschäfti- gungssta- tus (aufgrund ungleicher Vari- anzen wurde nur zwischen Voll- /Teilzeit und in Rente verglichen)	Voll- und Teilzeit	36,2	39,4	17,0	7,4	57,79	0,128	
	In Rente	33,4	39,8	16,2	10,6	58,99		
	Vollzeit	35,6	41,5	16,3	6,6	57,44		
	Teilzeit	37,8	33,5	19,0	9,7	58,76		
	Momentan ar- beitslos	41,5	40,2	14,1	4,1	54,12		
	Im Haushalt tätig	28,3	45,9	21,9	3,8	58,85		
	Schule/Studium	43,7	39,0	16,2	1,2	54,92		
	In Rente/Pension	33,4	39,8	16,2	10,6	58,99		
	In Elternzeit/Mut- terschutz	31,4	51,8	14,5	2,3	55,33		
Chronische Erkrankung	Nein	34,7	40,9	17,0	7,4	58,14	0,124	
	Ja	36,2	39,4	16,4	7,9	57,68		

Tabelle 5: HL19 -Q12 – Unterschiede in der Gesundheitskompetenz nach soziodemografischen Merkmalen

Anmerkung: signifikante Unterschiede sind mit fett gedruckt. Grundlage ist bei dichotomen Variablen ein t-Test (zwei-seitig, $p < 0,05$), bei mehrstufigen Variablen eine ANOVA mit Tukey HSD post-hoc Test ($p < 0,05$).

5.4 HLS₁₉-Q12 – Antwortmuster nach soziodemografischen Merkmalen

		„sehr schwie- rig“	„eher schwie- rig“	„eher einfach“	„sehr einfach“
Gesamt		7,2%	29,5%	46,2%	17,1%
Geschlecht	Weiblich	6,9%	28,9%	46,6%	17,6%
	Männlich	7,5%	30,0%	46,0%	16,5%
Alter	18-29 Jahre	8,4%	31,4%	43,8%	16,3%
	30-44 Jahre	8,4%	30,5%	47,0%	14,2%
	45-59 Jahre	6,5%	29,5%	46,0%	18,0%
	60+ Jahre	6,2%	27,6%	47,2%	19,0%
Bildung	Niedrige	7,1%	28,2%	46,8%	17,8%
	Mittlere	7,6%	30,0%	44,9%	17,5%
	hohe	7,3%	30,2%	46,5%	16,0%
Migrationshinter- grund	Nein	7,0%	29,2%	46,4%	17,4%
	Ja	7,9%	30,1%	45,9%	16,1%
Einkommen	Bis 1499	7,4%	28,9%	46,0%	17,7%
	1500 – 2499	7,7%	31,3%	44,2%	16,8%
	2500 – 3999	7,3%	29,4%	46,5%	16,9%
	4000€ +	6,6%	28,4%	47,9%	17,1%
Bundesland (ohne Berlin)	„Alte“ Bundesländer	7,4%	30,0%	46,4%	16,2%
	„Neue“ Bundesländer	6,9%	27,0%	45,1%	21,0%
Beschäftigungs- status (aufgrund un- gleicher Varianzen wurde nur zwischen Voll-/Teil- zeit und in Rente vergli- chen)	Voll- und Teilzeit	7,0%	29,6%	46,6%	16,9%
	In Rente	6,7%	28,6%	45,8%	18,9%
	Vollzeit	7,0%	30,0%	46,9%	16,2%
	Teilzeit	6,9%	28,6%	45,8%	18,7%
	Momentan arbeitslos	11,0%	30,2%	44,3%	14,5%
	Im Haushalt tätig	6,2%	27,2%	50,4%	16,2%
	Schule/Studium	9,1%	31,1%	45,9%	13,9%
	In Rente/Pension	6,7%	28,6%	45,8%	18,9%
	In Elternzeit/Mutter- schutz	6,8%	34,8%	44,2%	14,3%
Chronische Er- krankung	Nein	6,6%	29,0%	47,8%	16,6%
	Ja	7,5%	29,6%	45,1%	17,8%

Tabelle 6: HLS₁₉-Q12 – Antwortmuster nach soziodemografischen Merkmalen

5.5 HLS₁₉-Q12 – Antwortmuster nach Gesundheits- und Kompetenzbereichen

		„sehr schwierig“	„eher schwierig“	„eher einfach“	„sehr einfach“
Gesundheits- bereiche	Krankheitsversorgung	7,7%	33,4%	43,2%	15,7%
	Krankheitsprävention	8,3%	29,7%	45,4%	16,6%
	Gesundheitsförderung	5,7%	25,0%	50,4%	18,9%
Kompetenz- bereiche	Finden	8,5%	28,7%	44,8%	17,9%
	Verstehen	5,3%	26,2%	50,7%	17,8%
	Beurteilen	8,9%	34,5%	41,0%	15,6%
	Anwenden	6,2%	28,1%	48,7%	17,0%

Tabelle 7: HLS19-Q12 – Antwortmuster nach Gesundheits- und Kompetenzbereichen

Anmerkung: Berechnet als Mittelwert der Antwortmuster der zur den Subskalen gehörigen Items.

5.6 HLS₁₉-Q12 – Verteilung der Einzelitems in den Kompetenzbereichen Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden“

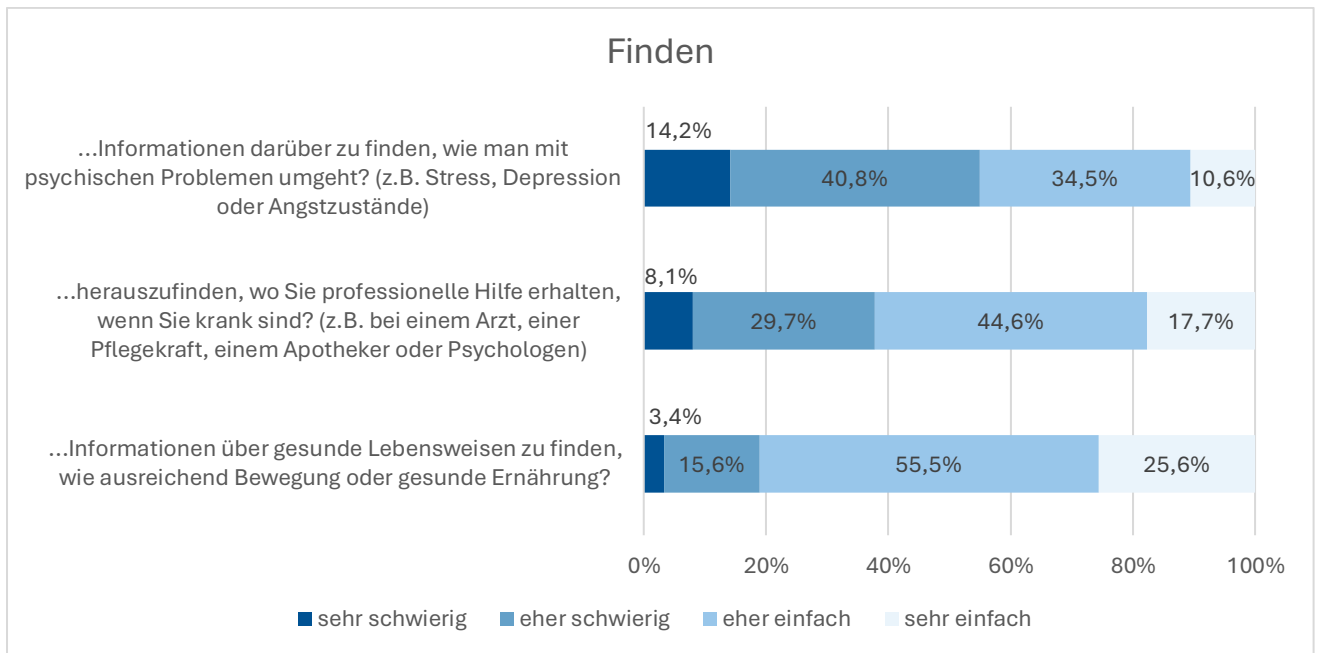


Abbildung 7: HLS₁₉-Q12 - Fragen im Bereich Finden von Informationen

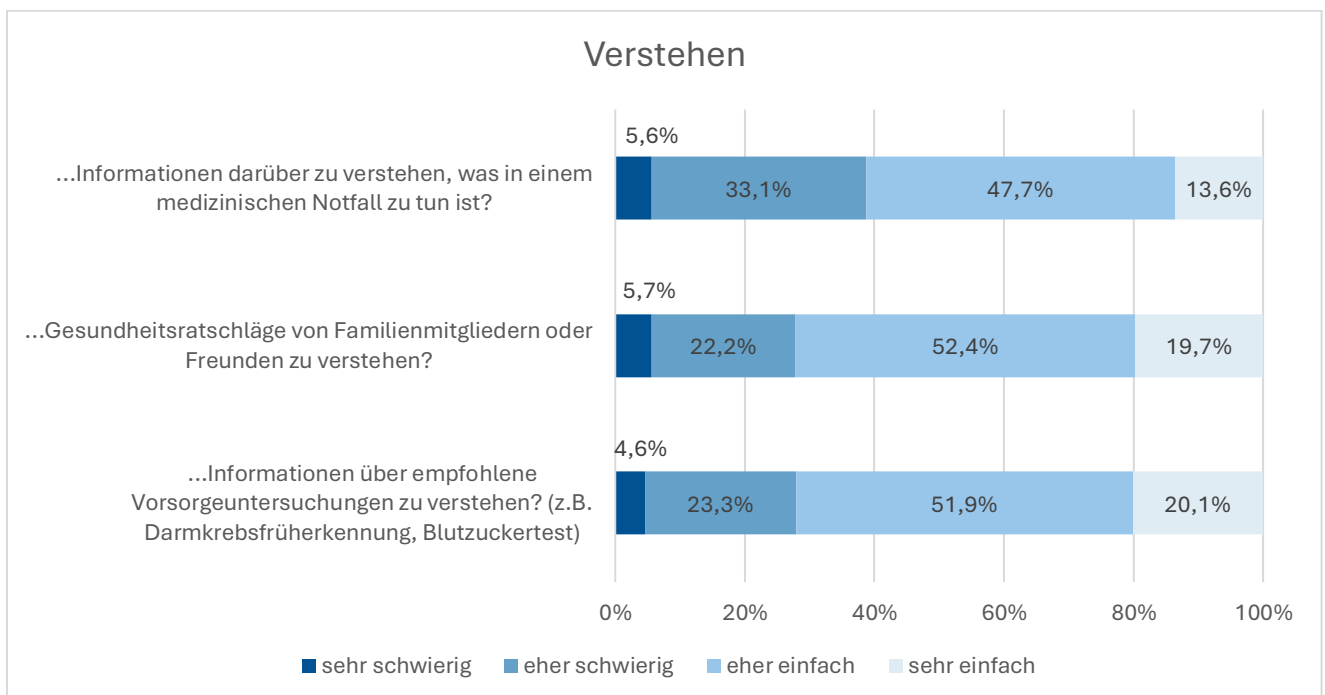


Abbildung 8: HLS₁₉-Q12 - Fragen im Bereich Verstehen von Informationen

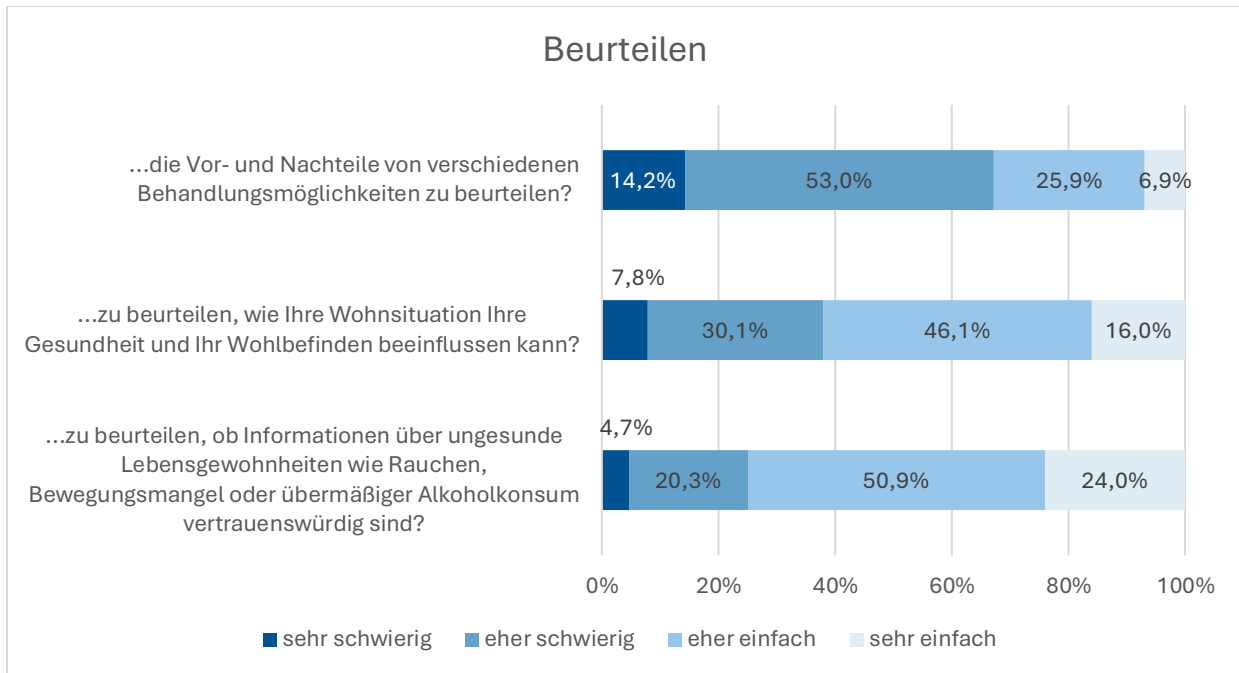


Abbildung 9: HLS₁₉-Q12 - Fragen im Bereich Beurteilen von Informationen

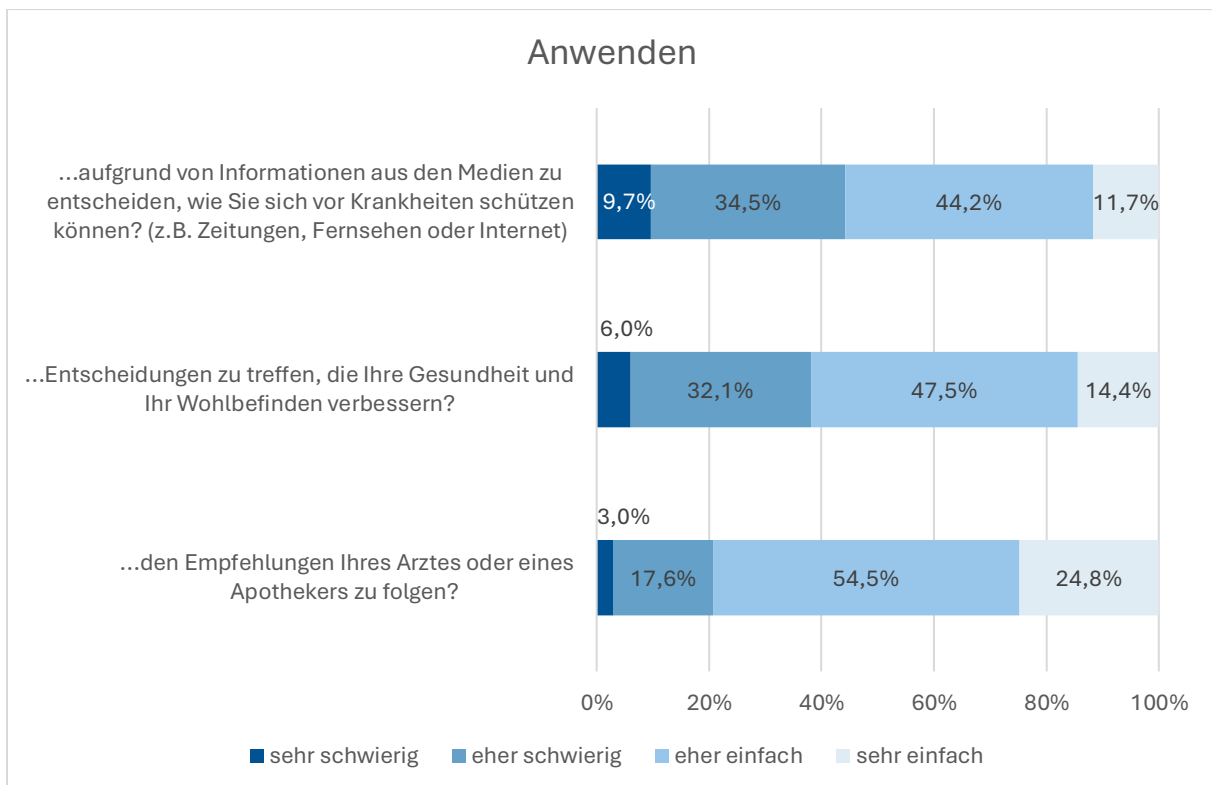


Abbildung 10: HLS₁₉-Q12 - Fragen im Bereich Anwenden von Informationen

Technische Universität München
TUM School of Medicine and Health
Department of Health and Sport Sciences
Professur für Health Literacy
WHO Collaborating Centre for Health Literacy

Georg-Brauchle-Ring 60/62
80992 München
www.hs.mh.tum.de/healthliteracy