careum



Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Schlussbericht

Saskia M. De Gani, Rebecca Jaks, Urs Bieri, Jonas Ph. Kocher

Zürich, 14. September 2021

Careum, Pestalozzistrasse 3, CH-8032 Zürich
T +41 43 222 50 00, info@careum.ch, www.careum.ch

Impressum

Diese Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit BAG in Auftrag gegeben und von der Careum Stiftung in Zusammenarbeit mit gfs.bern AG durchgeführt.

Projektlaufzeit:	01.10.2019 – 30.09.2021
Projektteam:	*Careum Stiftung* Dr. sc. nat. Saskia M. De Gani – Projektleitung Rebecca Jaks – Stv. Projektleitung *gfs.bern* Urs Bieri Jonas Ph. Kocher
Kontakt:	Dr. sc. nat. Saskia De Gani Bereichsleiterin Gesundheitskompetenz, Careum Stiftung, Pestalozzistrasse 3, CH-8032 Zürich T +41 43 222 64 29 saskia.degani@careum.ch
Auftraggeberin BAG:	Isabelle Villard Risse, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Karin Gasser, Co-Leiterin, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Bundesamt für Gesundheit BAG
Zitiervorschlag:	De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., Kocher, J. Ph. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021*. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich, Careum Stiftung.

Dank
Wir danken unserem Advisory Board, Prof. Dr. Dr. Thomas Abel, Prof. Dr. Ilona Kickbusch und Prof. Dr. Doris Schaeffer, als auch Prof. Dr. Jürgen Pelikan, Leiter des International Coordination Center des Health Literacy Surveys 2019-2021, für die wertvollen Anregungen, die konstruktive Kooperation und Unterstützung der Studie. Ein spezieller Dank gilt Isabelle Villard Risse und Karin Gasser für die grosse Unterstützung und konstruktive Zusammenarbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis		4
Glossar		5
Abstract Deutsch		7
Abstract Französisch		9
Abstract Italienisch		11
Zusammenfassung		12
Résumé		18
Sintesi		24
Summary		30
1	Einleitung	35
1.1	Definition und Konzeptverständnis	35
1.2	Datenlage	36
1.3	Bedeutung von Gesundheitskompetenz	37
1.4	Ausgangslage	38
1.5	Auftrag	39
2	Methoden	40
2.1	Fragebogen Schweizer Health Literacy Survey	40
2.2	Befragung und Stichprobe	41
2.3	Datenauswertung	42
2.3.1	*Indexbildung Gesundheitskompetenz*	*43*
2.3.2	*Bevölkerungsgruppen mit häufigen Schwierigkeiten*	*45*
2.3.3	*Finanzielle Deprivation*	*45*
2.3.4	*Soziale Unterstützung*	*45*
2.3.5	*Regionale Modellierung*	*46*
2.4	Vergleichbarkeit mit dem HLS_{15}-CH	46
3	Ergebnisse	48
3.1	Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung	48
3.1.1	*Einzelelemente der Gesundheitskompetenz*	*48*
3.1.2	*Index generelle Gesundheitskompetenz und Sub-Indices*	*55*
3.2	Einfluss sozioökonomischer und –demografischer Determinanten	58
3.2.1	*Einfluss von Migration*	*61*
3.3	Regionale Unterschiede in der Verteilung der Gesundheitskompetenz	63
3.4	Bevölkerungsgruppen mit häufigen Schwierigkeiten	68
3.5	Konsequenzen der Gesundheitskompetenz	68
3.5.1	*Gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsrisiken*	*69*

3.5.2	*Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand*	*73*
3.5.3	*Nutzung medizinischer Leistungen*	*79*
3.5.4	*Nutzung medizinischer Informationen*	*81*
3.6	Digitale Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung	83
3.7	Navigations-Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung	89
3.8	Selbstmanagement-Kompetenzen	96
4	Diskussion	100
4.1	Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung	100
4.1.1	*Generelle Gesundheitskompetenz*	*100*
4.1.2	*Digitale Gesundheitskompetenz*	*102*
4.1.3	*Navigations-Gesundheitskompetenz*	*103*
4.1.4	*Selbstmanagement-Kompetenzen*	*104*
4.2	Regionale Unterschiede in Bezug auf die Verteilung der Gesundheitskompetenz	105
4.3	Determinanten der Gesundheitskompetenz	106
4.4	Konsequenzen der Gesundheitskompetenz	108
4.5	Zentrale Bevölkerungsgruppen bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz	110
4.6	Limitationen	112
4.7	Empfehlungen	113
5	Schlussfolgerungen	119
6	Literaturverzeichnis	120
7	Anhang	123

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CAPI	Computer Assisted Personal Interview
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CAWI	Computer Assisted Web Interview
DGK	Digitale Gesundheitskompetenz
EHII	European Health Information Initiative
GF	Gesundheitsförderung
GK	Gesundheitskompetenz
HLS_{19}	Health Literacy Survey 2019-2021
HLS_{15}-CH	Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»
HLS_{19-21}-CH	Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-EU-Q12	Kurzversion des Health Literacy Survey European Questionnaire (12 Fragen)
HLS-EU-Q47	Health Literacy Survey European Questionnaire (47 Fragen)
IA	Informationen anwenden
IB	Informationen beurteilen
ICC	International Coordination Center
IF	Informationen finden
IV	Informationen verstehen
KB	Krankheitsbewältigung
KP	Krankheitsprävention
M-POHL	Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
NGK	Navigations-Gesundheitskompetenz
NSC	National Study Center
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Glossar

Corona-Pandemie	Das Coronavirus ist eines der Hauptpathogene, die das menschliche Atmungssystem angreifen und Atemwegserkrankungen auslösen können (Su et al., 2016). Das neue Coronavirus, das sogenannte «SARS-CoV-2» («Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2»), gehört zu dieser Virusfamilie. Die Krankheit, die durch das neue Virus verursacht wird, wurde im Dezember 2019 erstmals in der chinesischen Stadt Wuhan entdeckt und am 11. Februar 2020 von der WHO offiziell als «COVID-19» («Coronavirus-Disease-2019») bezeichnet (Wu et al., 2020). Nach einer ersten grösseren Ausbreitung hat sich COVID-19 zu einer weltweiten Pandemie entwickelt.
Corona-spezifische Gesundheitskompetenz	Der Begriff wird als Teil der Gesundheitskompetenz verstanden und umfasst die Fähigkeit, Informationen zum Coronavirus und zu COVID-19 finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um sich präventiv und gesundheitsförderlich zu verhalten.
Digitale Gesundheitskompetenz	Dieser Begriff wurde bisher unterschiedlich definiert. Hier wird der Begriff als Teil der Gesundheitskompetenz verstanden und umfasst die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus digitalen Quellen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Diese Definition orientiert sich damit stark am bisherigen Verständnis von Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2012).
Digitale Transformation	Die digitale Transformation ist ein Prozess, welcher darauf abzielt, eine bestimmte Einheit, wie zum Beispiel eine Organisation, ein System oder eine Gesellschaft durch bedeutsame Veränderungen ihrer Eigenschaften über Kombinationen von Informations-, Berechnungs-, Kommunikations- und Vernetzungstechnologien zu verbessern. Dabei ist dieser Prozess mit gewissen strukturellen und kulturellen Barrieren sowie Trägheit und Widerstand konfrontiert, da sich Mensch und Gesellschaft anpassen müssen (Vial, 2019).
Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeinen Schreib- und Lesefähigkeiten und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern (Sørensen et al., 2012).
Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung	Die Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung beschreibt die Fähigkeit, sich regelmässig über Gesundheitsdeterminanten in der sozialen und physischen Umwelt informieren, diese Informationen verstehen und deren Bedeutung ableiten, sie interpretieren und bewerten zu können, sowie die Fähigkeit, fundierte Entscheidungen über Gesundheitsdeterminanten in der sozialen und physischen Umwelt treffen zu können (Sørensen et al., 2012).
Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung	Die Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung beschreibt die Fähigkeit auf Informationen zu medizinischen oder klinischen Themen zugreifen, sie verstehen, beurteilen sowie darauf basierend fundierte Entscheidungen zu medizinischen Aspekten treffen und medizinische Anweisungen befolgen zu können (Sørensen et al., 2012).

Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsprävention	Die Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsprävention beschreibt die Fähigkeit, auf Informationen zu Risikofaktoren für die Gesundheit zugreifen, diese verstehen und deren Bedeutung ableiten, sowie Informationen zu Risikofaktoren beurteilen und darauf basierend fundierte Entscheidungen zu den Risikofaktoren für die eigene Gesundheit treffen zu können (Sørensen et al., 2012).
HLS-EU-Q	Der HLS-EU-Q ist zurzeit das am weitesten verbreitete Instrument zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz einer Bevölkerung. Mit dem HLS-EU-Q wird anhand der Einschätzungen der Befragten die Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene gemessen. Die Elemente des HLS-EU-Q basieren auf der Gesundheitskompetenz-Definition nach Sorensen et al. (2012). Dabei besteht eine Langversion des Instruments mit 47 Fragen (HLS-EU-Q47) und eine Kurzversion mit 12 Fragen (HLS-EU-Q12).
Infodemie	Gemäss der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet der Begriff die Flut an Informationen, inklusive Fehl- und Falschinformationen in digitalen und physischen Kontexten während eines Krankheitsausbruchs. Die Infodemie führt zu Verunsicherung und riskantem Verhalten, welche die Gesundheit schädigen können. Ausserdem führt sie zu Misstrauen in die Gesundheitsbehörden und Gesundheitsfachpersonen und gefährdet die öffentliche Gesundheit.
Psychische Gesundheitskompetenz	Dieser Begriff wurde bisher unterschiedlich definiert. In diesem Bericht wird der Begriff als Teil der Gesundheitskompetenz verstanden und stützt sich auf die Definition von (Sørensen et al., 2012) sowie erweitert auf (Kutcher et al., 2016), die vier Komponenten von psychischer Gesundheitskompetenz definieren: (1) Verstehen, wie man eine positive psychische Gesundheit erlangt und aufrechterhält, (2) psychische Erkrankungen und ihre Behandlungen verstehen, (3) Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und (4) Wissen, wann und wo man Unterstützung bekommen kann, und die Entwicklung von Kompetenzen zur Verbesserung der eigenen psychischen Gesundheit und den Selbstmanagement-Fähigkeiten.
Navigations-Gesundheitskompetenz	Die Navigations-Gesundheitskompetenz wird hier als Teil der Gesundheitskompetenz verstanden und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, um die zur Navigation und Orientierung durch das Gesundheitssystem, die Organisationen und Dienste notwendigen Informationen in unterschiedlicher Form finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, und damit die bestmögliche Versorgung für sich oder nahestehende Personen zu erhalten (Griese et al., 2020).
Selbstmanagement	In diesem Bericht wird die Definition von Selbstmanagement des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verwendet: Selbstmanagement ist ein Aspekt der Gesundheitskompetenz und bezeichnet beim Vorliegen einer chronischen Krankheit oder einer Sucht einen dynamischen Prozess, welcher die Fähigkeiten eines Individuums umfasst, adäquat und aktiv mit den Symptomen, körperlichen und psychosozialen Auswirkungen, Behandlungen der chronischen Krankheit oder der Sucht umgehen und den Lebensstil entsprechend anpassen zu können (Bundesamt für Gesundheit, 2018b).

Abstract Deutsch

Im Rahmen des «Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021» (HLS_{19-21}-CH) wurde die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung untersucht. Gesundheitskompetenz bedeutet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen und Dienstleistungen beschaffen, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Es wurden Fragen zu den Themenbereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankheitsbewältigung gestellt. Zudem wurden Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz untersucht sowie die digitale Gesundheitskompetenz und die Navigations-Gesundheitskompetenz. Letztere bezieht sich auf den Umgang mit Informationen, die notwendig sind, um sich durch das Gesundheitssystem zu navigieren und die bestmögliche Versorgung für sich oder nahestehende Personen zu erhalten.

Ziel der Befragung war es herauszufinden, welche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten bestehen und wer davon besonders betroffen ist. Es sollten auch mögliche Ursachen geringer Gesundheitskompetenz ermittelt werden und welche Konsequenzen diese für die Gesundheit der Bevölkerung und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems hat. Zudem wurden aktuelle Herausforderungen untersucht, die mit der digitalen Transformation, dem zunehmend komplexen Gesundheitssystem und der Corona-Pandemie einhergehen. Die Erhebung fand im März und April 2020 statt, hauptsächlich mittels computergestützter Online-Interviews (CAWI). Befragt wurde eine repräsentative Stichprobe von 2’502 in der Schweiz wohnhaften Erwachsenen. Die Ergebnisse ermöglichen es, Aussagen zur Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung zu machen und Informationen für die Gesundheitspolitik zu gewinnen. Darauf basierend können Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz definiert werden.

Die Studienergebnisse zeigen, dass knapp die Hälfte (49 %) der Schweizer Bevölkerung häufig von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichten und somit eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Während es für die Befragten insgesamt einfacher ist, Informationen zu finden und zu verstehen, haben sie mit dem Beurteilen von Informationen – und infolgedessen häufig auch mit deren Anwendung – grössere Schwierigkeiten. Besonders im Bereich Krankheitsprävention fällt den Befragten der Umgang mit Informationen schwer. Auch die Orientierung im Gesundheitssystem sowie der Umgang mit digitalen Informationsangeboten werden als schwierig empfunden. So berichten 72 Prozent der Schweizer Bevölkerung von häufigen Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Informationen und Dienstleistungen und weisen somit eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf. Zudem fällt es der Mehrheit der Schweizer Bevölkerung häufig schwer, mit Informationen zur Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem adäquat umzugehen und diese für die eigene Gesundheit zu nutzen. Entsprechend weisen rund drei Viertel (74 %) der Befragten eine geringe Navigations-Gesundheitskompetenz auf.

Bei der Betrachtung der Gesundheitskompetenz anhand sozio-demografischer Aspekte zeigt sich, dass sich die Gesundheitskompetenz hinsichtlich Sprachregionen nur minimal unterscheidet und dass die Landessprache kein bedeutender Faktor ist. Verständigungsschwierigkeiten in der lokalen Sprache wirken sich dagegen deutlich auf die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen aus. Die Ergebnisse bestätigen ausserdem, dass die Gesundheitskompetenz der Befragten sowohl von sozio-kulturellen Faktoren als auch von der sozialen Unterstützung abhängt. Geringe Gesundheitskompetenz ist eng verknüpft mit finanzieller Deprivation und fehlender sozialer Unterstützung. Die Resultate belegen zudem, dass eine hohe Gesundheitskompetenz häufiger mit einem gesünderen Lebensstil, besserer Gesundheit und potenziellen Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem verbunden sind. Personen mit weniger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen verhalten sich im Allgemeinen gesundheitsförderlicher, fühlen sich tendenziell gesünder und nehmen das Gesundheitssystem seltener in Anspruch. Eine geringe Gesundheitskompetenz geht weiter auch mit dem Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen einher.

Die Studienergebnisse zeigen deutlichen Handlungsbedarf. Dabei sollten vor allem die Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz, der Navigations-Gesundheitskompetenz sowie bestimmte Bevölkerungsgruppen in den Fokus genommen werden. Insbesondere sozial und gesundheitlich benachteiligte

Bevölkerungsgruppen gilt es zu berücksichtigen, um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erhöhen. Hierfür müssten zielgruppenorientierte Massnahmen initiiert werden, die das Umfeld der Personen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Es sind Massnahmen und Ansätze erforderlich, die sowohl auf individueller Ebene als auch auf Ebene der Organisationen und Systeme ansetzen und Akteurinnen und Akteure diverser Sektoren einbeziehen.

Abstract Französisch

La présente étude « Health Literacy Survey Suisse 2019-2021 » (HLS_{19-21}-CH) porte sur les compétences en santé de la population suisse. Par compétences (ou littératie) en santé, on entend la capacité d'accéder à, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer des informations sanitaires afin de prendre au quotidien des décisions ayant un effet favorable sur la santé. Des questions portant sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion de la maladie ont été posées dans le cadre de cette étude, qui a également analysé les déterminants et les conséquences des compétences en santé, ainsi que des compétences en santé numérique et de celles portant sur l'orientation dans le système de santé. Ces dernières se réfèrent au traitement des informations nécessaires pour pouvoir s'orienter et naviguer dans le système de santé et obtenir les meilleurs soins possibles pour soi-même ou ses proches.

L'objectif de l'enquête était d'une part, de déterminer quelles sont les difficultés rencontrées dans le traitement des informations sanitaires et l'utilisation des services de santé et, d'autre part, de définir qui en est particulièrement affecté. Elle visait également à identifier les causes possibles d'un faible niveau de littératie en santé ainsi que les conséquences de celle-ci sur la santé de la population et le recours au système de santé, tout en tenant compte des défis actuels liés à la transformation numérique, à la complexité croissante du système de santé et à la pandémie de coronavirus.

Réalisée en mars et avril 2020, principalement au moyen d'entretiens en ligne assistés par ordinateur (CAWI), l'enquête a consisté à interroger un échantillon représentatif de 2'502 personnes domiciliées en Suisse. Les résultats permettent de tirer des constats sur les compétences en santé de la population suisse et d'obtenir des informations utiles pour la politique de la santé. Sur la base de ces informations, il sera possible de déduire des mesures visant à renforcer les compétences en question.

Les résultats de l'étude montrent qu'un peu moins de la moitié (49 %) de la population suisse éprouve fréquemment des difficultés à traiter les informations et à utiliser les services de santé et présente donc un faible niveau de littératie en santé. Si les répondants jugent généralement facile de trouver et de comprendre les informations, ils ont davantage de difficultés à les évaluer – et souvent aussi, par conséquent, à les mettre en application. Ils trouvent particulièrement difficile de gérer celles qui traitent de la prévention des maladies. Ils éprouvent également de grandes difficultés à s'orienter dans le système de santé et à traiter les informations numériques : 72 % de la population fait état de difficultés fréquentes à utiliser les informations et les services numériques et présente, de ce fait, un faible niveau de littératie en santé numérique. La majorité de la population éprouve également souvent des difficultés à gérer adéquatement l'information afin de s'orienter et de naviguer dans le système de santé et d'en tirer profit pour sa propre santé. Par conséquent, près de trois quarts (74 %) des répondants ont un faible niveau de littératie en santé liée à l'orientation dans le système de santé.

Si l'on considère les compétences en santé sur la base de certains aspects sociodémographiques, on constate que celles-ci diffèrent très peu en fonction des régions linguistiques et que la langue nationale elle-même est un facteur peu significatif. Néanmoins, les difficultés de communication dans la langue locale exercent un effet considérable sur les problèmes liés à la gestion des informations et des services. Les résultats confirment, en outre, que les compétences en santé des répondants dépendent, d'une part, de facteurs socioculturels et, d'autre part, du soutien social dont ils bénéficient. En effet, un faible niveau de littératie en santé est étroitement lié à un manque de ressources financières et à une absence de soutien social. Les résultats prouvent également que des compétences en santé élevées vont plus souvent de pair avec un mode de vie plus sain, une meilleure santé et des économies potentielles dans le système de santé. En moyenne, les personnes ayant moins de difficultés à utiliser les informations et les services de santé adoptent des comportement plus favorables à leur santé, ont tendance à se sentir plus en forme et à recourir moins souvent aux services médicaux. Un faible niveau de littératie en santé est également associé à la présence d'une ou plusieurs maladies chroniques.

Les résultats de l'étude montrent qu'il est clairement nécessaire d'intervenir, en accordant une attention particulière au renforcement des compétences en santé numérique et à celles liées à l'orientation dans le système de santé, ainsi qu'à différents groupes de population. Il convient notamment de prendre en compte les groupes défavorisés sur le plan social et sanitaire afin d'accroître l'équité en santé. À cette

fin, il serait indiqué de prendre des mesures axées sur les groupes cibles, qui tiennent compte de l'environnement de ces personnes et du cadre sociétal. Il faut donc des mesures et des approches qui couvrent à la fois le niveau individuel et le niveau des organisations et des systèmes, et qui impliquent les actrices et acteurs des différents secteurs.

Abstract Italienisch

Nell'ambito della «Health Literacy Survey Svizzera 2019-2021» (HLS19-21-CH) sono state esaminate le competenze di salute della popolazione svizzera, in altre parole la capacità del singolo di trovare, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni e i servizi sanitari per poter prendere decisioni che hanno un impatto positivo sulla propria salute nella vita di tutti i giorni. Ai partecipanti sono state poste domande sulla promozione della salute nonché sulla prevenzione e sulla gestione delle malattie. Inoltre, sono stati esaminati i determinanti e le conseguenze delle competenze di salute nonché le competenze di salute digitale e la capacità di muoversi all'interno del sistema sanitario ossia di utilizzare le informazioni necessarie per orientarsi in tale sistema e ottenere le migliori cure possibili per sé stessi o per i propri cari.

L'obiettivo dell'indagine era individuare le difficoltà che si incontrano nell'utilizzo delle informazioni e dei servizi sanitari e chi ne è particolarmente toccato nonché determinare le possibili cause dovute a delle competenze di salute limitate e le sue conseguenze per la salute della popolazione e per il ricorso al sistema sanitario. Inoltre, sono state esaminate le sfide attuali legate alla trasformazione digitale, alla crescente complessità del sistema sanitario e alla pandemia di COVID-19. La rilevazione è stata realizzata a marzo e aprile 2020 principalmente attraverso interviste web con metodologia CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) su un campione rappresentativo di 2502 persone adulte residenti in Svizzera. I risultati permettono di formulare considerazioni sulle competenze di salute della popolazione svizzera e di ricavare informazioni utili per la politica sanitaria. Inoltre, possono fungere da base per la definizione di misure volte a rafforzare tali competenze.

I risultati dello studio indicano che poco meno della metà (il 49 %) della popolazione svizzera spesso fatica a gestire le informazioni e utilizzare i servizi sanitari e pertanto ha delle competenze di salute limitate. Per le persone intervistate è generalmente più facile trovare e capire le informazioni mentre è più difficile valutarle e spesso, di conseguenza, anche applicarle. La gestione delle informazioni pone difficoltà soprattutto nel settore della prevenzione delle malattie, ma gli intervistati riferiscono di faticare anche a orientarsi nel sistema sanitario e a gestire le offerte di informazione digitali. Il 72 per cento della popolazione svizzera trova spesso difficile gestire le informazioni e i servizi digitali, e pertanto riporta delle competenze di salute digitale limitate. Inoltre, la maggioranza della popolazione svizzera incontra spesso difficoltà a gestire adeguatamente le informazioni per orientarsi nel sistema sanitario e a utilizzarle a beneficio della propria salute. Di fatto, circa tre quarti degli intervistati (il 74 %) mostra una scarsa capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario.

Se si esaminano le competenze di salute sulla base di alcuni aspetti sociodemografici si nota che le differenze tra regioni linguistiche sono minime e che la lingua nazionale non costituisce un fattore rilevante, ma anche che i problemi di comprensione nella lingua locale hanno un notevole impatto sulle difficoltà nella gestione delle informazioni in ambito di salute. I risultati confermano inoltre che le competenze di salute delle persone intervistate dipende sia da fattori socioculturali sia dal sostegno sociale. Delle competenze di salute lacunose sono strettamente legate alla mancanza di risorse finanziarie e di sostegno sociale. I risultati mostrano altresì che delle elevate competenze di salute sono più frequentemente associate a uno stile di vita più sano, a una salute migliore e a potenziali risparmi sui costi del sistema sanitario. Non da ultimo, delle competenze di salute limitate sono associate anche alla presenza di una o più malattie croniche.

I risultati dello studio indicano una chiara necessità di intervento che si concentri soprattutto sul rafforzamento delle competenze di salute digitale e della capacità di muoversi all'interno del sistema sanitario, e presti particolare attenzione ai gruppi di popolazione svantaggiati dal punto di vista sociale e sanitario al fine di migliorare le pari opportunità in materia di salute. A tale scopo, vanno avviate misure per gruppi di destinatari specifici che tengano conto dell'ambiente delle persone e delle condizioni quadro sociali. Occorrono misure e approcci che agiscano sia a livello individuale sia a livello delle organizzazioni e dei sistemi, e che coinvolgano attori di diversi settori.

Zusammenfassung

Die Schweizer Bevölkerung ist beim Thema Gesundheit vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. So durchdringt beispielsweise die digitale Transformation nicht nur das Leben und die Gesundheit jedes Individuums, sondern das gesamte Gesundheitssystem. Die Bevölkerung ist zunehmend gefordert, eine aktive Rolle und Verantwortung für die eigene Gesundheit und die anderer zu übernehmen. Zugleich verlangen viele mehr Selbst- und Mitbestimmung bei diesem Thema. Um die damit verbundenen Aufgaben wahrnehmen und adäquat mit Gesundheitsinformationen umgehen zu können, ist jedes Individuum auf bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten angewiesen und benötigt eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz umfasst einerseits die grundlegenden Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten («Literalität») eines Individuums, andererseits die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, sich Zugang zu Informationen und Dienstleistungen verschaffen, diese verstehen, beurteilen und anwenden zu können, sodass sie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit oder zum Umgang mit Krankheiten beitragen.

Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu untersuchen, wurde in der Schweiz 2015 in Anlehnung an die europäische Studie 2012 (HLS-EU) eine erste repräsentative Studie durchgeführt (HLS_{15}-CH). Darauf aufbauend und im Rahmen einer internationalen Studie (HLS_{19}) des «WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy» (M-POHL) der WHO Europa lancierte das Bundesamt für Gesundheit BAG 2019 eine zweite nationale Befragung. Hiermit sollten die Veränderungen seit der ersten Studie beobachtet, allfälliger Handlungsbedarf eruiert und Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und weiterer Sektoren sowie die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert werden. Die Careum Stiftung führte deshalb gemeinsam mit gfs.bern im Zeitraum von 2019 bis 2021 den «Health Literacy Survey Schweiz» ($HLS_{19\text{-}21}$-CH) durch. Ziel der Befragung war es herauszufinden, welche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten bestehen und wer davon besonders betroffen ist. Es sollten auch mögliche Ursachen geringer Gesundheitskompetenz und die Konsequenzen daraus für die Gesundheit der Bevölkerung und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ermittelt werden. Zudem sollten aktuelle Herausforderungen untersucht werden, die mit der digitalen Transformation, dem zunehmend komplexen Gesundheitssystem und der Corona-Pandemie einhergehen.

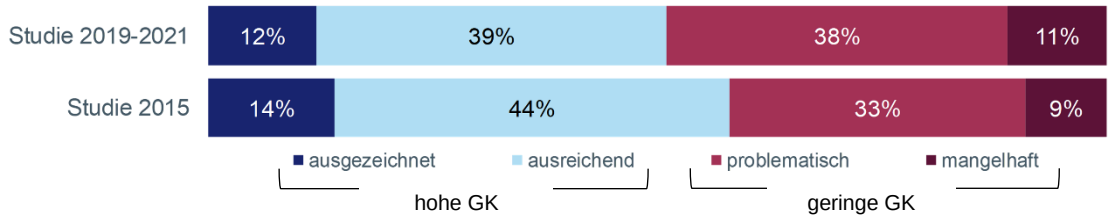
Im Rahmen dieser Studie wurden 2’502 in der Schweiz wohnhafte, erwachsene Frauen und Männer befragt. Diese repräsentative Stichprobe ermöglicht eine detaillierte Analyse der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sowie einzelner Bevölkerungsgruppen. Die Daten sind nebst Alter und Geschlecht auch repräsentativ für die drei Sprachregionen der Schweiz. Die Datenerhebung erfolgte im März und April 2020 mittels computergestützter Online-Interviews (CAWI, 2'312 Interviews) und Interviews via Telefon (CATI, 190 Interviews). Der Fragebogen bestand aus insgesamt 90 Fragen. Er umfasste den Kurzfragebogen des «Health Literacy Survey European Questionnaire» bestehend aus 12 Fragen (HLS-EU-Q12), zehn zusätzlichen Fragen aus der Langversion (HLS-EU-Q47), Fragen zu Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz sowie Fragen zur digitalen Gesundheitskompetenz und zur Navigations-Gesundheitskompetenz, d. h. die zur Navigation und Orientierung durch das Gesundheitssystem notwendigen Informationen in unterschiedlicher Form finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um die bestmögliche Versorgung für sich oder nahestehende Personen zu erhalten.

Dem $HLS_{19\text{-}21}$-CH lagen fünf zentrale Fragestellungen zugrunde. Die Befragungsergebnisse liefern zu diesen Fragestellungen folgende Antworten:

Wie ist die Gesundheitskompetenz innerhalb der Schweizer Bevölkerung verteilt? Wie hat sich die Situation seit der ersten Erhebung 2015 entwickelt?

Knapp die Hälfte der Schweizer Bevölkerung (49 %) berichtet von häufigen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten und hat entsprechend eine geringe Gesundheitskompetenz (Mittelwert: 77[1]). Diese Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben im Verlauf der letzten fünf Jahre leicht zugenommen. Entsprechend hat die **Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung insgesamt von 2015 (Mittelwert: 79) bis 2020 (Mittelwert: 77) leicht abgenommen**.

Abbildung: Index der generellen Gesundheitskompetenz (GK) im Zeitvergleich



Verglichen mit 2015 zeigt sich 2020 insbesondere eine Abnahme in der Kategorie «ausreichende Gesundheitskompetenz» (44 % vs. 39 %) und eine Zunahme in der Kategorie «problematische Gesundheitskompetenz» (33 % vs. 38 %). Bei der «mangelhaften Gesundheitskompetenz» und der «ausgezeichneten Gesundheitskompetenz» zeigen sich hingegen kaum Veränderungen im Zeitverlauf. Vergleiche zwischen den heutigen Ergebnissen und denjenigen von 2015 sind allerdings nur beschränkt möglich, da 2020 einige Aspekte der Befragung geändert wurden. Dies betrifft beispielsweise eine Anpassung der Antwortkategorien, Umformulierungen gewisser Fragen, eine andere Erhebungsart und eine neue Vorgehensweise bei der Berechnung der Gesundheitskompetenz. Um dennoch einen punktuellen Vergleich vornehmen zu können, wurde für 2015 die Gesundheitskompetenz neu berechnet; und zwar mit den damaligen Daten und der gleichen Vorgehensweise wie bei der vorliegenden Studie (2019-2021). Dabei wurden für den für 2015 neu berechneten Index auch nur diejenigen Fragen verwendet, die auch in den aktuellen Index eingeflossen sind.

Bei der Gesundheitskompetenz lassen sich **vier Schritte** der Informationsverarbeitung unterscheiden: 1) Informationen finden, 2) Informationen verstehen, 3) Informationen beurteilen, und 4) Informationen anwenden. Betrachtet man diese vier Schritte, zeigt sich, dass den Befragten das Finden und Verstehen generell weniger Schwierigkeiten bereitet. Das **Beurteilen** von Informationen wird hingegen wie bereits 2015 als am schwierigsten eingeschätzt (Mittelwert 2020: 73 vs. 2015: 72). Somit ist die leichte Abnahme der generellen Gesundheitskompetenz seit 2015 eher auf die anderen drei Arten und insbesondere auf das Anwenden von Informationen zurückzuführen, da hier die Schwierigkeiten im Vergleich zu 2015 stärker zugenommen haben (Mittelwert 2020: 74 vs. 2015: 79). Konkret liegen die grössten Schwierigkeiten beim Beurteilen und Anwenden von Informationen aus den Medien. Eine weitere grössere Schwierigkeit stellt das Finden von Informationen zum Vorgehen bei psychischen Problemen dar. Bei solchen spezifischen Gesundheitsthemen zeigt sich, dass bereits das «Finden» von Informationen häufiger schwierig ist.

Neben den vier Schritten der Informationsverarbeitung lassen sich auch folgende **drei Bereiche** der Gesundheitskompetenz unterscheiden: 1) Krankheitsbewältigung, 2) Krankheitsprävention, und 3) Gesundheitsförderung. Hier zeigen sich die grössten Herausforderungen wie bereits 2015 im Bereich **Krankheitsprävention**. Die Schweizer Bevölkerung weist in diesem spezifischen Bereich und im Vergleich zu den Bereichen Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung die grössten Schwierigkeiten auf. Werden diese Ergebnisse mit denjenigen von 2015 verglichen, ist eine Zunahme der Schwierigkeiten in den Bereichen Krankheitsprävention (Mittelwert 2015: 77 vs. 2020: 70) und Gesundheitsförderung (Mittelwert 2015: 85 vs. 2020: 81) zu erkennen. Deshalb lässt sich die leichte Abnahme der

[1] Die Gesundheitskompetenz erstreckt sich von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 100 und kann als prozentualer Anteil der als einfach oder sehr einfach eingestuften Fragen interpretiert werden. Ein Mittelwert von 77 bedeutet, dass der Durchschnitt aller Befragten 77 Prozent der 12 Fragen zur Gesundheitskompetenz als einfach oder sehr einfach eingestuft haben und mit 23 Prozent der Fragen Schwierigkeiten hatten.

generellen Gesundheitskompetenz seit 2015 mehrheitlich durch grössere Schwierigkeiten in diesen beiden Bereichen erklären. Dabei bereitet den Befragten aktuell die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Medieninformationen viel mehr Schwierigkeiten als noch 2015. Zudem sind Gesundheitsentscheidungen basierend auf Medieninformationen sowie das Finden von Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen im Vergleich zu 2015 wesentlich schwieriger geworden.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung häufig Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Informationen und Dienstleistungen hat (72 %) und entsprechend eine geringe digitale Gesundheitskompetenz aufweist (Mittelwert: 56). Auffallend ist insbesondere der hohe Anteil an Personen mit einer mangelhaften digitalen Gesundheitskompetenz (44 %). Bei der generellen Gesundheitskompetenz finden sich hingegen nur 11 Prozent in der Kategorie «mangelhaft». Zwischen digitaler und genereller Gesundheitskompetenz lässt zudem sich ein Zusammenhang feststellen, d. h. Personen mit einer hohen digitalen Gesundheitskompetenz weisen oft auch eine hohe generelle Gesundheitskompetenz auf und umgekehrt.

Einer grossen Mehrheit der Schweizer Bevölkerung fällt es ferner schwer, mit Informationen umzugehen, die der Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem dienen. Rund drei Viertel (74 %) der Befragten weisen entsprechend eine geringe und die Hälfte (51 %) der Bevölkerung eine mangelhafte Navigations-Gesundheitskompetenz auf (Mittelwert: 53). Auch hier ist ein Zusammenhang von genereller und Navigations-Gesundheitskompetenz festzustellen, d. h. Personen mit einer geringen generellen Gesundheitskompetenz weisen häufiger auch eine geringe Navigations-Gesundheitskompetenz auf und umgekehrt. Die Navigations-Gesundheitskompetenz und die digitale Gesundheitskompetenz wurden bei der Befragung von 2015 nicht erhoben.

Gibt es in der Schweiz regionale Unterschiede in Bezug auf die Verteilung der Gesundheitskompetenz?

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen gewisse Unterschiede **hinsichtlich der Sprachregionen,** aber auch **hinsichtlich der Kantone**. Die Befragten aus der französischsprachigen Schweiz haben verglichen mit denjenigen aus der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz eine leicht höhere generelle Gesundheitskompetenz. Diese Daten sind ähnlich wie diejenigen von 2015. In allen drei Sprachregionen bereitet die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Medieninformationen die grössten Schwierigkeiten. Somit scheinen die Hauptschwierigkeiten trotz unterschiedlicher Gesundheitskompetenz in allen drei Sprachregionen die gleichen zu sein. Eine höhere bzw. geringere Gesundheitskompetenz in einer Sprachregion kann jedoch nicht auf eine höhere bzw. geringere Gesundheitskompetenz in allen Kantonen dieser Sprachregion zurückgeführt werden. Betrachtet man die Gesundheitskompetenz auf Kantonsebene zeigt sich beispielsweise, dass die französischsprachigen Kantone Waadt, Genf sowie Freiburg zu den Kantonen mit hoher Gesundheitskompetenz zählen. Jedoch gehören die ebenfalls französischsprachigen Kantone Wallis und Jura eher zu denjenigen Kantonen mit tieferer Gesundheitskompetenz. Es zeigt sich folglich einerseits, dass sich die Sprachregionen bezüglich des absoluten Wertes der Gesundheitskompetenz nur minimal unterscheiden und andererseits, dass die **Landessprache** an sich wohl kein bedeutender Faktor für die Gesundheitskompetenz darstellt. Auch bei der digitalen Gesundheitskompetenz und der Navigations-Gesundheitskompetenz zeigen sich im Durchschnitt ähnliche Zahlen in allen drei Sprachregionen.

Im Gegensatz zu den Sprachregionen sind bei der Betrachtung der generellen Gesundheitskompetenz keine Unterschiede zwischen den **Siedlungsarten** festzustellen. Ob man aus einer ländlichen, intermediären (die sowohl städtische wie auch ländliche Merkmale aufweist) oder städtischen Region kommt, scheint keinen Einfluss auf die generelle Gesundheitskompetenz zu haben. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die generelle Gesundheitskompetenz auf Kantonsebene, fällt jedoch auf, dass Kantone mit grösseren Städten (wie z. B. Genf, Basel, Zürich und Bern) tendenziell eine höhere generelle Gesundheitskompetenz aufweisen. Im Gegensatz zur generellen Gesundheitskompetenz hat die Siedlungsart bei der digitalen Gesundheitskompetenz jedoch einen leichten Einfluss: So fällt der Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und -diensten Personen aus städtischen Gebieten im Schnitt etwas leichter als Personen aus ländlichen Regionen. Auf die Navigations-Gesundheitskompetenz wiederum hat die Siedlungsart keinen Einfluss.

Wie ist zu erklären, ob ein Individuum eine höhere oder geringere Gesundheitskompetenz hat?

Determinanten der Gesundheitskompetenz

Die vorliegende Erhebung bestätigt, dass geringe Gesundheitskompetenz eng verknüpft ist mit **finanzieller Deprivation** und fehlender **sozialer Unterstützung**. Personen, die Mühe haben bei der Bezahlung von generellen Rechnungen, Arztrechnungen oder Medikamenten, haben auch häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz. Ebenfalls haben Personen, die nur wenige unterstützende Personen, geringe Anteilnahme anderer Personen und grösseren Schwierigkeiten bei der Hilfe durch Nachbarn haben, im Schnitt eine geringere Gesundheitskompetenz.

Einen kleineren, aber dennoch nachweisbaren Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben das **Bildungsniveau** und der **Beschäftigungsstatus**. Personen mit höherer Bildung sowie Studierende, Schülerinnen und Schüler haben tendenziell weniger Schwierigkeiten damit, Informationen zur Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Hingegen haben Personen mit tieferer Bildung sowie arbeitslose Personen wesentlich mehr Schwierigkeiten im Umgang mit solchen Informationen und damit häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz. Bezüglich Bildung zeigt sich ausserdem, dass Personen mit einer **Ausbildung im Gesundheitsbereich** eine leicht höhere generelle Gesundheitskompetenz haben. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass auch ein beträchtlicher Anteil dieser Personen (40 %) häufig von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichtet.

Einen nur geringen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat der **Migrationshintergrund**. Im Gegensatz zu 2015 (Bieri et al., 2016) zeigt die aktuelle Erhebung, dass Personen mit Migrationshintergrund eine leicht höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als jene ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede beim Migrationshintergrund sind jedoch nicht signifikant. Die Ergebnisse zeigen indes, dass die **Sprachkompetenz in der lokalen Landessprache** zentral ist für den angemessenen Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen: Hat eine Person Verständigungsschwierigkeiten in der lokalen Landessprache, nehmen die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu. So haben von denjenigen Personen mit Verständigungsschwierigkeiten in der lokalen Landessprache 61 Prozent eine problematische und 21 Prozent eine mangelhafte Gesundheitskompetenz. Entscheidend für die Gesundheitskompetenz in dieser Bevölkerungsgruppe sind somit nicht der Migrationshintergrund oder die Fremdsprachigkeit, sondern die Verständigungsschwierigkeiten in der lokalen Landessprache.

Die Ergebnisse bestätigen weiter, dass geringe Gesundheitskompetenz mit dem Vorliegen einer **chronischen Krankheit** verknüpft ist. Zudem zeigt sich, dass Personen mit chronischen Erkrankungen geringere Selbstmanagement-Kompetenzen aufweisen: Zwei Drittel (66 %) dieser Personen haben geringe Selbstmanagement-Kompetenzen, wobei diese bei etwas mehr als einem Drittel (36 %) sogar mangelhaft ausgeprägt sind. Für Personen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen scheint es insbesondere schwierig zu sein, Informationen ihrer Ärztin bzw. ihres Arztes für den Umgang mit ihrer Erkrankung zu nutzen.

Bei der Betrachtung der digitalen Gesundheitskompetenz fällt auf, dass – im Gegensatz zur generellen Gesundheitskompetenz – das **Alter** einen wesentlichen Einfluss hat. So nehmen die Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen mit zunehmendem Alter zu. Die grössten Unterschiede zeigen sich dabei zwischen den 18- bis 25-Jährigen (Mittelwert: 62) und den über 76-Jährigen (Mittelwert: 40). Nebst dem Alter spielen auch hier die **finanzielle Deprivation,** die **soziale Unterstützung** und der **selbsteingeschätzte soziale Status** eine zentrale Rolle. Die Absolvierung einer **Ausbildung im Gesundheitsbereich** steht mit der digitalen Gesundheitskompetenz ebenfalls in einem positiven Zusammenhang. Weiter beeinflusst auch der **Beschäftigungsstatus** die digitale Gesundheitskompetenz. Gerade Pensionierte sowie Hausfrauen und Hausmänner weisen im Gegensatz zu Schülerinnen und Schüler sowie Studierenden eine wesentlich geringere digitale Gesundheitskompetenz auf. Schliesslich hat auch der **Migrationshintergrund** einen Einfluss auf die digitale Gesundheitskompetenz. Jedoch ist in diesem Zusammenhang wiederum die **Sprachkompetenz in der lokalen Landessprache** entscheidend.

Auch bei der Navigations-Gesundheitskompetenz besteht ein Zusammenhang zwischen den Schwierigkeiten in diesem Bereich und dem **Beschäftigungsstatus** sowie dem **Alter**. Hier scheinen einerseits

Studierende und Schülerinnen und Schüler, d. h. eher jüngere Personen, und anderseits auch Pensionierte, d. h. eher ältere Personen, weniger Schwierigkeiten mit der Navigation und Orientierung im Gesundheitssystem zu haben. Hingegen haben Personen zwischen 25 und 65 Jahren häufiger Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Zudem lässt sich auch hier ein Einfluss der **finanziellen Situation,** der **sozialen Unterstützung**, als auch des **sozialen Status** feststellen: Je weniger finanzielle Schwierigkeiten eine Person hat, je mehr Unterstützung sie aus dem eigenen Umfeld erfährt und je höher der soziale Status ist, desto weniger Schwierigkeiten hat die Person im Schnitt mit der Orientierung im Gesundheitssystem. Wiederum zeigt sich, dass eine **Ausbildung im Gesundheitsbereich** zu einer höheren Navigations-Gesundheitskompetenz führt, wenngleich auch in dieser Teilgruppe viele Mühe bekunden mit der Orientierung im Gesundheitssystem. Der Migrationshintergrund spielt hier keine Rolle, jedoch haben abermals **Schwierigkeiten mit der lokalen Landessprache** einen Einfluss auf die Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem.

Konsequenzen der Gesundheitskompetenz

Eine geringe Gesundheitskompetenz kann negativen Folgen haben: sowohl für das **Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten**, für den **Gesundheitsstatus** als auch für die **Inanspruchnahme des Gesundheitssystems**. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen beispielsweise, dass die generelle Gesundheitskompetenz mit der Ernährung, d. h. der Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse, wie auch mit der Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten und dem Body-Mass-Index (BMI) zusammenhängt. In allen Fällen geht gesundheitlich vorteilhaftes Verhalten mit einer höheren generellen Gesundheitskompetenz einher. Tabak- und Alkoholkonsum scheinen im Gegensatz dazu – zumindest nach den aktuellen Ergebnissen – keinen nachweisbaren Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufzuweisen. Hingegen ist Gesundheitskompetenz verbunden mit dem selbsteingeschätzten Gesundheitsstatus: Wer häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat, fühlt sich zugleich oft weniger gesund. Zwischen Gesundheitskompetenz und der Nutzung medizinischer Leistungen besteht ebenfalls ein Zusammenhang: Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz nutzen das Gesundheitssystem tendenziell häufiger. Bei diesen Korrelationen ist jedoch zu beachten, dass sich beim Gesundheitsverhalten, beim Gesundheitsstatus und bei der Nutzung medizinischer Leistungen keine abschliessenden Aussagen über Ursache und Wirkung machen lassen.

Bei welchen Bevölkerungsgruppen, respektive Personenmerkmalen, ist ein Hinwirken auf eine Stärkung der Gesundheitskompetenz am dringendsten?

Bestimmte Bevölkerungsgruppen weisen grössere Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und entsprechend eine geringere Gesundheitskompetenz auf. Deshalb kann man den Handlungsbedarf zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerungsgruppen als dringlich bzw. prioritär bezeichnen. Entsprechend sollte ihnen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Zu diesen Gruppen zählen insbesondere jene Personen, die **finanzielle Schwierigkeiten** haben, **tieferen sozialen Schichten** angehören, **wenig soziale Unterstützung** sowie **Schwierigkeiten mit der lokalen Landesprache** haben. Eine weitere Zielgruppe sind **Personen mit vorliegenden chronischen Erkrankungen**. Betrachtet man ergänzend die Ergebnisse der digitalen und Navigations-Gesundheitskompetenz sollten auch die **älteren Personen** sowie **Personen mit tieferer Bildung** und jene **aus eher ländlichen Regionen** in den Fokus genommen werden. Eine gezielte Unterstützung dieser Bevölkerungsgruppen trägt zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei und ist auch in Anbetracht des weiter voranschreitenden demografischen Wandels, der zunehmenden digitalen Transformation und der weiter zunehmenden Komplexität des Gesundheitssystems von Bedeutung.

Welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz können aufgrund der Studienergebnisse empfohlen werden?

Mit dem $HLS_{19\text{-}21}$-CH konnten neue Daten zur Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung gewonnen und die aktuelle Situation in der Schweiz aufgezeigt werden. Die Ergebnisse zeigen deutlichen Handlungsbedarf. Die Festlegung und Priorisierung von entsprechenden Massnahmen und Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ist jedoch ein handlungsstrategischer Entscheid, der stark von der Definition der Dringlichkeit und des jeweiligen Ressourceneinsatzes abhängig ist.

Aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse sollten vor allem die digitale Gesundheitskompetenz und die Navigations-Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Die Orientierung im Gesundheitssystem und der Umgang mit digitalen Informationsangeboten bereiten der Schweizer Bevölkerung die grössten Schwierigkeiten und sind vor dem Hintergrund der weiteren gesellschaftlichen und systemischen Entwicklung zentral. Ausserdem gilt es, die sozial und gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen verstärkt in den Fokus zu nehmen. Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten in der Bevölkerung sollten ausgeglichen werden, um die Chancengerechtigkeit zu erhöhen. Dabei sollten zielgruppenorientierte Massnahmen initiiert werden, die das Umfeld der Personen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Es sind Massnahmen und Interventionen auf der strukturellen und organisationalen Ebene erforderlich, welche die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz befähigen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, mit digitalen Gesundheitsangeboten umzugehen und sich für ihre Gesundheit einzusetzen. Grundsätzlich sollten Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowohl auf der individuellen Ebene als auch der Ebene der Organisationen und Systeme ansetzen. Denn die Gesundheitskompetenz liegt nicht nur in der Verantwortung der einzelnen Personen selbst, sondern ist stark von Rahmenbedingungen und gesellschaftlichem Kontext abhängig.

Um zu weiterführenden Erkenntnissen zu gelangen, ist ein systematisches Vorgehen bei der Entwicklung und Implementation von Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu etablieren. Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, ist es auch notwendig, die Gesundheitskompetenz nicht nur punktuell, sondern wiederholt zu messen und ein regelmässiges Monitoring aufzubauen. Entsprechend gilt es auch in dieser Richtung die notwendigen Schritte einzuleiten.

Empfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen dieser Erhebung können verschiedene Empfehlungen bzw. Stossrichtungen für die zukünftige (Weiter-)Entwicklung von Massnahmen und Interventionen sowie nächste Schritte im Hinblick auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung abgeleitet werden. Diese Empfehlungen richten sich insbesondere an die Politik, die Bildung, die Praxis und an die Forschung.

Nr.	Empfehlung
1	Notwendigkeit einer (nationalen) Gesamtstrategie für Gesundheitskompetenz
2	Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen und zielgruppenorientierte Ansätze
3	Den Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen erleichtern
4	Individuelle und insbesondere strukturelle Bedingungen verändern
5	Bewährte Programme und Projekte weiterführen und Synergien nutzen, um weitere Massnahmen auf lokaler, kantonaler und nationaler Ebene zu fördern
6	Die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem vereinfachen
7	Die Selbstmanagement-Kompetenzen von Personen mit chronischen Erkrankungen stärken
8	Das Bildungssystem in die Stärkung der Gesundheitskompetenz einbeziehen
9	Gezielte interprofessionelle Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen im Bereich Gesundheitskompetenz
10	Ausbau der Forschung und Weiterführung eines regelmässigen Monitorings der Gesundheitskompetenz

Résumé

La population suisse est confrontée à de nombreux défis en matière de santé. Par exemple, la transformation numérique envahit non seulement la vie et la santé de l'individu, mais aussi l'ensemble du système de santé. La population est de plus en plus appelée à jouer un rôle actif et à prendre ses responsabilités vis-à-vis de sa propre santé et de celle des autres. Parallèlement, beaucoup de personnes demandent davantage d'autodétermination et de participation dans ce domaine. Pour être en mesure d'accomplir les tâches que cela implique et d'utiliser de manière adéquate les informations et les services de santé, chaque personne est tributaire de certaines capacités et connaissances et a besoin de compétences en santé suffisantes. Ces dernières impliquent, d'une part, les compétences de base en lecture, écriture et calcul (« littératie ») et, d'autre part, les compétences cognitives et sociales permettant d'accéder aux informations, de les comprendre, de les évaluer et de les appliquer afin qu'elles contribuent à préserver et à stimuler sa propre santé ou à gérer des maladies.

Afin d'étudier les compétences en santé de la population, une première étude représentative avait été réalisée en Suisse en 2015 (HLS_{15}-CH), à la suite de l'étude européenne de 2012 (HLS-EU). Sur cette base et dans le cadre d'une étude internationale (HLS_{19}) du *WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* (M-POHL) de l'OMS Europe, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé une deuxième enquête nationale en 2019, avec pour objectif de suivre l'évolution de la situation depuis la première étude, d'identifier des besoins éventuels et de sensibiliser à cette question les acteurs et actrices du système de santé et d'autres secteurs, ainsi que le grand public.

La Fondation Careum et gfs.bern ont donc mené, entre 2019 et 2021, une enquête auprès de la population sur les « Compétences en santé en Suisse » (*Health Literacy Survey Suisse*, $HLS_{19\text{-}21}$-CH). L'objectif de cette enquête était de déterminer quelles sont les difficultés rencontrées dans le traitement des informations sur la santé et qui en est particulièrement affecté. Elle visait également à identifier les causes possibles d'un faible niveau de littératie en santé ainsi que les conséquences de celle-ci sur la santé de la population et le recours au système de santé, tout en tenant compte des défis actuels liés à la transformation numérique, à la complexité croissante du système de santé et à la pandémie de coronavirus.

Dans le cadre de cette étude, 2'502 femmes et hommes adultes domiciliés en Suisse ont été interrogés. Cet échantillon représentatif permet d'analyser en détail les compétences en santé de la population générale, ainsi que celles de certains groupes particuliers. Outre l'âge et le sexe, les données sont également représentatives des trois régions linguistiques de Suisse. La collecte des données a été réalisée en mars et avril 2020 au moyen d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur (CAWI, 2'312 entretiens) et d'entretiens par téléphone (CATI, 190 entretiens). L'enquête comprenait un total de 90 questions. Parmi elles, les douze questions du questionnaire court du *Health Literacy Survey European Questionnaire* (HLS-EU-Q12), dix questions supplémentaires de la version longue (HLS-EU-Q47), des questions sur les déterminants et les conséquences de la littératie en santé ainsi que des questions portant sur la littératie en santé numérique et sur l'orientation dans le système de santé.

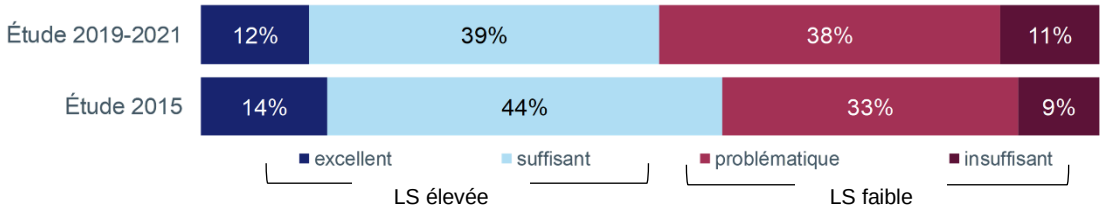
L'enquête $HLS_{19\text{-}21}$-CH s'est concentrée sur cinq questions de recherche, dont les réponses obtenues sont exposées ci-dessous :

Comment se répartissent les compétences en santé au sein de la population suisse ? Comment la situation a-t-elle évolué depuis l'enquête de 2015 ?

Un peu moins de la moitié (49 %) de la population suisse déclare avoir fréquemment des difficultés dans le traitement des informations et l'utilisation des services de santé et présente donc de faibles compétences en santé (moyenne : 77[2]). Ces difficultés à traiter les informations et les services de santé ont même légèrement augmenté au cours des cinq dernières années. Ainsi, les **compétences en santé de l'ensemble de la population suisse ont légèrement diminué entre 2015 (moyenne : 79) et 2020 (moyenne : 77)**.

[2] Les compétences en santé s'étendent d'un minimum de 0 à un maximum de 100 et peuvent être interprétées en pourcentage des questions qualifiées de faciles ou très faciles. Une valeur moyenne de 77 signifie que la moyenne des personnes interrogées a qualifié de faciles ou de très faciles 77 % des 12 questions portant sur les compétences en santé et a éprouvé des difficultés pour 23 % des questions.

Figure : Indice de la littératie en santé générale (LS) en comparaison temporelle



Par rapport à 2015, on constate notamment une diminution dans la catégorie « compétences en santé suffisantes » (44 % contre 39 %) et une augmentation dans la catégorie « compétences en santé problématiques » (33 % contre 38 %). Les catégories de compétences en santé « insuffisantes » et « excellentes » n'ont quant à elles quasiment pas évolué au fil du temps.

Les possibilités de comparaison entre les résultats actuels et ceux de 2015 sont toutefois très restreintes, car certains aspects de l'enquête ont été modifiés en 2020 (p. ex., adaptation des catégories de réponses, reformulations de certaines questions, autre mode de relevé, nouvelle procédure de calcul de la littératie de santé). En vue de tout de même permettre une comparaison ponctuelle, les compétences en santé ont été recalculées pour 2015, en utilisant les données de l'époque mais la même procédure que pour la présente étude (2019-2021). Pour le calcul du nouvel indice 2015, seules les questions qui figurent également dans l'indice actuel ont été utilisées.

On distingue quatre étapes concernant le traitement des informations relatives à la santé : 1) trouver, 2) comprendre, 3) évaluer et 4) appliquer les informations. Si l'on examine ces quatre étapes, on constate que le fait de trouver et de comprendre les informations pose généralement moins de difficultés aux répondants. Toutefois, comme en 2015, le fait de les **évaluer** est considéré comme le plus difficile (valeur moyenne 2020 : 73 par rapport à 2015 : 72). Ainsi, la légère baisse de la littératie en santé générale depuis 2015 est davantage attribuable aux trois autres étapes et en particulier au fait d'**appliquer** les informations, car les difficultés ont ici augmenté assez fortement par rapport à 2015 (moyenne 2020 : 74 par rapport à 2015 : 79). Concrètement, les difficultés principales résident dans le fait d'évaluer et d'appliquer les informations provenant des médias. Une autre difficulté majeure consiste à trouver des renseignements sur la manière de faire face aux problèmes psychologiques. En effet, pour certains sujets de santé spécifiques, le simple fait de trouver des informations se révèle déjà souvent difficile.

Outre les quatre étapes relatives au traitement de l'information, on différencie les trois domaines de compétences en santé suivants : 1) gestion de la maladie, 2) prévention des maladies et 3) promotion de la santé. Ici, les plus grands défis se situent dans **la prévention des maladies**, comme c'était déjà le cas en 2015. La population suisse présente, en effet, davantage de difficultés dans ce domaine que dans la promotion de la santé et la gestion de la maladie. Si l'on compare ces résultats avec ceux de 2015, on constate une augmentation des difficultés dans les domaines de la prévention des maladies (valeur moyenne : 77 en 2015 contre 70 en 2020) et de la promotion de la santé (valeur moyenne : 85 en 2015 contre 81 en 2020). Le léger recul de la littératie en santé générale depuis 2015 est donc principalement imputable aux difficultés accrues dans ces deux domaines. Dans ce contexte, le fait d'évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias pose aujourd'hui beaucoup plus de problèmes aux personnes interrogées qu'en 2015. Par ailleurs, il est devenu bien plus difficile qu'en 2015, d'une part, de prendre des décisions relatives à la santé sur la base des informations diffusées par les médias et, d'autre part, de trouver des informations concernant la manière de faire face aux problèmes psychologiques.

Les résultats montrent aussi qu'une grande partie de la population suisse éprouve fréquemment des difficultés à utiliser les informations et les services numériques (72 %) et présente donc un faible niveau de littératie en santé numérique (moyenne : 56). Le pourcentage élevé de personnes ayant des compétences en santé numérique insuffisantes est particulièrement frappant (44 %). En ce qui concerne les compétences en santé générales, seuls 11 % se retrouvent dans la catégorie « insuffisantes ». On observe une corrélation entre les compétences en santé numériques et générales, c'est-à-dire que les

personnes ayant un niveau élevé de compétences en santé numérique ont souvent aussi un niveau élevé de compétences en santé générales, et vice versa.

Une grande majorité de la population éprouve également des difficultés à traiter les informations permettant de s'orienter et de naviguer dans le système de santé. Ainsi, près de trois quarts (74 %) des personnes interrogées ont un faible niveau de littératie en santé liée à l'orientation et à la navigation dans le système de santé, et la moitié de la population présente même un niveau insuffisant (51 %) (valeur moyenne : 53). Ici aussi, on constate une corrélation entre les compétences en santé générales et les compétences liées à l'orientation dans le système de santé, c'est-à-dire que les personnes ayant de faibles compétences en santé générales sont plus susceptibles d'avoir de faibles compétences en santé liées à l'orientation dans le système de santé, et vice versa. Les compétences en santé numérique et celles portant sur l'orientation et la navigation dans le système de santé n'ont pas été évaluées lors de l'enquête de 2015.

Existe-t-il en Suisse des différences régionales dans la répartition des compétences en santé ?

Les présents résultats montrent certaines différences **en rapport avec les régions linguistiques** mais aussi **avec les cantons**. Les répondants de Suisse romande présentent un niveau de compétences en santé générales légèrement plus élevé que ceux de Suisse alémanique et de Suisse italienne. Ces données sont **comparables** à celles de 2015. Dans les trois régions linguistiques, les difficultés résident dans le fait d'évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias. Ainsi, malgré les différences en termes de compétences en santé, les principales difficultés semblent être les mêmes partout. On ne peut cependant pas expliquer la littératie en santé plus ou moins élevée dans une région linguistique par une littératie en santé plus ou moins élevée dans tous les cantons de cette région linguistique. Si l'on analyse les compétences en santé à l'échelle cantonale, on constate, par exemple, que le niveau de littératie est élevé dans les cantons francophones de Vaud, Genève et Fribourg, alors qu'il est plus faible dans ceux du Valais et du Jura. Il en ressort, d'une part, que les régions linguistiques ne diffèrent que très peu en termes de valeur absolue des compétences en santé et, d'autre part, que la **langue nationale** n'est probablement pas un facteur significatif en soi. En moyenne, les chiffres sont également similaires dans les trois régions linguistiques en ce qui concerne les compétences en santé numérique et les compétences liées à l'orientation et la navigation dans le système de santé.

Contrairement à ce qui a été observé pour les régions linguistiques, les compétences en santé générales ne diffèrent pas en fonction du **type d'habitat**. Par conséquent, le fait d'être originaire d'une région rurale, intermédiaire (présentant à la fois des caractéristiques urbaines et rurales) ou urbaine ne semble pas avoir d'effet sur la littératie en santé générale. Toutefois, une analyse à l'échelle cantonale révèle que les cantons où se situent de grandes villes (comme Genève, Bâle, Zurich et Berne) ont tendance à afficher un niveau de littératie en santé générale plus élevé. À l'inverse des compétences en santé générales, les compétences en santé numérique sont légèrement influencées par le type d'habitat : ainsi, les habitants des zones urbaines ont généralement un peu plus de facilité à utiliser les informations et les services de santé numériques que leurs homologues des régions rurales. En revanche, le type d'habitat n'exerce aucune influence sur les compétences liées à l'orientation et à la navigation dans le système de santé.

Comment expliquer qu'un individu ait des compétences en santé plus ou moins élevées ?

Déterminants des compétences en santé

La présente enquête confirme que de faibles compétences en santé sont étroitement liées au **manque de ressources financières** et à l'absence de **soutien social**. Les personnes ayant des problèmes à payer leurs factures générales, factures de médecins ou médicaments affichent souvent aussi un faible niveau de littératie en santé. Celles qui ne peuvent compter que sur peu de soutien, qui ne bénéficient que de peu d'attention d'autres personnes et qui ont de plus grandes difficultés à obtenir de l'aide de leurs voisins sont, en moyenne, davantage susceptibles de présenter une faible littératie en santé.

Le **niveau d'éducation** et le **statut professionnel** exercent aussi une influence, moindre mais néanmoins démontrable. Les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur, les étudiantes et étudiants ainsi que les élèves, éprouvent généralement moins de difficultés à trouver, à comprendre et à évaluer

les informations sanitaires et à prendre des décisions relatives à leur santé. Les personnes au chômage et celles dont le niveau d'éducation est faible ont beaucoup plus de difficultés à traiter ces informations et présentent donc, plus souvent, un faible niveau de compétences en santé. En ce qui concerne la formation, il apparaît également que les personnes ayant suivi une **formation dans le domaine de la santé** ont des compétences en santé générales légèrement plus élevées. Cependant, les résultats montrent qu'un pourcentage considérable de ces personnes (40 %) déclarent elles aussi éprouver souvent des difficultés à traiter les informations sur la santé.

Le **contexte migratoire** n'exerce qu'une faible influence sur la littératie en santé. Contrairement à 2015 (Bieri et al., 2016), l'enquête actuelle montre que les personnes issues de la migration présentent des compétences en santé légèrement plus élevées que les autres. Ces différences ne sont toutefois pas significatives. Les résultats indiquent aussi que la **maîtrise de la langue nationale locale** est essentielle pour traiter de manière appropriée les informations de santé : les difficultés liées à de telles informations augmentent si une personne rencontre des problèmes de communication dans la langue locale. Ainsi, 61 % des personnes éprouvant des difficultés de communication dans la langue locale affichent des compétences en santé problématiques et 21 % des compétences insuffisantes. Le contexte migratoire ou le fait de parler une langue étrangère ne sont, par conséquent, pas décisifs en matière de compétences en santé, contrairement aux difficultés de communication dans la langue nationale locale.

Les résultats confirment également la corrélation entre un faible niveau de littératie en santé et la présence d'une maladie chronique. Ils montrent aussi que **les personnes atteintes de maladies chroniques** ont de moins bonnes compétences en matière d'autogestion : Deux tiers (66 %) de ces personnes ont de faibles compétences en matière d'autogestion, et un peu plus d'un tiers (36 %) ont même des compétences insuffisantes. Il semble particulièrement difficile pour les personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques d'utiliser les informations fournies par leur médecin pour gérer leur maladie.

Si l'on considère la littératie en santé numérique, on constate que, contrairement aux compétences en santé générales, l'**âge** exerce une influence significative : les difficultés à utiliser les informations et les services de santé numériques augmentent, en effet, avec l'âge. Les plus grands écarts sont observés entre les 18-25 ans (valeur moyenne : 62) et les plus de 76 ans (valeur moyenne : 40). Outre le facteur de l'âge, le **manque de ressources financières**, le **soutien social** et le **statut social auto-évalué** jouent un rôle majeur. Par ailleurs, une **formation dans le domaine de la santé** présente une corrélation positive avec la littératie en santé numérique, qui est également influencée par le **statut professionnel**. Les retraités et les personnes au foyer, en particulier, ont des compétences nettement inférieures à celles des élèves et des étudiantes et étudiants. Enfin, si le **contexte migratoire** influe aussi sur ces compétences, c'est la **maîtrise de la langue nationale locale** qui est déterminante.

Pour ce qui est des compétences liées à l'orientation et à la navigation dans le système de santé, il existe également une corrélation entre, d'une part, les difficultés dans ce domaine et, d'autre part, le **statut professionnel** et l'**âge**. Ici, les étudiantes et étudiants ainsi que les élèves (à savoir des personnes plutôt jeunes) mais aussi les retraités (soit des personnes plutôt âgées) semblent éprouver moins de difficultés, tandis que les 25-65 ans rencontrent plus souvent des problèmes à cet égard. On constate en outre une influence de la **situation financière**, du **soutien social** et du **statut social**. Moins une personne a de difficultés financières, plus elle est soutenue par son environnement, et plus son statut social est élevé, moins elle éprouve en moyenne de difficultés à s'orienter dans le système de santé. Ici aussi, on observe qu'une **formation dans le domaine de la santé** conduit à de plus grandes compétences liées à l'orientation dans le système de santé, bien que de nombreux membres de ce sous-groupe éprouvent également des difficultés. Le contexte migratoire ne joue aucun rôle, contrairement aux **difficultés concernant la langue nationale locale**.

Conséquences des compétences en santé

Un faible niveau de compétences en santé peut entraîner des conséquences négatives, aussi bien sur le **comportement en matière de santé ou de maladie** que sur l'**état de santé** et le **recours au système de santé**. Les présents résultats indiquent, par exemple, que les compétences en santé générales sont liées au régime alimentaire, à savoir la fréquence de consommation de fruits et légumes, ainsi qu'à

la fréquence de l'activité physique et à l'indice de masse corporelle (IMC). Dans tous les cas, les comportements bénéfiques pour la santé sont associés à un niveau de littératie en santé générale accru. La consommation de tabac et d'alcool, en revanche, ne semble pas avoir de relation démontrable avec les compétences en santé, du moins sur la base des résultats actuels. Or ces compétences présentent un lien avec l'état de santé auto-évalué : les personnes qui éprouvent le plus souvent des difficultés à traiter les informations sur la santé et à utiliser les services de santé se sentent souvent en moins bonne santé. Il existe également une certaine corrélation entre les compétences en santé et le recours aux services médicaux : les personnes ayant de faibles compétences ont tendance à utiliser plus souvent le système de santé. Toutefois, il convient de souligner que ces corrélations ne permettent pas d'établir un lien de cause à effet concluant en ce qui concerne les habitudes et l'état de santé ainsi que le recours aux services médicaux.

Pour quels groupes de population ou quelles caractéristiques individuelles est-il le plus urgent de travailler au renforcement des compétences en santé ?

Certains groupes de population présentent de plus grandes difficultés à traiter des informations sur la santé et, par conséquent, de plus faibles compétences en santé. De ce fait, les interventions visant à renforcer les compétences de ces groupes peuvent être qualifiées d'urgentes ou de prioritaires. Il convient donc de leur accorder une attention particulière. Ces groupes comprennent notamment les personnes qui ont des **problèmes financiers**, appartiennent à des **classes sociales inférieures**, bénéficient de **peu de soutien social** et rencontrent des **difficultés avec la langue nationale locale**. Un autre groupe cible est celui des personnes atteintes d'une maladie chronique. En considérant par ailleurs les résultats concernant la littératie en santé numérique et les compétences en santé liées à l'orientation et à la navigation dans le système de santé, il faudrait également mettre l'accent sur les **personnes âgées** et les **personnes ayant un faible niveau d'éducation** ainsi que sur celles **issues de régions plutôt rurales**. Un soutien ciblé de ce groupe de population contribuerait à augmenter l'équité en santé et se révèlerait également important au vu de l'évolution démographique continue, de la transformation numérique croissante et du système de santé toujours plus complexe.

Sur la base des résultats de l'étude, quelles mesures visant à promouvoir les compétences en santé peut-on recommander ?

L'étude $HLS_{19\text{-}21}$-CH a permis d'obtenir de nouvelles données sur les compétences en santé de la population suisse et d'établir un état des lieux de la situation actuelle. Les résultats mettent clairement en évidence une nécessité d'agir. La définition et la hiérarchisation des mesures et des interventions appropriées pour renforcer ces compétences sont toutefois des décisions stratégiques, qui dépendent fortement de la définition de l'urgence et de l'utilisation des ressources.

Au regard des présents résultats, une grande attention devrait être accordée à la littératie en santé numérique et à celle relative à l'orientation et la navigation dans le système de santé. L'orientation dans le système de santé et le traitement des offres d'information numériques causent, en effet, les plus grandes difficultés à la population alors qu'il s'agit de compétences essentielles dans le contexte de l'évolution sociétale et systémique. En outre, les groupes de population défavorisés sur le plan social et sanitaire doivent bénéficier d'une plus grande attention. Il s'agit en particulier de promouvoir les compétences en matière d'autogestion des personnes atteintes de maladies chroniques. Les inégalités sociales et de santé au sein de la population devraient être compensées afin d'accroître l'équité. Dans ce contexte, il faut prendre des mesures axées sur les groupes cibles, qui tiennent compte de l'environnement des personnes et du cadre sociétal. Des mesures et des interventions sont requises aux niveaux structurel et organisationnel pour permettre aux habitantes et habitants du pays de s'orienter dans le système de santé, d'utiliser les offres de santé numériques et d'agir pour leur santé.

Sur le fond, il s'agit d'appliquer des mesures visant à promouvoir les compétences en santé, aussi bien au niveau individuel qu'au niveau des organisations et des systèmes, car les compétences en la matière ne relèvent pas seulement de la responsabilité des individus, mais dépendent aussi fortement des conditions et du contexte sociétal.

Une démarche systématique pour développer et mettre en œuvre des mesures visant à renforcer les compétences en santé est requise en vue d'obtenir des informations supplémentaires. Il est également

nécessaire de mesurer ces compétences, non seulement de manière ponctuelle mais aussi de façon répétée, et de mettre sur pied un monitorage régulier afin de les améliorer durablement. Il s'agit donc aussi de prendre des mesures dans ce sens.

Recommandations

Les résultats de cette étude permettent de formuler différentes recommandations ou orientations pour le développement (ultérieur) de mesures et d'interventions ainsi que les prochaines étapes visant à renforcer la littératie en santé de la population suisse. Ces recommandations concernent en particulier la politique, la formation, la pratique et la recherche.

N°	Recommandation
1	Nécessité d'une stratégie (nationale) globale en matière de compétences en santé
2	Accent sur certains groupes cibles et approches axées sur les groupes cibles
3	Utilisation facilitée des informations de santé numériques
4	Changement des conditions individuelles et surtout structurelles
5	Poursuite de programmes et projets éprouvés et utilisation des synergies pour promouvoir de nouvelles mesures sur le plan local, cantonal et national
6	Orientation et navigation facilitées dans le système de santé
7	Renforcement des compétences en matière d'autogestion des personnes atteintes de maladies chroniques
8	Inclusion du système de formation dans le renforcement des compétences en santé
9	Formation et formation continue interprofessionnelle ciblée des professionnels de la santé dans le domaine de la littératie en santé
10	Développement de la recherche et poursuite d'un monitorage régulier de la littératie en santé

Sintesi

La popolazione svizzera deve affrontare numerose sfide in materia di salute. La trasformazione digitale, per esempio, tocca non solo la vita e la salute di ciascun individuo ma anche l'intero sistema sanitario. La popolazione è sempre più chiamata ad attivarsi e ad assumere la responsabilità per la propria salute e per quella altrui. Allo stesso tempo, in molti chiedono maggiore autodeterminazione e maggiore partecipazione in questo settore. Per essere in grado di svolgere i compiti che ciò richiede e di gestire adeguatamente le informazioni e i servizi sanitari, ogni individuo deve possedere determinate capacità e abilità nonché di competenze di salute sufficienti. Le competenze di salute comprendono da un lato le capacità di base di scrittura, lettura e calcolo, e dall'altro le capacità cognitive e sociali di trovare, capire, valutare ed applicare informazioni e servizi sanitari per prendere delle decisioni nella vita quotidiana che hanno effetti positivi sulla salute.

Per esaminare le competenze di salute della popolazione, nel 2015 in Svizzera è stato condotto un primo studio rappresentativo (HLS_{15}CH) sul modello di quello realizzato nel 2012 a livello europeo (HLS-EU). Su questa base e nell'ambitodi uno studio internazionale (HLS_{19}) svolto dall'Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità regione Europa, nel 2019 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha lanciato un secondo sondaggio nazionale per rilevare i cambiamenti rispetto al primo studio, stabilire un'eventuale necessità di intervento e sensibilizzare sul tema gli attori del sistema sanitario e di altri settori nonché la popolazione in generale. Dal 2019 al 2021, la Fondazione Careum ha quindi condotto in collaborazione con gfs.bern la Health Literacy Survey per la Svizzera ($HLS_{19\text{-}21}$-CH). L'obiettivo dell'indagine era individuare le difficoltà che la popolazione incontra nell'utilizzo delle informazioni e dei servizi sanitari e identificare chi ne è particolarmente toccato. Inoltre, intendeva determinare le possibili cause di competenze di salute limitate e le sue conseguenze per la salute della popolazione e per il ricorso al sistema sanitario, tenendo conto delle attuali sfide legate alla trasformazione digitale, alla crescente complessità del sistema sanitario e alla pandemia di COVID-19.

Nel quadro di tale studio sono state intervistate 2502 persone adulte residenti in Svizzera. Questo campione rappresentativo permette di effettuare un'analisi dettagliata delle competenze di salute della popolazione e di singoli gruppi di popolazione. Oltre che per l'età e il sesso, i dati sono rappresentativi anche delle tre regioni linguistiche della Svizzera. La rilevazione è stata effettuata a marzo e aprile 2020 attraverso interviste web (2312) condotte con metodologia CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) e telefoniche (190) realizzate con metodologia CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing). Il questionario consisteva in 90 domande e comprendeva le 12 domande della versione breve del questionario Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU-Q12), altre 10 tratte dalla sua versione integrale (HLS-EU-Q47), domande sui determinanti e sulle conseguenze delle competenze di salute nonché sulle competenze di salute digitale e sulla capacità di muoversi all'interno del sistema sanitario ossia di trovare, capire, valutare e utilizzare in varie forme le informazioni necessarie per orientarsi in tale sistema al fine di ottenere le migliori cure possibili per sé stessi o per i propri cari.

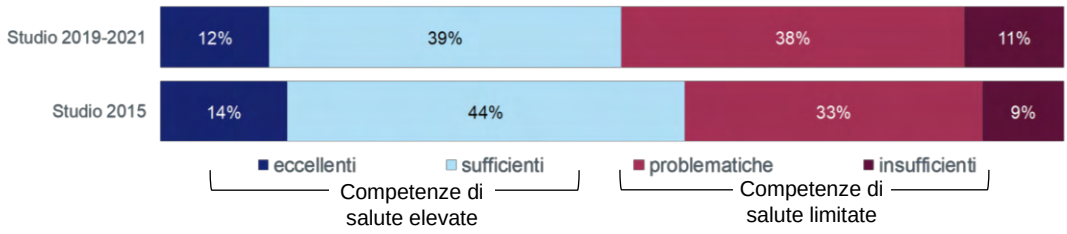
La $HLS_{19\text{-}21}$-CH si è concentrata su cinque domande fondamentali, le cui risposte sono descritte di seguito.

Come sono distribuite le competenze di salute nella popolazione svizzera? Com'è evoluta la situazione rispetto alla prima indagine del 2015?

Poco meno della metà (il 49 %) della popolazione svizzera fatica spesso a gestire le informazioni e i servizi sanitari, e ha pertanto delle competenze di salute limitate (valore medio: 77[3]). Nel corso degli ultimi cinque anni, le difficoltà nella gestione delle informazioni sanitarie sono leggermente aumentate, per cui nel complesso **le competenze di salute della popolazione svizzera sono leggermente diminuite** rispetto al primo studio **(valore medio nel 2015: 79, valore medio nel 2020: 77)**.

[3] Le competenze di salute spaziano da un minimo di 0 a un massimo di 100 e possono essere interpretate come percentuale delle domande classificate come semplici o molto semplici. Un valore medio di 77 significa che in media tutte le persone intervistate hanno classificato il 77 per cento delle 12 domande in relazione alle competenze di salute come semplici o molto semplici e hanno avuto (molte) difficoltà con il restante 23 per cento.

Figura: indice delle competenze di salute generale nel confronto temporale



Rispetto al 2015, nel 2020 si nota in particolare una diminuzione (dal 44 al 39 %) nella categoria «sufficiente» e un aumento (dal 33 al 38 %) in quella «problematica», mentre nelle categorie «insufficiente» ed «eccellente» non si osserva pressoché alcun cambiamento. Tuttavia, i risultati dello studio 2019-2021 possono essere solo limitatamente confrontati con quelli dello studio 2015, in quanto alcuni aspetti del sondaggio sono stati modificati. Per esempio, le categorie di risposta sono state adattate, alcune domande sono state riformulate, l'indagine è stata condotta con un'altra metodologia e per il calcolo delle competenze di salute è stata adottata una nuova procedura. Per poter comunque effettuare confronti puntuali, le competenze di salute per il 2015 sono state ricalcolate con i dati di allora ma seguendo la nuova procedura. Inoltre, nel calcolo dell'indice 2015 sono state considerate unicamente le domande su cui si basa l'indice dell'ultima indagine.

Nelle competenze di salute si distinguono **quattro fasi** di elaborazione delle informazioni: 1) trovare, 2) capire, 3) valutare e 4) applicare. Dai risultati emerge che, in generale, le persone intervistate hanno meno difficoltà a trovare e comprendere le informazioni, mentre – come già nel 2015 – trovano più difficile **valutarle** (valore medio nel 2020: 73 contro 72 nel 2015). Il leggero calo delle competenze di salute generale rispetto al 2015 è quindi dovuto più dalle altre tre fasi e in particolare all'utilizzo delle informazioni, dato che è in questa fase che le difficoltà sono aumentate in misura più importante rispetto al 2015 (valore medio nel 2020: 74 contro 79 nel 2015). Concretamente, le maggiori difficoltà risiedono nella valutazione e nell'utilizzo delle informazioni fornite dai media, ma anche il trovare delle informazioni su come procedere in caso di problemi di salute specifici come quelli psichici risulta particolarmente difficoltoso.

Oltre alle quattro fasi di elaborazione delle informazioni, nelle competenze di salute si distinguono anche **tre ambiti**: 1) la gestione delle malattie, 2) la prevenzione delle malattie e 3) la promozione della salute. Come già nel 2015, le sfide principali riguardano la **prevenzione delle malattie**. Rispetto agli altri due settori è qui che la popolazione svizzera fatica maggiormente. Il confronto con i risultati del 2015 mostra un aumento delle difficoltà nella prevenzione delle malattie (valore medio nel 2020: 70 contro 77 nel 2015) e nella promozione della salute (valore medio nel 2020: 81 contro 85 nel 2015). Per questo motivo, il lieve calo delle competenze di salute generale è dovuto soprattutto alle maggiori difficoltà in entrambi questi ambiti. Rispetto al 2015, le persone intervistate nel 2020 trovano molto più difficile valutare l'affidabilità delle informazioni dei media e ritengono che prendere decisioni in materia di salute sulla base di tali informazioni nonché trovare informazioni sulla gestione di problemi psichici sia diventato nettamente più difficoltoso.

I risultati mostrano inoltre che gran parte della popolazione svizzera (il 72 %) incontra spesso difficoltà a gestire le informazioni e i servizi digitali per cui riporta delle competenze di salute digitale limitate (valore medio: 56). Spicca in particolare l'elevata percentuale (44 %) di persone con delle competenze di salute digitale insufficienti, mentre nelle competenze di salute generale solo l'11 per cento rientra in questa categoria. Inoltre, il fatto che spesso le persone con delle elevate competenze di salute digitale hanno anche delle elevate competenze di salute generale e viceversa indica l'esistenza di un legame tra questi due aspetti.

Oltre a ciò, una larga maggioranza della popolazione svizzera fatica a gestire le informazioni che servono a orientarsi nel sistema sanitario. Pertanto, circa i tre quarti degli intervistati (il 74 %) mostrano una capacità di muoversi all'interno del sistema sanitario relativamente limitata e tra cui la metà della popolazione (il 51 %) addirittura insufficiente (valore medio: 53). Anche in questo caso, il fatto che spesso le persone con delle competenze di salute limitate generale fatichino a orientarsi nel sistema sanitario e

viceversa indica l'esistenza di un legame tra questi due aspetti. Nel sondaggio del 2015, la capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario e le competenze di salute digitale non sono state rilevate.

In Svizzera, esistono differenze regionali per quanto riguarda la distribuzione delle competenze di salute?

I risultati del presente studio mostrano alcune differenze sia tra **regioni linguistiche** sia tra **Cantoni**. Le persone intervistate della Svizzera francese hanno delle competenze di salute generale leggermente più alte rispetto a quelle della Svizzera tedesca e italiana. Questi dati sono simili a quelli del 2015. In tutte e tre le regioni linguistiche, la popolazione fatica soprattutto a valutare l'affidabilità delle informazioni fornite dai media. Malgrado le diverse competenze di salute, le principali difficoltà sembrano quindi essere le stesse in tutte e tre le regioni linguistiche. Tuttavia, il fatto che una regione linguistica abbia delle competenze di salute più elevate o più limitate non significa che tutti i Cantoni di tale regione abbiano delle competenze di salute maggiori o minori. Se si osservano le competenze di salute a livello cantonale si nota per esempio che i Cantoni francofoni Vaud, Ginevra e Friburgo rientrano tra quelli con delle elevate competenze di salute mentre il Vallese e il Giura, anch'essi francofoni, figurano tra quelli con delle competenze di salute maggiormente limitate. Ne consegue che, da un lato, per quanto riguarda il valore assoluto delle competenze di salute le differenze tra le regioni linguistiche sono minime e, dall'altro, che la **lingua nazionale** non costituisce di per sé un fattore rilevante per le competenze di salute. Anche per le competenze di salute digitale e per la capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario in media le cifre sono simili in tutte e tre le regioni linguistiche.

Diversamente dalle regioni linguistiche, tra i vari **tipi di insediamento** non si rileva alcuna differenza in merito alle competenze di salute generale: la provenienza da un'area rurale, intermedia (con caratteristiche sia urbane sia rurali) o urbana non sembra avere alcuna influenza sulle competenze di salute generale. Tuttavia a livello cantonale, si nota che i Cantoni con le città più grandi (come p. es. Ginevra, Basilea, Zurigo e Berna) tendono ad avere delle competenze di salute generale più elevate. Diversamente che per quest'ultima, il tipo di insediamento influisce invece leggermente sulle competenze di salute digitale: per esempio, alle persone delle aree urbane risulta in media un po' più facile gestire le informazioni e i servizi sanitari digitali rispetto alle persone delle aree rurali. Il tipo di insediamento non ha per contro alcuna influenza sulla capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario.

Come si spiega il fatto che un individuo abbia delle competenze di salute più o meno elevate?

I determinanti delle competenze di salute

La presente indagine conferma che delle competenze di salute limitate sono strettamente legate alla **mancanza di risorse finanziarie** e di **sostegno sociale**. Le persone che faticano a pagare le fatture generali, le fatture mediche o i medicamenti spesso riportano delle competenze di salute limitate. Analogamente, le persone che possono contare sul sostegno di pochi, che suscitano scarso interesse altrui e che faticano maggiormente a farsi aiutare dai vicini, hanno mediamente delle competenze di salute più limitate.

Seppure in misura lieve, le competenze di salute sono influenzate dal **livello di istruzione** e dalla **posizione professionale**. Le persone con un livello di istruzione elevato così come quelle che vanno a scuola tendono ad avere meno difficoltà a trovare, comprendere e valutare le informazioni sanitarie e a prendere decisioni per la loro salute. Al contrario, quelle con un livello di istruzione basso o disoccupate incontrano molte più difficoltà a gestire queste informazioni e di conseguenza hanno più spesso delle competenze di salute limitate. Per quanto riguarda il livello di istruzione, emerge altresì che chi ha concluso una **formazione nel settore sanitario** riporta delle competenze di salute generale leggermente più elevate. Nondimeno, i risultati indicano che anche tra queste persone una percentuale importante (il 40 %) spesso fatica a gestire le informazioni sanitarie.

Il **retroterra migratorio** influisce solo in misura contenuta sulle competenze di salute. Diversamente dall'indagine del 2015 (Bieri et al., 2016), quella recente mostra che le persone con un retroterra migratorio possiedono delle competenze di salute leggermente più alte rispetto a rispetto agli altri. Non si

tratta comunque di differenze significative. I risultati indicano per contro che le **competenze linguistiche nella lingua nazionale locale** sono fondamentali per gestire adeguatamente le informazioni sanitarie: se una persona ha problemi di comprensione nella lingua nazionale locale, le difficoltà nella gestione di tali informazioni aumentano. Per esempio, il 61 per cento delle persone con problemi di comprensione nella lingua nazionale ha delle competenze di salute problematiche e il 21 per cento insufficienti. Determinanti per le competenze di salute non sono quindi il retroterra migratorio o il parlare una lingua straniera bensì i problemi di comprensione nella lingua nazionale locale.

I risultati confermano anche l'esistenza di un legame tra delle competenze di salute limitate e la presenza di una **malattia cronica**. Inoltre, indicano che le persone affette da una o più malattie croniche sono meno capaci di autogestirsi[4]: due terzi (il 66 %) di esse hanno capacità di autogestione limitate tra cui poco più di un terzo (il 36 %) addirittura insufficienti. Alle persone con una o più malattie croniche risulta particolarmente difficile utilizzare le informazioni del loro medico per gestire la loro patologia.

Se si esaminano le competenze di salute digitale, si nota che, diversamente da quelle generali, l'**età** ha un'influenza rilevante: le difficoltà nel gestire le informazioni e i servizi sanitari digitali aumentano con l'avanzare degli anni. Le differenze maggiori si riscontrano tra la fascia dai 18 ai 25 anni (valore medio: 62) e quella degli over 76 (valore medio: 40). Oltre all'età, anche qui svolgono un ruolo importante la **deprivazione finanziaria**, il **sostegno sociale** e lo **status sociale autovalutato**. Analogamente, l'aver concluso una **formazione nel settore sanitario** ha un legame positivo con le competenze di salute digitale e anche la **posizione professionale** esercita una sua influenza. Soprattutto le persone in pensione nonché le casalinghe e i casalinghi mostrano delle competenze di salute digitale nettamente più limitate rispetto a chi studia o va a scuola. Infine, anche il **retroterra migratorio** influisce sulle competenze di salute digitale, ma ancora una volta sono determinanti le **competenze linguistiche nella lingua nazionale locale**.

Per quanto riguarda la capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario, esiste un legame tra le difficoltà riscontrate e la **posizione professionale** come pure l'**età**: coloro che studiano o vanno a scuola, ossia le persone più giovani, e coloro che sono in pensione, ossia le persone più anziane, sembrano orientarsi nel sistema sanitario con maggiore facilità rispetto alle persone tra i 25 e i 65 anni. Inoltre, è evidente che la **situazione finanziaria**, il **sostegno sociale** e lo **status sociale** hanno un'influenza anche su questa capacità: meno problemi finanziari ha una persona, maggiore è il sostegno che riceve dal suo ambiente e più alto è il suo status sociale, meno difficoltà ha in media a orientarsi nel sistema sanitario. Di nuovo, chi ha una **formazione nel settore sanitario** si muove più facilmente all'interno di tale sistema, sebbene pure in questo sottogruppo di popolazione in molti dichiarano di faticare a orientarsi. Qui il retroterra migratorio non svolge alcun ruolo, ma lo stesso non vale per le **competenze linguistiche nella lingua nazionale locale** che ancora una volta esercitano una loro influenza.

Le conseguenze delle competenze di salute

Delle competenze di salute limitate possono avere un impatto negativo sia sul **comportamento in materia di salute o di malattia** sia sullo **stato di salute** nonché sul **ricorso al sistema sanitario**. I risultati della presente indagine indicano per esempio che le competenze di salute generale sono legate alla frequenza con cui si consuma frutta e verdura, alla frequenza con cui si pratica un'attività sportiva e all'indice di massa corporea (Body Mass Index BMI). In tutti i casi, un comportamento che giova alla salute è correlato con delle competenze di salute generali elevate. Per contro, perlomeno in base ai risultati di questo studio, non sembra esserci alcun collegamento dimostrabile tra il consumo di alcol e tabacco e le competenze di salute. Quest'ultima è invece associata allo stato di salute autovalutato: chi ha più frequentemente difficoltà a gestire le informazioni sanitarie spesso si sente meno in salute. Analogamente, esiste un legame anche tra competenze di salute e utilizzo di prestazioni mediche: le persone con delle competenze di salute limitate tendono a usufruire più spesso del sistema sanitario. In queste correlazioni, occorre tuttavia tenere presente che riguardo al comportamento in materia di salute,

[4] L'autogestione è un aspetto delle competenze di salute. In presenza di una malattia cronica o di una dipendenza, l'autogestione identifica anche un processo dinamico comprendente le capacità di un individuo di gestire in modo attivo e adeguato i sintomi, le conseguenze fisiche e psicosociali e i trattamenti della malattia cronica o della dipendenza e di adottare di conseguenza il proprio stile di vita (definizione secondo l'Ufficio federale della sanità pubblica).

allo stato di salute e all'utilizzo di prestazioni mediche non è possibile formulare affermazioni conclusive sulle cause e sugli effetti.

Per quali gruppi di popolazione o caratteristiche individuali è più urgente intervenire per rafforzare le competenze di salute?

Alcuni gruppi di popolazione incontrano maggiori difficoltà nel gestire le informazioni sanitare e di conseguenza hanno delle competenze di salute più limitate. Pertanto, la necessità di intervento per rafforzare le competenze di salute di questi gruppi di popolazione può essere considerata urgente o prioritaria e merita particolare attenzione. In questi gruppi rientrano in particolare le persone con **problemi finanziari**, appartenenti alle **classi sociali più basse**, con **poco sostegno sociale** e con **difficoltà di comprensione nella lingua nazionale locale**, ma anche le **persone affette da malattie croniche**. Se si considerano anche i risultati relativi alle competenze di salute digitale e alla capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario occorre focalizzare l'attenzione anche sulle **persone anziane** nonché sulle persone **con un livello di istruzione basso** e su quelle **provenienti dalle aree più rurali**. Un sostegno mirato di questi gruppi di popolazione contribuisce a migliorare le pari opportunità in materia di salute ed è importante anche in vista della svolta demografica in atto, della trasformazione digitale incalzante e della crescente complessità del sistema sanitario.

Sulla base dei risultati dello studio quali misure di promozione delle competenze di salute si possono raccomandare?

L'$HLS_{19\text{-}21}$-CH ha fornito nuovi dati sulle competenze di salute della popolazione svizzera e ha illustrato la situazione attuale in Svizzera. I risultati mostrano una chiara necessità di azione. Tuttavia, la scelta delle misure e degli interventi volti a rafforzare le competenze di salute e la rispettiva priorità sono decisioni strategiche che dipendono fortemente dalla definizione di urgenza e dalle risorse messe a disposizione.

Visti i risultati dell'indagine è necessario rafforzare soprattutto le competenze di salute digitale e la capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario. L'orientamento nel sistema sanitario e la gestione delle offerte di informazione digitali pongono le maggiori difficoltà alla popolazione svizzera e rivestono un'importanza fondamentale in considerazione dell'ulteriore sviluppo sociale e sistemico. Inoltre, occorre prestare maggiore attenzione ai gruppi di popolazione svantaggiati dal punto di vista sociale e sanitario. Bisogna eliminare le disuguaglianze sociali e sanitarie nella popolazione per migliorare le pari opportunità. A tale scopo, vanno avviate misure per gruppi di destinatari specifici che tengano conto dell'ambiente delle persone e delle condizioni quadro sociali. Occorrono misure e interventi a livello strutturale e organizzativo che consentano a chi risiede in Svizzera di destreggiarsi nel sistema sanitario, di gestire le offerte di informazione digitali e di attivarsi per la propria salute. In linea di principio, le misure volte a promuovere le competenze di salute devono agire sia a livello individuale, sia a livello delle organizzazioni e dei sistemi sanitari. Le competenze di salute, infatti, non sono solo responsabilità del singolo, ma dipendono fortemente dalle condizioni quadro e dal contesto sociale.

Per acquisire ulteriori conoscenze, bisogna stabilire una procedura sistematica per lo sviluppo e l'implementazione delle misure volte a rafforzare le competenze di salute. Un miglioramento duraturo delle competenze di salute della popolazione presuppone misurazioni non solo puntuali ma pure frequenti nonché un monitoraggio regolare. Vanno pertanto intrapresi i passi necessari anche in questa direzione.

Raccomandazioni

Dai risultati della presente indagine è possibile ricavare diverse raccomandazioni o linee d'azione per il futuro e ulteriore sviluppo di misure e interventi nonché definire i prossimi passi per rafforzare le competenze di salute della popolazione svizzera. Queste raccomandazioni si rivolgono soprattutto al mondo della politica, dell'istruzione, della prassi e della ricerca.

N°	Raccomandazione
1	Elaborare una strategia globale (nazionale) in materia di competenze di salute
2	Concentrarsi su gruppi di destinatari specifici e adottare approcci orientati a tali gruppi
3	Facilitare la gestione delle informazioni sanitarie digitali
4	Modificare le condizioni individuali e soprattutto quelle strutturali
5	Proseguire i programmi e i progetti collaudati e sfruttare le sinergie per promuovere ulteriori misure a livello locale, cantonale e nazionale
6	Semplificare l'orientamento nel sistema sanitario
7	Rafforzare le capacità di autogestione delle persone affette da malattie croniche
8	Coinvolgere il sistema educativo nel rafforzamento delle competenze di salute
9	Promuovere una formazione e un perfezionamento mirati dei professionisti della salute nell'ambito delle competenze di salute
10	Potenziare la ricerca e proseguire il monitoraggio regolare delle competenze di salute

Summary

The Swiss population faces several challenges when it comes to health. For example, the digital transformation is permeating not only the lives and health of individuals, but also the entire health system. The population is increasingly required to take an active role and responsibility for its own health and that of other people. At the same time, more self-determination and co-determination in this area is demanded. To be able to perform the tasks associated with these challenges and to adequately deal with health information, everyone is dependent on certain abilities and skills, and hence requires sufficient health literacy. Health literacy includes the basic literacy and numeracy skills of an individual on the one hand, and the cognitive and social skills to access, understand, appraise, and apply information and services relevant to health to maintain and promote health or cope with diseases.

To investigate the health literacy of the population, a first representative study – based on the 2012 European study (HLS-EU) – was carried out in Switzerland in 2015 (HLS_{15}-CH). Building on this and within the framework of an international study (HLS_{19}) of the «WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy» (M-POHL) of the WHO Europe, the Swiss Federal Office of Public Health (FOPH) launched a second national survey in 2019. The aim was to monitor the changes since the first study, to identify needs for action and to raise awareness of the issue among actors in the healthcare system and other sectors, as well as among the public. The Careum Foundation together with gfs.bern conducted the «Health Literacy Survey Switzerland» ($HLS_{19\text{-}21}$-CH) in the period from 2019 to 2021. The aim of the survey was to find out which difficulties exist in dealing with health information and services, and who is particularly affected. It was also intended to identify possible causes of low health literacy and its consequences for the population health and the use of the health system. In addition, current challenges associated with the digital transformation, the increasingly complex healthcare system and the COVID-19 pandemic should be investigated.

As part of this study, 2,502 adults living in Switzerland were surveyed. This representative sample enables a detailed analysis of the health literacy of the population and of individual population groups. In addition to age and gender, the data is also representative for the three language regions of Switzerland. Data collection took place between March and April 2020 by means of computer-assisted online interviews (CAWI, 2,312 interviews) and telephone interviews (CATI, 190 interviews). The questionnaire consisted of a total of 90 questions. It included some questions of the Health Literacy Survey European Questionnaire consisting of 12 questions (HLS-EU-Q12), ten additional questions from the long version (HLS-EU-Q47), questions on determinants and consequences of health literacy, as well as questions on digital health literacy and navigation health literacy, which is defined as the ability to access, understand, appraise and apply the information necessary to navigate through the health system in order to receive the best possible care for oneself or for close individuals.

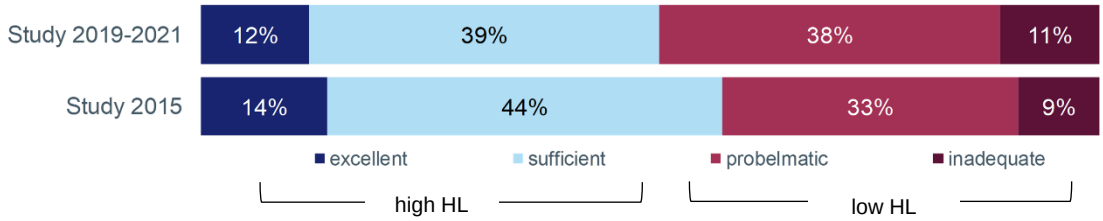
The $HLS_{19\text{-}21}$-CH was based on five central questions. The survey results provide answers to these questions:

How is health literacy distributed within the Swiss population? How has the situation developed since the first survey in 2015?

Almost half of the Swiss population (49 %) reports frequent difficulties in dealing with health information and has a correspondingly low health literacy (mean: 77)[5]. These difficulties in dealing with health information have slightly increased over the last five years. Accordingly, **the health literacy of the Swiss population has decreased slightly from 2015 (mean: 79) to 2020 (mean: 77).**

[5] Health literacy ranges from a minimum of 0 to a maximum of 100 and can be interpreted as the percentage of questions rated as easy or very easy. A mean value of 77 means that the average of all respondents rated 77 percent of the 12 health literacy questions as easy or very easy and had difficulties with 23 percent of the questions.

Figure: Index of general health literacy (HL) in time comparison



Compared to 2015, in 2020 there is a decrease in the category «sufficient» health literacy (44 % vs. 39 %) and an increase in the category «problematic» health literacy (33 % vs. 38 %). In contrast, there are hardly any changes over time in the remaining two categories «inadequate» and «excellent» health literacy. However, comparisons between the newest results and those of 2015 are only possible to a limited extent, as some aspects of the survey were changed in 2020. This concerns for example an adjustment of the answer categories, reformulations of certain questions, a different type of survey and a new procedure for calculating health literacy. To enable a certain comparison, the health literacy index for 2015 was recalculated using the former data and applying the same calculation method as for the study of 2019-2021. For the recalculated index for 2015, the same questions were considered as were included in the current index.

When talking about health literacy, **four steps of information processing** can be distinguished: 1) accessing information, 2) understanding information, 3) appraising information and 4) applying information. Considering these four steps, the results show that the respondents generally have less difficulty in finding and understanding information. As in 2015, **appraising information** is rated as the most difficult step (mean value 2020: 73 vs. 2015: 72). Thus, the slight decrease in general health literacy since 2015 is rather due to the other three steps, and in particular to the application of information, as the difficulties here have increased compared to 2015 (mean 2020: 74 vs. 2015: 79). Specifically, the greatest difficulties lie in appraising and applying information from the media. Another major difficulty is accessing information on how to deal with mental health problems. In the case of specific health topics, accessing information is already considered quite difficult.

In addition to the four steps of information processing, the following **three areas of health literacy** can be distinguished: 1) healthcare, 2) disease prevention, and 3) health promotion. Here, as in 2015, the greatest challenges can be found in the area of **disease prevention**. The Swiss population shows indeed the greatest difficulties in this specific area, compared to the areas of health promotion and disease management. Comparing these results with the ones from 2015, greater difficulties can be seen in the areas of disease prevention (mean 2015: 77 vs. 2020: 70) and health promotion (mean 2015: 85 vs. 2020: 81). Therefore, the slight decrease in general health literacy since 2015 can most likely be explained by greater difficulties in these two areas. In this context, the assessment of the trustworthiness of media information is currently much more difficult than it was in 2015. In addition, health decisions based on media information and accessing information on how to deal with mental health problems have become much more difficult compared to 2015.

The results also show that a large part of the Swiss population has often difficulties in dealing with digital information and services (72 %), and accordingly has a low digital health literacy (mean: 56). The high proportion of people with inadequate digital health literacy is particularly striking (44 %). Regarding general health literacy, on the other hand, only 11 percent fall into the «inadequate» category. Furthermore, a correlation can be established between digital and general health literacy, i.e., people with a high level of digital health literacy often also have a high level of general health literacy and vice versa.

A large majority of the Swiss population also finds it difficult to deal with information that serves for the navigation of the health system. Accordingly, around three quarters (74 %) of the respondents have a low level of navigation health literacy, and half (51 %) of the population even have inadequate navigation health literacy (mean: 53). Here, too, a correlation between general and navigation health literacy can be observed, i.e., people with low general health literacy more often also have low navigation health literacy and vice versa. Navigation health literacy and digital health literacy were not surveyed in 2015.

Are there regional differences in the distribution of health literacy in Switzerland?

The present results show certain differences **regarding the language regions**, but also **with regard to the cantons**. Respondents from the French-speaking region have a slightly higher general health literacy compared to the German- and Italian-speaking respondents. These data are similar to 2015. In all three language regions, assessing the trustworthiness of media information poses the greatest difficulties. Thus, despite differences in health literacy, the main difficulties seem to be the same in all three language regions. However, a higher or lower health literacy in one language region cannot be attributed to a higher or lower health literacy in all cantons of this language region. If health literacy is examined at the cantonal level, it is noticeable, for example, that the French-speaking cantons of Vaud, Geneva and Fribourg are among the cantons with higher health literacy levels, whereas Valais and Jura tend to belong to the cantons with lower health literacy levels. This shows, on the one hand, that the language regions differ only minimally in terms of the absolute value of health literacy and, on the other hand, that **the national language** itself might not be a significant factor for health literacy. Digital health literacy and navigation health literacy also show similar average figures in all three language regions.

In contrast to the language regions, there are no differences between the **types of settlement** regarding general health literacy. Whether one comes from a rural, intermediate (which has both urban and rural characteristics) or urban region does not seem to have any influence on general health literacy. However, when looking at general health literacy at the cantonal level in this context, it is noticeable that cantons with larger cities (such as Geneva, Basel, Zurich, and Bern) tend to have a higher general health literacy level. In contrast to general health literacy, however, the type of settlement has only a small influence on digital health literacy: on average, people from urban areas find it somewhat easier to deal with digital health information and services than people from rural regions. On the other hand, the type of settlement has no influence on navigation health literacy.

How can we explain why an individual has a higher or lower health literacy?

Determinants of health literacy

This survey confirms that low health literacy is closely linked to **financial deprivation** and lack of **social support**. People with difficulties paying general bills, medical bills or medication are also more likely to have a low health literacy. Also, people who have few people supporting them, little involvement of other people and greater difficulty in getting help from neighbours on average have a lower health literacy.

Education level and **employment status** also have a small but demonstrable influence on health literacy. People with higher education, as well as students and pupils, tend to have less difficulty accessing, understanding, and appraising health information and taking decisions for their health. On the other hand, people with a lower level of education and unemployed people have considerably more difficulties in dealing with such information and thus report more often a low level of health literacy. Regarding education, it can also be shown that people with an **education in the health sector** have a slightly higher general health literacy. Nevertheless, the results show that a considerable proportion of this population group (40 %) also frequently report difficulties in dealing with health information.

The **migratory background** has only a minor influence on health literacy. In contrast to 2015 (Bieri et al., 2016), the current survey shows that people with a migratory background have a slightly higher health literacy level than those without. However, these differences are not significant. The results show, though, that **competences in the local language** are central to appropriate handling of health-related information: If a person reports communication difficulties in the local language, difficulties in coping with health information increase. Of those individuals with communication difficulties in the local language, 61 percent have a problematic, and 21 percent have a poor health literacy. The decisive factor for health literacy in this population group are therefore not the migratory background or foreign language, but the communication difficulties in the local language.

The results further confirm that low health literacy is linked to the presence of **chronic disease(s)**. It also shows that people with chronic diseases have lower self-management skills: Two thirds (66 %) of these people report low self-management skills, which are even poorly developed in slightly more than one third (36 %). People with one or more chronic diseases seem to find it particularly difficult to use information from their doctor to manage their disease.

When looking at digital health literacy, it is noticeable that – in contrast to general health literacy – **age** has a significant influence. Difficulties in dealing with digital health information and services increase with age. The greatest differences are found between 18- to 25-year-olds (mean value: 62) and those over 76 years (mean value: 40). In addition to age, **financial deprivation**, **social support,** and **self-assessed social status** also play a central role. An **education in the health sector** is also positively related to digital health literacy. Furthermore, **employment status** is correlated with digital health literacy: Retired people and housewives and househusbands have a much lower level of digital health literacy than schoolchildren and students. Finally, the **migratory background** also has an influence on digital health literacy. However, in this context, **competences in the local national language** are again decisive.

In the case of navigation health literacy, there is also a correlation between difficulties in this area and **employment status** and **age**. Here, on the one hand, students and pupils, i.e., rather younger persons, and on the other hand, retired persons, i.e., rather older persons, seem to have fewer difficulties with navigating the health system. In contrast, people between 25 and 65 years report more difficulties navigating the health system. In addition, an influence of the **financial situation**, **social support** and **social status** can also be found here: The fewer financial difficulties a person has, the more support he or she receives from his or her own environment, and the higher his or her own social status is, the fewer difficulties he or she on average has in navigating the health system. Again, an **education in the health sector** leads to a higher navigation health literacy, although many respondents in this subgroup also have difficulties with navigating the health system. M**igratory background** does not play a role here, but again **difficulties with the local language** have an influence on navigating the health system.

Consequences of health literacy

Low health literacy can have negative consequences on **health behaviour** and **health status** as well as on **the use of the health system**. The present study shows, for example, that general health literacy is related to diet, i.e., the frequency of fruit and vegetable consumption, as well as to the frequency of physical activity and the body mass index (BMI). In all cases, health-promoting behaviour is associated with a higher general health literacy. In contrast, tobacco and alcohol consumption do not seem to have a demonstrable relationship with health literacy, at least according to the current results. Nevertheless, health literacy is linked to self-assessed health status: those who have more difficulties in dealing with health information and services often feel less healthy. There is also a correlation between health literacy and the use of health care services: people with low health literacy tend to use the health system more often. Considering these correlations, however, it should be noted that no conclusive statements can be derived about cause and effect regarding health behaviour, health status and the use of medical services.

For which population groups or individual characteristics is it most urgent to work towards strengthening health literacy?

Certain population groups have greater difficulties in dealing with health information, and correspondingly a lower health literacy. Therefore, the need for action to strengthen the health literacy of these population groups can be described as urgent or a priority. Accordingly, special attention should be paid to them. These groups particularly include those with **financial difficulties**, belonging to **lower social classes**, having **little social support** and **difficulties with the local language**. Another target group are **people with chronic diseases**. Considering the results on digital and navigation health literacy, the focus should also be put on **older people**, **people with a lower level of education** and those from **rural regions**. Targeted support for these population groups contributes to increasing health equity and is also important in view of the ongoing demographic change, the increasing digital transformation, and the growing complexity of the health system.

What measures to promote health literacy can be recommended based on the study results?

With the $HLS_{19\text{-}21}$-CH, new data on the health literacy of the Swiss population could be obtained. The results show a clear need for action. However, the definition and prioritisation of appropriate measures

and interventions to strengthen health literacy is a strategic decision that is strongly dependent on the definition of urgency and the respective use of resources.

Based on the available findings, the priority should be to strengthen digital health literacy and navigation health literacy. The navigation and orientation in the health system and dealing with digital information contain the greatest difficulties for the Swiss population and are central for the further social and systemic development. In addition, it is important to focus more on socially and health disadvantaged population groups. Health and social inequalities in the population should be balanced out to increase equity. In doing so, target-group-tailored measures should be initiated that consider the environment of an individual as well as the social conditions. Measures and interventions are required at the structural and organisational level that enable the population in Switzerland to navigate the health system, to deal with digital health information and to apply it for their health. In principle, measures to promote health literacy should be implemented at the individual level as well as at the level of organisations and systems. This is because health literacy is not only the responsibility of the individuals themselves but is also strongly dependent on framework conditions and on the societal context.

In order to gain further insights, a systematic approach to the development and implementation of measures to strengthen health literacy must be established. To sustainably improve the health literacy of the population, it is also necessary to measure health literacy not only selectively but repeatedly, and to establish a regular monitoring. Accordingly, the necessary steps should be taken in this direction.

Recommendations

Based on the survey results, several recommendations, or directions for the future (further) development of measures and interventions as well as next steps with regard to strengthening the health literacy of the Swiss population can be derived. These recommendations are directed at policymakers, education, practice and research.

Nr.	Recommendation
1	Need for a (national) overall health literacy strategy
2	Focus on specific target groups and target-group-oriented approaches
3	Facilitating the use of digital health information
4	Changing individual and especially structural conditions
5	Continue proven programmes and projects and use synergies to promote further measures at the local, cantonal, and national level
6	Simplify orientation and navigation in the health system
7	Strengthen the self-management competences of people with chronic diseases
8	Involve the education system in strengthening health literacy
9	Targeted interprofessional education and training of health professionals in health literacy
10	Extension of research on and continuation of a regular monitoring of health literacy

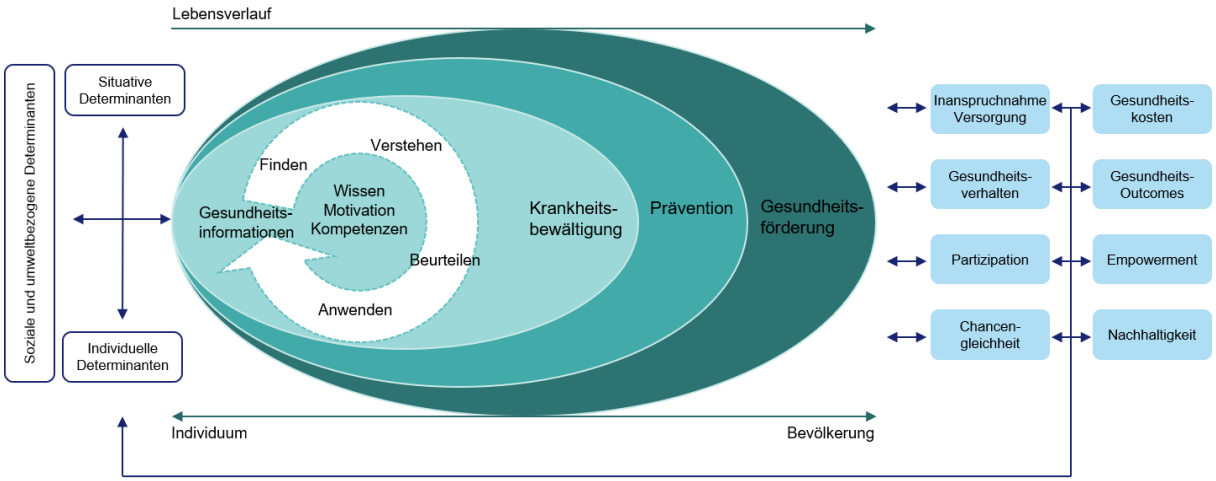
1 Einleitung

Beim Thema Gesundheit sieht sich die Schweizer Bevölkerung mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Die digitale Transformation[6] durchdringt sowohl das Leben und die Gesundheit jeder und jedes Einzelnen unserer Gesellschaft als auch das gesamte Gesundheitssystem. Aktuell besteht eine besondere Herausforderung darin, in der Flut von Gesundheitsinformationen vertrauenswürdige Informationen herauszufiltern, diese auf die eigene Lebenssituation hin zu bewerten und auf dieser Grundlage Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen. In Krisenzeiten wie der Corona-Pandemie[7] gilt es darüber hinaus mit Wissensunsicherheiten umzugehen, präventive Verhaltensweisen korrekt umzusetzen und Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Hinzu kommt, dass das Gesundheitssystem zunehmend komplexer und damit die Orientierung in diesem System immer schwieriger wird. Für das Bewältigen dieser Herausforderungen sind bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen von Seiten der Bevölkerung gefragt. Jede und jeder Einzelne ist aufgefordert, eine aktive Rolle und Verantwortung für die eigene Gesundheit und die ihres bzw. seines Umfelds zu übernehmen und verlangt gleichzeitig mehr Selbst- und Mitbestimmung. Dazu benötigen sie eine gewisse Motivation, bestimmte Fähigkeiten und Wissen, um mit Gesundheitsinformationen und -dienste adäquat umgehen zu können. Jedes Individuum ist daher auf ein bestimmtes Mass an Gesundheitskompetenz[8] angewiesen.

1.1 Definition und Konzeptverständnis

Der Begriff Gesundheitskompetenz stammt ursprünglich aus dem angelsächsischen Raum (engl. «health literacy») und wurde anfänglich sehr eng gefasst. Seither wurden in der Literatur diverse Definitionen und Modelle zu Gesundheitskompetenz verwendet. Eine systematische Analyse der Definitionen und Modelle führte schliesslich zu einem in Europa und den deutschsprachigen Ländern heute anerkannten und weitverbreiteten Konzept (vgl. Abbildung 1) (Sørensen et al., 2012).

Abbildung 1: Konzept Gesundheitskompetenz (adaptiert nach Sørensen et al. 2012)



Gemäss diesem Konzept umfasst Gesundheitskompetenz nicht nur die grundlegenden Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten («Literalität») eines Individuums, sondern auch die kognitiven und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten, um sich Zugang zu Informationen verschaffen, sie verstehen und anwenden zu können, so dass sie zum Umgang mit Krankheiten sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit beitragen.

[6] Vgl. Glossar
[7] Vgl. Glossar
[8] Vgl. Glossar

«Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.»
(Pelikan & Ganahl, 2017; Sørensen et al., 2012)

Wie im Modell (Abbildung 1) durch die Achse «Individuum-Bevölkerung» als auch durch die individuellen, situativen sowie sozialen und umweltbezogenen Determinanten angezeigt wird, ist Gesundheitskompetenz als relationales Konzept zu verstehen (Parker, 2009; Parker & Ratzan, 2010). Das bedeutet, dass Gesundheitskompetenz nicht nur auf den persönlichen Fähigkeiten eines Individuums beruht («individuelle Gesundheitskompetenz»), sondern auch durch den sozialen und gesellschaftlichen Kontext und die Komplexität der Anforderungen der Lebenswelten bestimmt wird. Die *individuelle Gesundheitskompetenz* umfasst deshalb den Grad an Fähigkeiten eines Individuums, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Handlungen für sich selbst und andere treffen zu können (Santana et al., 2021). Demgegenüber steht die *organisationale Gesundheitskompetenz*, die den Grad einer Organisation umfasst, zu welchem diese es Individuen ermöglicht, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Handlungen für sich und andere treffen zu können (Santana et al., 2021). Individuelle Entscheidungen stehen deshalb immer im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen des Systems und sind entsprechend so zu interpretieren. Konkret bedeutet dies, dass beispielsweise Schwierigkeiten beim Verstehen von Gesundheitsinformationen nicht nur auf die mangelnden Fähigkeiten eines Individuums zurückgeführt werden, sondern dass die Gründe hierfür auch bei einer nutzerunfreundlichen und nicht-adressatengerechten Informationsvermittlung liegen können.

In Anlehnung an die aktuellen Herausforderungen des menschlichen Alltags – wie dem Umgang mit der digitalen Transformation, der Komplexität des Gesundheitssystems, der Corona-Pandemie oder der psychischen Gesundheit – werden verschiedene *Arten von Gesundheitskompetenz* – wie die digitale, Navigations-Gesundheitskompetenz, die Corona-spezifische oder die psychische Gesundheitskompetenz[9] – beschrieben. Es stellt sich folglich die Frage, welche Schwierigkeiten bei diesen Arten der Gesundheitskompetenz bestehen und wie stark diese ausgeprägt sind.

1.2 Datenlage

Um herauszufinden, welche Schwierigkeiten die Schweizer Bevölkerung im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat und wie diese ausgeprägt und verteilt sind, wurden in den letzten Jahren sowohl international als auch national verschiedenste Studien lanciert. Durch die erste vergleichende Studie in Europa – dem sogenannten europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) – hat das Thema seit 2012 in vielen europäischen Ländern und auch der Schweiz erhöhte Aufmerksamkeit erhalten (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen et al., 2015). Der HLS-EU untersuchte unter anderem die Gesundheitskompetenz der europäischen Bevölkerung, deren Verbreitung sowie die damit verbundenen Faktoren und Konsequenzen. Dies hat auch in der Schweiz dazu geführt, dass 2015 auf Basis des HLS-EU eine erste repräsentative Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durchgeführt wurde (HLS_{15}-CH). Diese Bevölkerungsbefragung zeigte, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung (54 %) eine geringe Gesundheitskompetenz aufwies (Bieri et al., 2016). Die grössten Probleme lagen damals beim «Beurteilen» und «Verstehen» von Informationen im Bereich «Krankheitsprävention». Dabei waren gewisse Bevölkerungsgruppen speziell von geringer Gesundheitskompetenz betroffen, insbesondere jene mit finanzieller Deprivation, einem tieferen sozialen Status, höherem Alter und tieferem Bildungsgrad. Auch spielte das Gesundheitsverhalten eine Rolle – vermehrte körperliche Aktivität ging mit höherer Gesundheitskompetenz einher und umgekehrt (Bieri et al., 2016). Schliesslich zeigte sich, dass die Gesundheitskompetenz einen Einfluss auf den Gesundheitszustand, die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen

[9] Vgl. Glossar

von chronischen Erkrankungen sowie die Nutzung des Gesundheitssystems hatte: Je geringer die Gesundheitskompetenz war, desto häufiger wurde der eigene Gesundheitszustand als schlecht beurteilt. Die Befragten gaben zudem häufiger an, an einer oder mehreren langandauernden Krankheiten zu leiden, hatten öfter einen Krankheitsaufenthalt hinter sich oder mussten den Notfalldienst häufiger konsultieren (Bieri et al., 2016). Entsprechend konnte gezeigt werden, dass die Gesundheitskompetenz einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und dieses wiederum auf die Gesundheit selbst hat. Eine geringe Gesundheitskompetenz scheint dadurch ferner ein nicht unbedeutsamer Kostentreiber im Gesundheitssystem darzustellen (Kickbusch et al., 2013). Folglich könnten mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz sowohl die Gesundheit der Bevölkerung gesteigert als auch den stets steigenden Gesundheitskosten entgegen gewirkt werden.

1.3 Bedeutung von Gesundheitskompetenz

Die Schweizer Bevölkerung soll nicht nur den aktuellen gesundheitsbezogenen Herausforderungen – wie beispielsweise dem fortlaufenden demografischen Wandel, der Zunahme an chronischen Erkrankungen, der digitalen Transformation, der «Infodemie»[10] oder den Bedrohungen der Corona-Pandemie – angemessen begegnen, sondern eigenverantwortlich über ihre Gesundheit entscheiden und zu einem sozial und ökonomisch verträglichen Gesundheitssystem beitragen können. Dazu müssen alle Bürgerinnen und Bürger einen einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen haben, diese verstehen, beurteilen und für ihr Handeln und ihre Entscheidungen nutzen können. Entsprechend benötigen sie eine adäquate Gesundheitskompetenz. Diese ist notwendig, um die eigene Gesundheit besser zu verstehen, gesundheitliche Angelegenheiten gut bewältigen und informierte, gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können. Gesundheitskompetenz ist jedoch nicht nur eine Frage der persönlichen Fähigkeiten (*individuelle Gesundheitskompetenz*), sondern hängt auch von den Anforderungen und Komplexitäten der Umwelt bzw. Lebenswelten, in denen sich die Individuen bewegen, ab (*organisationale Gesundheitskompetenz*). Entsprechend trägt auch das System (Politik, Bildung, Gesundheitswesen etc.) eine Verantwortung, sodass ihre Anforderungen und Rahmenbedingungen den Bedürfnissen und Bedarfen der einzelnen Individuen entsprechen. Es geht also um das Zusammenspiel von Individuen und System. Die Gesundheitskompetenz spielt generell auch eine wichtige Rolle bei der Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten und der Erhöhung der Chancengerechtigkeit.

Die Resultate diverser Studien (HLS-EU Consortium, 2012; Pelikan et al., 2013; Schaeffer et al., 2016; Sørensen et al., 2015) führten zu viel Aufmerksamkeit für das Thema auf politischer, gesellschaftlicher, organisationaler und persönlicher Ebene und stiessen auch in der Schweiz wissenschaftliche und politische Diskussionen und Aktivitäten an. Daraus entstanden zentrale Forderungen in die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu investieren, die Forschung fortzuführen und weitere vertiefende Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz zu generieren. Demzufolge wurde die Stärkung der Gesundheitskompetenz auch in die aktuelle gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates «Gesundheit2030» aufgenommen (vgl. Abbildung 2). Darin wird «Gesundheitskompetenz stärken» prominent als zweites Ziel aufgeführt, um insbesondere den Herausforderungen des technologischen und digitalen Wandels zu begegnen. Als zentrale Stossrichtungen in diesem Bereich wurden die optimierte Information der Bürgerinnen und Bürger sowie der verbesserte Umgang mit Informationen zu Gesundheit und Krankheit genannt (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

Schliesslich kann festgehalten werden, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz eine wichtige gesellschaftliche und gesundheitspolitische Aufgabe darstellt (Bieri et al., 2016; Kickbusch et al., 2013).

[10] Vgl. Glossar

Abbildung 2: Gesundheitskompetenz stärken als Ziel von «Gesundheit2030» (Bundesamt für Gesundheit, 2019).



1.4 Ausgangslage

Mit der Bevölkerungsbefragung von 2015 konnte eine erste wichtige Datenbasis zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in der Schweiz geschaffen werden. Um zu weiterführenden Erkenntnissen zu gelangen, und so die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung voranzutreiben, ist es jedoch notwendig, die Gesundheitskompetenz regelmässig zu messen – auch weil sich Gesellschaften im Laufe der Zeit verändern. Dies wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Shanghai-Erklärung (WHO, 2017) sowie in der Roadmap zur Förderung der Gesundheitskompetenz (World Health Organization, 2019) als auch im Manifest zur Gesundheitskompetenz (Kickbusch et al., 2013) bekräftigt.

Um nationale Anstrengungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu unterstützen, wurde 2018 unter der Schirmherrschaft der WHO Europa und der European Health Information Initiative (EHII) das sogenannte «Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy» (M-POHL) gegründet. Das Hauptziel des Netzwerks ist die Generierung von Daten zu individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz, um evidenzbasierte (politische) Entscheidungen und Interventionen zu veranlassen. Das Netzwerk bringt zu diesem Zweck Gesundheitswissenschaft und Gesundheitspolitik bzw. Gesundheitsbehörden zusammen. Um den Dialog zwischen diesen zwei Perspektiven zu ermöglichen, sind die Mitgliedstaaten jeweils durch eine Vertretung der Wissenschaft und eine Vertretung der Gesundheitspolitik bzw. Gesundheitsbehörde repräsentiert. Die Schweiz ist Mitglied dieses Netzwerks und Teil des Konsortiums derjenigen europäischen Staaten, die am sogenannten internationalen Health Literacy Survey 2019 (HLS_{19}) im Zeitraum von 2019-2021 teilgenommen haben. Vertreten wird die Schweiz von Seiten der Politik durch das BAG (Sektion gesundheitliche Chancengleichheit) und von Seiten der Wissenschaft durch die Careum Stiftung (Bereich Gesundheitskompetenz). Der HLS_{19} ist das erste Projekt des internationalen Aktionsnetzwerks und im Vergleich zum HLS-EU um Zusatzmodule erweitert worden, damit auch die mit den gesellschaftlichen Veränderungen einhergehenden neuen Herausforderungen (z. B. digitale Transformation, Komplexität des Gesundheitssystems) abgebildet werden können. Am HLS_{19} haben nebst der Schweiz 16 weitere Nationen teilgenommen. Die Resultate der Gesamtstudie werden in einem separaten internationalen Bericht Ende 2021 publiziert.

Der vorliegende Bericht basiert ausschliesslich auf den nationalen Daten im Rahmen dieser Studie. Es werden keine Vergleiche zu den anderen Mitgliedstaaten erstellt.

1.5 Auftrag

Als Teil des HLS_{19} führte die Careum Stiftung gemeinsam mit ihrem Subakkordanten gfs.bern im Auftrag des BAG die Schweizer Bevölkerungsbefragung zur Gesundheitskompetenz, den «Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021» ($HLS_{19\text{-}21}$-CH), durch. Dabei handelt es sich um eine für die Schweiz repräsentative, persönliche Befragung der Gesundheitskompetenz. Der Befragung liegen die folgenden fünf zentralen Fragestellungen zugrunde:

- Wie ist die Gesundheitskompetenz innerhalb der Schweizer Bevölkerung verteilt? Wie hat sich die Situation seit der ersten Erhebung 2015 entwickelt?
- Gibt es in der Schweiz regionale Unterschiede in Bezug auf die Verteilung der Gesundheitskompetenz?
- Wie ist zu erklären, ob ein Individuum eine höhere oder geringere Gesundheitskompetenz hat?
- Bei welchen Bevölkerungsgruppen, respektive Personenmerkmalen, ist ein Hinwirken auf eine Stärkung der Gesundheitskompetenz am dringendsten?
- Welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz können aufgrund der Studienergebnisse empfohlen werden?

Weitere Details zur Befragung, der Vergleichbarkeit des $HLS_{19\text{-}21}$-CH mit dem HLS_{15}-CH sowie den zusätzlichen Schwerpunkten der digitalen Gesundheitskompetenz und der Navigations-Gesundheitskompetenz folgen in den Methoden (vgl. Kapitel 2).

Da die Befragung zu Beginn der Corona-Pandemie stattfand, wurde die Careum Stiftung mit einem Zusatzmandat beauftragt, um die Corona-spezifische Gesundheitskompetenz zu erfassen und damit mögliche Einflüsse der Pandemie auf die Erhebung der generellen Gesundheitskompetenz besser abschätzen zu können. Diese Resultate wurden in einem separaten Bericht veröffentlicht (Vogt et al., 2020) und werden in der Diskussion (vgl. Kapitel 4) aufgegriffen.

2 Methoden

In diesem Kapitel werden Details zum Befragungsinstrument, zur Stichprobe, zur Datenauswertung, zur Index- und Kategorienbildung der Gesundheitskompetenz sowie zur Vergleichbarkeit der aktuellen Erhebung mit derjenigen von 2015 beschrieben. Dies erlaubt es, die Ergebnisse, die anschliessend präsentiert werden, besser verstehen, beurteilen und diskutieren zu können. Detaillierte Informationen zur Projektorganisation sind im Anhang (vgl. Kapitel 7) ersichtlich.

2.1 Fragebogen Schweizer Health Literacy Survey

Zur Erhebung der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung wurde das im Rahmen des internationalen M-POHL-Netzwerks entwickelte «Health Literacy Core»-Instrument eingesetzt. Der für diese Studie verwendete Fragebogen basiert deshalb auf dem Fragebogen «European Health Literacy Survey Questionnaire», bestehend aus der Langversion HLS-EU-Q47 und der Kurzversion HLS-EU-Q12[11]. Dieser Fragebogen misst die subjektiv eingeschätzten Schwierigkeiten einer Person bei der Bewältigung von 47 bzw. 12 konkreten, gesundheitsrelevanten Informationsaufgaben und -anforderungen, d. h. die Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Matrix der Elemente des Gesundheitskompetenz-Fragebogens (Sørensen et al., 2013)

Gesundheitskompetenz	Informationen finden (IF)	Informationen verstehen (IV)	Informationen beurteilen (IB)	Informationen anwenden (IA)
Krankheitsbewältigung (KB)	Informationen über Krankheitsbewältigung finden	Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
Krankheitsprävention (KP)	Informationen über Krankheitsprävention finden	Informationen über Krankheitsprävention verstehen	Informationen über Krankheitsprävention beurteilen	Informationen über Krankheitsprävention anwenden
Gesundheitsförderung (GF)	Informationen über Gesundheitsförderung finden	Informationen über Gesundheitsförderung verstehen	Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen	Informationen über Gesundheitsförderung anwenden

Der finale Fragebogen für die Schweizer Befragung setzte sich aus folgenden Modulen des internationalen Fragebogens und damit aus insgesamt 90 Fragen zusammen:

- *Health Literacy Core*[12]*:* 12 Fragen zur Gesundheitskompetenz aus dem Kurzfragebogen HLS-EU-Q12 sowie 10 Zusatzfragen aus der Langversion HLS-EU-Q47.
- *Core Correlates*[13]*:* 31 Fragen zu Determinanten und Konsequenzen von Gesundheitskompetenz.
- *Optional Correlates:* Weitere 9 optionale Fragen zu Determinanten und Konsequenzen von Gesundheitskompetenz, die für die Schweiz als relevant erachtet wurden.
- *Digital Health Literacy:* 16 Fragen zur digitalen Gesundheitskompetenz.
- *Navigation Health Literacy:* 12 Fragen zur Navigations-Gesundheitskompetenz

[11] Vgl. Glossar
[12] Diese Fragen waren für alle HLS_{19}-teilnehmenden Länder obligatorisch und mussten in den nationalen Fragebogen aufgenommen werden.
[13] Diese Fragen waren für alle HLS_{19}-teilnehmenden Länder obligatorisch und mussten in den nationalen Fragebogen aufgenommen werden.

Bei der digitalen und Navigations-Gesundheitskompetenz handelte es sich um neue Zusatzmodule, welche vom BAG und dem National Study Center (NSC, Careum Stiftung) als für die Schweiz relevant angesehen und somit in die Erhebung integriert wurden. Beide Module entstammen wie alle anderen Module den Arbeiten des ICC des HLS_{19}. Der Übersetzungsprozess des Fragebogens auf Deutsch, Französisch und Italienisch wird im Detail im Anhang (vgl. Kapitel 7) beschrieben.

Auf Änderungen des aktuellen Fragebogens im Vergleich zu demjenigen aus dem Jahr 2015 wird im Kapitel 2.4 «Vergleichbarkeit mit HLS_{15}-CH» genauer eingegangen.

2.2 Befragung und Stichprobe

Die Befragungen im Rahmen des HLS_{19-21}-CH wurden zwischen dem 5. März und dem 29. April 2020 durchgeführt[14]. Gemäss den Vorgaben des ICC wurde eine geschichtete, mehrstufige Zufallsstichprobe auf der Grundlage des Stichprobenrahmens für Personen- und Haushaltserhebungen SRPH des Bundesamtes für Statistik BFS gezogen. Dieser ist repräsentativ für die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz. Es wurde eine bevölkerungsrepräsentative Brutto-Stichprobe mit 4'764 Adressen gezogen. Insgesamt konnten 2'554 Interviews realisiert werden, was einer Ausschöpfung von 53.6 Prozent entspricht. 52 Interviews wurden aus dem Datensatz entfernt, weil weniger als 80 Prozent der relevanten Fragen zur Gesundheitskompetenz inhaltlich beantwortet waren (vgl. Kapitel 3.1.2). Schliesslich konnten 2'502 Interviews weiterverwendet werden, womit die initiale Minimalvorgabe von 2'000 kompletten Interviews klar erfüllt wurde. Die Erhebung der Daten entsprach den Standards des internationalen Protokolls des HLS_{19} und erfolgte hauptsächlich als computergestützte Interviews per Web (CAWI) und ergänzend als computergestützte Interviews per Telefon (CATI). Von den verwendeten Interviews waren 2'312 online und lediglich 190 telefonisch. Wie im Protokoll des HLS_{19} vorgesehen, wurden Personen befragt, die in der Schweiz wohnhaft und im Alter ab 18 Jahren waren (vgl. Tabelle 2). Diese Stichprobe ermöglicht somit eine detaillierte Analyse der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sowie einzelner Bevölkerungsgruppen. Die Daten sind repräsentativ für die drei Sprachregionen der Schweiz.

Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe (ungewichtet)

Variablen	Total N = 2502 (100 %)
Geschlecht	
weiblich	1219 (48.7 %)
männlich	1280 (51.2 %)
Alter	
15-29 Jahre	386 (15.4 %)
30-39 Jahre	381 (15.2 %)
40-49 Jahre	446 (17.8 %)
50-59 Jahre	507 (20.3 %)
60-69 Jahre	382 (15.3 %)
70 Jahre und älter	396 (15.8 %)
Bildung	
keine formale Bildung oder unter ISCED 1	56 (2.2 %)
Sekundarstufe I (ISCED 2)	269 (10.8 %)
Sekundarstufe II (ISCED 3)	1187 (47.4 %)
Postsekundärer nicht-tertiärer Bereich (ISCED 4)	10 (0.4 %)
Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm (ISCED 6)	649 (25.9 %)
Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm (ISCED 7)	252 (10.1 %)
Doktorat (ISCED 8)	72 (2.9 %)

[14] Die Datenerhebung wurde in einem separaten Auftrag des BAG durch das Umfrageinstitut M.I.S. Trend durchgeführt.

Monatliches Haushaltseinkommen	
weniger als 4000 CHF	535 (21.4 %)
4000 bis 6000 CHF	612 (24.5 %)
6000 bis 8000 CHF	402 (16.1 %)
8000 bis 10000 CHF	283 (11.3 %)
10000 bis 12000 CHF	185 (7.4 %)
12000 bis 14000 CHF	101 (4.0 %)
mehr als 14000 CHF	124 (5.0 %)
Migrationshintergrund	
ja	1041 (41.6 %)
nein	1449 (57.9 %)
Geburtsland	
Schweiz	1833 (73.3 %)
anderes	661 (26.4 %)
Sprachregion	
Deutschschweiz	1802 (72.0 %)
Französische Schweiz	551 (22.0 %)
Italienische Schweiz	149 (6.0 %)
Siedlungsart	
städtisch	1507 (60.2 %)
intermediär	557 (22.3 %)
ländlich	438 (17.5 %)
Beschäftigungsstatus	
angestellt	1377 (55.0 %)
selbstständig erwerbend	176 (7.0 %)
arbeitslos	68 (2.7 %)
pensioniert	572 (22.9 %)
arbeitsunfähig	40 (1.6 %)
Schüler/Student, Weiterbildung, unbezahltes Praktikum	113 (4.5 %)
Hausmann/-frau	83 (3.3 %)
Militärdienst	8 (0.3 %)
andere	64 (2.6 %)
Ausbildung im Gesundheitswesen	
ja	467 (18.7 %)
nein	2034 (81.3 %)
Chronische Krankheit	
ja, eine	682 (27.3 %)
ja, mehrere	246 (9.8 %)
nein	1570 (62.7 %)

Aufgrund fehlender Antworten kann es vorkommen, dass die Summe kleiner als 100 % ist.

2.3 Datenauswertung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden nach einer Datenkontrolle und -aufbereitung in einem ersten Schritt alle inhaltlichen Variablen aus dem Datensatz univariat ausgewertet und in der Regel als Grafik oder als Tabelle aufbereitet. Bivariate Zusammenhänge zwischen zwei Variablen wurden meistens in Form von Tabellen dargestellt. Hierbei wurde in der Regel auf den Rangkorrelationskoeffizienten Spearman's Rho zurückgegriffen, um die Vergleichbarkeit mit dem HLS_{15}-CH sowie den internationalen Auswertungen zu gewährleisten. Bei diesen Rangkorrelationen werden ungerichtete lineare Zusammenhänge zwischen zwei Variablen untersucht, d. h. es können keine Aussagen zur Kausalität dieser Zusammenhänge gemacht werden. Bei allen Auswertungen wurden – mit expliziter Ausnahme von Tabelle 4Tabelle 4 bis Tabelle 7 zu den Einzelelementen der Gesundheitskompetenz – die Antwortkategorien «weiss nicht», «Antwortverweigerung» oder ähnliches ignoriert.

2.3.1 Indexbildung Gesundheitskompetenz

Aus den gestellten Fragen konnten verschiedene Indices zur Gesundheitskompetenz gebildet werden. Im Gegensatz zu 2015 wurde nicht der HLS-EU-Q47, sondern der HLS-EU-Q12 verwendet. Deshalb wurden bei der Indexbildung auch nur die zwölf Fragen aus dem HLS-EU-Q12 berücksichtigt (vgl. Tabelle 4, Tabelle 5, Tabelle 6 und Tabelle 7 und Kapitel 3.1.1).

Aus den zwölf Fragen des HLS-EU-Q12 liessen sich acht verschiedene Indices berechnen:

- ein Index zur generellen Gesundheitskompetenz (generelle-GK) aus 12 Fragen,
- drei spezifische Sub-Indices für die drei Bereiche Krankheitsbewältigung (KB), Krankheitsprävention (KP) und Gesundheitsförderung (GF) aus je 4 Fragen, sowie
- vier spezifische Sub-Indices für die vier Schritte der Informationsverarbeitung Informationen finden (IF), Informationen verstehen (IV), Informationen beurteilen (IB) und Informationen anwenden (IA) aus je 3 Fragen[15].

Der Fokus dieses Berichts liegt auf der generellen Gesundheitskompetenz sowie auf den Indices der optionalen Module (digitale und Navigations-Gesundheitskompetenz) und weniger auf den Sub-Indices. Für die Auswertung jedes Index wurden – wie bereits erwähnt – jeweils nur Interviews verwendet, bei welchen die Personen mindestens 80 Prozent der dazugehörigen Fragen inhaltlich beantwortet hatten (d. h. ohne «keine Antwort»)[16]. Für alle sieben Sub-Indices sind deshalb mindestens 96 Prozent der Interviews in der Auswertung enthalten.

Die Berechnung und Kategorisierung der Indices folgte dem letzten Vorschlag des M-POHL-Netzwerks (International Coordination Center of HLS19, 2021). In einem ersten Schritt wurde deshalb ein individueller **Indexwert für die generelle Gesundheitskompetenz** sowie die drei Bereiche und vier Schritte der Informationsverarbeitung berechnet:

- Jede Frage, die eine Person mit «keine Antwort» beantwortet hatte, wurde bei der individuellen Indexbildung ignoriert.
- War die Antwort bei einer Frage «sehr einfach» oder «einfach», wurde 1 Punkt addiert. Bei «sehr schwierig» oder «schwierig» wurde kein Punkt addiert. Die Summe ergab eine ganze Zahl zwischen 0 und der Anzahl Fragen.
- Die Summe der Punkte wurde durch die Anzahl (nicht ignorierter) Fragen geteilt. Das ergab eine rationale Zahl zwischen 0 und 1.
- Die Zahl wurde mit 100 multipliziert. Das ergab eine rationale Zahl zwischen 0 und 100.

$$\text{Index} = 100 \times \frac{\text{Anzahl "(sehr) einfach"}}{\text{Anzahl Fragen}}$$

Dadurch erstreckt sich jeder Index von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 100 und kann als prozentualer Anteil der als (sehr) einfach eingestuften Fragen interpretiert werden.

> *Beispiel:* Ein Indexwert von 75 im Bereich «Krankheitsbewältigung» bedeutet, dass die Person drei der vier Fragen als (sehr) einfach und eine Frage als (sehr) schwierig beurteilt hat.

[15] Alle Begriffe sind im Glossar definiert.
[16] Bei Indices mit 3 bzw. 4 Fragen bedeutet dies, dass alle Fragen inhaltlich beantwortet werden mussten. Bei der generellen sowie bei der Navigations-Gesundheitskompetenz mussten mindestens 10 von 12, bei der digitalen mindestens 7 von 8 Fragen inhaltlich beantwortet werden.

Es gilt zu beachten, dass hier eine andere Berechnungsform als 2015 verwendet wurde, was zu deutlich anderen Index-Werten führt[17]. Die Werte aus dem Bericht von 2015 (Bieri et al., 2016) lassen sich deshalb nicht mit den hier berechneten Werten vergleichen. Genauere Informationen zu den Unterschieden zwischen den zwei Erhebungen HLS_{15}-CH und $HLS_{19\text{-}21}$-CH finden sich in Kapitel 2.4.

Um die Indices besser kommunizieren zu können, ist es sinnvoll, sie in vier Kategorien zu teilen. Dabei wurde die Kategorisierung anhand des aktuellen Kategorisierungsvorschlags des M-POHL-Netzwerkes vorgenommen (International Coordination Center of HLS19, 2021), welche auf den relativen Anteilen der Antwortkategorien beruht (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Kategorisierung der Gesundheitskompetenz ($HLS_{19\text{-}21}$-CH)

Kategorie (deutsch)	Kategorie (englisch)	Bedingung
ausgezeichnet	excellent	Häufigkeit «sehr einfach» ≥ 50 %, «(sehr) schwierig» < 8.334 %
ausreichend	sufficient	Häufigkeit «(sehr) einfach» > 83.33 %
problematisch	problematic	Alle Fälle, die nicht in eine der anderen drei Kategorien fallen[18]
mangelhaft	inadequate	Häufigkeit «sehr einfach» < 8.334 %, «(sehr) schwierig» ≥ 50 %

Die Kategorien mangelhaft und problematisch werden unter «geringe Gesundheitskompetenz» und ausreichend und ausgezeichnet unter «hohe Gesundheitskompetenz» zusammengefasst.

Es gilt zu beachten, dass die so gebildeten Kategorien nicht direkt auf den zuvor berechneten Indexwerten beruhen. Daher ist es möglich, dass eine Person mit einem höheren Indexwert in eine tiefere Kategorie fällt als eine andere Person mit einem niedrigeren Indexwert[19]. Da die Kategorien und die Indexwerte jedoch auf denselben Fragen beruhen, korrelieren sie stark miteinander (Spearman's Rho: 0.905 für die generelle Gesundheitskompetenz und mind. 0.981 für die Sub-Indices). Weiter gilt es zu beachten, dass die Kategorien zwar dieselben Namen tragen wie im Bericht zur Erhebung 2015 (Bieri et al., 2016), aber unterschiedlich gebildet wurden. Deshalb können die aktuellen Kategorien nicht direkt mit denjenigen von 2015 verglichen werden (vgl. Kapitel 2.4).

Zusätzlich wurden auch **Indices für die digitale und die Navigations-Gesundheitskompetenz** – und zwar nach demselben Prinzip wie bei der generellen Gesundheitskompetenz – berechnet:

- Digitale Gesundheitskompetenz auf Basis der 8 Elemente digitale GK (vgl. Kapitel 3.6),
- Navigations-Gesundheitskompetenz aus Basis der 12 Elemente Navigations-GK (vgl. Kapitel 3.7).

Auf Basis einer Auswahl der Fragen zur Gesundheitskompetenz wurde zusätzlich **ein Index zum Selbstmanagement**[20] berechnet (vgl. Kapitel 3.8). Dieser Index beruht auf den folgenden Fragen: «Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach würden Sie sagen ist es …

- … zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen? Z. B. Informationen zu Diagnosen, Anweisungen und Empfehlungen des Arztes» (Nr. 9),
- … die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?» (Nr. 10),

[17] Beispiel: Eine Person A, welche alle Fragen als einfach, aber nicht als sehr einfach bezeichnet, erhält einen höheren Indexwert als eine Person B, welche eine Frage als schwierig, aber alle anderen Fragen als sehr einfach beurteilt. Nach dem Berechnungsmodell von 2015 hätte Person B hingegen einen höheren Indexwert als Person A.
[18] Daraus ergibt sich, dass alle Bedingungen der anderen Kategorien gleichzeitig nicht erfüllt sein dürfen. Die Bedingung mit Prozentzahlen für diese Gruppe lautet: («sehr einfach» < 50 % ODER «(sehr) schwierig» ≥ 8.334 %) UND («(sehr) einfach» ≤ 83.33 %) UND («sehr einfach» ≥ 8.334 % ODER «(sehr) schwierig» < 50 %).
[19] Beispiel: Person A beantwortet 12 von 12 Fragen mit «einfach». Sie erhält einen Indexwert von 100 und wird in die Kategorie «ausreichend» eingeteilt. Person B beantwortet 11 Fragen mit «sehr einfach» und 1 Frage mit «schwierig». Sie erhält einen Indexwert von 92 und wird in die Kategorie «ausgezeichnet» eingeteilt.
[20] Vgl. Glossar

- … Informationen von Ihrem Arzt zu nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen?» (Nr. 13),
- … Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern?» (Nr. 44).

Zwei der Fragen (Nr. 10 und 44) wurden auch bei der generellen Gesundheitskompetenz berücksichtigt, die anderen beiden (Nr. 9 und 13) nicht. Die Berechnung des Indexwertes und die Kategorisierung erfolgte nach denselben Grundsätzen wie die Indexbildung zur generellen Gesundheitskompetenz.

2.3.2 Bevölkerungsgruppen mit häufigen Schwierigkeiten

Um die Bevölkerungsgruppen zu identifizieren, die häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen aufweisen, wurde auf jene Bevölkerungsgruppen fokussiert, welche 1) einen erhöhten Anteil an geringer genereller Gesundheitskompetenz, 2) einen erhöhten Anteil an mangelhafter Gesundheitskompetenz, oder 3) einen tiefen Mittelwert beim Indexwert der generellen Gesundheitskompetenz aufwiesen. Dabei wurden folgende Grenzwerte[21] gesetzt:

- eine um mehr als 5 Prozentpunkte höhere geringe Gesundheitskompetenz als die befragte Gesamtbevölkerung, das heisst mindestens einen Anteil von 54 Prozent problematischer oder mangelhafter Gesundheitskompetenz,
- eine um mehr als 5 Prozentpunkte höhere mangelhafte Gesundheitskompetenz als die befragte Gesamtbevölkerung, das heisst mindestens einen Anteil von 16 Prozent mangelhafter Gesundheitskompetenz,
- einen Mittelwert des Indexwertes der generellen Gesundheitskompetenz der mindestens 3 Punkte tiefer ist als jener der befragten Gesamtbevölkerung, das heisst ein tieferer Wert als 74.3 vorliegt.

2.3.3 Finanzielle Deprivation

Die finanzielle Deprivation wird durch einen Index repräsentiert. Dieser errechnet sich anhand der Fragen, wie einfach oder schwierig es ist, …

- … am Ende des Monats Rechnungen zu bezahlen,
- … sich bei Bedarf Medikamente leisten zu können,
- … sich medizinische Untersuchungen und Behandlungen leisten zu können.

Je schwieriger diese Angelegenheiten ausfallen, desto höher ist die finanzielle Deprivation. Der Wert des Index liegt zwischen 0 und 100 und gibt an, bei prozentual wie vielen dieser drei Fragen die befragte Person mit «schwierig» oder «sehr schwierig» geantwortet hat.

2.3.4 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung wird ebenfalls durch einen Index (in Analogie zu (Kocalevent et al., 2018)) repräsentiert. Dieser errechnet sich anhand der Fragen

- zur Anzahl unterstützender Personen («keine» = 1, «1 bis 2» = 2, «3 bis 5» = 3, «6 oder mehr» = 4),
- zur Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben («keinerlei Anteilnahme» = 1, «wenig» = 2, «weder viel noch wenig» = 3, «etwas» = 4, «viel» = 5) und
- zur Schwierigkeit, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten («sehr schwierig» = 1, «schwierig» = 2, «möglich» = 3, «einfach» = 4, «sehr einfach» = 5).

Die Werte der Antworten werden summiert und ergeben so einen Indexwert zwischen 3 und 14. Ein hoher Wert korrespondiert mit viel, ein tiefer Wert mit wenig Unterstützung aus dem sozialen Umfeld.

[21] Die Grenzwerte wurden durch gfs.bern in Absprache mit dem NSC festgelegt. Es wurde ein pragmatischer Kompromiss gesucht, um auf eine sinnvolle Anzahl Gruppen «mit häufigen Schwierigkeiten» zu kommen. Dabei haben langjährige Erfahrungen in der Sozialforschung und insbesondere im Kontext des Gesundheitswesens als Grundlage für die Entscheide gedient.

2.3.5 Regionale Modellierung

Diese Erhebung umfasst zusätzlich zu den Analysen zu den Sprachregionen auch Analysen auf Kantonsebene. Diese Analysen entlang der Kantone dienen als Beobachtungsgrösse und beruhen nicht auf direkt gemessenen Umfragewerten, da die Stichprobengrösse maximal für die grössten Kantone separate Auswertungen zulassen würde, und auch diese nur im Rahmen eines erheblichen Stichprobenfehlers. Deshalb wurde eine statistische Modellierung verwendet, welche auf Basis der Umfragedaten und Aggregatdaten seitens der offiziellen Gemeindestatistik die generelle Gesundheitskompetenz pro Kanton schätzt. Besonders geeignet für solche regionale Modelle sind dabei jene, welche die regionalen Kennzahlen nicht nur auf Basis von Kontextdaten berechnen, sondern die Zusammenhänge auf Individualebene modellieren (Gelman & Hill, 2017; Molina & Marhuenda, 2015). Solche Modelle sind bekannt unter dem Begriff «lineare nested-error Regressionsmodelle auf Individualebene».

Aus der Gruppe dieser Modelle wurde ein Ansatz verwendet, welcher als «Multilevel Regression and Poststratification» (MRP) bezeichnet wird. Im Kern wird bei einer MRP die zu erklärende Variable auf Zensusdaten geschätzt. Der erste Schritt dazu ist die Modellierung einer Mehrebenenregression. Wie bei einer linearen Regression wird hier eine abhängige Variable durch eine oder mehrere unabhängige Variablen erklärt. Mehrebenenregressionen berücksichtigen jedoch die hierarchische Struktur von Daten. Anschliessend an die Mehrebenenregression werden die Ergebnisse poststratifiziert. Auf Basis der in der Mehrebenenregression ermittelten Koeffizienten wird für jede Art von Person in der Bevölkerung (den Zensusdaten) eine Schätzung der abhängigen Variablen berechnet. Diese wird in Abhängigkeit zum realen Vorkommen der jeweiligen Personengruppe in der Bevölkerung gewichtet, um danach in die Schätzung für die jeweilige geografische Region einzufliessen.

Im vorliegenden Fall wurde die Gesundheitskompetenz in einem ersten Schritt für jede Schweizer Gemeinde modelliert und danach auf Kantonsebene aggregiert. Zentral dabei ist, dass eine Modellierung versucht, aufgrund lückenhafter Informationen und möglichst gesicherter Annahme wahrscheinlichkeitsgestützte Aussagen zu machen. Ein Modell ist damit eine Schätzung der Realität und kann unpräzise oder im ungünstigsten Fall ganz falsch sein. Diese Unschärfe ist auch bei dem hier verwendeten Modell mitzudenken.

2.4 Vergleichbarkeit mit dem HLS_{15}-CH

Im Vergleich zum HLS-EU 2012 und dem HLS_{15}-CH wurden im Rahmen des HLS_{19} und entsprechend in der vorliegenden Erhebung einige Anpassungen am Befragungsinstrument vorgenommen, welche den direkten Vergleich mit den Ergebnissen der Erhebung aus dem Jahr 2015 nicht möglich oder sehr schwierig machen. Eine zentrale Änderung betrifft die Antwortkategorien der Elemente des «Health Literacy Core» Instruments: In einer Arbeitsgruppe der Teilnehmerländer des HLS_{19} wurde entschieden, den Begriff «ziemlich» (engl. «fairly») der beiden mittleren Antwortkategorien («ziemlich einfach» und «ziemlich schwierig») zu streichen, um die Übersetzung in die verschiedenen Sprachen zu erleichtern. Dies kann dazu geführt haben, dass die Kategorie «sehr schwierig» oder «schwierig» bzw. «sehr einfach» oder «einfach» sowohl mehr als auch weniger häufig gewählt wurde. Potenzielle Veränderungen der Ergebnisse im Zeitverlauf von 2015 zu 2020 könnten sich aufgrund der veränderten Bezeichnungen der vier Antwortkategorien aber auch gleich wieder aufgehoben haben. Dies lässt sich mit den aktuellen Daten jedoch nicht belegen und müsste mit zusätzlichen Studien untersucht werden. Neben der Veränderung der Antwortkategorien wurden zahlreiche Fragen umformuliert. Diese Umformulierungen wurden auf internationaler Ebene beschlossen, da frühere Untersuchungen darauf hingedeutet haben, dass einige Elemente oder Wörter aus dem Fragebogen für die Befragten schwer verständlich waren oder hohe Antwortausfallraten aufwiesen. Deshalb hat man versucht, die Formulierungen zu vereinfachen, ähnliche Begriffe und Beispiele zu harmonisieren und nicht eindeutige oder unklare Formulierungen und Wörter zu präzisieren. Diese Anpassungen wurden zwischen den Vertreterinnen und Vertreter der Teilnehmerländer des HLS_{19} so lange kritisch diskutiert, bis ein Konsens gefunden werden konnte. Diese Veränderungen der Formulierung der Fragen erschweren den Vergleich zwischen den Ergebnissen von 2015 und den aktuellen Ergebnissen zusätzlich.

Darüber hinaus hat sich auf nationaler Ebene auch die Art der Erhebung verändert. Im Jahr 2015 wurden die Daten mittels Face-to-Face-Interviews (Computer Assisted Personal Interview, CAPI) erhoben.

In der aktuellen Erhebung hat man sich hingegen für eine Kombination aus primär webbasierten (CAWI) und sekundär telefonischen Interviews (CATI) entschieden. Dieser Methodenwechsel erschwert den direkten Vergleich mit dem HLS_{15}-CH erheblich, auch wenn für beide Erhebungen die Brutto-Stichprobe aus dem Stichprobenregister für Personen- und Haushaltserhebungen SRPH des Bundesamts für Statistik BFS gezogen wurde[22]. Bezüglich Stichprobe lässt sich ein weiterer kleiner Unterschied festhalten: Im Jahr 2015 wurden Einwohnerinnen und Einwohner ab 15 Jahren befragt, während in der vorliegenden Befragung die Altersuntergrenze auf 18 Jahre angehoben wurde. Dadurch sind die beiden Grundgesamtheiten nicht deckungsgleich. Da die 15- bis 17-Jährigen im HLS_{15}-CH nur rund 3 Prozent der Befragten ausmachten, ist der Einfluss dieses Faktors auf die Vergleichbarkeit der beiden Erhebungen jedoch begrenzt. Ein kleiner Unterschied lässt sich auch in der Länge des Fragebogens feststellen. Neben den neuen Themenpaketen (digitale und Navigations-Gesundheitskompetenz), die für die aktuelle Erhebung ausgewählt wurden, wurde die generelle Gesundheitskompetenz mit einer unterschiedlichen Anzahl an Fragen erhoben: Die generelle Gesundheitskompetenz wurde 2015 mit 47 und 2020 mit 12 Fragen bestimmt. Das Befragungsinstrument setzte sich 2020 aus insgesamt 90 Fragen zusammen, während es 2015 74 Fragen waren.

Schliesslich wurde aufgrund der methodischen Änderungen auf internationaler sowie auf nationaler Ebene eine neue Vorgehensweise bei der Berechnung des generellen Gesundheitskompetenz-Index und der Sub-Indices der Gesundheitskompetenz beschlossen. Die neue Vorgehensweise zur Berechnung des Index macht (anders als 2015) keinen Unterschied zwischen den Antwortkategorien «sehr einfach» und «einfach» bzw. zwischen «sehr schwierig» und «schwierig». Ausserdem werden die Indices neu von 0 bis 100 anstatt von 0 bis 50 (wie 2015) skaliert. Aufgrund dieser methodischen Änderungen wurden auch die Grenzwerte der Kategorien der Gesundheitskompetenz anders gesetzt, werden jedoch weiterhin gleich bezeichnet (vgl. Kapitel 2.3.1). Folglich lassen sich die 2015 publizierten Zahlen zum Index-Wert und den Index-Kategorien nicht direkt mit den Daten des vorliegenden Berichts vergleichen. Um dennoch einen punktuellen Vergleich zu ermöglichen, wurde der generelle Gesundheitskompetenz-Index für 2015 neu berechnet, und zwar mit den damaligen Daten aber mit der gleichen Berechnungsmethode wie bei der aktuellen Erhebung. Dabei wurden für den für 2015 neu berechneten Index auch nur diejenigen Fragen des «Health Literacy Core» Instruments verwendet, welche auch in den aktuellen Index eingeflossen sind (HLS-EU-Q12).

In der Summe sind die methodischen Unterschiede zwischen dem $HLS_{19\text{-}21}$-CH und HLS_{15}-CH zu gross, um aus den Vergleichen statistisch erhärtete Veränderungen ableiten zu können. Vergleiche mit 2015 können deshalb nur punktuell vorgenommen werden, d. h. oftmals nur auf der Ebene der einzelnen Fragen, und sind entsprechend auch nur als Tendenzen zu verstehen.

[22] Dieses Vorgehen wird als die bestmögliche Grundlage für bevölkerungsrepräsentative Befragungen erachtet.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des HLS_{19-21}-CH dargestellt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der zentralen Fragestellungen (vgl. Kapitel 1.5). Zuerst werden die Daten zur generellen Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung präsentiert. Anschliessend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse zum Einfluss sozioökonomischer und soziodemographischer Determinanten, gefolgt von den regionalen Unterschieden in der Verteilung der Gesundheitskompetenz. Im Anschluss daran wird auf die Konsequenzen der Gesundheitskompetenz eingegangen. Das Kapitel schliesst mit den Ergebnissen zur digitalen sowie zur Navigations-Gesundheitskompetenz und zum Thema Selbstmanagement-Kompetenzen.

3.1 Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung

Im Folgenden werden die Daten zur generellen Gesundheitskompetenz präsentiert. Dabei werden sowohl die Ergebnisse der einzelnen Fragen als auch der drei Bereiche sowie der vier Schritte der Informationsverarbeitung von Gesundheitskompetenz dargelegt. Ausserdem werden, wo möglich, punktuelle Vergleiche mit der Erhebung von 2015 präsentiert.

3.1.1 Einzelelemente der Gesundheitskompetenz

Die Befragten konnten die 22 Fragen zum Thema Gesundheitskompetenz im Allgemeinen gut beantworten. Es finden sich keine einzelnen Ausreisser mit einem erhöhten Anteil «weiss nicht». In Tabelle 4 bis 7 finden sich die 22 Fragen verteilt auf die vier Schritte der Informationsverarbeitung von Gesundheitskompetenz. Die Fragen in den vier Tabellen sind jeweils absteigend nach Schwierigkeitsgrad aufgeführt.

Über alle Fragen hinweg finden es die Befragten am einfachsten, ärztliche Anweisungen bei der Einnahme verschriebener Medikamente zu befolgen (vgl. Tabelle 5). Der höchste Anteil «sehr schwierig» liegt bei der Beurteilung, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind (vgl. Tabelle 6). Leicht höhere Anteile von «sehr schwierig» weist auch das thematisch damit verbundene Element sich «aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können» auf (vgl. Tabelle 7). Alle anderen Fragen werden lediglich von 5 Prozent oder weniger als sehr schwierig eingestuft. Die Aussagen «zu beurteilen, ob Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten» und das schon beschriebene Element «zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind» sind diejenigen Fragen, die mehrheitlich als «sehr schwierig» oder «schwierig» beurteilt werden.

Grössere Anteile von Befragten mit Schwierigkeiten bei gewissen Fragen (> 40 %) finden sich zudem bei den Elementen «die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen», «Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht» und «aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können». Somit zeigt sich, dass die Befragten häufiger Mühe mit den Aspekten haben, die das Beurteilen von Informationen beinhalten sowie dem Bereich Krankheitsprävention zuzuordnen sind. Diese Erkenntnis schliesst an diejenige aus der Studie von 2015 an.

Tabelle 4: Informationen finden (in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

Frage	Bereich	«Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach würden Sie sagen, ist es …	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiss nicht / keine Antwort
18*	KP	… Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? Z. B. Stress, Depression oder Angstzustände»	6	34	46	11	3
33	GF	… Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für Ihre psychische Gesundheit und Ihr Wohlbefinden sind? Z. B. Entspannung, körperliche Aktivität, Yoga»	2	13	58	27	0
32*	GF	… Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung?»	1	10	60	29	0
4*	KB	… herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? Z. B. bei einem Arzt, einer Pflegekraft, einem Apotheker oder Psychologen»	1	7	54	38	0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505)
* = Teil des HLS12-Index resp. der HLS12-Sub-Indices
Bereich: KB = Krankheitsbewältigung, KP = Krankheitsprävention, GF = Gesundheitsförderung

Tabelle 5: Informationen verstehen (in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

Frage	Bereich	«Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach würden Sie sagen, ist es …	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiss nicht / keine Antwort
40	GF	… Informationen darüber zu verstehen, wie Sie psychisch gesund bleiben können? Insbesondere Informationen über psychische Gesundheit und Wohlbefinden aus jeglicher Quelle.»	2	26	55	15	2
23*	KP	… Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen? Z. B. Darmkrebsfrüherkennung, Blutzuckertest»	2	19	58	20	1
7*	KB	… Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?»	1	17	64	18	0
37*	GF	… Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?»	2	16	61	21	0
22	KP	… zu verstehen, warum Sie oder Ihre Familie eventuell Impfungen brauchen?»	2	16	55	26	1
5	KB	… zu verstehen, was ein Arzt Ihnen sagt?»	1	11	65	23	0
8	KB	… die Anweisungen Ihres Arztes oder eines Apothekers zur Einnahme verschriebener Medikamente zu verstehen?»	0	3	54	43	0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505)
* = Teil des HLS12-Index resp. der HLS12-Sub-Indices
Bereich: KB = Krankheitsbewältigung, KP = Krankheitsprävention, GF = Gesundheitsförderung

Tabelle 6: Informationen beurteilen (in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

Frage	Bereich	«Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach würden Sie sagen, ist es …	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiss nicht / keine Antwort
28	KP	… zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? Z. B. in Zeitungen, im Fernsehen oder im Internet»	11	45	36	8	0
11	KB	… zu beurteilen, ob Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?»	5	45	41	8	1
10*	KB	… die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?»	4	42	44	9	1
26	KP	… zu beurteilen, welche Impfungen Sie oder Ihre Familie eventuell brauchen?»	3	27	52	18	0
42*	GF	… zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann?»	2	21	56	21	0
9	KB	… zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen? Z. B. Informationen zu Diagnosen, Anweisungen und Empfehlungen des Arztes»	2	19	62	17	0
24*	KP	… zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten vertrauenswürdig sind? Z. B. Informationen zu Rauchen oder Bewegungsmangel»	1	11	56	32	0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505)
* = Teil des HLS12-Index resp. der HLS12-Sub-Indices
Bereich: KB = Krankheitsbewältigung, KP = Krankheitsprävention, GF = Gesundheitsförderung

Tabelle 7: Informationen anwenden (in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

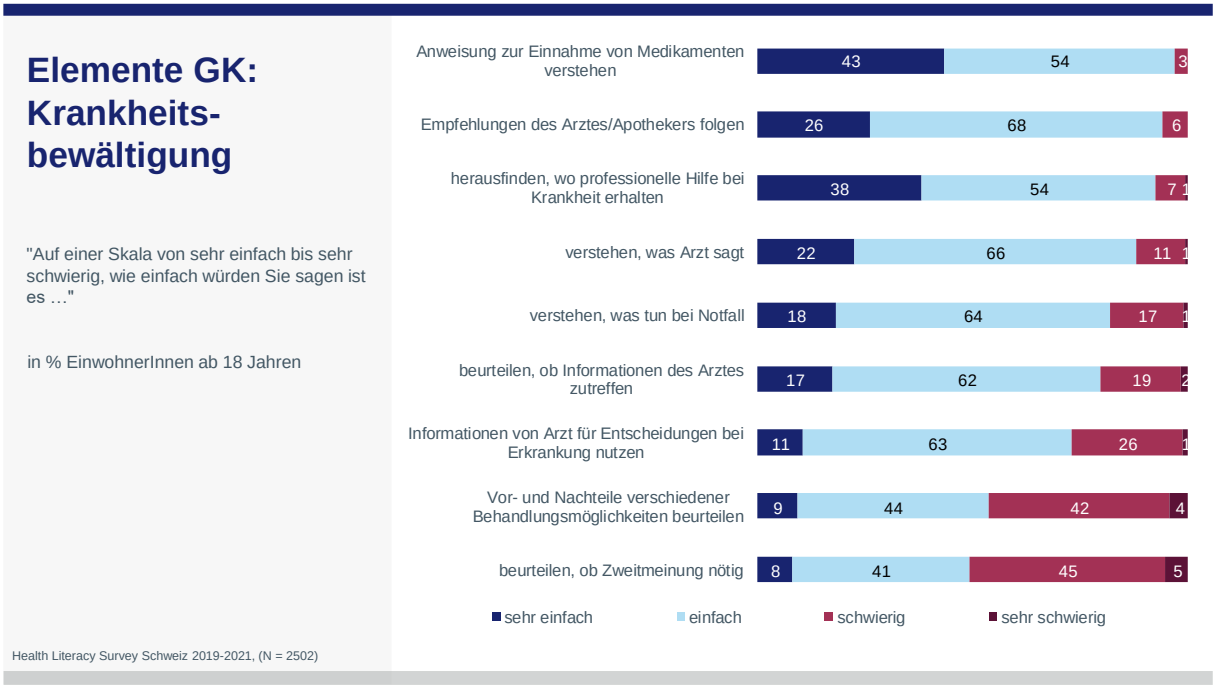
Frage	Bereich	«Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach würden Sie sagen, ist es …	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiss nicht / keine Antwort
31*	KP	… aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? Z. B. Zeitungen, Fernsehen oder Internet»	7	38	45	10	0
44*	GF	… Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern?»	2	24	55	19	0
13	KB	… Informationen von Ihrem Arzt zu nutzen, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen?»	1	25	62	11	1
16*	KB	… den Empfehlungen Ihres Arztes oder eines Apothekers zu folgen?»	0	6	68	26	0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505)
* = Teil des HLS12-Index resp. der HLS12-Sub-Indices
Bereich: KB = Krankheitsbewältigung, KP = Krankheitsprävention, GF = Gesundheitsförderung

Elemente zur Krankheitsbewältigung

Von den Elementen zur Krankheitsbewältigung ist für die Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner die Beurteilung, ob eine Zweitmeinung nötig ist (50 % «(sehr) schwierig») am schwierigsten, gefolgt von der Beurteilung der Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten (46 %) (vgl. Abbildung 3). 27 Prozent berichten zudem von Schwierigkeiten beim Element «Informationen vom Arzt für Entscheidungen bei Erkrankungen nutzen». Alle anderen Elemente scheinen weniger schwierig und weisen entsprechend Anteile von unter 25 Prozent mit Schwierigkeiten auf.

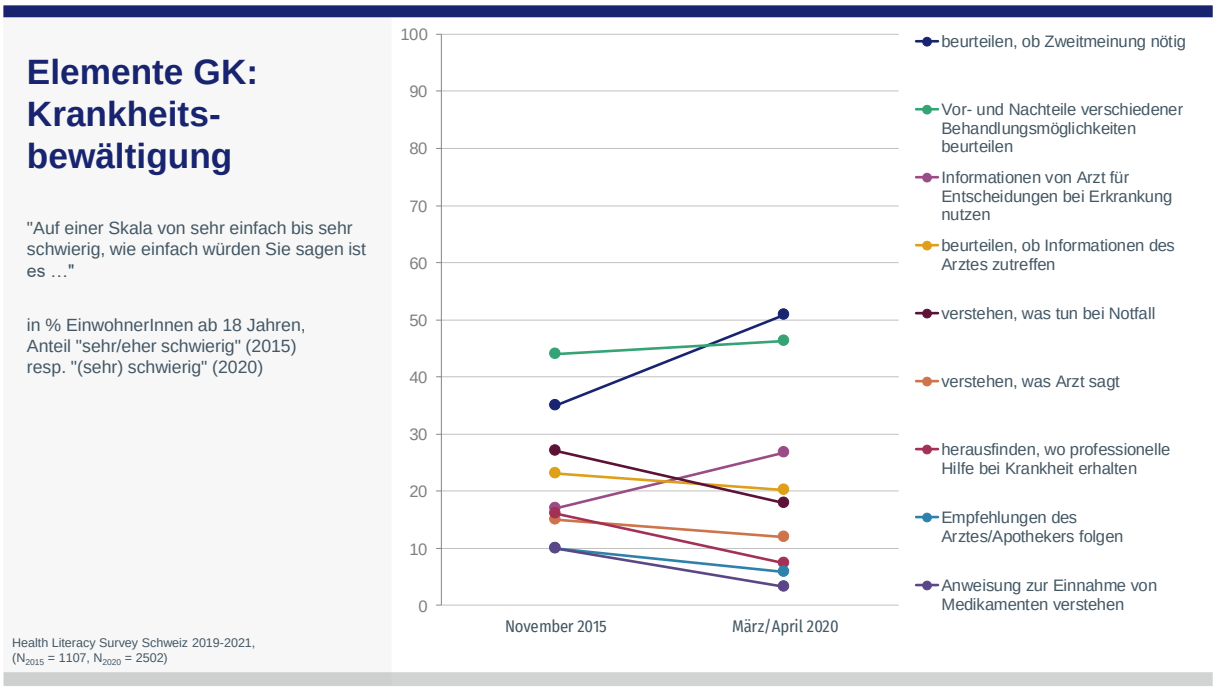
Abbildung 3: Elemente der Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung



Als mehrheitlich einfach schätzen die Befragten hingegen die Elemente «Anweisungen zur Einnahme von Medikamenten verstehen», «Empfehlungen des Arztes/Apothekers folgen» und «herausfinden, wo sie professionelle Hilfe bei Krankheiten erhalten» ein. In allen drei Fällen erachten über 90 Prozent ein solches Element als sehr einfach oder einfach. Bei der Krankheitsbewältigung finden sich im Vergleich zu den anderen beiden Bereichen insgesamt am wenigsten Schwierigkeiten.

Im Zeitvergleich haben die Schwierigkeiten in Bezug auf die Einzelelemente mehrheitlich tendenziell abgenommen (vgl. Abbildung 4). Ausnahmen zu dieser Entwicklung zeigen sich bei der Beurteilung, ob eine Zweitmeinung nötig ist. Schon 2015 erachteten 35 Prozent aller Befragten eine solche Beurteilung als schwierig, 2020 stieg dieser Anteil auf 50 Prozent. Dieses Element scheint innert fünf Jahren schwieriger geworden zu sein. Die zweite negative Entwicklung im Zeitvergleich zeigt sich bei der Fähigkeit, Informationen vom Arzt für Entscheidungen rund um die eigene Krankheit zu nutzen. Hier hat sich der Anteil an Personen mit Schwierigkeiten von 17 Prozent auf 27 Prozent erhöht. Auch die Beurteilung der Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten bleibt schwierig: Der Anteil von schwierig und sehr schwierig hat sich im Zeitvergleich kaum verändert. Bei den anderen sechs Fragen ist ein Rückgang der selbstgeäusserten Schwierigkeiten um 3 bis 9 Prozentpunkte zu erkennen: Am deutlichsten sind die Verbesserungen bei den Fragen zu, was im Notfall zu tun ist (27 % vs. 18 %) und wo man professionelle Hilfe bei Krankheiten erhält (16 % vs. 7 %).

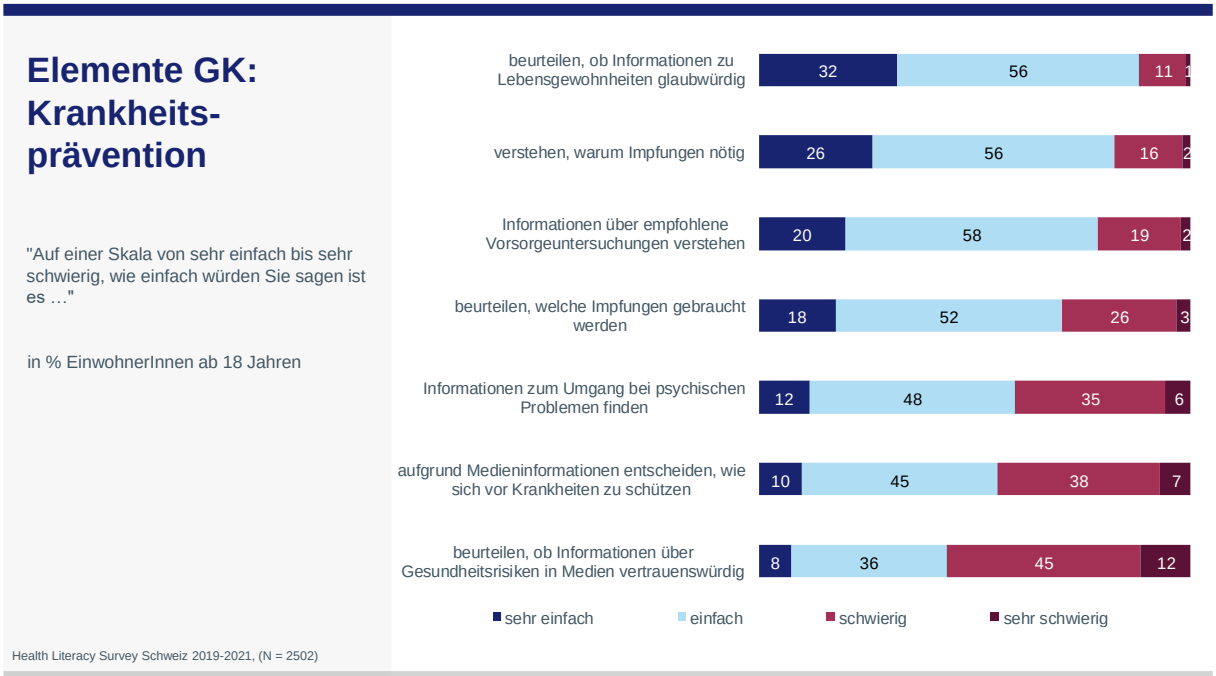
Abbildung 4: Elemente der Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung im Zeitvergleich



Elemente zur Krankheitsprävention

Beim Blick auf den Bereich der Krankheitsprävention finden sich fünf Elemente, welche von mindestens 20 Prozent aller Befragten als schwierig eingestuft werden (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Elemente der Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsprävention

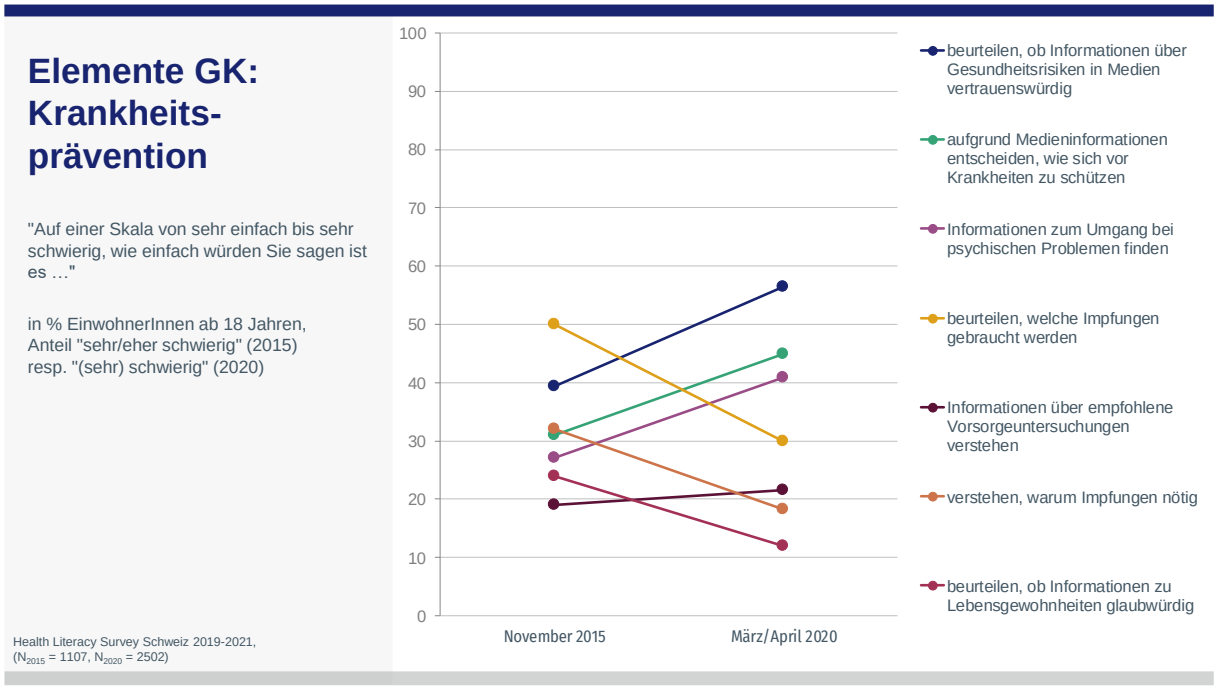


Am deutlichsten zeigen sich Schwierigkeiten bei der Beurteilung, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in Medien vertrauenswürdig sind (57 % «(sehr) schwierig»). Ebenfalls häufige Schwierigkeiten (> 40 % der Befragten) finden sich bei der Entscheidung, wie man sich aufgrund von Medieninformationen vor Krankheiten schützt (42 %) oder beim Finden von Informationen zum Umgang bei psychischen

Problemen (41 %). 29 Prozent haben Schwierigkeiten bei der Beurteilung, welche Impfungen gebraucht werden, während 21 Prozent Schwierigkeiten beim Verständnis von Informationen zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen haben. Auch wenn im Bereich der Krankheitsprävention mehr Fragen mit erhöhten Schwierigkeiten zu erkennen sind als beispielsweise bei der Krankheitsbewältigung, überwiegt fast bei allen Elementen die Einschätzung «einfach» oder «sehr einfach».

Im Zeitvergleich (vgl. Abbildung 6) zeigt sich, dass die Elemente rund um das Thema Impfen als wesentlich einfacher eingestuft werden als noch 2015. Dies betrifft sowohl die Beurteilung, welche Impfungen gebraucht werden (50 % vs. 30 % «(sehr) schwierig»), wie auch das Verständnis warum Impfungen nötig sind (32 % vs. 18 %). Gerade die Beurteilung, welche Impfungen gebraucht werden, war 2015 eines der wenigen Elemente, das von einer Mehrheit als schwierig beurteilt wurde und hat sich 2020 verbessert. Auch die Beurteilung, ob Informationen zu ungesunden Lebensgewohnheiten vertrauenswürdig sind, fällt den Befragten 2020 leichter (24 % vs. 12 %).

Abbildung 6: Elemente der Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsprävention im Zeitvergleich

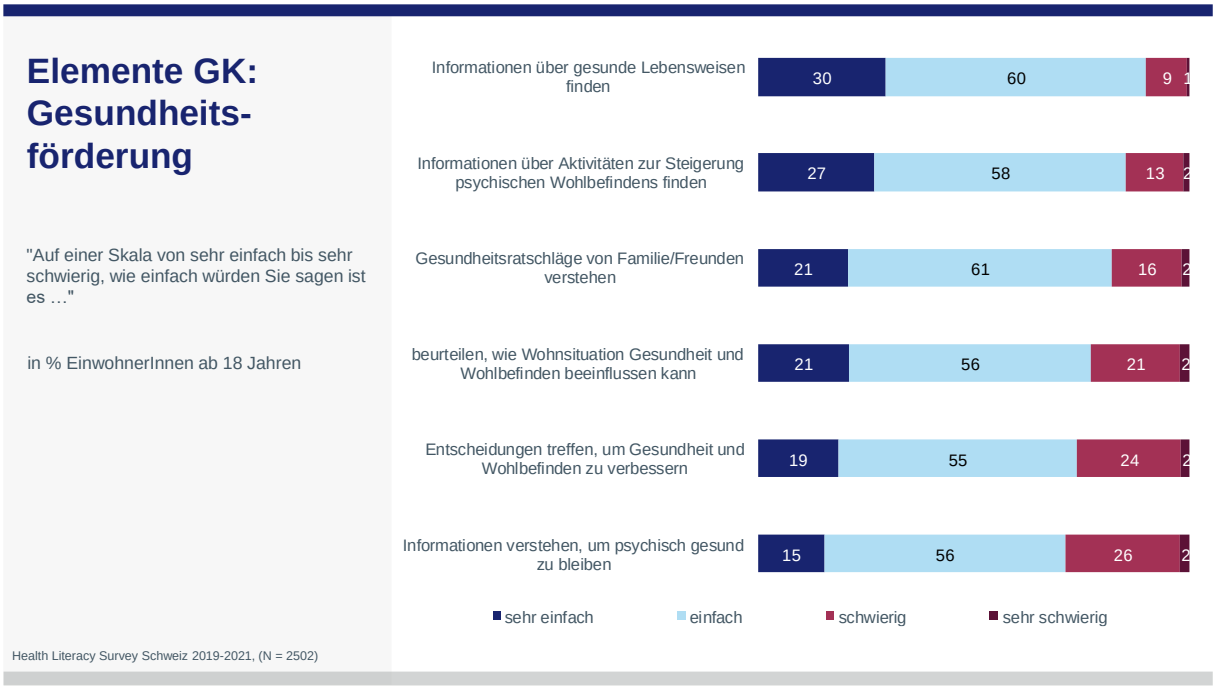


Für die Befragten sichtbar schwieriger als 2015 sind hingegen beide Punkte mit Bezug zu Medieninformationen: Die Beurteilung, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in Medien vertrauenswürdig sind, galt 2015 für 40 Prozent als «schwierig» oder «sehr schwierig», aktuell ist dies für 57 Prozent der Fall. Auch die beiden anderen Elemente mit Schwierigkeiten bei über 40 Prozent der Befragten – «aufgrund von Medieninformationen entscheiden, wie sich vor Krankheiten zu schützen» (31 % vs. 45 %), und «Informationen zum Umgang bei psychischen Problemen finden» (27 % vs. 41 %) – wurden innert fünf Jahren schwieriger.

Elemente zur Gesundheitsförderung

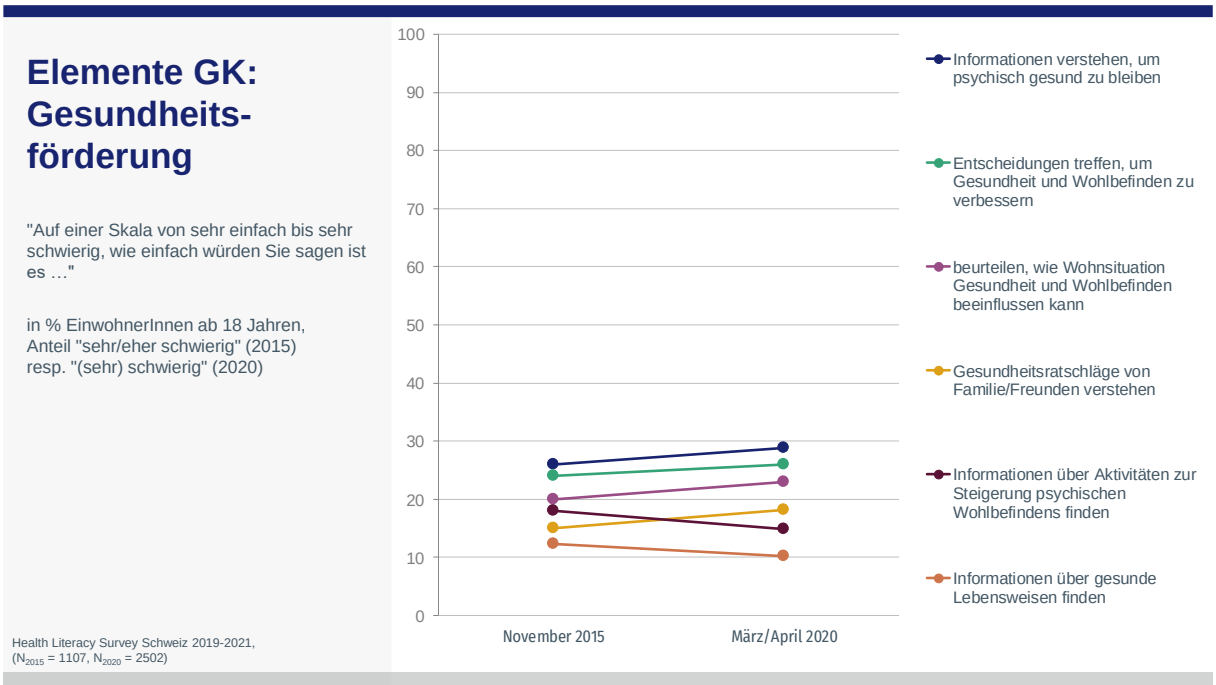
Weniger Schwierigkeiten finden sich schliesslich im Bereich der Gesundheitsförderung (vgl. Abbildung 7). Die als am schwierigsten beurteilte Frage ist jene zum Verständnis von Informationen, um psychisch gesund zu bleiben. Diese Frage wird von 28 Prozent als «schwierig» oder «sehr schwierig» eingestuft. Ebenfalls Werte über 20 Prozent «schwierig» oder «sehr schwierig» finden sich bei den Entscheidungen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden (26 %) und der Beurteilung, inwiefern die Wohnsituation die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflusst (23 %). Unter den Elementen der Gesundheitsförderung am einfachsten erachtet wird das Finden von Informationen über eine gesunde Lebensweise.

Abbildung 7: Elemente der Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung



Im Zeitvergleich findet sich bei den Elementen der Gesundheitsförderung weitgehende Stabilität (vgl. Abbildung 8). Schon 2015 fand sich in diesem Bereich kein Element mit einer Schwierigkeitseinschätzung über 30 Prozent, was sich auch 2020 nicht verändert hat. Die wenigen Verschiebungen gegenüber 2015 sind alle marginal (zwischen −3 und +3 Prozentpunkten).

Abbildung 8: Elemente der Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung im Zeitvergleich

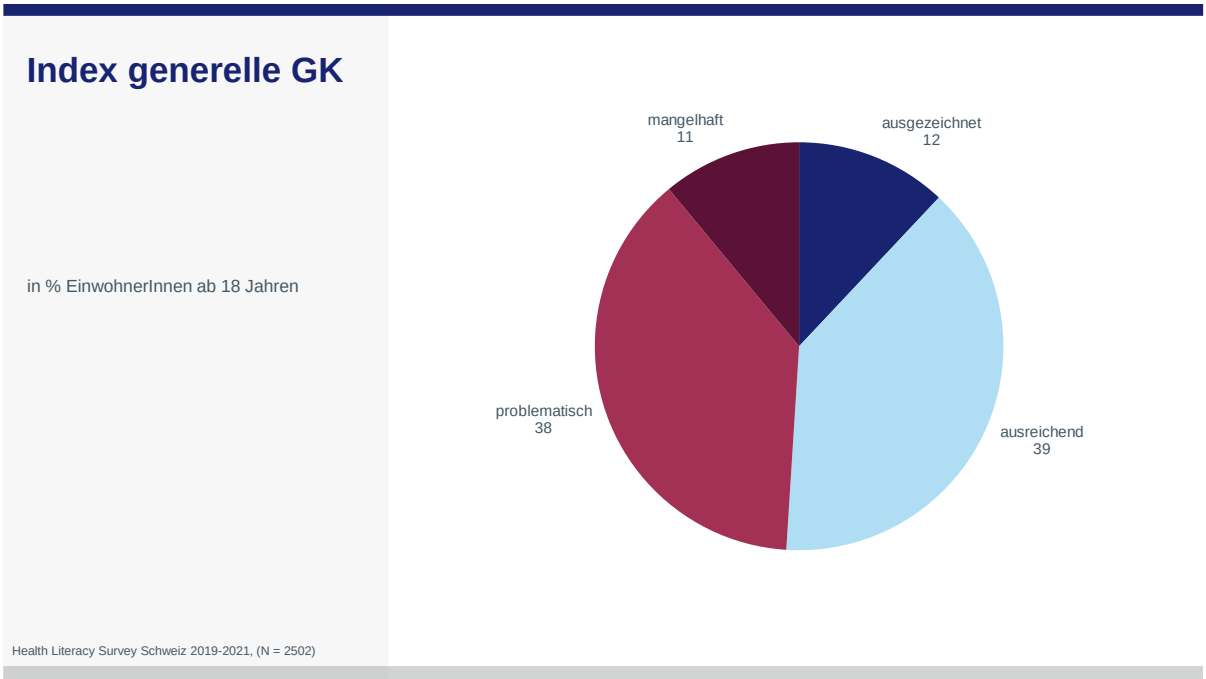


3.1.2 Index generelle Gesundheitskompetenz und Sub-Indices

Betrachtet man die Mittelwerte der Indices Gesundheitsförderung (Mittelwert 80.7; Standardabweichung 24.9) und Krankheitsbewältigung (80.6; 22.2), zeigt sich, dass diese klar über dem Mittelwert des Index Krankheitsprävention (70.1; 27.9) liegen. Diese Ergebnisse entsprechend somit denjenigen aus der Betrachtung der Einzelelemente (vgl. Kapitel 3.1.1). Folglich ist für die Befragten der Bereich Krankheitsprävention am schwierigsten und der Bereich Gesundheitsförderung am einfachsten. Betrachtet man die Schritte der Informationsverarbeitung, ist erkennbar, dass die Befragten beim Finden (Anteil 54 %) und Verstehen (58 %) etwas weniger Probleme zu haben scheinen als beim Beurteilen (43 %) und Anwenden (44 %). Die Mittelwerte der Indices Informationen verstehen (Mittelwert 80.8; Standardabweichung 25.8) und finden (80.5; 24.0) liegen über denjenigen der Indices Informationen anwenden (74.4; 26.5) und beurteilen (72.9; 28.3). Im Anhang finden sich sowohl Erklärungen, Abbildungen als auch Tabellen mit weiteren Kennzahlen (Schiefe, Kurtosis, Perzentile etc.) zu den Indices (vgl. Tabelle A1 und Tabelle A2).

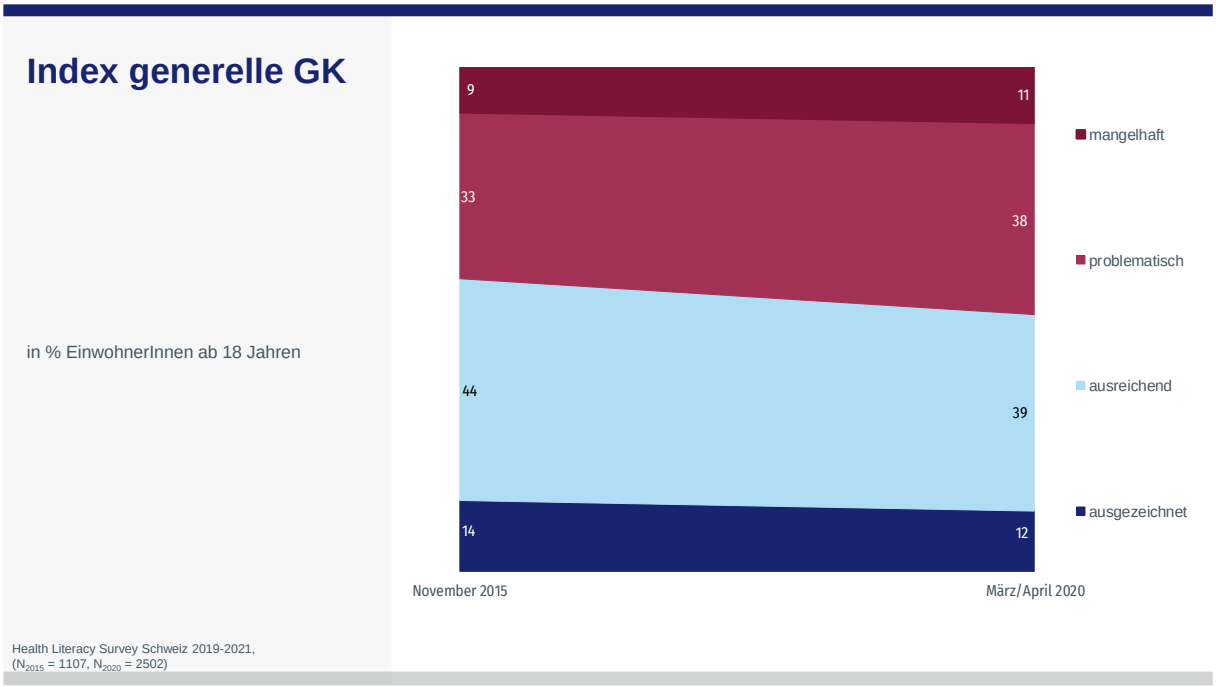
Durch die Kategorisierung des Index der generellen Gesundheitskompetenz ist erkennbar, dass die Schweizer Bevölkerung sich hälftig auf geringe und hohe Gesundheitskompetenz verteilt (vgl. Abbildung 9). Die kleinsten Gruppen finden sich jeweils in den beiden Kategorien «ausgezeichnet» (12 %) und «mangelhaft» (11 %). Sichtbar grösser sind demgegenüber die Anteile «problematisch» (38 %) und «ausreichend» (39 %). In der Summe überwiegt jedoch der Anteil an Personen mit hoher Gesundheitskompetenz knapp mit 51 Prozent.

Abbildung 9: Index der generellen Gesundheitskompetenz



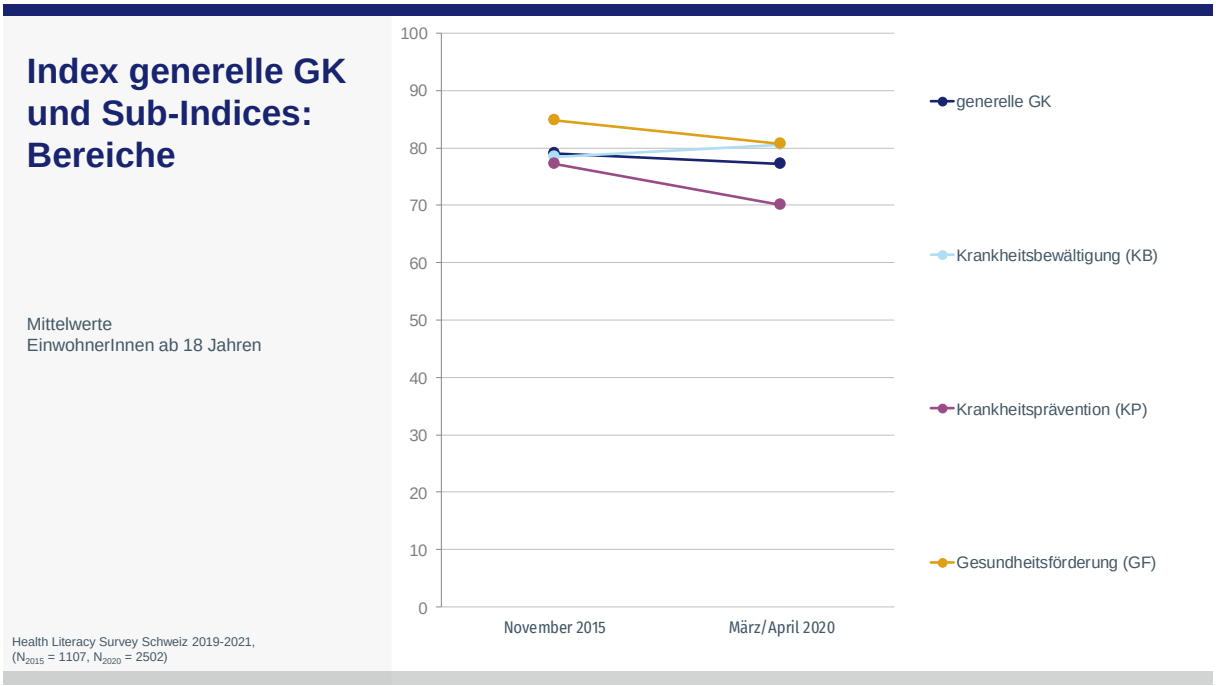
Im Zeitvergleich hat sich die Gesundheitskompetenz in den letzten fünf Jahren leicht verschlechtert (vgl. Abbildung 10). Wird für das Jahr 2015 mit den gleichen Elementen wie 2020 ein Index mit demselben, oben beschriebenen Vorgehen konstruiert (vgl. Kapitel 2.3.1), lässt sich eine abnehmende ausreichende Gesundheitskompetenz und eine zunehmende problematische Gesundheitskompetenz feststellen, während sich die Extrema der mangelhaften und ausgezeichneten Gesundheitskompetenz eher stabil halten.

Abbildung 10: Index der generellen Gesundheitskompetenz im Zeitvergleich



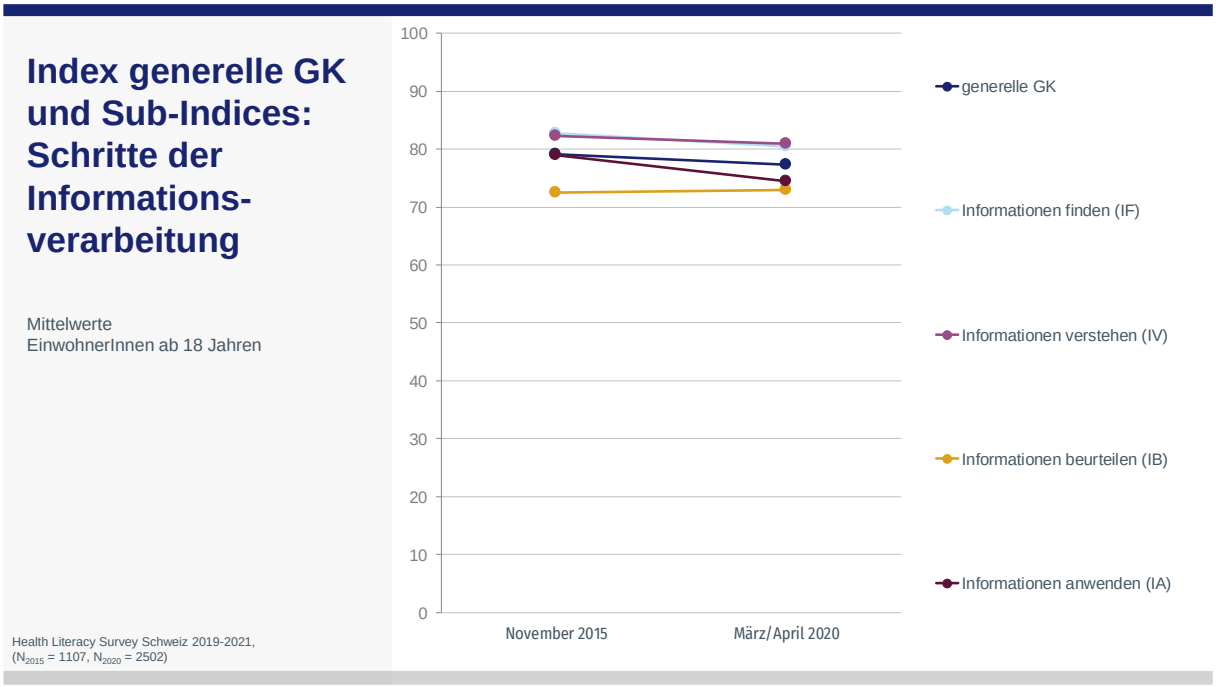
Die Tabelle mit den Mittelwerten des Indexwertes der generellen Gesundheitskompetenz findet sich im Anhang (vgl. Tabelle A3). Die Erkenntnisse unterscheiden sich jedoch nicht grundsätzlich von denen, die anhand der Kategorien («mangelhaft», «problematisch», «ausreichend», «ausgezeichnet») gefunden und oben beschrieben wurden. Die Mittelwerte der Sub-Indices zeigen, dass im Zeitvergleich der Bereich Krankheitsbewältigung relativ stabil geblieben ist (vgl. Abbildung 11). Bei den anderen Bereichen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind die Mittelwerte im Jahr 2020 tiefer als noch 2015.

Abbildung 11: Index der generellen Gesundheitskompetenz und Sub-Indices: Bereiche im Zeitvergleich

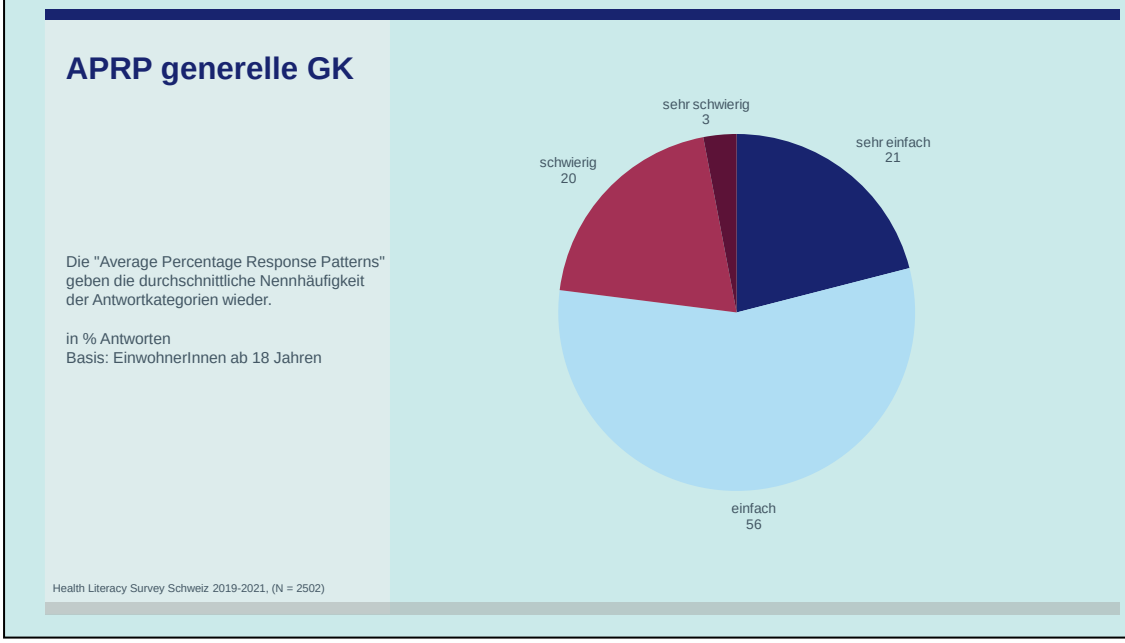


Ein Blick auf die Schritte der Informationsverarbeitung zeigt, wie schon 2015, dass die Schwierigkeiten beim Information Beurteilen am grössten sind (vgl. Abbildung 12). Allerdings hat sich hier die Situation gegenüber 2015 nicht verändert. Hingegen ist im Zeitvergleich der Schritt «Information anwenden» schwieriger geworden.

Abbildung 12: Index der generellen Gesundheitskompetenz und Sub-Indices: Schritte der Informationsverarbeitung im Zeitvergleich



Das M-POHL-Netzwerk hat als eine alternative Art um die generelle Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu beschreiben die Berechnung von sogenannten «Average Percentage Response Patterns» (APRP) empfohlen. Hierbei wird berechnet, wie häufig im Durchschnitt eine Antwortkategorie über die relevanten zwölf Fragen hinweg von allen Befragten genannt wurde[23].



[23] Die APRP geben somit nicht Anteile an Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner wieder, sondern den Anteil der einzelnen Antwortoptionen. Durch das Vorgehen werden die einzelnen Befragten – anders als bei der weiter oben beschriebenen Index-bildung – nicht individuell kategorisiert.

Die 12 ausgewählten Fragen zur generellen Gesundheitskompetenz werden am häufigsten mit «einfach» bewertet (56 %). Gut ein Viertel (21 %) der Antworten entfallen auf «sehr einfach». Somit sind für die Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner über drei Viertel der Fragen (77 %) im Durchschnitt «(sehr) einfach»[24]. Lediglich 3 Prozent der Fragen sind für die Befragten «sehr schwierig» und 20 Prozent der Fragen sind «schwierig».

3.2 Einfluss sozioökonomischer und –demografischer Determinanten

Die generelle Gesundheitskompetenz stützt sich 2020 weitgehend auf die gleichen soziostrukturellen Determinanten, wie dies auch in der Studie 2015 der Fall war (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz und soziodemografischen Variablen (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

Generelle GK und …	r	N
Geschlecht: weiblich	.000	2499
Alter	.029	2498
Bildungsniveau	.045*	2495
Haushaltseinkommen	.008	2242
finanzielle Deprivation	-.146**	2502
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	.138**	2058
soziale Unterstützung	.166**	2488
Migrationshintergrund	.037	2490
Geburtsland: Ausland	.066**	2494
Anzahl Jahre in der Schweiz (falls im Ausland geboren)	-.018	667
Muttersprache: Fremdsprache	.065**	2502
Schwierigkeiten mit Landessprache (falls Muttersprache Fremdsprache)	-.084*	577
Ausbildung im Gesundheitsbereich	.087**	2501

*Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505). **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Generelle-GK-Index von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 8 // Haushaltseinkommen von 1=weniger als CHF 4'000 bis 7=mehr als CHF 14'000 // finanzielle Deprivation von 0=tiefer bis 5=hoher Deprivation // sozialer Status (Selbsteinschätzung) von 1=niedrigste bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // soziale Unterstützung von 3=geringste bis 14=grösste Unterstützung // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Geburtsland 0=Schweiz 1=Ausland // Anzahl Jahre in der Schweiz in Jahren // Muttersprache 0=offizielle Sprache am Wohnort 1=Fremdsprache // Schwierigkeit mit Landessprache von 1=sehr einfach bis 4=sehr schwierig // Ausbildung im Gesundheitsbereich 0=nein 1=ja*

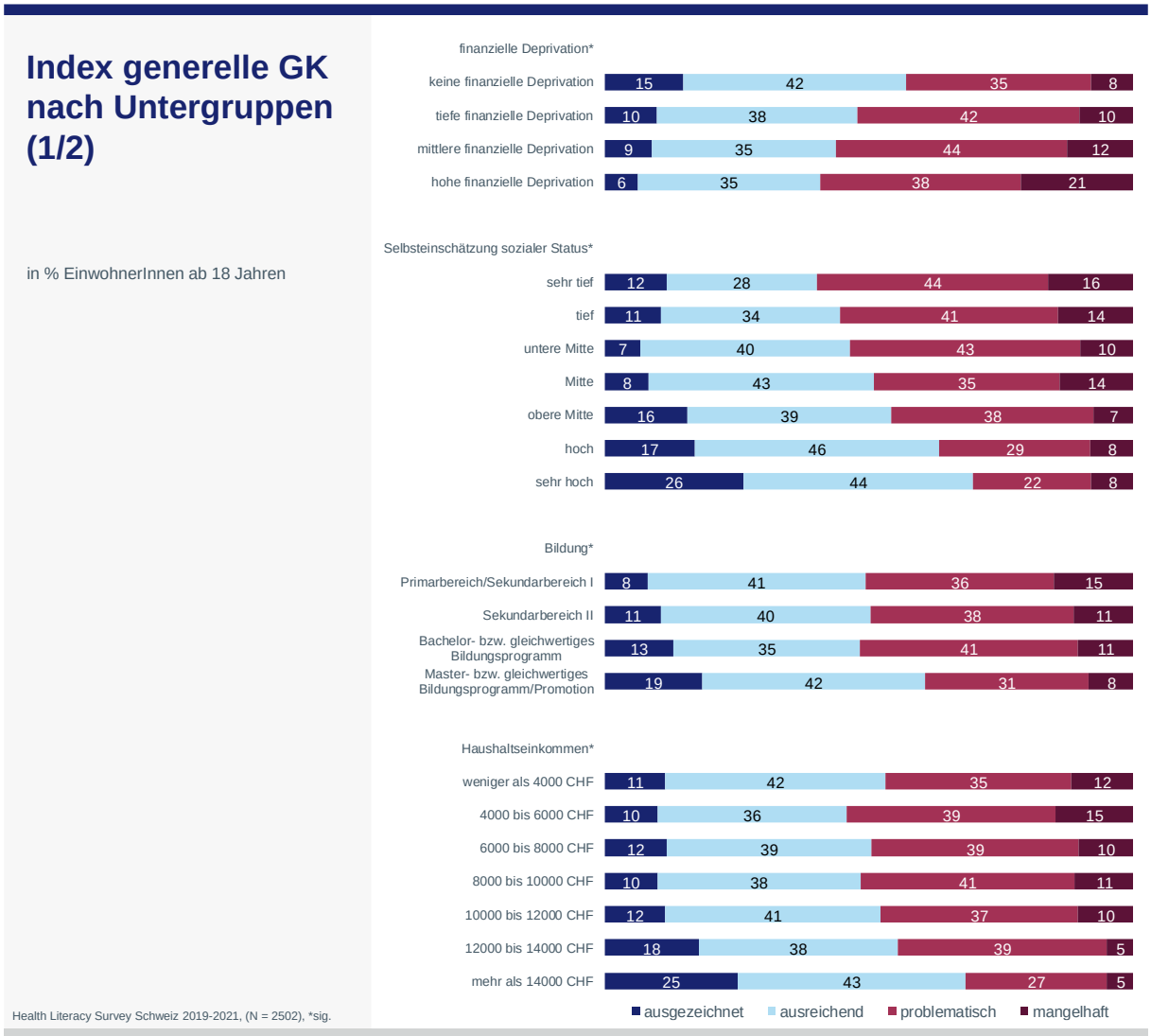
Die höchste Korrelation mit der Gesundheitskompetenz weist einerseits die soziale Unterstützung (r = .166), andererseits die finanzielle Deprivation (−.146) auf. Das heisst, je weniger Unterstützung man aus dem sozialen Umfeld erhält und je schwieriger die finanzielle Situation ist, desto grösser sind die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Der drittstärkste Einfluss findet sich beim

[24] Obwohl im Durchschnitt 77 Prozent der Fragen durch die Befragten als «einfach» oder «sehr einfach» bewertet werden, kann daraus nicht geschlossen werden, dass sie über eine hohe Gesundheitskompetenz verfügen. Hier wird im Vergleich zum Index der generellen Gesundheitskompetenz eine andere Aussage gemacht, da diese auf einer unterschiedlichen Grundgesamtheit beruht.

selbsteingeschätzten sozialen Status (.138). Hier gilt: Je grösser der selbsteingeschätzte soziale Status, desto grösser die Gesundheitskompetenz. Das Bildungsniveau allein erklärt die Gesundheitskompetenz nur schwach (.045). An vierter Stelle wirkt sich eine Ausbildung im Gesundheitsbereich positiv auf die generelle Gesundheitskompetenz aus (.087). An fünfter Stelle zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Gesundheitskompetenz. Details dazu finden sich in einem separaten Unterkapitel (vgl. Kapitel 3.2.1). Hingegen lässt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht oder dem Alter feststellen.

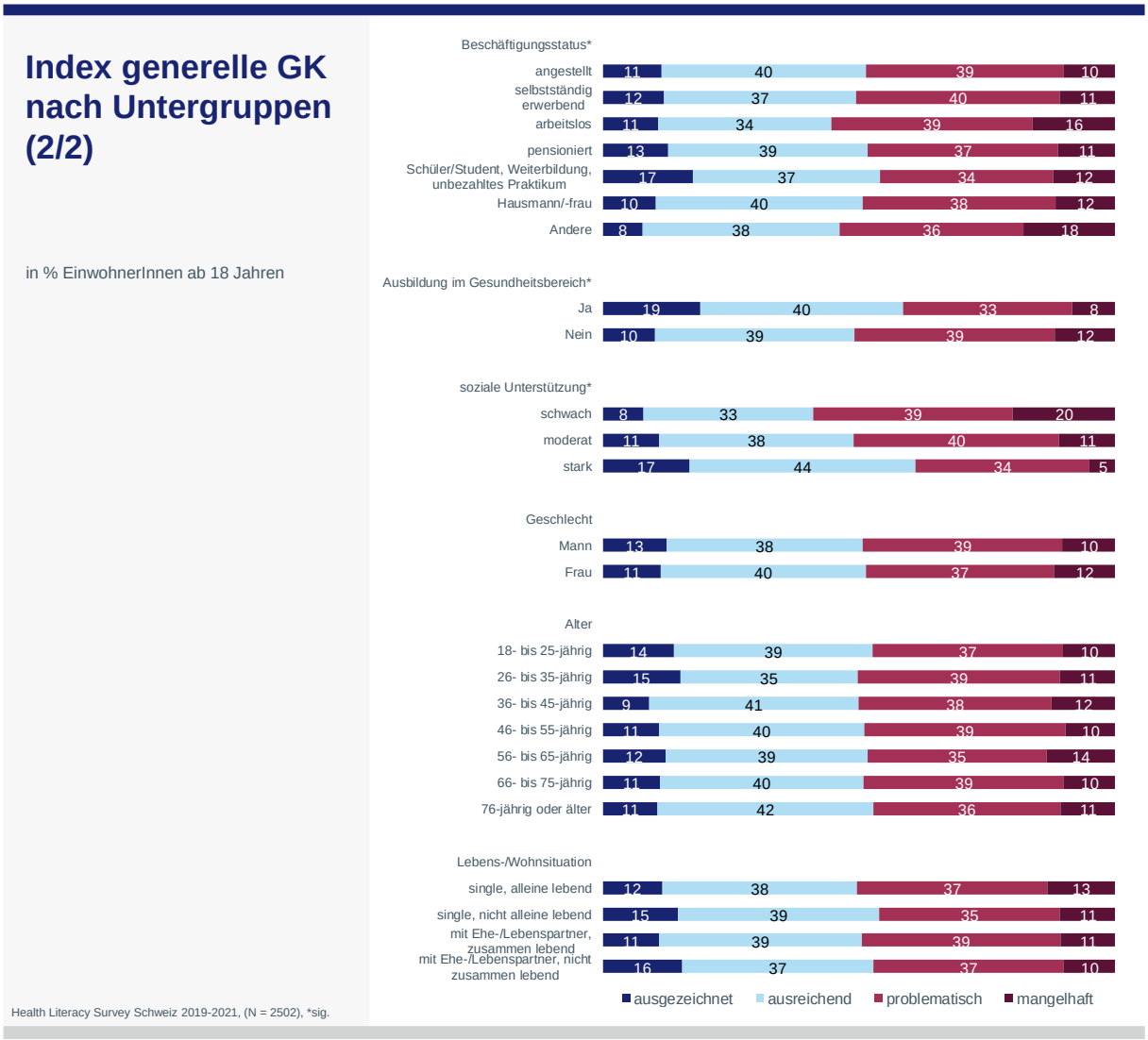
Betrachtet man die Kategorien der generellen Gesundheitskompetenz in einzelnen Untergruppen der Bevölkerung, bestätigen sich die Zusammenhänge (vgl. Abbildung 13 und Abbildung 14).[25]

Abbildung 13: Index der generellen Gesundheitskompetenz nach soziodemografischen Variablen – Teil 1



[25] Es gilt zu beachten, dass die gebildeten Kategorien nicht direkt auf den zuvor berechneten Indexwerten beruhen.

Abbildung 14: Index der generellen Gesundheitskompetenz nach soziodemografischen Variablen – Teil 2



Die stärkste Korrelation entlang der finanziellen Deprivation führt entsprechend dazu, dass Personen ohne finanzielle Deprivation zu 57 Prozent eine ausreichende oder gar ausgezeichnete Gesundheitskompetenz aufweisen (vgl. Abbildung 13), während schon ab einer tiefen finanziellen Deprivation der Anteil an Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz überwiegt (52 %). Eine fast lineare Verschiebung zeigt sich ebenfalls entlang des sozialen Status. So weisen Personen mit einem (selbsteingeschätzten) sehr tiefen sozialen Status zu 60 Prozent eine geringe generelle Gesundheitskompetenz auf, während Personen mit einem sehr hohen sozialen Status zu 70 Prozent eine ausreichende oder gar ausgezeichnete generelle Gesundheitskompetenz zeigen. Bei einem mittleren sozialen Status findet sich eine mehrheitlich hohe Gesundheitskompetenz, hingegen kippt dies gleich darunter in den mehrheitlichen geringen Bereich.

Die naheliegende Vermutung, dass Gesundheitskompetenz auch mit dem individuellen Bildungsniveau zusammenhängt, bestätigt sich nur teilweise (vgl. Abbildung 13): Bis und mit Bachelor- und ähnlichen Abschlüssen weist jeweils rund die Hälfte der Befragten eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Einzig der Anteil mit einer ausgezeichneten Gesundheitskompetenz nimmt zu. Erst ab dem Niveau eines Master- oder höheren Abschlusses ist eine deutliche Verbesserung zu sehen. Ein ähnlicher Effekt zeigt sich beim Haushaltseinkommen (vgl. Abbildung 13): Bis zu einem monatlichen Haushaltseinkommen von 12'000 Franken ist kein einheitlicher Effekt auf die Gesundheitskompetenz zu erkennen. Der grösste Anteil an geringer Gesundheitskompetenz findet sich bei Einkommen zwischen 4'000 und 6'000 Franken (54 %) und nicht bei den ganz tiefen Einkommensschichten (weniger als 4'000 Franken).

Entlang des Beschäftigungsstatus finden sich nur geringe Unterschiede (vgl. Abbildung 14). Hervorzuheben sind Arbeitslose, welche mit 55 Prozent eine überdurchschnittlich häufige geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Das trifft auch auf die Sammelgruppe «Andere» zu, welche neben Personen im Militärdienst, Zivildienst und Zivilschutz auch Personen umfasst, die aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig sind. Eine leicht überdurchschnittliche Gesundheitskompetenz findet sich hingegen bei der Gruppe der Studierenden, Schülerinnen und Schülern und anderen Personen in Aus- und Weiterbildung. Personen, welche selbst eine Ausbildung oder ein Studium im Gesundheitsbereich durchlaufen haben, haben eine bessere Gesundheitskompetenz als die restliche Bevölkerung: 59 Prozent in dieser Gruppe haben eine hohe Gesundheitskompetenz.

Gesundheitskompetenz enthält eine eindeutige soziale Komponente (vgl. Abbildung 14): Das Fehlen eines sozialen Umfelds wirkt sich negativ auf die Gesundheitskompetenz aus. Je schwieriger es für jemanden ist, praktische Hilfe von den Nachbarn zu erhalten, je weniger Personen man zur Unterstützung hat und je geringer die Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben ist, desto grösser sind die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Das erkennt man deutlich am Index zur sozialen Unterstützung: Unter Personen mit schwacher sozialer Unterstützung haben 59 Prozent eine geringe Gesundheitskompetenz. Bei moderater Unterstützung sinkt der Wert auf 51 Prozent. Bei Personen mit starker sozialer Unterstützung sind nur 39 Prozent mit geringer Gesundheitskompetenz zu finden.

3.2.1 Einfluss von Migration

Der Zusammenhang zwischen Migration und genereller Gesundheitskompetenz ist vielschichtig: Personen mit Migrationshintergrund[26] haben in der Tendenz eine leicht höhere Gesundheitskompetenz, wenngleich die Unterschiede nicht signifikant sind. Wer jedoch selbst im Ausland geboren wurde, hat eine signifikant höhere Gesundheitskompetenz als in der Schweiz Geborene (r = .066) (vgl. Tabelle 8). Dies trifft auch auf Personen zu, deren Muttersprache sich von der lokalen Sprache unterscheidet (.065). Bei einer detaillierten Betrachtung wäre es aber falsch zu sagen, dass sich Fremdsprachigkeit positiv auf die Gesundheitskompetenz auswirkt, denn wie die Resultate zeigen, hängt die generelle Gesundheitskompetenz davon ab, wie gut man die lokale Sprache beherrscht: Mit zunehmenden Schwierigkeiten in der lokalen Sprache sinkt die Gesundheitskompetenz (−.084).

Auch bei der Betrachtung der Kategorien der generellen Gesundheitskompetenz gibt es bivariat einen signifikanten, aber eher geringen Unterschied zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund, wobei jene mit Migrationshintergrund (53 %) eine leicht höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als jene ohne (50 %) (vgl. Abbildung 15).

Auch auf Ebene der Sub-Indices zeigen Personen mit Migrationshintergrund in der Tendenz eine höhere Gesundheitskompetenz (vgl. Tabelle 9). Einzig bei der Gesundheitsförderung und beim Finden von Informationen sind die Mittelwerte tiefer als bei den anderen Gruppen; diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Bei der Krankheitsbewältigung (Mittelwert 82.0) respektive beim Beurteilen von Informationen (Mittelwert 74.6) weisen sie höhere Werte auf.

Auch bei einer Änderung des Fokus ergibt sich ein ähnliches Bild: Personen, welche nicht in der Schweiz geboren wurden, haben zu 56 Prozent eine hohe Gesundheitskompetenz (gegenüber 49 % in der Schweiz Geborene). Es macht dabei auch keinen Unterschied, wie lange die Person sich bereits in der Schweiz aufhält: Die Unterschiede zwischen den Untergruppen sind knapp nicht statistisch signifikant. Eine andere Muttersprache als die lokale Landessprache hat per se keinen negativen Effekt auf die Gesundheitskompetenz. Hingegen hat eine mangelnde Sprachkompetenz in der lokalen Landessprache einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz: Personen, welche sich nur (sehr) schwierig verständigen können, weisen zu 61 Prozent eine geringe Gesundheitskompetenz auf und 21 Prozent sogar eine mangelhafte. Hier gilt es festzuhalten, dass die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund, ob mit oder ohne eigene Migrationserfahrung, sehr heterogen ist. Deshalb lassen sich oberflächlich auch nur geringe bivariate Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheitskompetenz feststellen.

[26] Wie 2015 wurde die Definition des BAG verwendet, wonach mindestens ein Elternteil im Ausland geboren sein muss, damit jemand einen «Migrationshintergrund» hat.

Abbildung 15: Index der generellen Gesundheitskompetenz nach Migration

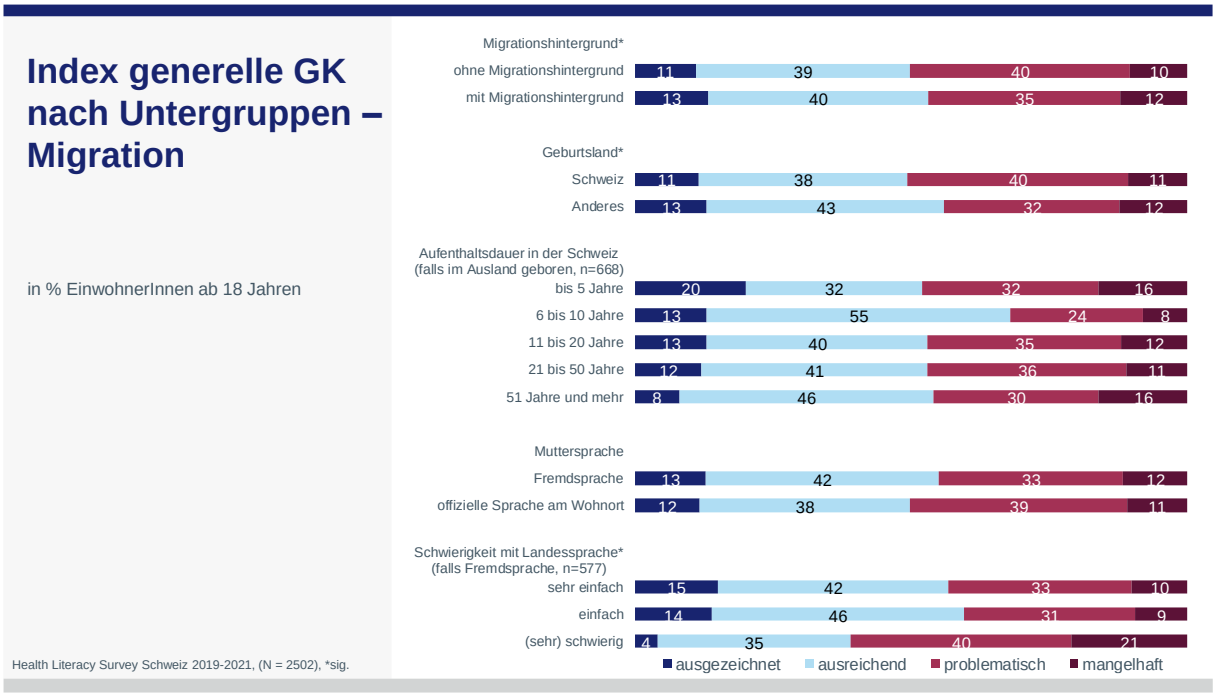


Tabelle 9: Mittelwerte der (Sub-)Indices der Gesundheitskompetenz nach Migrationshintergrund (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

	ohne Migrations-hintergrund	mit Migrations-hintergrund	*Sig.*
Index generelle Gesundheitskompetenz (Generelle GK)	76.9	77.8	*0.301*
Index Krankheitsbewältigung (KB)	79.6	82.0	*0.007***
Index Krankheitsprävention (KP)	69.8	70.6	*0.465*
Index Gesundheitsförderung (GF)	80.9	80.3	*0.537*
Index Informationen finden (IF)	81.2	79.8	*0.138*
Index Informationen verstehen (IV)	80.5	81.4	*0.385*
Index Informationen beurteilen (IB)	71.7	74.6	*0.010***
Index Informationen anwenden (IA)	73.8	75.0	*0.284*

Health Literacy Survey Schweiz *2019-2021 (N = 2505). **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant.*
**Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Indices von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz*

Die Heterogenität der Personen mit Migrationshintergrund lässt sich durch die Korrelationen mit anderen ausgewählten Variablen verdeutlichen (vgl. Tabelle 10). Erwartungsgemäss fallen unter diese Kategorie sehr häufig Personen, die selbst im Ausland geboren sind (r = .670) und eine Fremdsprache als Muttersprache haben (.542). Sie haben auch häufiger Probleme mit der Landessprache[27] (.145). Personen mit Migrationshintergrund sind stärker von finanzieller Deprivation betroffen (.193), können weniger mit Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld rechnen (−.190), sind häufiger jünger (−.153) und haben ein etwas tieferes Bildungsniveau (−.056) als die Vergleichsgruppe. Ausserdem haben sie seltener eine Ausbildung im Gesundheitsbereich abgeschlossen (−.046). Sie tendieren dazu ihren eigenen sozialen Status leicht tiefer einzuschätzen und sind häufiger männlich, jedoch sind diese Unterschiede nicht signifikant. Beim Haushaltseinkommen gibt es ebenso keinen erkennbaren Unterschied.

[27] Im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund, welche aber in einem anderssprachigen Landesteil leben.

Tabelle 10: Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen generellem Migrationshintergrund und soziodemografischen Variablen (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

Migrationshintergrund und …	r	N
Geschlecht: weiblich	-.031	2487
Alter	-.153**	2486
Bildungsniveau	-.056**	2484
Haushaltseinkommen	-.002	2233
finanzielle Deprivation	.193**	2490
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.039	2050
soziale Unterstützung	-.190**	2477
Geburtsland: Ausland	.670**	2490
Muttersprache: Fremdsprache	.542**	2490
Schwierigkeiten mit Landessprache (falls Muttersprache Fremdsprache)	.145**	569
Ausbildung im Gesundheitsbereich	-.046*	2489

Health Literacy Survey Schweiz *2019-2021 (N = 2505). **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Geschlecht 0=männlich 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 8 // Haushaltseinkommen von 1=weniger als CHF 4'000 bis 7=mehr als CHF 14'000 // finanzielle Deprivation von 0=tiefer bis 5=hoher Deprivation // sozialer Status (Selbsteinschätzung) von 1=niedrigste bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // soziale Unterstützung von 3=geringste bis 14=grösste Unterstützung // Geburtsland 0=Schweiz 1=Ausland // Muttersprache 0=offizielle Sprache am Wohnort 1=Fremdsprache // Schwierigkeit mit Landessprache von 1=sehr einfach bis 4=sehr schwierig // Ausbildung im Gesundheitsbereich 0=nein 1=ja*

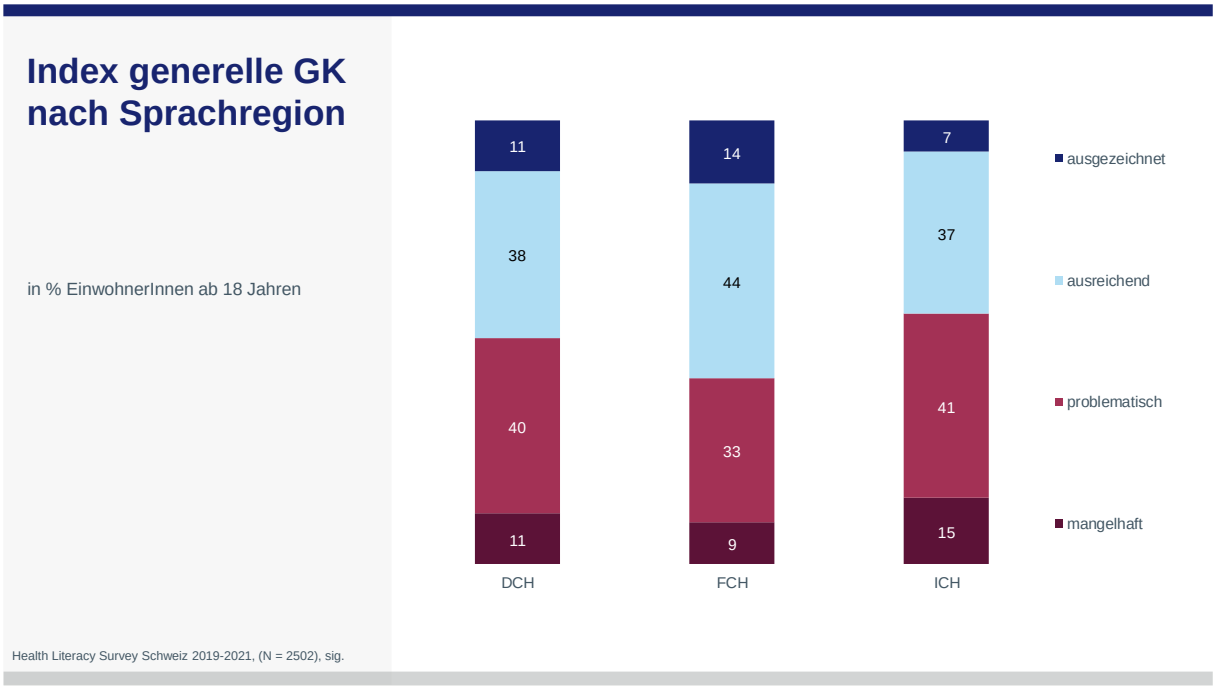
3.3 Regionale Unterschiede in der Verteilung der Gesundheitskompetenz

In diesem Kapitel werden die regionalen Unterschiede der generellen Gesundheitskompetenz beleuchtet. Regionale Unterschiede der digitalen (vgl. Kapitel 3.6) und der Navigations-Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 3.7) finden sich in den jeweiligen Kapiteln.

Unterschiede nach Sprachregion

Generell zeigen sich entlang der Sprachregionen zwar statistisch signifikante, aber keine grossen Unterschiede (vgl. Abbildung 16). In der französischen Schweiz lässt sich ein leicht überdurchschnittlicher Anteil an hoher Gesundheitskompetenz feststellen. Insgesamt sind die Unterschiede allerdings ausgesprochen klein und insbesondere in der italienischen Schweiz nur knapp ausserhalb des Stichprobenfehlers. Weiter zeigt sich, dass nicht alle Elemente gleichermassen zur leicht unterdurchschnittlichen Gesundheitskompetenz im italienischen Sprachraum bzw. zur leicht überdurchschnittlichen Gesundheitskompetenz in der französischsprachigen Schweiz beitragen (vgl. Abbildung 17 und Abbildung 18). So finden sind in der italienischen Schweiz leicht verstärkte Schwierigkeiten bei der Nutzung von Informationen für Entscheidungen bei Krankheiten und dem Verstehen von Informationen zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen. Leicht höhere Schwierigkeiten haben Personen aus der italienischen Schweiz auch bei der Beurteilung, ob eine Zweitmeinung nötig ist, bei der Beurteilung von Vor- und Nachteilen verschiedener Behandlungsmethoden sowie beim Verständnis von Informationen, um psychisch gesund zu bleiben bzw. dem Finden von Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen. Leicht grössere Schwierigkeiten zeigen sich bei den Befragten aus der italienischen Schweiz zudem beim Verständnis für Gesundheitsratschläge aus der Familie, dem Finden von Informationen zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens und zu gesunden Lebensweisen.

Abbildung 16: Index der generellen Gesundheitskompetenz nach Sprachregion



Befragte aus der deutschsprachigen Schweiz fallen demgegenüber durch erhöhte Schwierigkeiten in der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen zu Gesundheitsrisiken aus den Medien auf. Gleich wie die Befragten aus der italienischen Schweiz haben sie Mühe mit der Beurteilung, ob eine Zweitmeinung nötig ist, sowie mit der Beurteilung von Vor- und Nachteilen verschiedener Behandlungsmethoden, als auch mit dem Verständnis und dem Finden von Informationen, um psychisch gesund zu bleiben. Trotz dieser kleinen Unterschiede sind die Schwierigkeiten vergleichbar. In allen Sprachregionen scheinen das Beurteilen der Vertrauenswürdigkeit von Informationen aus den Medien und die Notwendigkeit von Zweitmeinungen eher schwierig, während beispielsweise das Verständnis von Anweisungen zur Medikamenteneinnahme in allen Sprachregionen als sehr einfach beurteilt wird.

Abbildung 17: Elemente der Gesundheitskompetenz nach Sprachregion – Teil 1

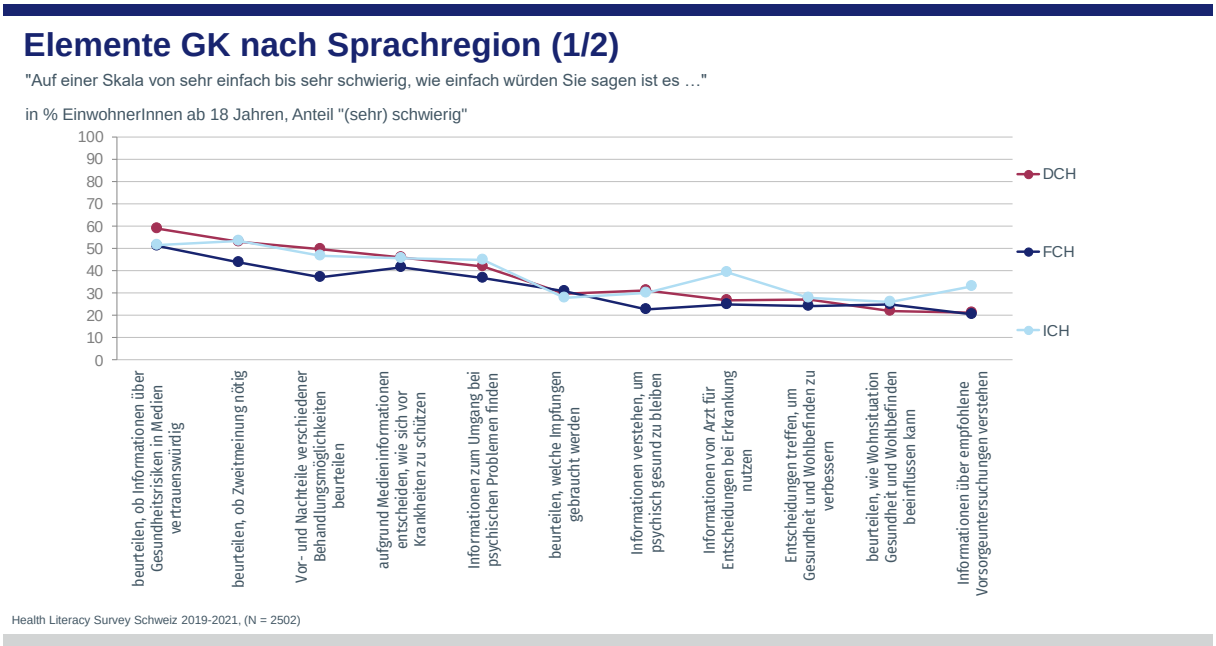
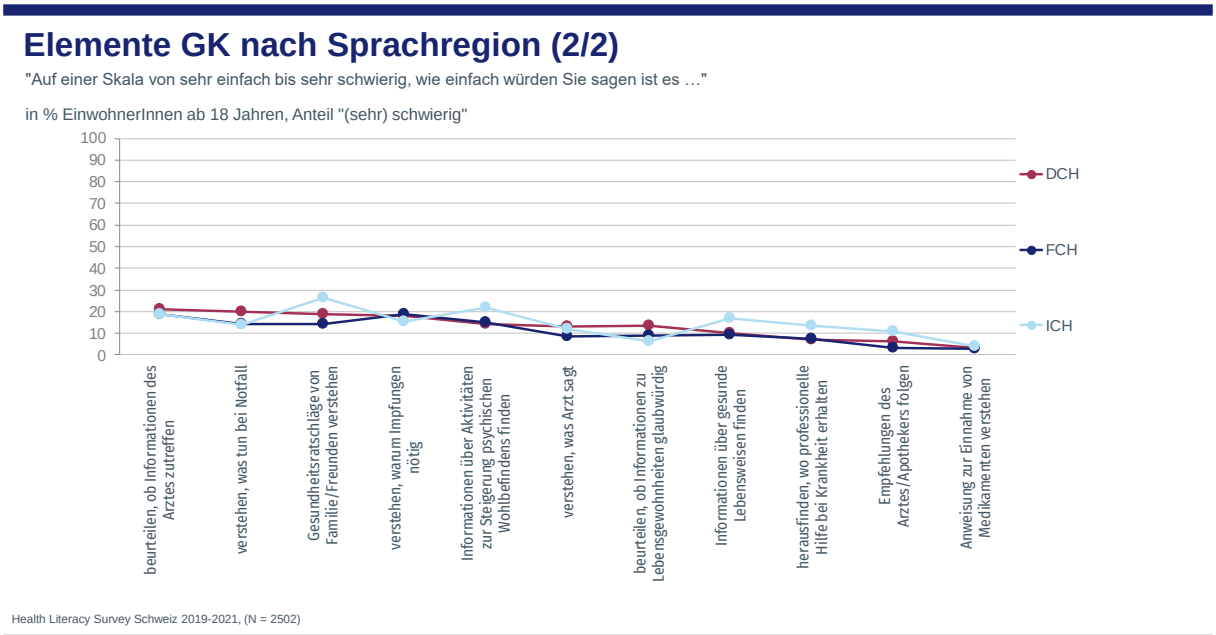


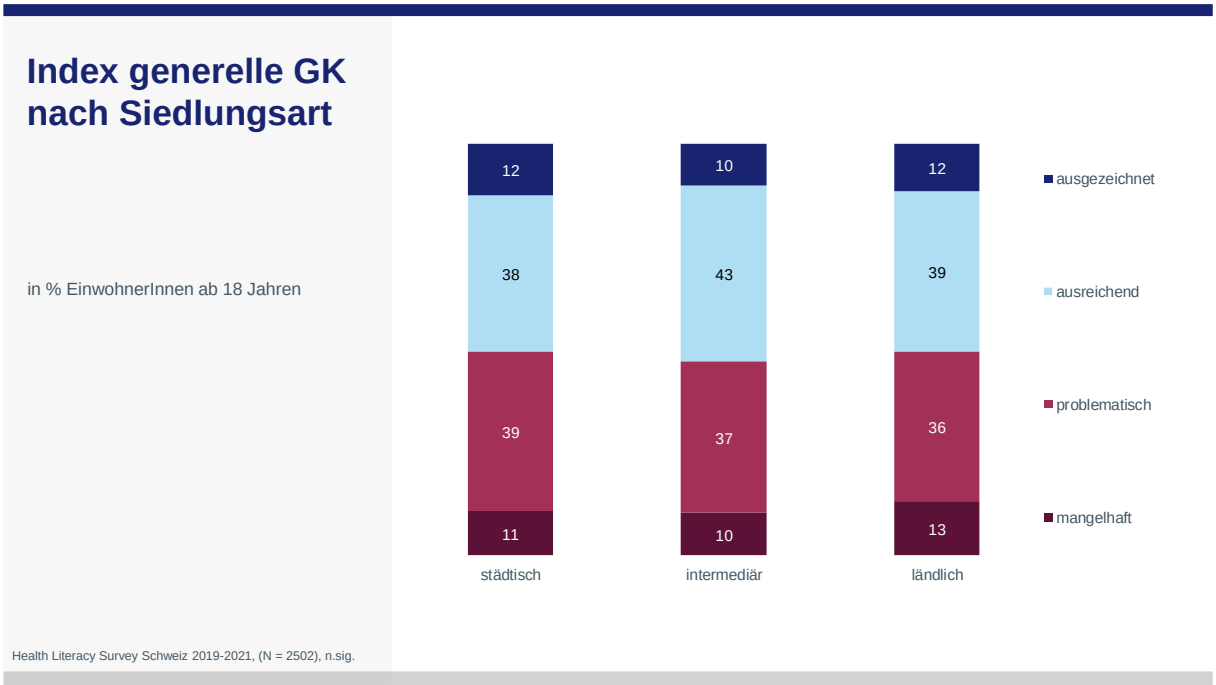
Abbildung 18: Elemente der Gesundheitskompetenz nach Sprachregion – Teil 2



Unterschiede nach Siedlungsart

Keine Unterschiede finden sich demgegenüber entlang der Siedlungsart (vgl. Abbildung 19). So findet sich sowohl unter den Befragten aus städtischem, intermediärem und ländlichem Milieu eine Gesundheitskompetenz, die dem nationalen Mittel folgt.

Abbildung 19: Index der generellen Gesundheitskompetenz nach Siedlungsart



Diese generelle Sicht bestätigt sich auch mit einem Blick auf die einzelnen Elemente der Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 20 und Abbildung 21). So zeigt sich ein marginaler Unterschied bei der Beurteilung, ob Informationen zu Gesundheitsrisiken aus den Medien vertrauenswürdig sind oder nicht. Hier äussern Befragte aus ländlichen Regionen öfter Schwierigkeiten. Leicht mehr Schwierigkeiten zeigen sich auch beim Finden von Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen. Alle anderen

Einzelelemente sind zwischen allen drei räumlichen Differenzierungen fast identisch. Insgesamt ist damit die Siedlungsart kein relevantes Differenzierungsmerkmal für Gesundheitskompetenz.

Abbildung 20: Elemente der Gesundheitskompetenz nach Siedlungsart – Teil 1

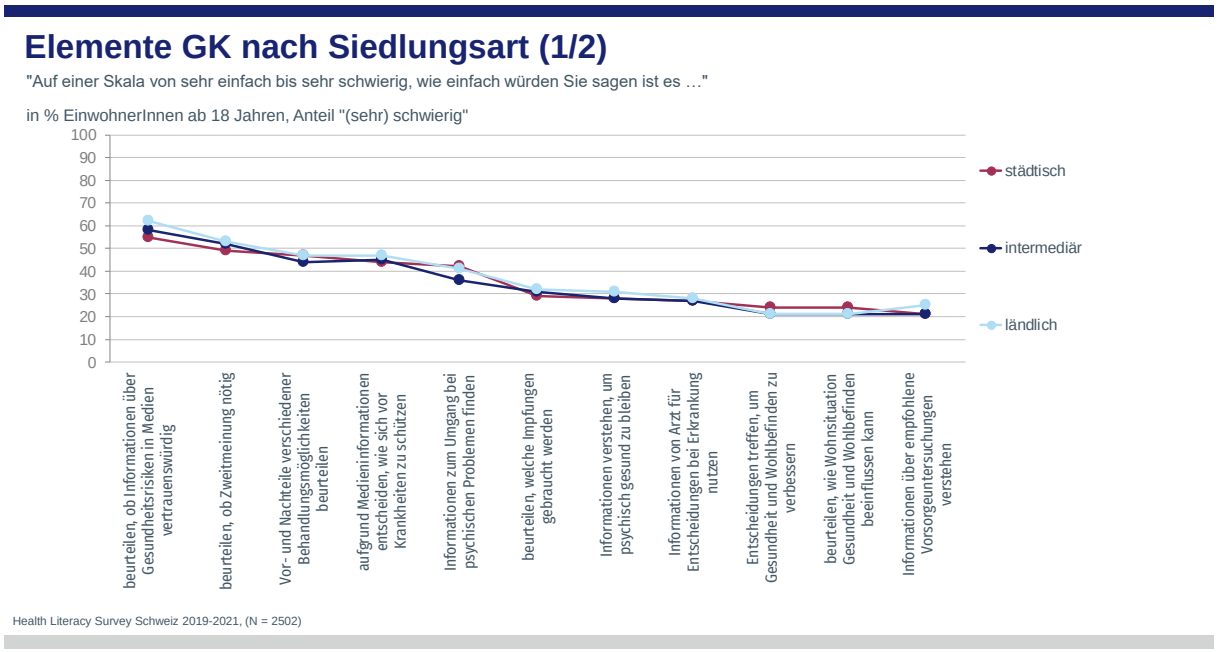
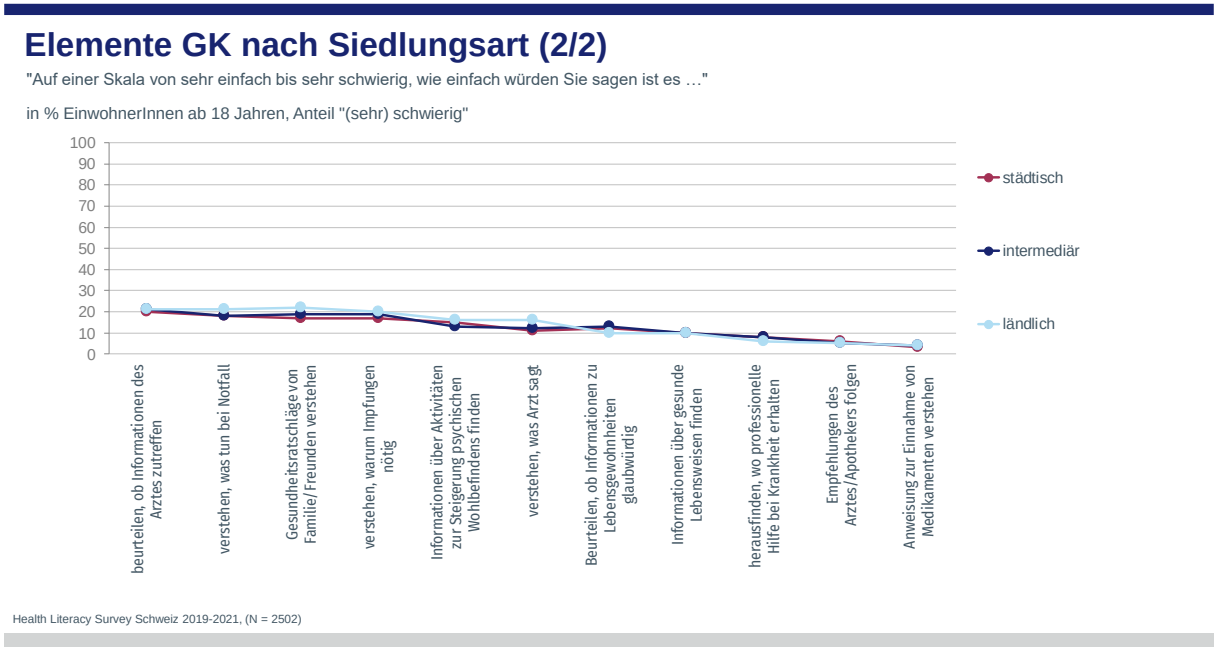


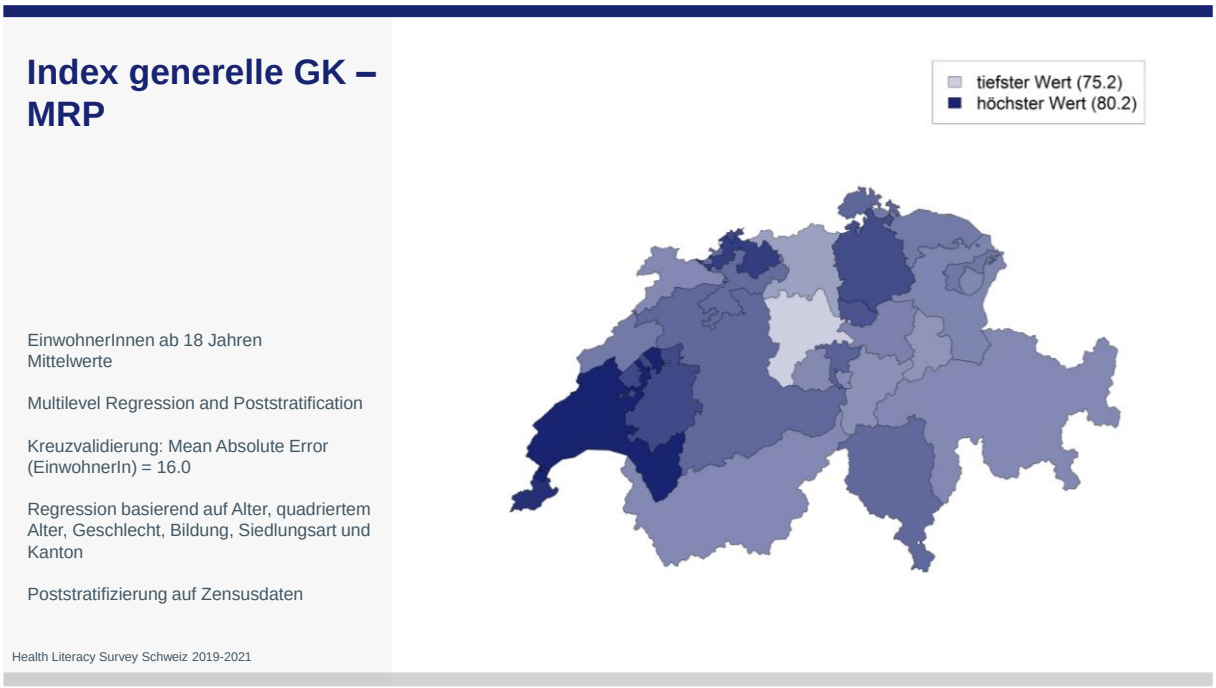
Abbildung 21: Elemente der Gesundheitskompetenz nach Siedlungsart – Teil 2



Unterschiede nach Kantonen

Ein leicht besseres Differenzierungskriterium findet sich hingegen entlang der Kantone als Beobachtungsgrösse (vgl. Abbildung 22 und Tabelle 12). Hierzu wurde eine MRP-Modellierung verwendet (vgl. Kapitel 2.3.5).

Abbildung 22: Index der generellen Gesundheitskompetenz auf Basis der «Multilevel Regression and Poststratification» (MRP) Modellierung



Anmerkung: Die Farben überzeichnen die Unterschiede. Sie wurden so gewählt, dass die Unterschiede visuell gut zu erkennen sind.

So lässt sich im Modell in den Kantonen Genf, Fribourg, Waadt und Neuenburg eine generelle Gesundheitskompetenz erkennen, welche leicht über dem nationalen Mittel liegt, während die Kantone Wallis und Jura im nationalen Mittel liegen. In der Deutschschweiz lässt sich hinsichtlich leicht geringerer Gesundheitskompetenz das gleiche Phänomen erkennen. So ist die generelle Gesundheitskompetenz in den Kantonen Zürich, Bern, Nidwalden, Zug, Solothurn, den beiden Kantonen Basel und im Kanton Schaffhausen leicht überdurchschnittlich, während der Grund für die leicht unterdurchschnittliche generelle Gesundheitskompetenz in der Deutschschweiz eher in den Kantonen Luzern, Glarus und Aargau liegt. Die restlichen deutschsprachigen Kantone bewegen sich im nationalen Mittel.

Tabelle 11: Geschätzter Index generelle Gesundheitskompetenz auf Basis der «Multilevel Regression and Poststratification» (MRP) Modellierung (Mittelwerte der EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

	VD	GE	BL	FR	BS	ZH	ZG	NW	SH	BE	SO	TI	AR
Generelle GK	80.2	79.8	79.4	79.1	79.1	79.0	78.8	78.4	78.3	78.2	78.1	78.1	77.7

	TG	NE	SZ	SG	AI	OW	GR	VS	JU	UR	GL	AG	LU
Generelle GK	77.7	77.7	77.4	77.4	77.3	77.2	77.2	77.2	77.2	77.0	76.9	76.6	75.2

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

Bemerkenswert ist schliesslich die modellierte generelle Gesundheitskompetenz im Kanton Tessin. Während in der Befragung eine leicht unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz für die italienischsprachige Schweiz erkennbar ist, errechnet das Modell eine leicht überdurchschnittliche[28].

[28] Da die Anzahl Interviews in der italienischsprachigen Schweiz relativ klein und der Stichprobenfehler entsprechend gross ist, ist es dabei keineswegs so, dass das Modell zwingend schlechter als die Befragungsresultate ist.

3.4 Bevölkerungsgruppen mit häufigen Schwierigkeiten

Die folgenden soziodemografischen Untergruppen erfüllen mindestens eine der drei Kriterien, welche zur Definition der Bevölkerungsgruppen mit häufigen Schwierigkeiten herangezogen wurden (vgl. Kapitel 2.3.2). Eine der am stärksten von geringer Gesundheitskompetenz betroffenen Gruppe sind Personen, welche Schwierigkeiten mit der lokalen Landessprache haben (vgl. Tabelle 12). Bei allen drei Kriterien sind sie überdurchschnittlich stark betroffen. Wiederum zeigt sich auch hier die Wichtigkeit des sozialen Netzwerkes: Personen, die wenig nachbarschaftliche Hilfe, wenig Anteilnahme und wenig Unterstützung erhalten, haben eine geringere Gesundheitskompetenz.

Tabelle 12: Bevölkerungsgruppen mit häufigen Schwierigkeiten (in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, Anteil geringe (= mangelhafte + problematische) bzw. Anteil mangelhafte generelle Gesundheitskompetenz bzw. Mittelwert Indexwert generelle Gesundheitskompetenz)

Indikator	Kategorie	gering	mangelhaft	MW
EinwohnerInnen ab 18 Jahren		49%	11%	77.3
Schwierigkeit mit Landessprache	(sehr) schwierig	**61%**	**21%**	**70.6**
soziale Unterstützung	schwach	**59%**	**20%**	**71.0**
finanzielle Deprivation	hohe finanzielle Deprivation	**59%**	**21%**	**70.1**
	mittlere finanzielle Deprivation	**57%**	13%	75.4
Selbsteinschätzung sozialer Status	sehr tief	**60%**	**16%**	**72.5**
	tief	**55%**	14%	**73.7**
	untere Mitte	**54%**	10%	76.5
Beschäftigungsstatus	arbeitslos	**56%**	**16%**	74.9
	Andere	**54%**	**18%**	**73.3**
Sprachregion	ICH	**57%**	15%	**74.0**
monatliches Haushaltseinkommen	4000 bis 6000 CHF	**54%**	15%	75.2

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505)
***fett** = Kriterium erfüllt*

Ebenso führt die finanzielle Deprivation häufiger zu geringerer Gesundheitskompetenz. Insbesondere Personen mit hoher finanzieller Deprivation sind häufiger von geringer Gesundheitskompetenz betroffen. Dies geht nicht ausschliesslich, aber zumindest teilweise mit einem tiefen Haushaltseinkommen einher: So sind tiefere (allerdings nicht die ganz tiefen) Einkommensschichten in der Tabelle ebenfalls vertreten. Allerdings hängt finanzielle Deprivation auch mit dem sozialen Status zusammen, so dass mit tieferem selbstgeäusserten sozialen Status die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zunehmen. Weiter sind auch Arbeitslose sowie die sehr heterogene, relativ kleine Gruppe mit einem anderem Beschäftigungsstatus häufiger von geringer Gesundheitskompetenz betroffen. Relativ knapp werden anhand der gesetzten Grenzen auch Personen aus der italienischen Schweiz als eine der zentralen Bevölkerungsgruppen ausgemacht. Wie im vorhergehenden Kapitel (vgl. Kapitel 3.3) beleuchtet, ist diese Zuordnung mit einem Fragezeichen zu versehen.

3.5 Konsequenzen der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz erfüllt keinen Selbstzweck, sondern steht in direktem Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Verhalten respektive der Risikoabwägung gegenüber ungesundem Verhalten eines Individuums. Im folgenden Kapitel wird dieser Zusammenhang schrittweise erarbeitet. Zuerst wird ein Einblick in die zentralen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen gegeben und der Zusammenhang zur Gesundheitskompetenz festgehalten. In einem zweiten Schritt wird der Zusammenhang mit der Gesundheit des betreffenden Individuums dargelegt.

3.5.1 Gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsrisiken

Die Mehrheit der Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner halten sich gemäss ihrer Selbstäusserung mehr oder weniger an die gängige Empfehlung, mehrfach pro Woche Sport zu treiben: Rund ein Viertel macht fast jeden Tag Sport (23 %), weitere 42 Prozent an 3 bis 5 Tagen pro Woche und weitere 23 Prozent sind mindestens einmal pro Woche sportlich tätig. 7 Prozent treiben weniger als an einem Tag pro Woche und 5 Prozent nie Sport. Das Bundesamt für Sport und das BAG definieren als ausreichende sportliche Aktivität mindesten zwei sportliche Aktivitäten wöchentlich und halten in einer Untersuchung fest (Bundesamt für Statistik, 2019), dass dies auf rund 75 Prozent der Schweizer Einwohnerinnen und Einwohnern zutrifft. Insgesamt scheinen die hier und in der BFS-Studie gemessenen Werte durchaus vergleichbar.

Ein Blick auf den Alkoholkonsum zeigt im Vergleich zu anderen Studien, insbesondere auch im Zeitvergleich, weitgehende Stabilität: 8 Prozent konsumieren (fast) täglich Alkohol, 16 Prozent drei- bis fünfmal und 26 Prozent ein- bis zweimal pro Woche. 27 Prozent konsumieren weniger als einmal pro Woche Alkohol, 23 Prozent nie. Der tägliche Alkoholkonsum ist absolut vergleichbar mit anderen Studienserien, wie zum Beispiel dem schweizerischen Suchtmonitoring[29]. Ebenfalls keine Veränderung zeigt sich in Bezug auf den Tabakkonsum in der Schweiz. Wie schon die Erhebung zur Gesundheitskompetenz 2015 sowie das Suchtmonitoring Schweiz festhält, sind rund drei Viertel (74 %) der Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner ab 18 Jahren Nichtrauchende. Unter den Rauchenden machen täglich Rauchende mit 15 Prozent den grössten Anteil aus, was das Suchtpotenzial von Tabak unterstreicht.

Von den Befragten geben 63 Prozent an, täglich Obst oder Gemüse zu konsumieren. Auch wenn es in den offiziellen Empfehlungen länderspezifische Unterschiede gibt (in der Schweiz empfiehlt man eher fünf Portionen pro Tag), kann aufgrund der hier vorliegenden Datenlage zumindest festgehalten werden, dass die restlichen 37 Prozent ohne täglichen Konsum zu wenig Obst oder Gemüse konsumieren. Ob der tägliche Konsum unter den 63 Prozent die täglich notwendige Menge abdeckt, kann hier nicht beantwortet werden. 30 Prozent konsumieren an drei bis fünf Tagen Früchte und Gemüse, 5 Prozent an einem bis zwei Tagen und nur je 1 Prozent gibt an, an weniger als an einem Tag pro Woche oder nie Früchte und Gemüse zu verzehren.

In Bezug auf den Body-Mass-Index (BMI)[30] spiegelt die hier vorliegende Studie exakt die Verhältnisse, wie sie auch die offizielle Gesundheitsstatistik festhält (Bundesamt für Statistik, 2019). So sind aufgrund des selbstgeäusserten Gewichts und der Grösse 12 Prozent der Erwachsenen in der Schweiz als adipös und weitere 29 Prozent als übergewichtig zu bezeichnen. Das stimmt sehr genau mit den 42 Prozent der Stimmberechtigten mit Übergewicht oder Adipositas überein, welche die Gesundheitsstatistik 2019 berechnete. Das Untergewicht spielt mit 3 Prozent nur am Rande eine Rolle. 56 Prozent liegen im normalgewichtigen Bereich.

Diese Elemente von gesundheitlich idealerem oder weniger idealem Verhalten haben einen nachweisbaren Zusammenhang zur generellen Gesundheitskompetenz. Dabei zeigt sich, dass die generelle Gesundheitskompetenz sichtbar mit der Häufigkeit von Verzehr von Obst und Gemüse korreliert, wie auch mit der Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten und dem BMI (vgl. Tabelle 13). Der starke Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Obst oder Gemüse und der generellen Gesundheitskompetenz zeigt sich relativ linear entlang der verschiedenen Ausprägungen von Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 23). So findet sich unter den Personen mit einer mangelhaften Gesundheitskompetenz ein tieferer Gemüse- und Früchtekonsum, auch wenn hier eine knappe Mehrheit von 51 Prozent angibt, täglich Früchte und Gemüse zu konsumieren. Dieser Anteil steigt mit zunehmender Gesundheitskompetenz bis hin zu 69 Prozent bei Personen mit einer ausgezeichneten generellen Gesundheitskompetenz.

[29] www.suchtmonitoring.ch, Ergebnisse basieren auf der fortlaufenden, telefonischen Befragung CoRolAR (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks).

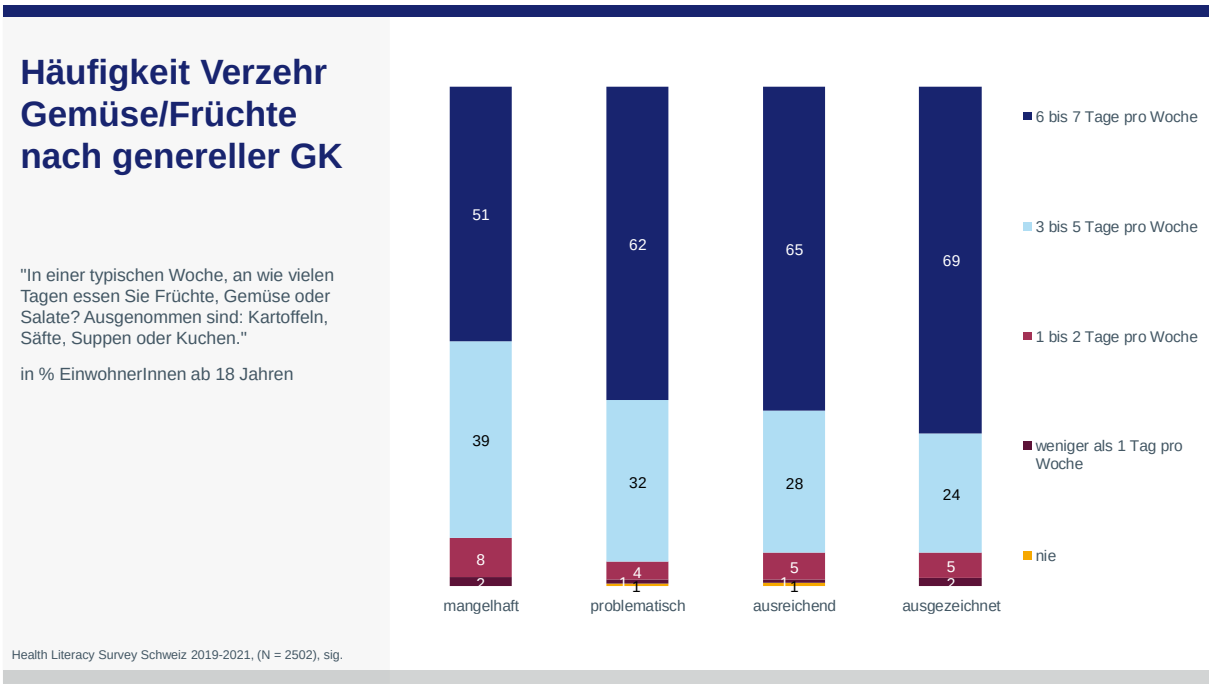
[30] $\mathrm{BMI} = \frac{\mathrm{Gewicht[kg]}}{\mathrm{Grösse[m]^2}}$; Gruppierung analog HLS-EU-Studie gemäss BMI-Klassifikation der WHO.

Tabelle 13: Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (generelle GK) und Gesundheitsverhalten (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

Generelle GK und …	r	N
Tabakkonsum	-.027	2499
Alkoholkonsum	-.002	2497
Häufigkeit Sport	.060**	2498
Häufigkeit Verzehr Gemüse/Früchte	.082**	2502
Body-Mass-Index	-.062**	2475

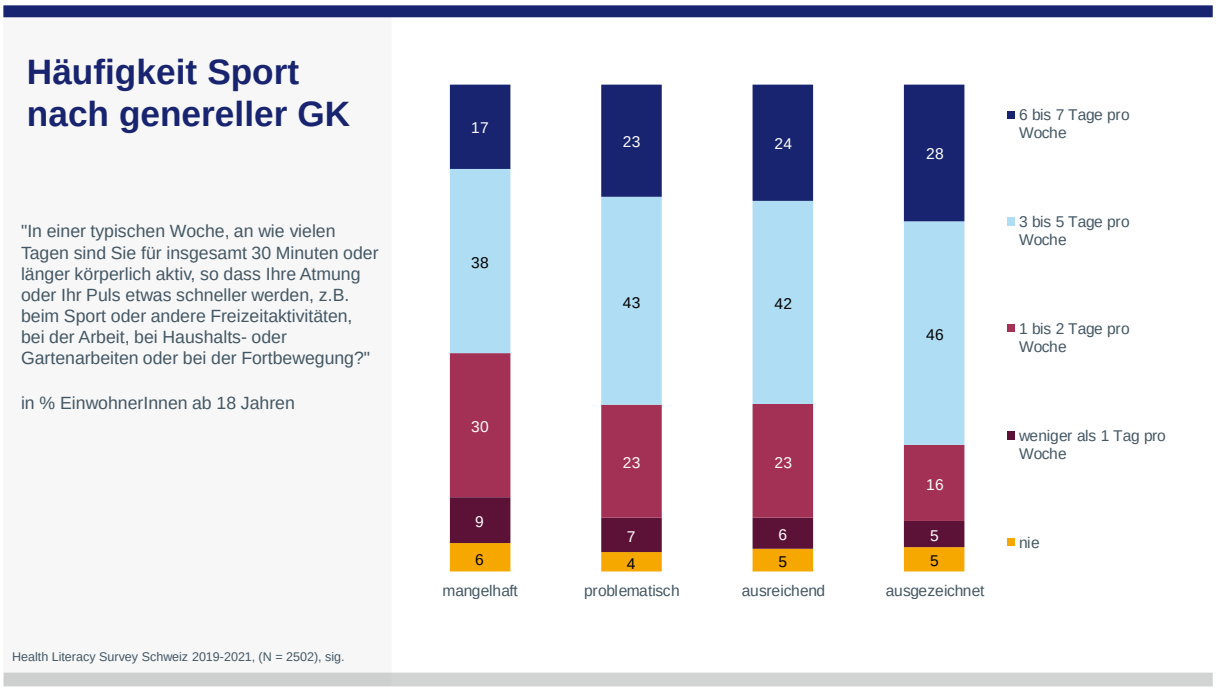
*Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505). **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Generelle GK-Index von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI // restliche Variablen von -1=nie bis 7=an 7 Tagen*

Abbildung 23: Verzehr von Obst oder Gemüse nach genereller Gesundheitskompetenz



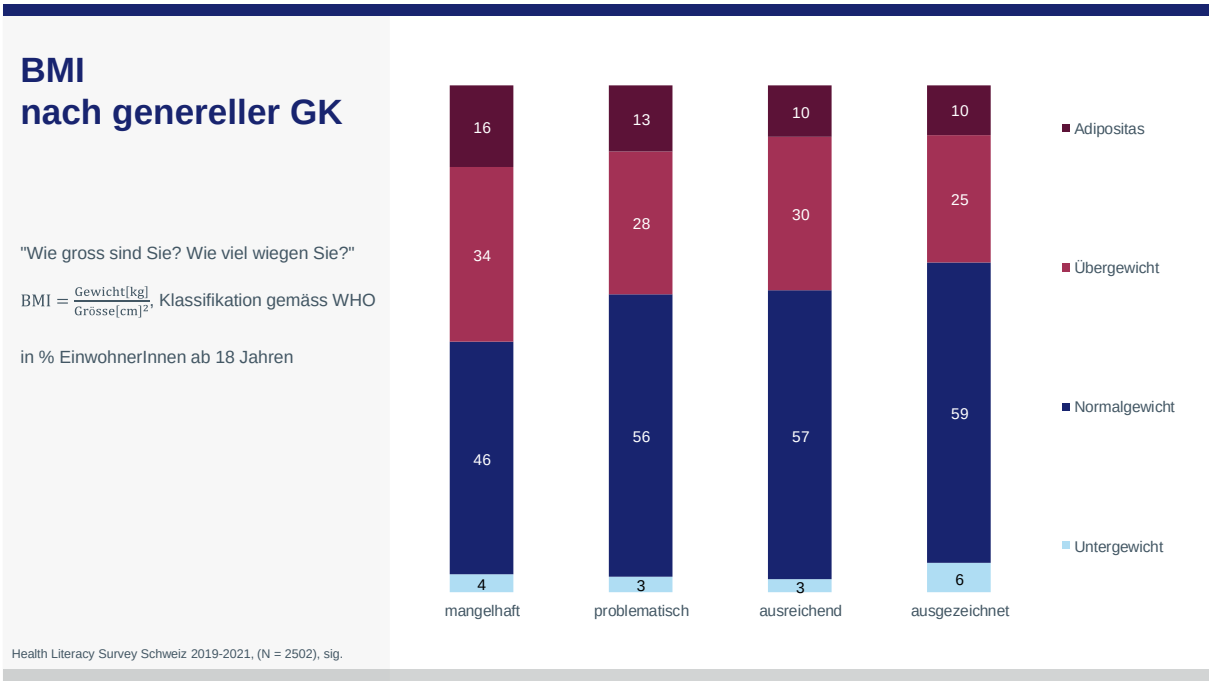
Eine ähnliche Verbindung zeigt sich auch zwischen sportlichen Aktivitäten und genereller Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 24). Hier nimmt sowohl der Anteil von mehrmals wöchentlichen wie auch täglichen sportlichen Aktivitäten mit zunehmender genereller Gesundheitskompetenz relativ linear zu.

Abbildung 24: Häufigkeit einer sportlichen Aktivität nach genereller Gesundheitskompetenz



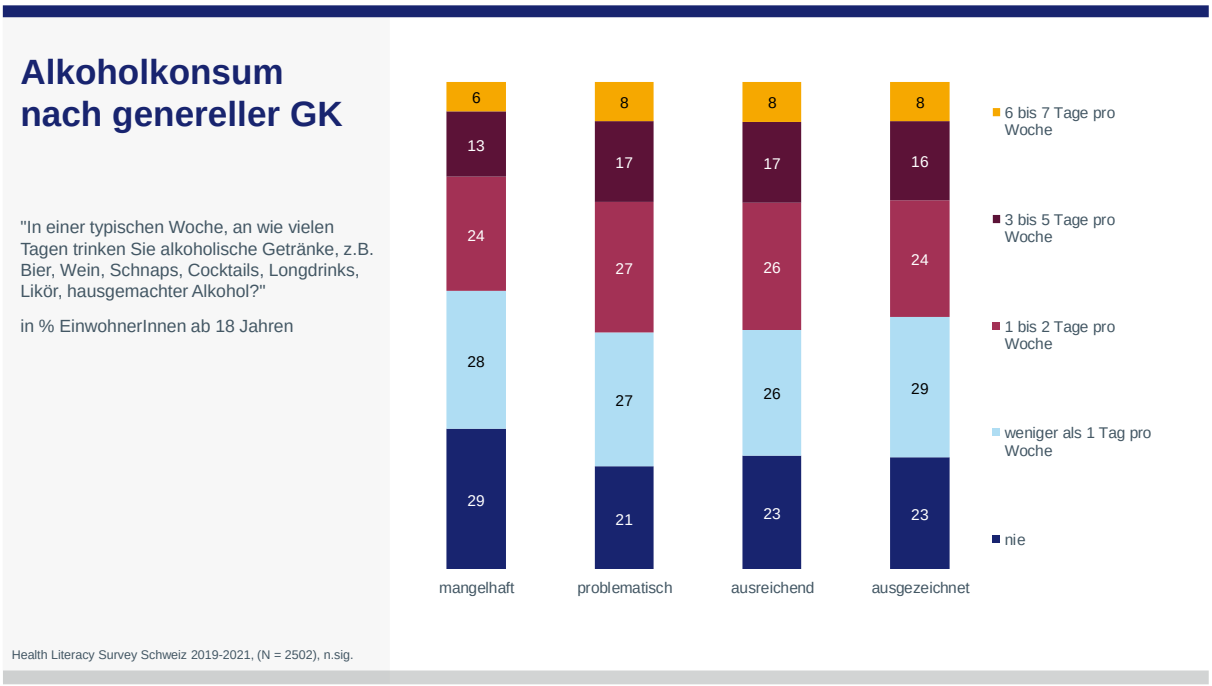
Eine ebenfalls grafische Bestätigung findet der Zusammenhang zwischen BMI und genereller Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 25). Während die Hälfte der Befragten mit mangelhafter generellen Gesundheitskompetenz auch übergewichtig oder adipös ist, macht dieser Anteil unter Personen mit einer ausgezeichneten generellen Gesundheitskompetenz lediglich 35 Prozent aus; der Anteil mit Normalgewicht beträgt 59 Prozent.

Abbildung 25: Body-Mass-Index (BMI) nach genereller Gesundheitskompetenz



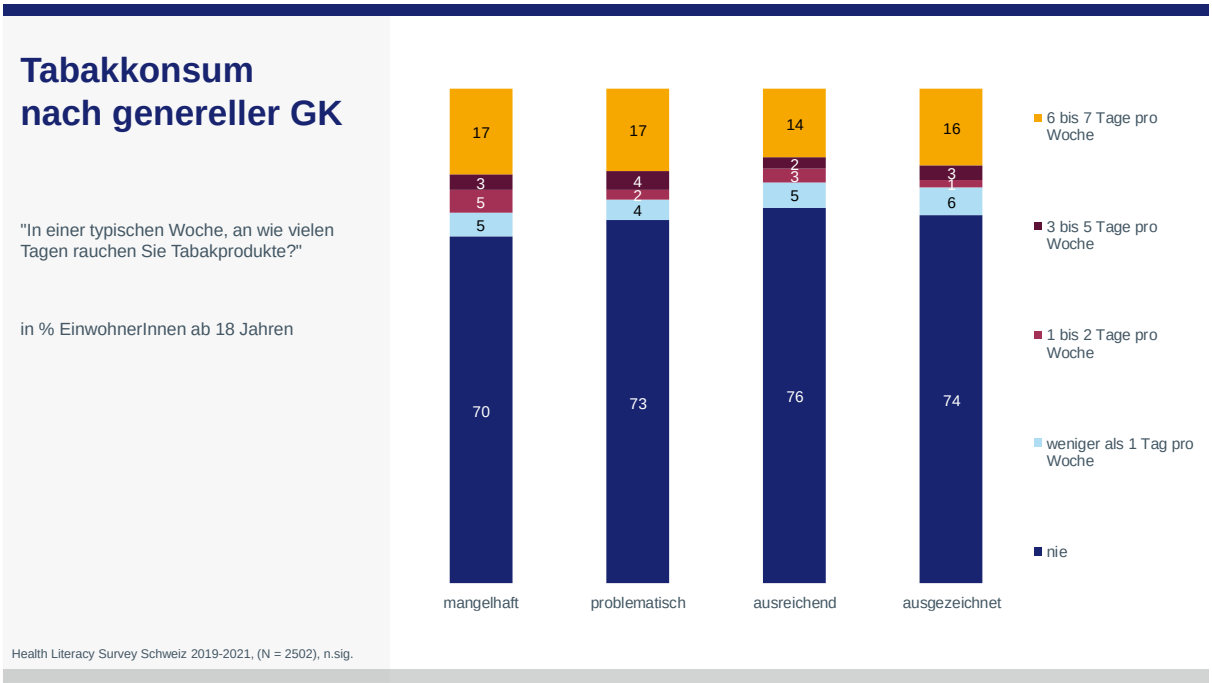
Der fehlende statistische Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und genereller Gesundheitskompetenz findet sich auch innerhalb der Differenzierung zu den verschiedenen Stufen der Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Alkoholkonsum nach genereller Gesundheitskompetenz



Keine statistischen Differenzen finden sich in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und genereller Gesundheitskompetenz, wenn auch die grafische Visualisierung vermuten lässt, dass erhöhte Gesundheitskompetenz in der Tendenz zu weniger intensivem Tabakkonsum führt (vgl. Abbildung 27). Die Unterschiede sind aber auf Basis der Fallzahlen zu klein, um sie statistisch zu erhärten.

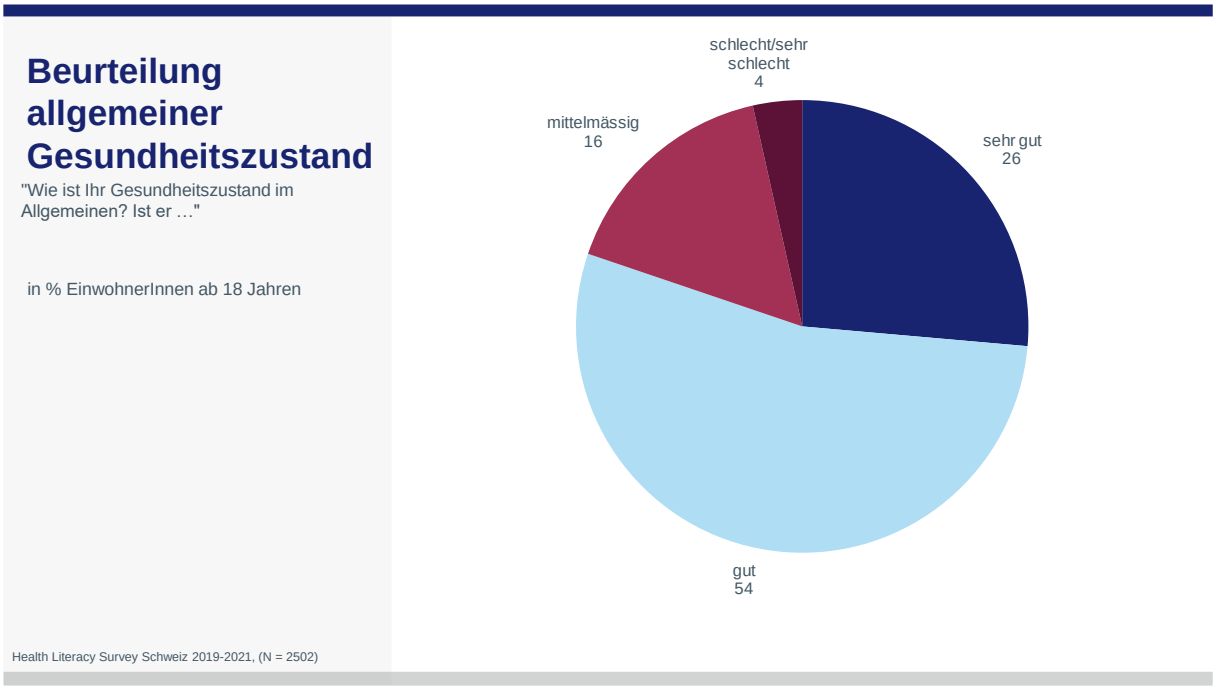
Abbildung 27: Tabakkonsum nach genereller Gesundheitskompetenz



3.5.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Die Befragten fühlen sich im Allgemeinen gesund (vgl. Abbildung 28). 54 Prozent beurteilen den eigenen Gesundheitszustand als gut, weitere 26 Prozent als sehr gut. 16 Prozent beurteilen ihn als mittelmässig und 4 Prozent sehen den eigenen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. Im Vergleich dazu haben im Gesundheitsmonitor 25 Prozent ihren derzeitigen Gesundheitszustand mit sehr gut, weitere 42 Prozent mit gut bewertet (Bieri et al., 2018). 25 Prozent haben eine eher gute Beurteilung angegeben, wohingegen 8 Prozent einen (eher bis sehr) schlechten Gesundheitszustand festgehalten haben. Insgesamt zeigt sich in der vorliegenden Befragung somit eine ähnliche Gesundheitsstruktur wie in der Vergleichsstudie, soweit sie sich mit den unterschiedlichen Kategorien vergleichen lassen.

Abbildung 28: Allgemeiner Gesundheitszustand



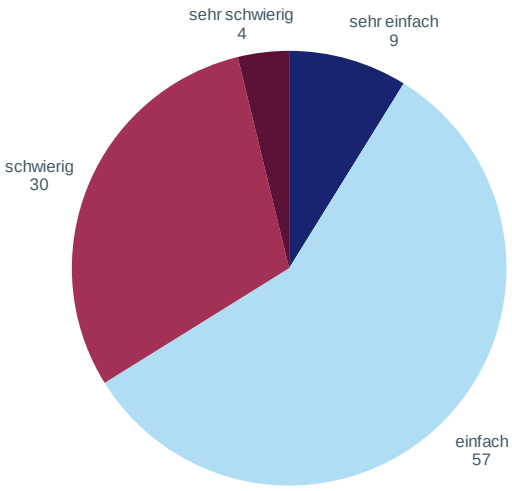
Wie schon 2015 weisen auch 2020 rund zwei Drittel der Befragten (63 %) keine lang andauernden Krankheiten auf, während ein Viertel eine solche Krankheit und 10 Prozent mehrere Krankheiten angeben. Die Definition chronischer Krankheiten ist sehr breit. Sie umfasst ein Spektrum von relativ einfach handhabbaren bis zu sehr komplexen und belastenden Krankheiten. Das zeigt sich auch bei der Einschätzung der Befragten: Der Umgang mit chronischen Krankheiten wird von fast zwei Dritteln (66 %) als einfach oder sehr einfach eingestuft, während ein Drittel (34 %) unter Personen mit chronischen Krankheiten hier mehr oder weniger starke Schwierigkeiten angibt (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29: Umgang mit chronischen Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen

Umgang mit chronischen Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen

"Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, mit Ihren chronischen Krankheiten oder Ihren gesundheitlichen Problemen umzugehen? Ist das für Sie …"

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, die ein chronisches Leiden oder gesundheitliche Probleme haben



Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (n = 928)

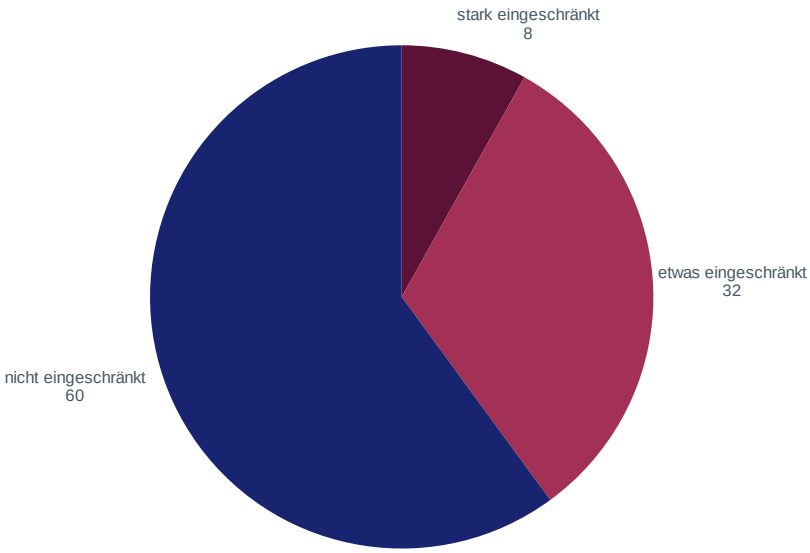
Ausserdem scheinen 60 Prozent in den letzten 6 Monaten nicht durch gesundheitliche Probleme in ihren üblichen Aktivitäten eingeschränkt gewesen zu sein, während rund ein Drittel etwas und marginale 8 Prozent stark eingeschränkt waren (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30: Einschränkung üblicher Aktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme in den letzten 6 Monaten

Einschränkung üblicher Aktivitäten durch gesund-heitliche Probleme

"Wenn Sie an die letzten 6 Monate denken, wie stark haben gesundheitliche Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt? Haben gesundheitliche Probleme Ihre Aktivitäten …"

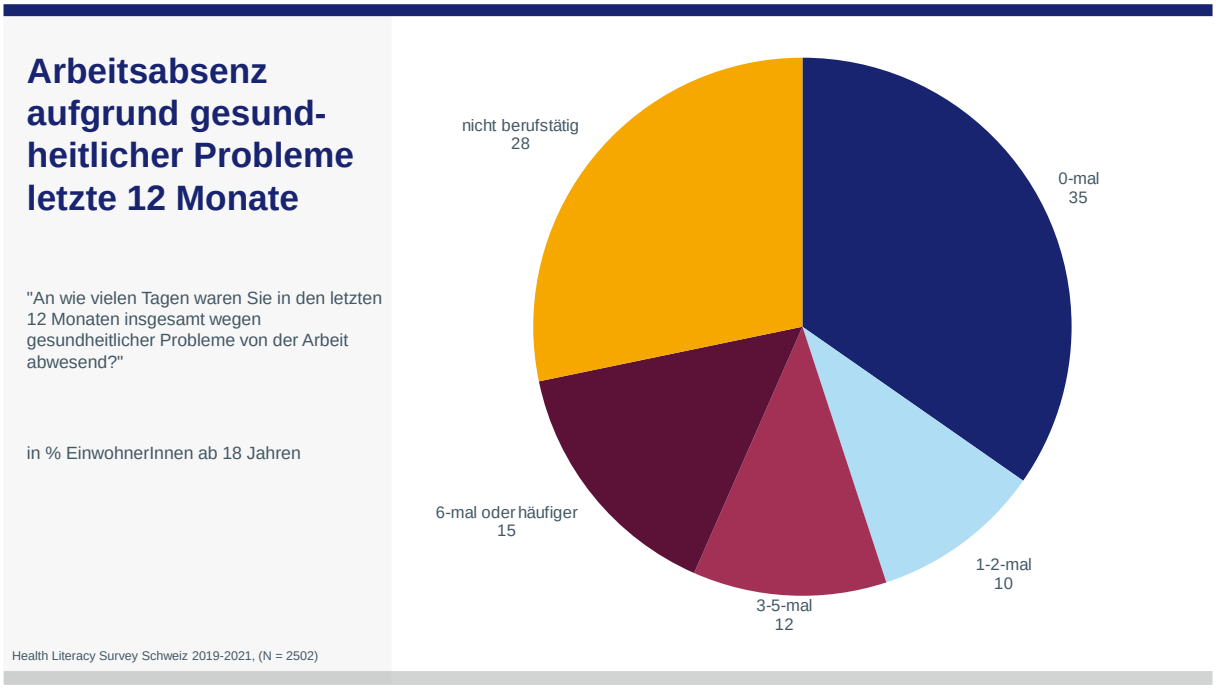
in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren



Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (N = 2502)

37 Prozent der Befragten sind in den letzten 12 Monaten mindestens einmal aufgrund gesundheitlicher Probleme dem Arbeitsplatz ferngeblieben, während 35 Prozent nie abwesend waren und weitere 28 Prozent nicht im Berufsleben standen (vgl. Abbildung 31).

Abbildung 31: Arbeitsabsenz aufgrund gesundheitlicher Probleme in den letzten 12 Monaten



Wie schon 2015 ist der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Formen von Einschränkungen und der generellen Gesundheitskompetenz relativ stark (vgl. Tabelle 14). Dabei zeigen sich insgesamt die gleichen Zusammenhänge wie 2015: Schlechte Gesundheit und geringere Gesundheitskompetenz haben auch 2020 einen Zusammenhang. Dieser Zusammenhang zeigt sich am deutlichsten beim konkreten Umgang mit der eigenen Krankheit bei Personen mit chronischen Krankheiten. Ebenso gibt es einen Zusammenhang zwischen der generellen Gesundheitskompetenz und Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme bei üblichen Aktivitäten sowie dem eigenen Gesundheitszustand. Leicht schwächer sind die Zusammenhänge mit dem Vorliegen einer chronischen Krankheit und Arbeitsabsenzen aufgrund gesundheitlicher Probleme.

Tabelle 14: Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

Generelle GK und …	**r**	**N**
Beurteilung allgemeiner Gesundheitszustand	.167**	2499
Vorliegen chronische Krankheiten/gesundheitliche Probleme	-.090**	2498
Schwieriger Umgang mit chronischen Krankheiten/gesundheitlichen Problemen (bei Vorliegen chronischer Krankheiten/gesundheitlicher Probleme)	-.234**	921
Einschränkung üblicher Aktivitäten durch gesundheitliche Probleme	-.171**	2495
Arbeitsabsenz aufgrund gesundheitlicher Probleme letzte 12 Monate (wenn berufstätig)	-.080**	1780

Health Literacy Survey Schweiz *2019-2021 (N = 2505). **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Generelle GK-Index von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz // Beurteilung allgemeiner Gesundheitszustand von 1=sehr schlecht bis 5=sehr gut// Vorliegen lang andauernde Krankheit von 1=nein bis 3= ja, mehrere // Schwieriger Umgang mit chronischen Krankheiten/gesundheitlichen Problemen von 1=sehr einfach bis 4=sehr schwierig // Einschränkung üblicher Aktivitäten durch gesundheitliche Probleme von 1=nicht eingeschränkt bis 3=stark eingeschränkt // Arbeitsabsenz aufgrund gesundheitlicher Probleme letzte 12 Monate Anzahl Tage*

Für Personen mit mangelhafter genereller Gesundheitskompetenz ist es schwieriger, mit Gesundheitsproblemen oder einer chronischen Krankheit umzugehen, als für Personen mit einer höheren generellen Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 32).

Abbildung 32: Umgang mit chronischen Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen nach genereller Gesundheitskompetenz

Umgang mit chronischen Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen nach genereller GK

"Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, mit Ihren chronischen Krankheiten oder Ihren gesundheitlichen Problemen umzugehen? Ist das für Sie …"

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, die ein chronisches Leiden oder gesundheitliche Probleme haben



Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (n = 928), sig.

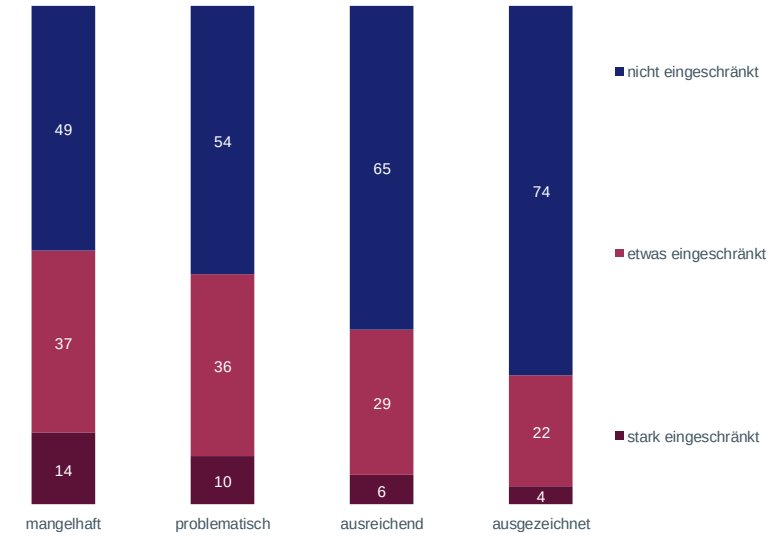
Je geringer die generelle Gesundheitskompetenz ist, desto eher fühlen sich die Befragten in den letzten sechs Monaten durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 33: Einschränkung üblicher Aktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme nach genereller Gesundheitskompetenz

Einschränkung üblicher Aktivitäten durch gesundheitliche Probleme nach genereller GK

"Wenn Sie an die letzten 6 Monate denken, wie stark haben gesundheitliche Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt? Haben gesundheitliche Probleme Ihre Aktivitäten …"

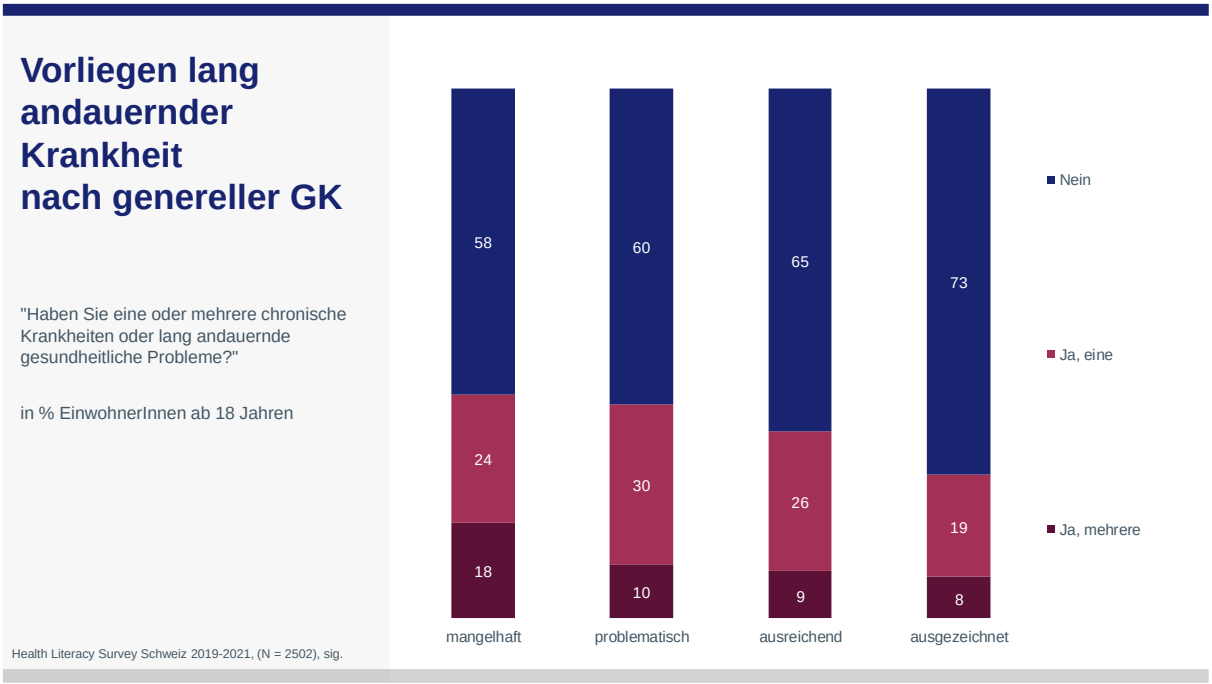
in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren



Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (N = 2502), sig.

Mit zunehmender Gesundheitskompetenz finden sich auch weniger chronische Krankheiten (vgl. Abbildung 34). Während unter Personen mit einer mangelhaften generellen Gesundheitskompetenz der Anteil an Personen mit mindestens einer chronischen Krankheit 42 Prozent ausmacht, sinkt dieser Anteil mit zunehmender Gesundheitskompetenz und macht unter Personen mit ausgezeichneter Gesundheitskompetenz noch 27 Prozent aus.

Abbildung 34: Vorliegen einer oder mehrerer chronische Krankheiten oder lang andauernde gesundheitlich Probleme nach genereller Gesundheitskompetenz



Ähnlich ist die Entwicklung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsabsenzen aufgrund gesundheitlicher Probleme und der generellen Gesundheitskompetenz, auch wenn die Unterschiede weniger deutlich sind als bei den anderen Dimensionen (vgl. Abbildung 35). So geben unter den Personen mit mangelhafter Gesundheitskompetenz 30 Prozent an, dass sie in den letzten 12 Monaten keine Arbeitsabsenz aufgrund gesundheitlicher Probleme hatten, während dieser Anteil mit steigender genereller Gesundheitskompetenz zunimmt und unter Personen mit ausgezeichneter Gesundheitskompetenz 40 Prozent ausmacht.

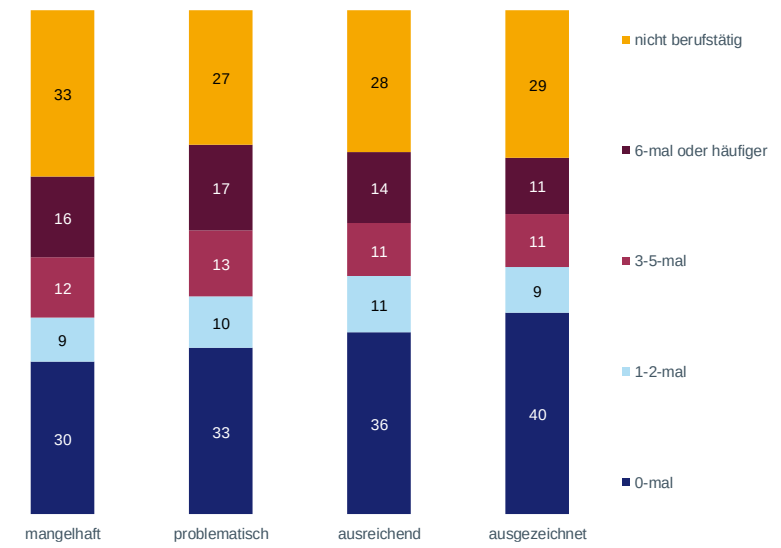
Ein sehr ähnlicher Zusammenhang zeigt sich auch zwischen dem generellen Gesundheitszustand und der generellen Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 36). Je geringer die generelle Gesundheitskompetenz ist, desto schlechter wird der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt. Gleiches, wenn auch sichtbar weniger linear, zeigt sich auf der anderen Seite in Bezug auf einen sehr guten eigenen Gesundheitszustand: Dieser steigt ab einer ausreichenden Gesundheitskompetenz leicht und ab einer ausgezeichneten Gesundheitskompetenz deutlich an.

Abbildung 35: Arbeitsabsenz aufgrund gesundheitlicher Probleme in den letzten 12 Monaten nach genereller Gesundheitskompetenz

Arbeitsabsenz aufgrund gesundheitlicher Probleme letzte 12 Monate nach genereller GK

"An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt wegen gesundheitlicher Probleme von der Arbeit abwesend?"

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren



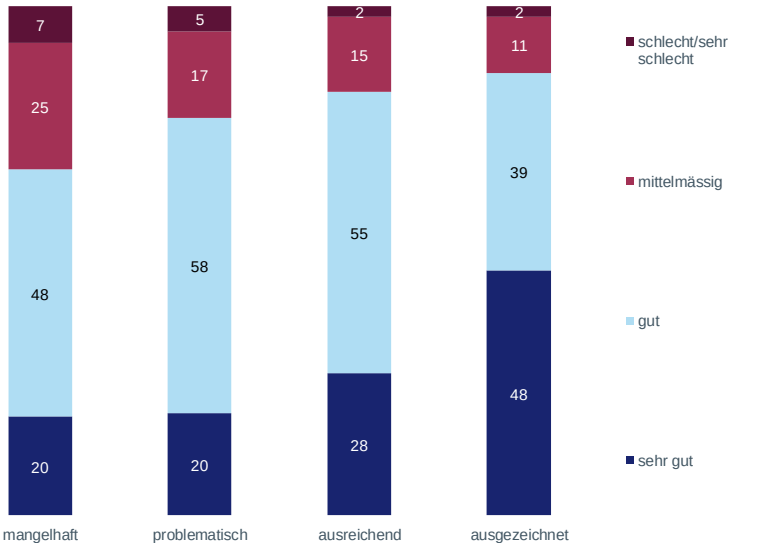
Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (N = 2502), n.sig.

Abbildung 36: Allgemeiner Gesundheitszustand nach genereller Gesundheitskompetenz

Beurteilung allgemeiner Gesundheitszustand nach genereller GK

"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er …"

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren

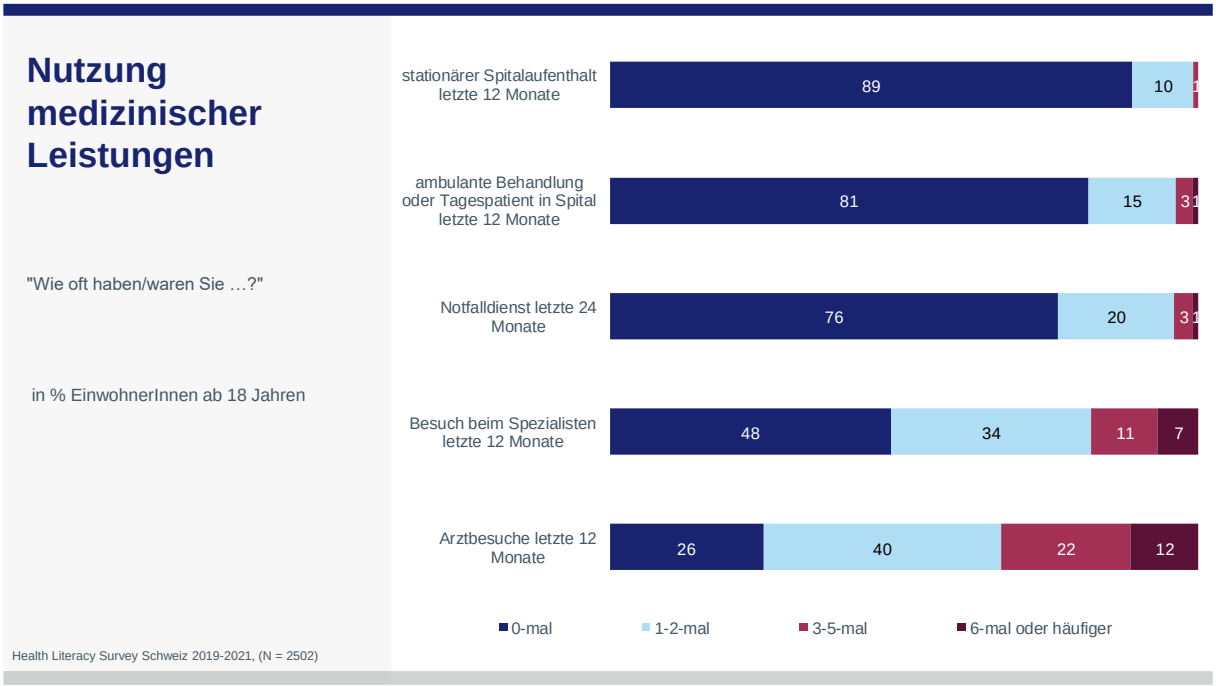


Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (N = 2502), sig.

3.5.3 Nutzung medizinischer Leistungen

Wie schon in der schweizerischen Erhebung zur Gesundheitskompetenz 2015 besteht die Nutzung medizinischer Leistungen hauptsächlich aus Arztbesuchen sowie aus Besuchen bei Spezialistinnen und Spezialisten (vgl. Abbildung 37). So suchten 74 Prozent aller Befragten in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal einen Arzt oder eine Ärztin auf, während 52 Prozent mindestens einmal einen Spezialisten oder eine Spezialistin aufgesucht haben. Mehr als zwei Besuche pro Jahr sind bei beiden Arten von Fachpersonen selten der Fall. Im Vergleich zu 2015 ist der Anteil an Personen ohne Arztbesuch leicht höher (2015: 14 % vs. 2020: 25 %).

Abbildung 37: Nutzung medizinischer Leistungen in den letzten 12 Monaten



Die Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit der Nutzung der medizinischen Leistungen und der generellen Gesundheitskompetenz sind sichtbar kleiner als der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Formen von gesundheitlichen Zuständen und der Gesundheitskompetenz (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz und Gesundheitsnutzung (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

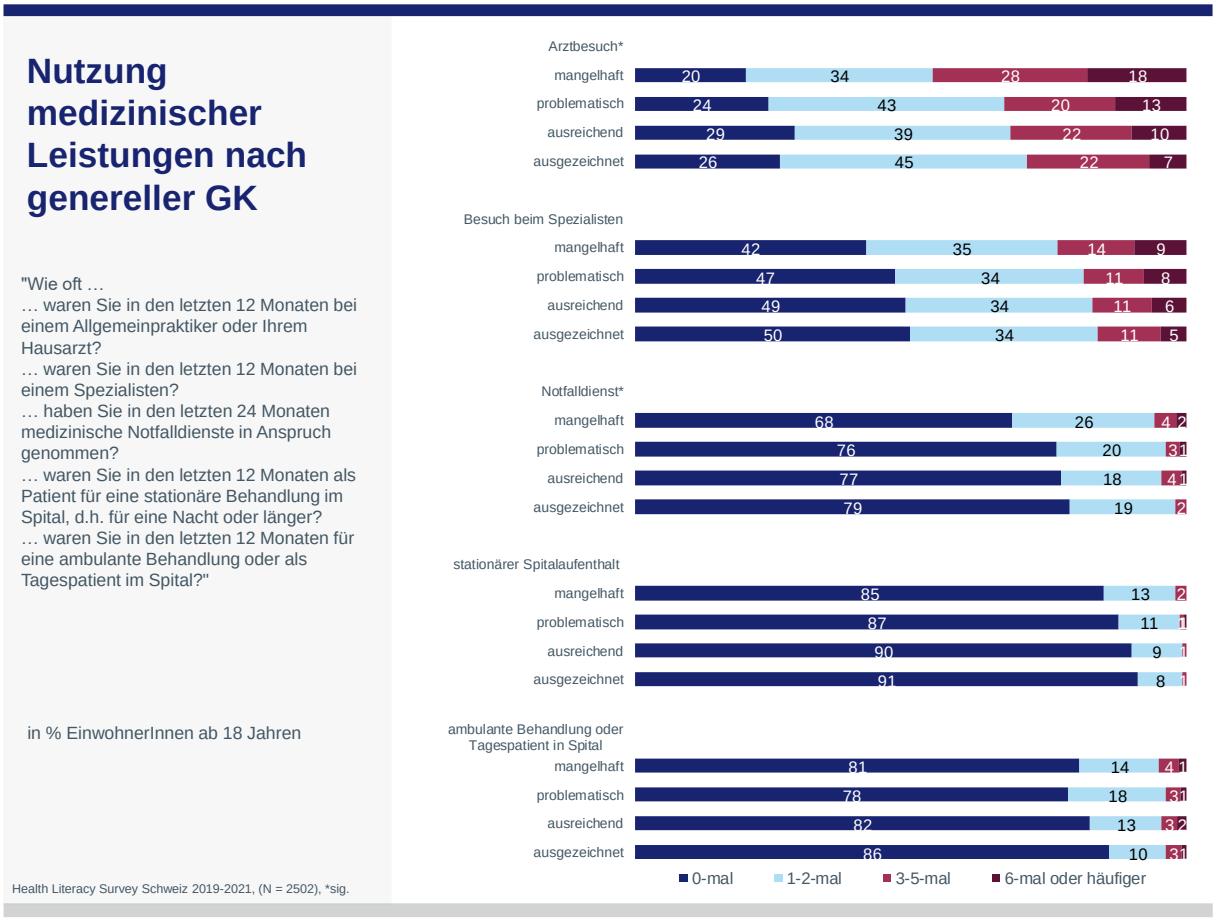
Generelle GK und …	r	N
Notfalldienst letzte 24 Monate	-.043*	2499
Arztbesuche letzte 12 Monate	-.084**	2500
Besuche beim Spezialisten letzte 12 Monate	-.062**	2499
stationärer Spitalaufenthalt letzte 12 Monate	-.054**	2502
ambulante Behandlung oder Tagespatient in Spital letzte 12 Monate	-.036	2500

*Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (N = 2505). **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Generelle-GK-Index von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz // restliche Variablen Anzahl Kontakte*

Der stärkste Zusammenhang findet sich bei Besuchen beim Arzt bzw. der Ärztin respektive dem Spezialisten bzw. der Spezialistin. Befragte mit höherer Gesundheitskompetenz suchen seltener einen Arzt bzw. eine Ärztin auf. Gleiches findet sich abgeschwächt auch im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten und der Nutzung von Notfalldiensten, während sich kein Zusammenhang zwischen ambulanten Behandlungen im Spital und genereller Gesundheitskompetenz feststellen lässt.

Die schwach ausgeprägten Zusammenhänge lassen sich auch grafisch mehr oder weniger deutlich aufzeigen (vgl. Abbildung 38).

Abbildung 38: Nutzung medizinischer Leistungen in den letzten 12 Monaten nach genereller Gesundheitskompetenz

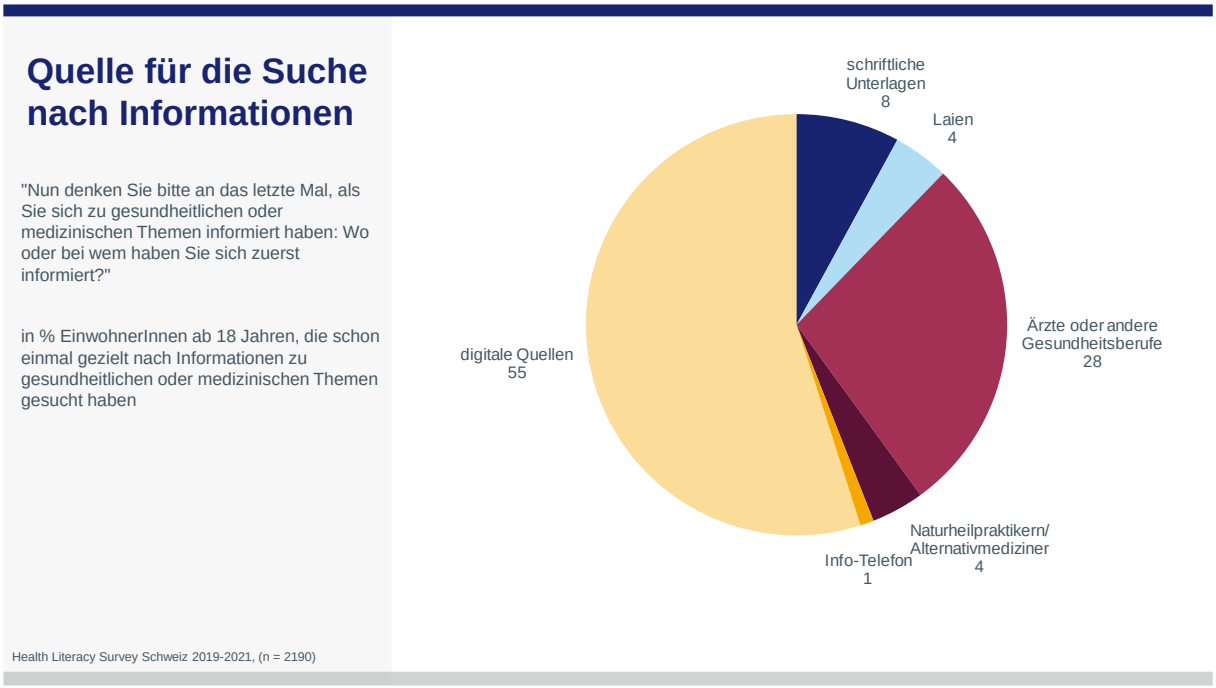


Personen mit mangelhafter Gesundheitskompetenz haben im vergangenen Jahr zu 46 Prozent mindestens dreimal eine Allgemeinpraktikerin oder einen Allgemeinpraktiker besucht. Dieser Anteil nimmt mit zunehmender genereller Gesundheitskompetenz ab. Ein solcher Zusammenhang ist auch in Bezug auf die Nutzung von Notfalldiensten zu erkennen, jedoch viel schwächer. Hier nutzen Personen mit mangelhafter genereller Gesundheitskompetenz Notfalldienste mit 32 Prozent leicht öfter als Personen mit ausgezeichneter generellen Gesundheitskompetenz (21 %). Bei der Häufigkeit der anderen medizinischen Dienstleistungen, d. h. Besuchen bei der Spezialistin oder dem Spezialisten, stationärem Spitalaufenthalt und ambulanter Behandlung oder als Tagespatient im Spital, sind die Zusammenhänge mit den Kategorien der generellen Gesundheitskompetenz nicht signifikant. In der Tendenz geht aber auch hier eine geringere Gesundheitskompetenz mit einer häufigeren Nutzung einher.

3.5.4 Nutzung medizinischer Informationen

Eine grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung (88 %) hat schon einmal gezielt nach Informationen zu medizinischen oder gesundheitlichen Themen gesucht. Die Suche nach diesen Informationen erfolgte dabei mehrheitlich digital (vgl. Abbildung 39): 55 Prozent aller Einwohnerinnen und Einwohner mit Sucherfahrung nutzen digitale Kanäle, während Gesundheitsfachpersonen mit 28 Prozent nur halb so oft als Informationsquelle genutzt werden.

Abbildung 39: Quelle für die Suche nach gesundheitlichen oder medizinischen Informationen



Ob gezielt nach Gesundheitsinformationen gesucht wird oder nicht, korreliert nur schwach mit der generellen Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 40). Auch bei den Personen mit einer problematischen oder mangelhaften generellen Gesundheitskompetenz überwiegen deutlich diejenigen, die schon einmal gezielt nach gesundheitlichen oder medizinischen Themen gesucht haben.

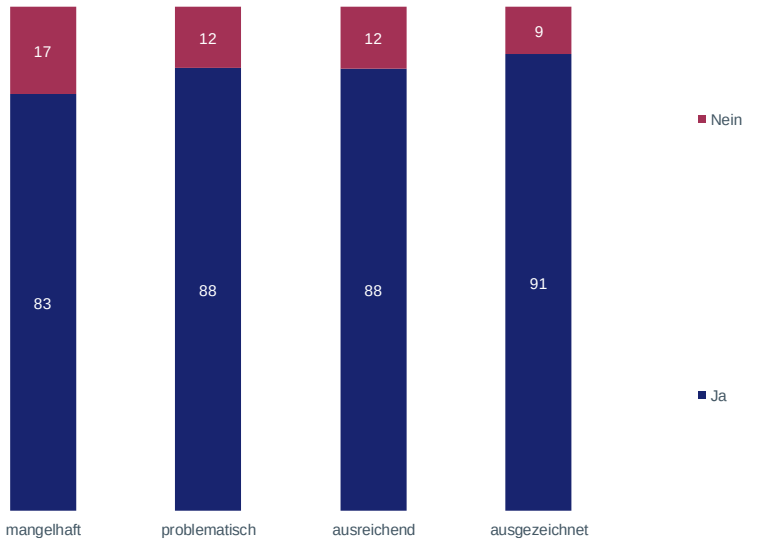
Je nach genereller Gesundheitskompetenz werden jedoch unterschiedlichen Informationskanäle genutzt (Abbildung 41). Digitale Quellen werden von Personen mit mangelhafter oder problematischer Gesundheitskompetenz deutlich mehr konsultiert als andere Informationsquellen. Personen mit ausreichender oder ausgezeichneter Gesundheitskompetenz hingegen wenden sich bei der Informationssuche öfter an Fachpersonen.

Abbildung 40: Informationssuche zu gesundheitlichen oder medizinischen Informationen nach genereller Gesundheitskompetenz

Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen gesucht nach genereller GK

"Haben Sie schon einmal gezielt nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen gesucht, egal wo?"

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren



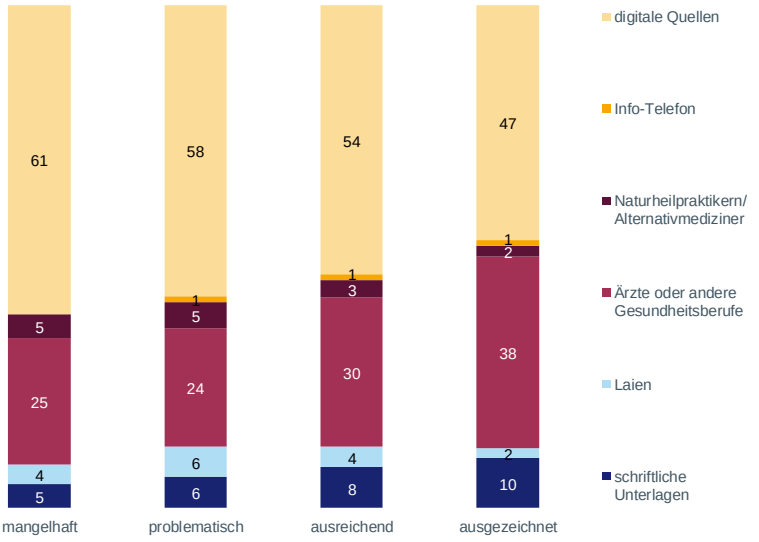
Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (N = 2502), sig.

Abbildung 41: Quelle für die Suche nach gesundheitlichen oder medizinischen Informationen nach genereller Gesundheitskompetenz

Quelle für die Suche nach Informationen nach genereller GK

"Nun denken Sie bitte an das letzte Mal, als Sie sich zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen informiert haben: Wo oder bei wem haben Sie sich zuerst informiert?"

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, die schon einmal gezielt nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen gesucht haben

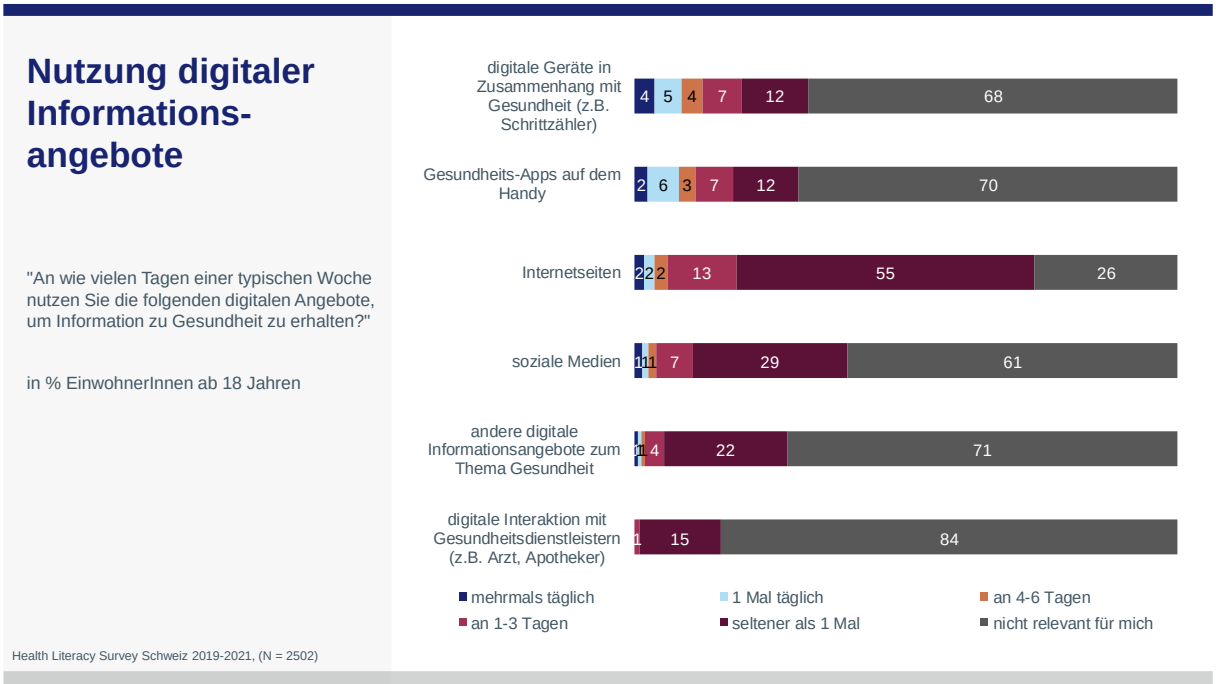


Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (n = 2190), sig.

3.6 Digitale Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung

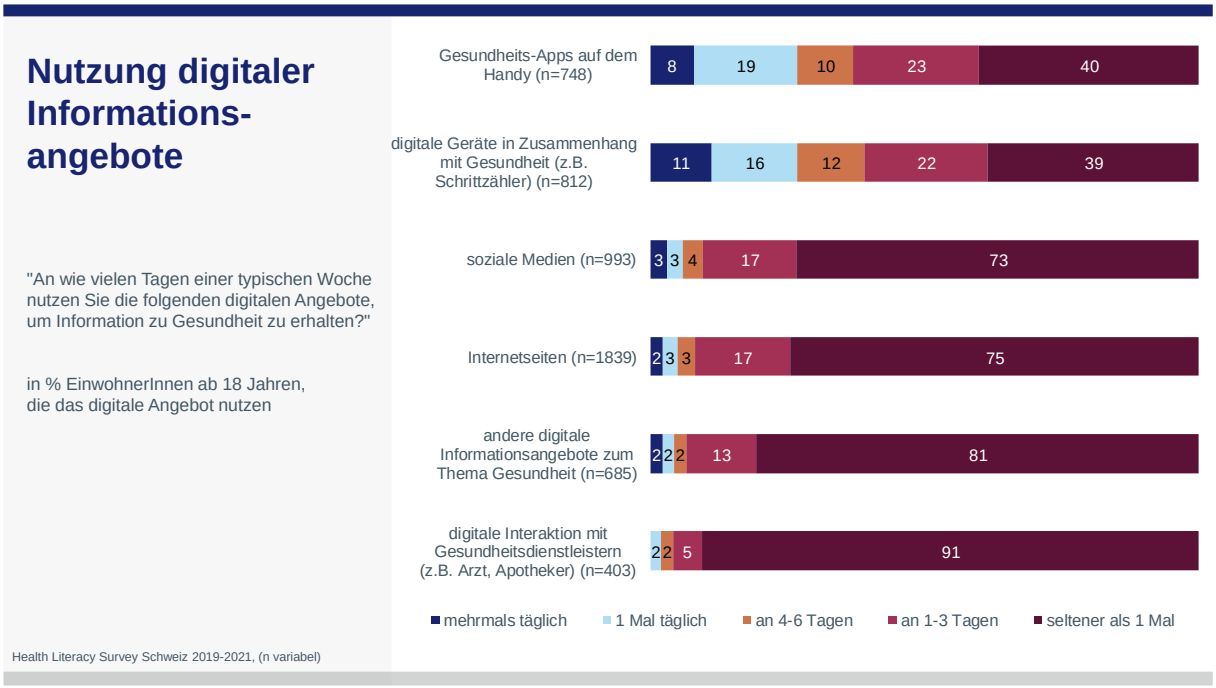
Trotz der Nennung von digitalen Quellen als Hauptinformationsquelle nutzt lediglich eine Minderheit der Einwohnerinnen und Einwohner ab 18 Jahren digitale Informationsangebote zur Gesundheit regelmässig. Die einzige Ausnahme bildet das Internet: 55 Prozent der Befragten geben an, das Internet (respektive bestimmte Internetseiten) bis zu einem Mal pro Woche für Gesundheitsinformationen zu nutzen (vgl. Abbildung 42) und bei weiteren 13 Prozent ist dies an 1 bis 3 Tagen pro Woche der Fall. Häufiger online nach Gesundheitsinformationen suchen nur 6 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohnern. Soziale Medien werden gemäss den Aussagen der Befragten am zweitmeisten genutzt. Allerdings ist hier der Anteil derjenigen, die einmal pro Woche und seltener von solchen Angeboten Gebrauch machen, nicht besonders gross (29 %) und nur sehr wenige (3 %) suchen häufiger als dreimal pro Woche in den sozialen Medien nach Gesundheitsinformationen. Digitale Geräte oder Gesundheits-Apps sind gemäss der Befragung für einen vergleichsweise grossen Anteil der Bevölkerung nicht relevant (68 % bzw. 70 %). Jene, die sie nutzen, tun dies jedoch aus Überzeugung und durchaus mehrmals pro Woche oder Tag. Es sind dies die Angebote mit dem grössten Anteil an Befragten, die eine regelmässige Nutzung dieser Angebote angeben. Am wenigsten verbreitet ist die digitale Interaktion mit Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern, wie etwa dem Arzt bzw. der Ärztin oder der Apotheke.

Abbildung 42: Nutzung digitaler Angebote für Gesundheitsinformationen – gesamte Bevölkerung



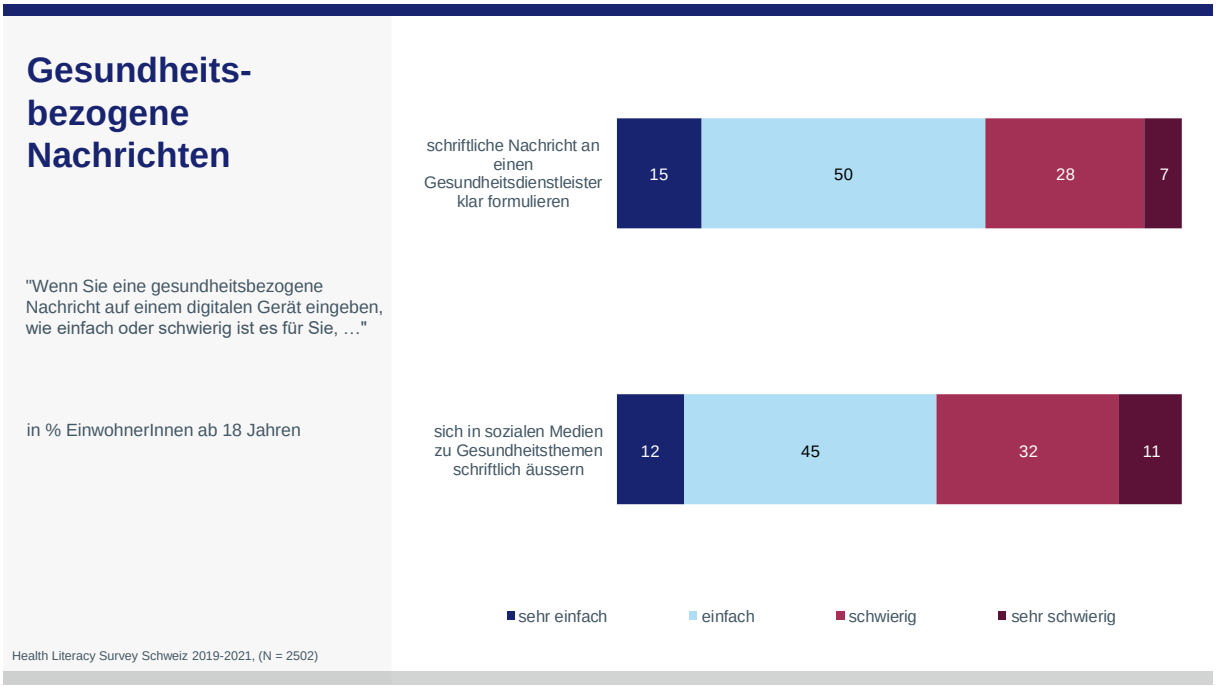
Wird nur der Anteil der Bevölkerung berücksichtigt, welcher ein bestimmtes digitales Angebot nutzt, ist der Unterschied zwischen Angeboten, die oft bzw. nur selten genutzt werden, deutlicher sichtbar (vgl. Abbildung 43): Internetseiten oder soziale Medien werden selten oder an wenigen Tagen genutzt. Hingegen nutzen die Befragten viel häufiger Gesundheits-Apps oder auch digitale Geräte wie Schrittzähler, um Informationen zur Gesundheit zu erhalten.

Abbildung 43: Nutzung digitaler Angebote für Gesundheitsinformationen – Anteil der Bevölkerung, die ein bestimmtes digitales Angebot nutzt



Eine Mehrheit der Befragten empfindet die schriftliche digitale Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden oder auch zu Gesundheitsthemen in sozialen Medien grundsätzlich als einfach (vgl. Abbildung 44). Ältere Personen bekunden in beiden Fällen hingegen viel häufiger Schwierigkeiten mit der digitalen Kommunikation. Der Anteil an Befragten zwischen 18 und 39 Jahren, die eine Äusserung zu Gesundheitsthemen in den sozialen Medien als sehr oder eher schwierig empfinden, beträgt 38 Prozent, bei den Befragten über 65 Jahren sind es dagegen 66 Prozent.

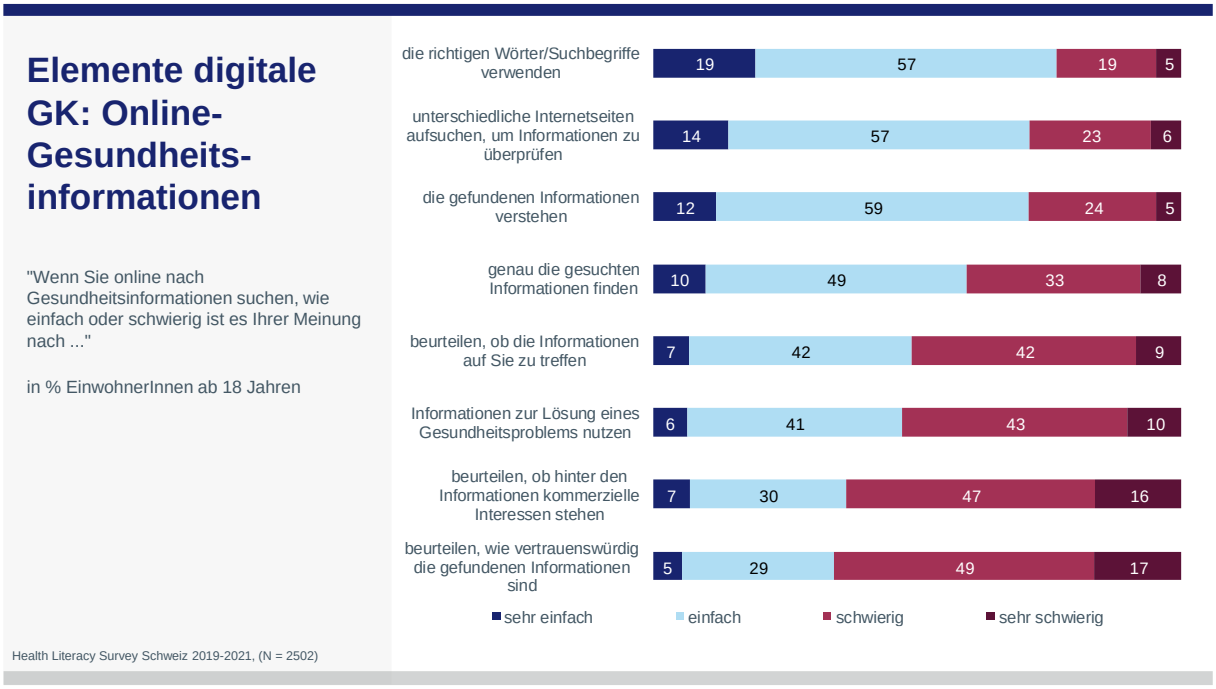
Abbildung 44: Einfachheit bzw. Schwierigkeit der schriftlichen digitalen Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden oder zu Gesundheitsthemen



Das Suchen und Finden von Online-Gesundheitsinformationen per se bereitet der Bevölkerung in der Schweiz keine grosse Mühe (vgl. Abbildung 45). Klare Mehrheiten bezeichnen es als einfach, die richtigen Suchbegriffe anzuwenden, relevante Internetseiten aufzusuchen oder auch die gefundenen Informationen zu verstehen. Als anspruchsvoller wird dagegen empfunden, diese Informationen persönlich einzuordnen: Zu beurteilen, ob eine Information auf die eigene Situation zutrifft, ist für 51 Prozent schwierig oder sehr schwierig. Noch mehr Mühe bereitet die Beurteilung der Glaubwürdigkeit einer Informationsquelle, d. h. ob diese mit kommerziellen Interessen verbunden (63 % «(sehr) schwierig») oder generell vertrauenswürdig ist (64 %). Die Nutzung von Online-Informationen zur Lösung eigener Gesundheitsprobleme betrachten 53 Prozent der Befragten als Herausforderung.

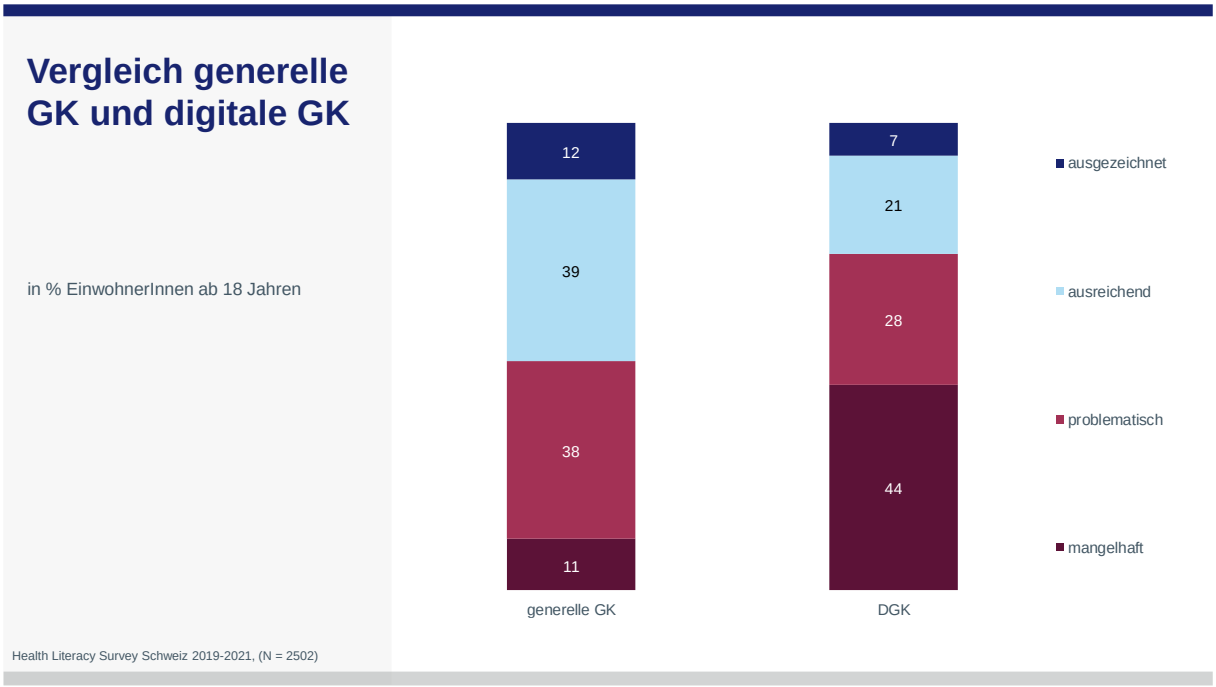
Analog zum generellen Index der Gesundheitskompetenz lässt sich ein Index der digitalen Gesundheitskompetenz berechnen (vgl. Abbildung 46). Während die Bevölkerung bei der generellen Gesundheitskompetenz ungefähr zur Hälfte eine ausreichende Gesundheitskompetenz aufweist, sieht es bei der digitalen Gesundheitskompetenz anders aus: Hier ist der Bevölkerungsanteil mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz klar in der Mehrheit. Konkret haben fast drei von vier Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz (72 %) Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und -angeboten. Insbesondere der Anteil an mangelhafter digitaler Gesundheitskompetenz ist mit 44 Prozent ziemlich gross.

Abbildung 45: Einfachheit bzw. Schwierigkeit der online Suche von Gesundheitsinformationen



Beim Index der digitalen Gesundheitskompetenz weist die Schweizer Bevölkerung einen Mittelwert von 55.7 auf (Standardabweichung 33.0), was bei möglichen Werten zwischen 0 und 100 knapp über der Mitte liegt. Da der Median mit 62.5 Prozent über dem Mittelwert zu liegen kommt, ist die Gesamtverteilung der Bevölkerungswerte durch einige starke Ausreisser gegen unten geprägt. Das heisst, einige Personen mit sehr geringer digitalen Gesundheitskompetenz ziehen den Durchschnittswert für die gesamte Bevölkerung nach unten. Zum Index finden sich im Anhang Tabellen mit weiteren Kennzahlen (vgl. Tabelle A4) und Mittelwerten nach Untergruppen (vgl. Tabelle A5).

Abbildung 46: Vergleich Index der generellen und der digitale Gesundheitskompetenz



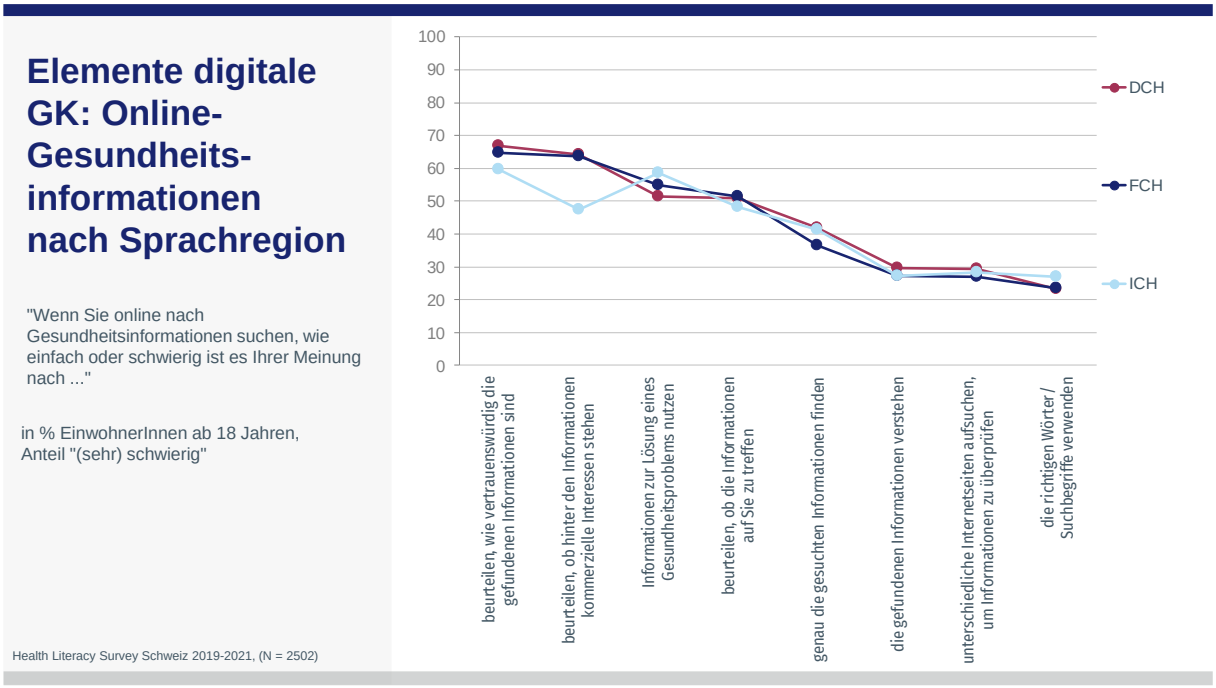
Betrachtet man die digitale Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit den Bevölkerungsgruppen, so zeigt sich Folgendes:

- Es sind geringe Unterschiede in der durchschnittlichen digitalen Gesundheitskompetenz nach Sprachregionen festzustellen.
- Es gibt etwas stärkere Unterschiede nach Siedlungsart: Je urbaner der Lebenskontext einer Person, desto höher fällt auch die digitale Gesundheitskompetenz aus, wobei die Unterschiede auch hier gering sind.
- Zentral für die digitale Gesundheitskompetenz ist das Alter: Die digitale Gesundheitskompetenz sinkt mit zunehmendem Alter (Mittelwert 18- bis 25-Jährige: 62.3 vs. 76-Jährige und älter: 39.8).
- Personen mit Migrationshintergrund, im Ausland Geborene sowie Personen mit einer Fremdsprache als Muttersprache erzielen im Durchschnitt höhere Werte als in der Schweiz Geborene, Personen ohne Migrationshintergrund oder Personen mit einer Übereinstimmung von Mutter- und Ortssprache. Personen, deren Muttersprache eine Fremdsprache ist und die Mühe haben mit der Sprache am Wohnort, weisen eine deutlich geringere digitale Gesundheitskompetenz auf als Personen, welche die Sprache vor Ort beherrschen.
- Die soziale Schichtzugehörigkeit hat einen wesentlichen Einfluss auf die digitale Gesundheitskompetenz: Je höher eine Person den eigenen sozialen Status einschätzt, desto grösser ist auch ihre digitale Gesundheitskompetenz.
- Auch Bildung trägt entscheidend zu höheren durchschnittlichen Werten der digitalen Gesundheitskompetenz bei.
- Personen, die einem Beruf nachgehen, weisen höhere Durchschnittswerte auf als Personen, die arbeitslos sind, Heimarbeit leisten oder pensioniert sind. Besonders hoch ist die digitale Gesundheitskompetenz zudem bei Schülerinnen, Schülern, Studieren sowie Praktikantinnen und Praktikanten.
- Wer auf ein starkes soziales Netzwerk zurückgreifen kann, hat in der Tendenz eine höhere digitale Gesundheitskompetenz als Personen, die allein sind.
- Zuletzt spielt die eigene Gesundheit eine Rolle: Je besser die Gesundheit, desto höher ist auch die eigene digitale Gesundheitskompetenz.[31]

[31] Allerdings korreliert der Gesundheitszustand stark mit der eigenen Schichtzugehörigkeit, wobei es häufig Personen mit tiefem sozialem Status sind, die angeben, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben.

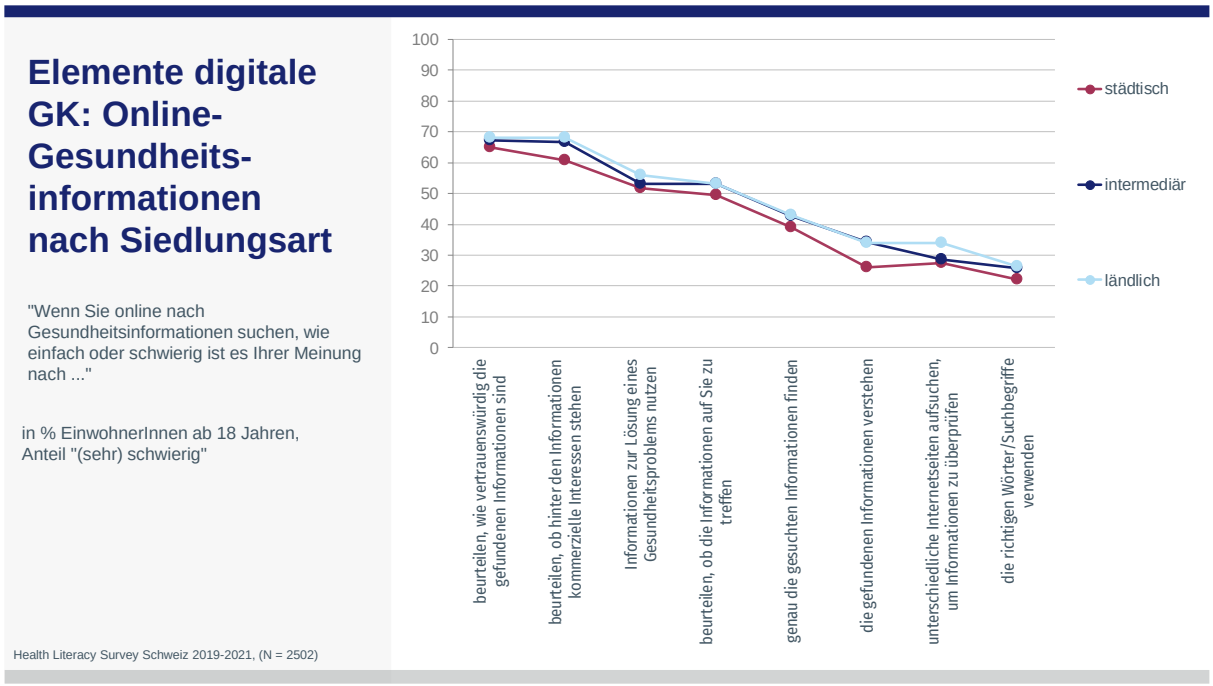
Bei der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet fällt die Beurteilung nach Sprachregionen relativ ähnlich aus (vgl. Abbildung 47). In der italienischsprachigen Schweiz bekunden die Bewohnerinnen und Bewohner allerdings etwas weniger Mühe mit der Einordnung gefundener Informationen («Vertrauenswürdigkeit und Urteil über kommerzielle Interessen») als im Rest des Landes. Auch bei der Nutzung gefundener Informationen zur Problemlösung gibt es gewisse regionale Unterschiede: Während man in der Deutschschweiz weniger Mühe damit bekundet, geben in der italienischsprachigen Schweiz mehr Befragte an, das als (sehr) schwierig zu empfinden.

Abbildung 47: Einfachheit bzw. Schwierigkeit der online Suche von Gesundheitsinformationen nach Sprachregion



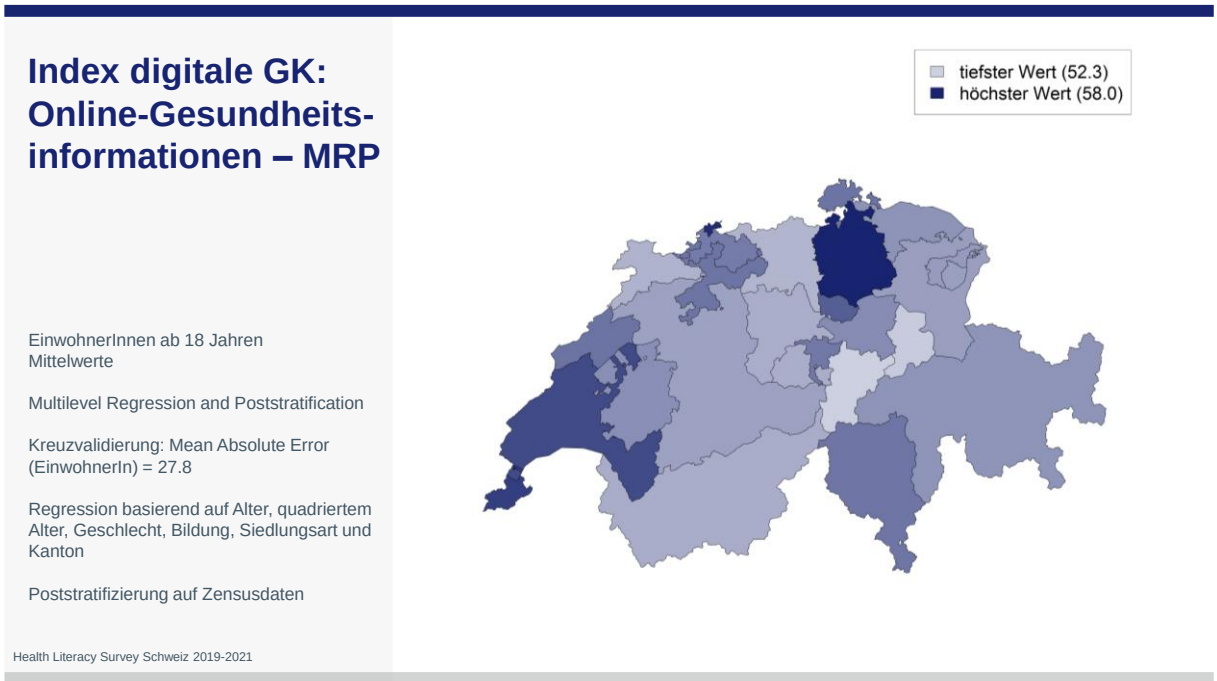
Was sich bereits in der Analyse des Index zur digitalen Gesundheitskompetenz zeigte, ist auch bei der Onlinesuche nach Gesundheitsinformationen der Fall: in urbanen Lebensräumen hat die Bevölkerung weniger Mühe als auf dem Land oder auch in intermediären Regionen (vgl. Abbildung 48). Das ist besonders ausgeprägt bei der Beurteilung, ob kommerzielle Interessen hinter einer Informationsseite stehen. Personen, die in einem städtischen Umfeld leben, bekunden zudem generell weniger Mühe damit, gefundene Informationen zu verstehen.

Abbildung 48: Einfachheit bzw. Schwierigkeit der online Suche von Gesundheitsinformationen nach Siedlungsart



Mit Hilfe eines MRP-Modells (vgl. Kapitel 3.3) wird die digitale Gesundheitskompetenz auf kantonaler Ebene ersichtlich (vgl. Abbildung 49 und Tabelle 16). Wie die Legende in der Grafik ausweist, sind die Differenzen insgesamt nicht sehr gross (Durchschnittswerte zwischen 52.3 und 58.0). Auch bei dieser Auswertung zeigt sich jedoch, dass Kantone mit grossen urbanen Zentren (Zürich, Basel-Stadt, Genf und Waadt) vergleichsweise höhere Anteile an hoher digitaler Gesundheitskompetenz aufweisen.

Abbildung 49: Index der digitalen Gesundheitskompetenz auf Basis der «Multilevel Regression and Poststratification» (MRP) Modellierung



Anmerkung: Die Farben überzeichnen die Unterschiede. Sie wurden so gewählt, dass die Unterschiede visuell gut zu erkennen sind.

Tabelle 16: Geschätzter Index digitale Gesundheitskompetenz: Online-Gesundheitsinformationen (DGK) auf Basis der «Multilevel Regression and Poststratification» (MRP) Modellierung (Mittelwerte der EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

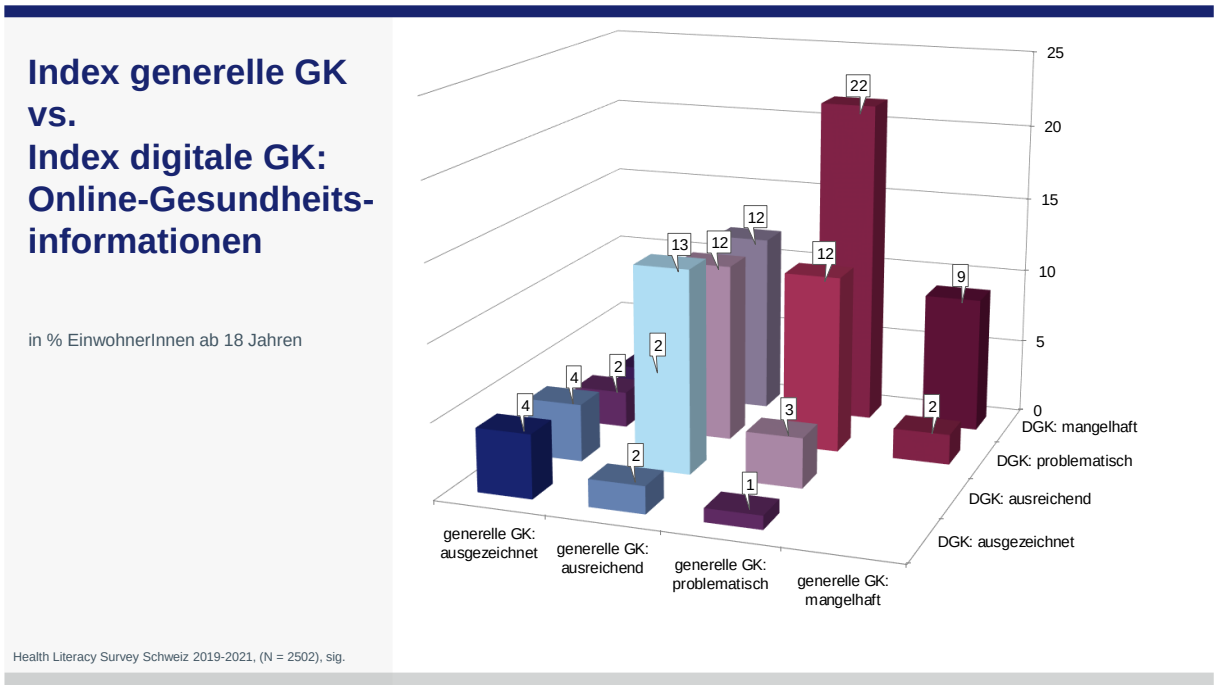
	ZH	BS	GE	VD	ZG	SO	SH	NE	NW	TI	BL	SZ	FR
Index DGK	58.0	57.7	57.1	56.7	56.1	55.3	55.3	55.3	55.2	55.2	55.0	54.5	54.4

	GR	TG	AR	AI	SG	BE	LU	OW	VS	AG	JU	GL	UR
Index DGK	54.3	54.3	54.0	53.9	53.9	53.8	53.4	53.4	53.4	53.2	53.2	52.4	52.3

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

Untersucht man die Schnittmenge zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und genereller Gesundheitskompetenz, zeigt sich, dass eine gewisse Korrelation besteht (vgl. Abbildung 50). Das heisst, Personen, deren generelle Gesundheitskompetenz als ausreichend eingestuft wird, haben häufig auch eine ausreichende digitale Gesundheitskompetenz. Bei insgesamt 38 Prozent ist die generelle Gesundheitskompetenz gleich ausgeprägt wie die digitale Gesundheitskompetenz, bei rund der Hälfte der Bevölkerung (54 %) ist die generelle Gesundheitskompetenz etwas höher als die digitale Gesundheitskompetenz. Das Gegenteil (digitale Gesundheitskompetenz höher als die generelle) ist hingegen nur selten der Fall (8 %).

Abbildung 50: Zusammenhang zwischen dem Index der generellen und der digitalen Gesundheitskompetenz

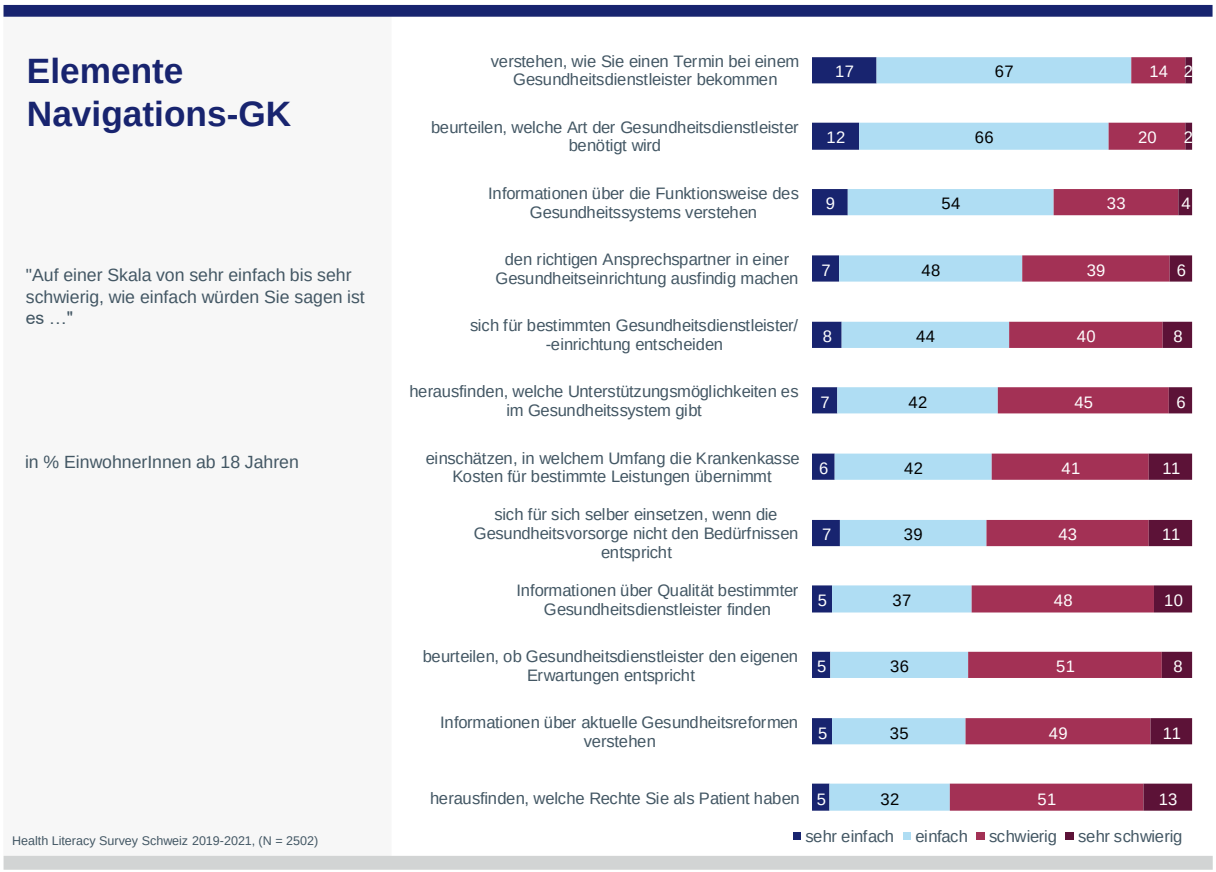


3.7 Navigations-Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung

Unter Navigations-Gesundheitskompetenz versteht man den Umgang mit Informationen zur Navigation und Orientierung im Gesundheitssystem, also die Fähigkeit, sich basierend auf diesen Informationen im Gesundheitssystem zu orientieren und zurechtzufinden (Griese et al., 2020). Die Schweizer Wohnbevölkerung scheint sich damit eher schwer zu tun (vgl. Abbildung 51). Am einfachsten ist es für die Befragten, zu verstehen, wie man einen Termin erhält (84 % «(sehr) einfach»), und zu beurteilen, welche Art von Gesundheitsdienstleistenden man benötigt (78 %). Mehrheitlich ist es auch einfach, Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems zu verstehen (63 %), wobei sich über ein Drittel damit schwertut. Nur eine knappe Mehrheit (55 %) findet es einfach, einen richtigen Ansprechpartner beziehungsweise eine richtige Ansprechpartnerin ausfindig zu machen oder sich für einen Gesundheitsdienstleistenden beziehungsweise eine Gesundheitseinrichtung zu entscheiden (52 %). Alle anderen

Elemente der Navigations-Gesundheitskompetenz sind für eine Mehrheit der Schweizer Wohnbevölkerung zumindest schwierig, wenn auch nur Minderheiten diese jeweils als sehr schwierig bewerten. Am schwierigsten ist es, die eigenen Rechte als Patientin oder als Patient herauszufinden (64 % «(sehr) schwierig»). Schwierig ist es auch, Gesundheitsreformen zu verstehen (60 %), Informationen zur Qualität von Dienstleistenden zu finden (58 %) und zu beurteilen, ob diese den eigenen Erwartungen entsprechen (59 %). Mehrheitlich bekunden die Befragten ferner Mühe damit, sich für sich selbst einzusetzen, wenn die Gesundheitsversorgung nicht passt (54 %), Unterstützungsmöglichkeiten zu finden (51 %) und einzuschätzen, welchen Kostenanteil die Krankenkasse übernehmen wird (52 %).

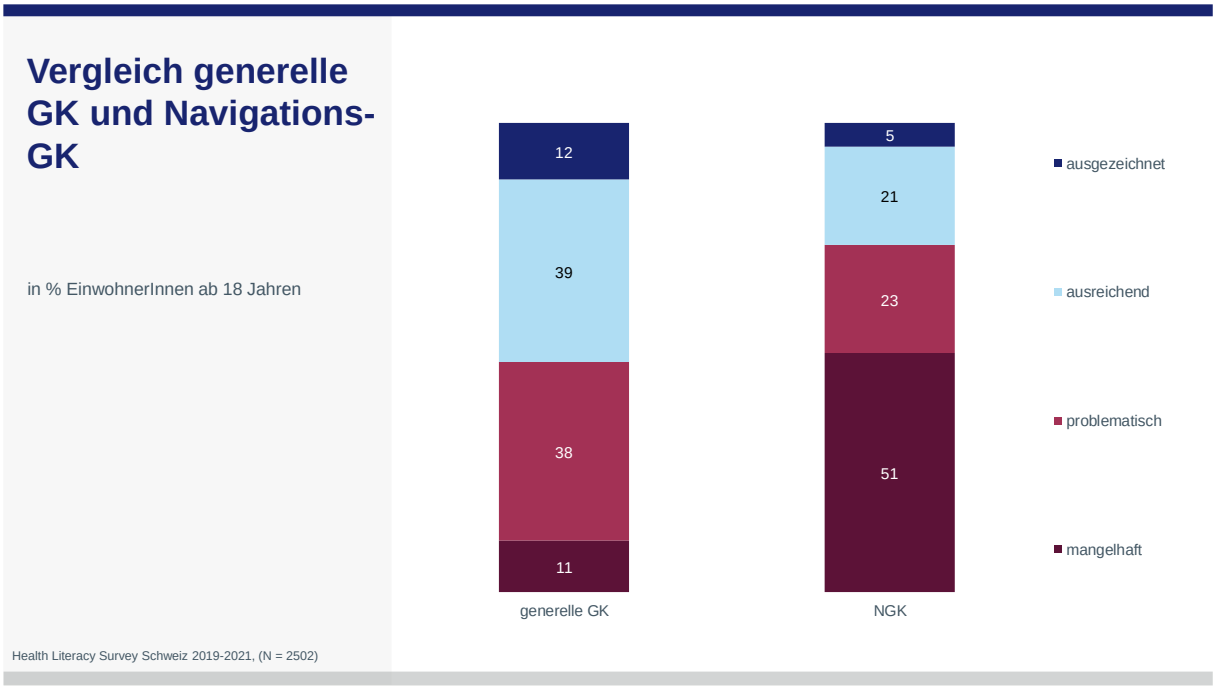
Abbildung 51: Beurteilung der Einzelfragen der Navigations-Gesundheitskompetenz



Analog zur generellen Gesundheitskompetenz lässt sich ein Index der Navigations-Gesundheitskompetenz bilden (vgl. Abbildung 52). Dabei zeigt sich das Problem der Befragten hinsichtlich der Navigations-Gesundheitskompetenz deutlich, insbesondere auch im Vergleich zur generellen Gesundheitskompetenz: Gut die Hälfte (51 %) hat eine mangelhafte Navigations-Gesundheitskompetenz, fast ein weiteres Viertel (23 %) eine problematische. Bei 21 Prozent kann die Navigations-Gesundheitskompetenz als ausreichend und nur bei 5 Prozent als ausgezeichnet bezeichnet werden.

Der Mittelwert des Indexwerts liegt bei 52.9 (generelle Gesundheitskompetenz im Vergleich: 77.3). Zum Index finden sich im Anhang Tabellen mit weiteren Kennzahlen (vgl. Tabelle A6) und Mittelwerte nach Untergruppen (vgl. Tabelle A7).

Abbildung 52: Vergleich Index der generellen und der Navigations-Gesundheitskompetenz



Wie bei der generellen Gesundheitskompetenz zeigen sich diverse Korrelationen mit soziodemografischen Variablen:

- Die finanzielle Deprivation führt zu einer geringeren Navigations-Gesundheitskompetenz.
- Mit zunehmendem Sozialstatus nimmt auch die Navigations-Gesundheitskompetenz zu: Wer den eigenen sozialen Status als sehr hoch einschätzt, hat im Mittel einen Indexwert von 70.7 – der höchste Wert unter allen untersuchten Gruppen.
- Mit zunehmendem Haushaltseinkommen steigt die Navigations-Gesundheitskompetenz.
- Die Navigations-Gesundheitskompetenz ist auch von der sozialen Unterstützung abhängig: Je mehr Unterstützung man aus dem eigenen Umfeld erfährt, desto höhere fällt die Navigations-Gesundheitskompetenz aus.
- Eine Ausbildung im Gesundheitsbereich führt zu einer im Durchschnitt höheren Navigations-Gesundheitskompetenz, wenngleich auch in dieser Teilgruppe viele mit der Orientierung im Gesundheitssystem Mühe bekunden.
- Personen, welche eine von der offiziellen Sprache vor Ort abweichende Muttersprache haben, haben eine leicht höhere Navigations-Gesundheitskompetenz. Es zeigt sich aber ebenso deutlich, dass Verständigungsschwierigkeiten die Navigation im Gesundheitssystem beeinträchtigen.
- Männer haben eine leicht höhere Navigations-Gesundheitskompetenz als Frauen.
- Personen ab 66 sowie bis 25 Jahre weisen im Vergleich zu den anderen Alterskategorien überdurchschnittliche Werte auf.
- Pensionierte sowie Studierende, Schülerinnen, Schüler haben im Vergleich zu Personen mit anderen beruflichen Tätigkeiten eine höhere Navigations-Gesundheitskompetenz.
- Schliesslich findet sich eine klare Korrelation zwischen Gesundheit und Navigations-Gesundheitskompetenz: Je höher die Navigations-Gesundheitskompetenz ist, desto besser schätzen die Befragten ihren Gesundheitszustand ein. Ausserdem, je tiefer die Navigations-Gesundheitskompetenz ist, desto wahrscheinlicher hat die befragte Person eine oder mehrere chronische Krankheiten.

Zwischen den Sprachregionen unterscheiden sich die Mittelwerte zwar nicht, jedoch finden sich bei ein paar Einzelelementen Unterschiede in der Bewertung (vgl. Abbildung 53 und Abbildung 54). Besonders bei zwei Fragen sind die Unterschiede deutlicher: Französischsprachige finden es schwieriger (67 % «(sehr) schwierig») sich für sich selbst einzusetzen, wenn die Gesundheitsversorgung nicht den Bedürf-

nissen entspricht. In der Deutschschweiz findet das nur eine knappe Minderheit (47 %) schwierig, während die italienischsprachige Schweiz dazwischenliegt. Befragte aus der Deutschschweiz finden es im Vergleich zu jenen aus der italienischen Schweiz (71 %) auch weniger schwierig, Informationen über aktuelle Gesundheitsreformen zu verstehen (54 %). Für Italienischsprachige ist zudem die Beurteilung der Art von benötigter Gesundheitsdienstleistung und das Verständnis, wie man einen Termin bekommt, etwas schwieriger als für die Befragten aus den anderen Landesteilen.

Abbildung 53: Beurteilung der Einzelfragen der Navigations-Gesundheitskompetenz nach Sprachregion – Teil 1

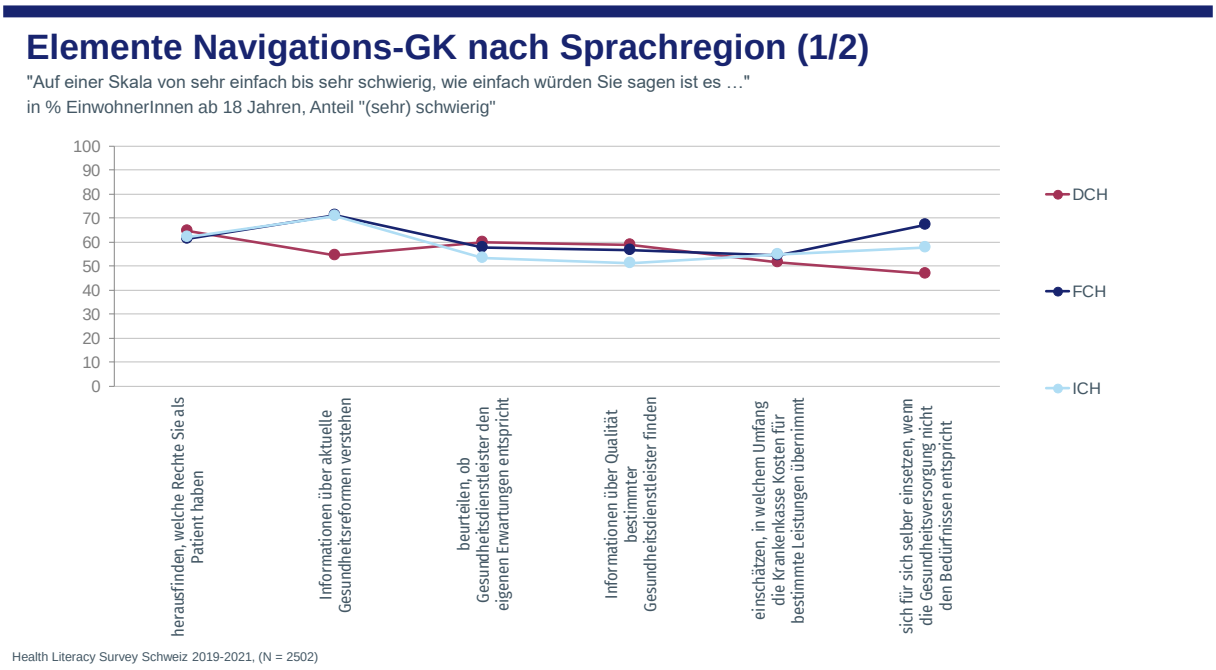
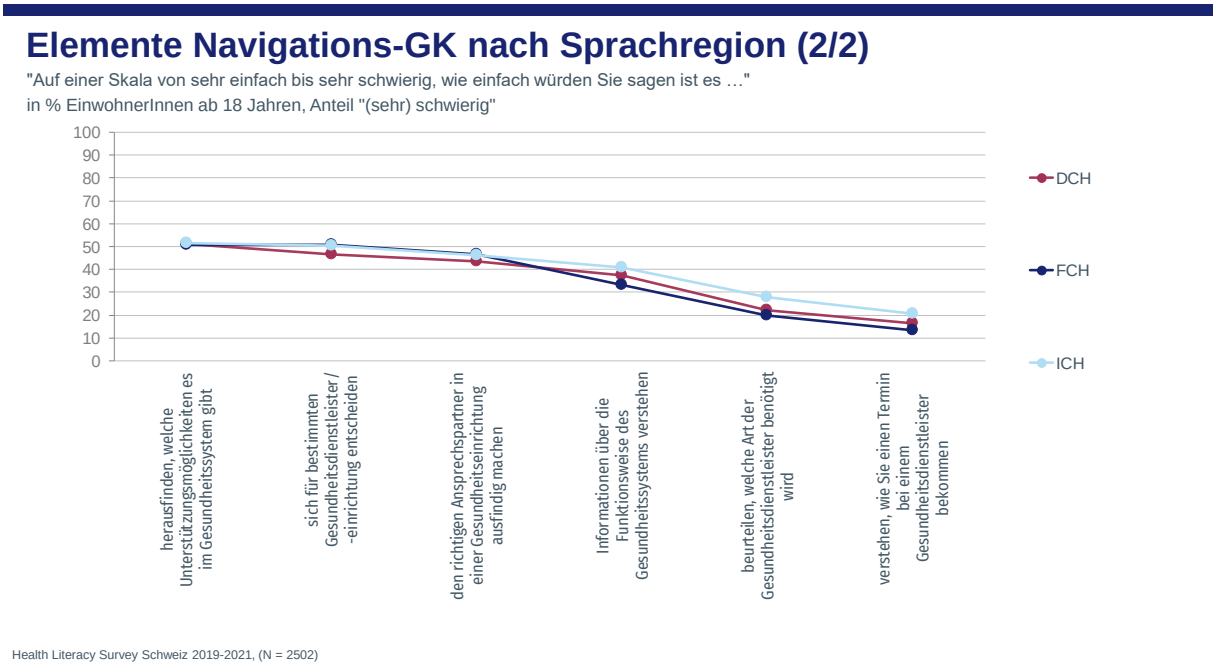


Abbildung 54: Beurteilung der Einzelfragen der Navigations-Gesundheitskompetenz nach Sprachregion – Teil 2



Die Unterschiede zwischen den Siedlungsarten sind demgegenüber viel geringer (vgl. Abbildung 55 und Abbildung 56). Es findet sich bei keinem Element einen signifikanten Unterschied zwischen den Siedlungsarten.

Abbildung 55: Beurteilung der Einzelfragen der Navigations-Gesundheitskompetenz nach Siedlungsart – Teil 1

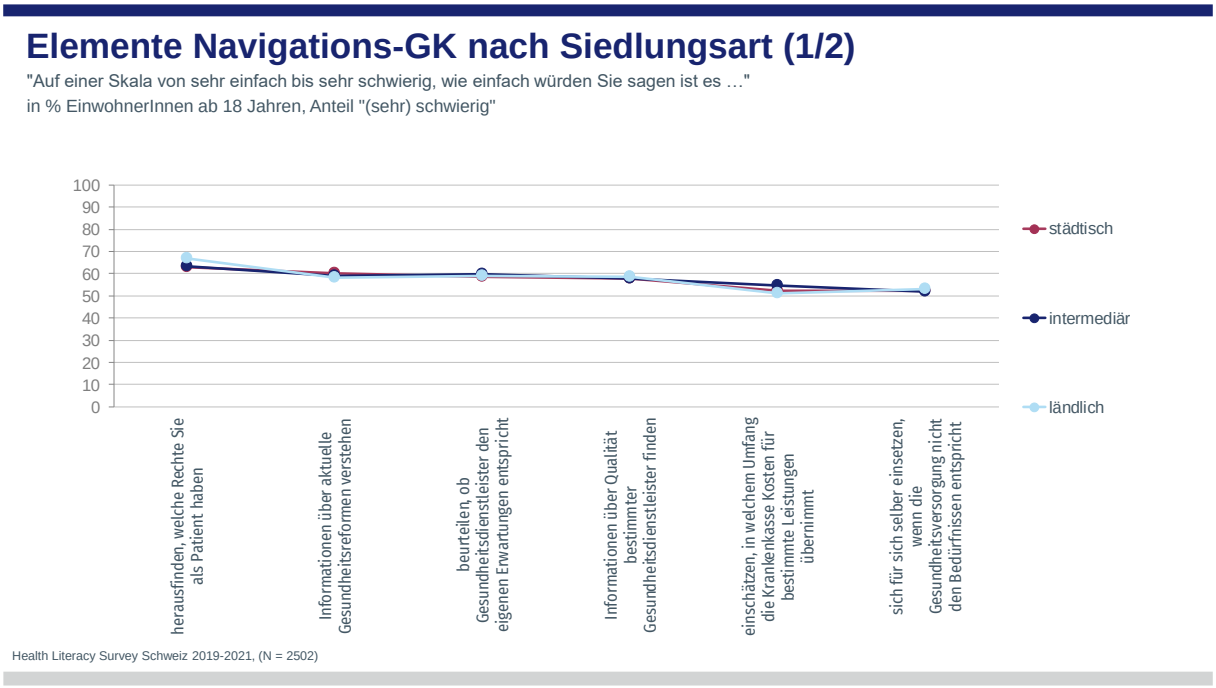
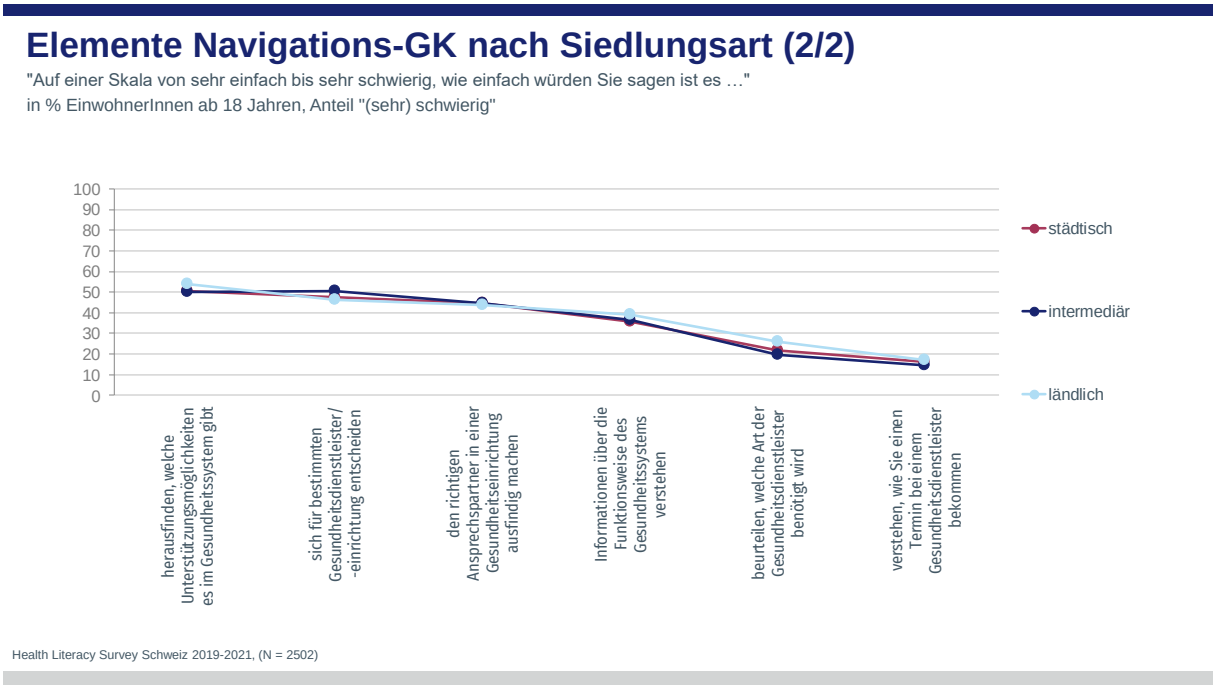
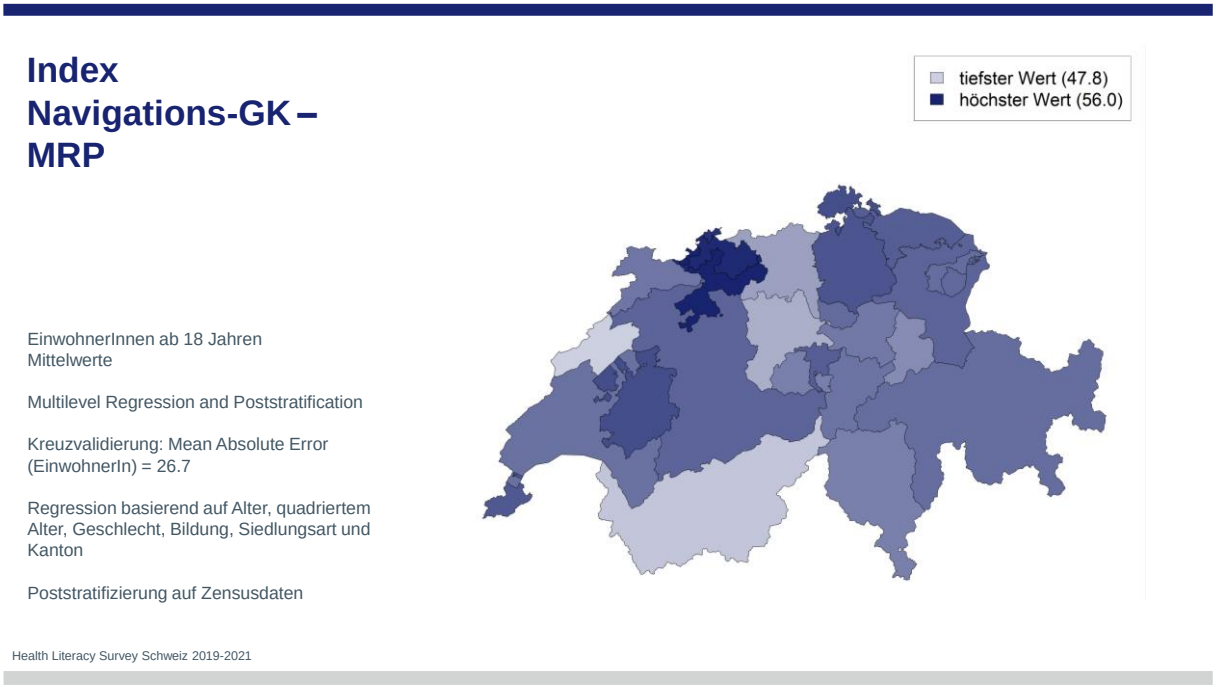


Abbildung 56: Beurteilung der Einzelfragen der Navigations-Gesundheitskompetenz nach Siedlungsart – Teil 2



Analog zur generellen Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 3.3) lassen sich auf Basis eines MRP-Verfahrens Mittelwerte des Navigations-Index für die Kantone schätzen (vgl. Abbildung 57 und Tabelle 17).

Abbildung 57: Index der Navigations-Gesundheitskompetenz auf Basis der «Multilevel Regression and Poststratification» (MRP) Modellierung



Anmerkung: Die Farben überzeichnen die Unterschiede. Sie wurden so gewählt, dass die Unterschiede visuell gut zu erkennen sind.

Wie bei den anderen Indices der Gesundheitskompetenz bewegen sich die Unterschiede zwischen den Kantonen in einem kleinen Bereich. Die höchsten Werte finden sich im Nordwesten in Solothurn (56.0) sowie Basel-Landschaft (55.7) und Basel-Stadt (55.4). Der tiefste Wert findet sich in Neuenburg (47.8), gefolgt vom Wallis (48.3). Auch im Kanton Luzern (49.4) liegt der geschätzte Mittelwert unterhalb der 50-Punkte-Grenze; der Kanton Aargau liegt bei genau 50.0. Bei den restlichen Kantonen kommen die Mittelwerte zwischen 51.6 (OW, TI) und 54.0 (FR) zu liegen.

Tabelle 17: Geschätzter Index Navigations-Gesundheitskompetenz (NGK) auf Basis der «Multilevel Regression and Poststratification» (MRP) Modellierung (Mittelwerte der EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

	SO	BL	BS	FR	SH	ZH	GE	NW	TG	BE	SG	AI	ZG
Index NGK	56.0	55.7	55.4	54.0	53.9	53.7	53.5	53.2	53.2	52.9	52.9	52.6	52.5

	AR	GR	VD	UR	SZ	JU	OW	TI	GL	AG	LU	VS	NE
Index NGK	52.5	52.5	52.3	52.2	52.0	52.0	51.6	51.6	51.1	50.0	49.4	48.3	47.8

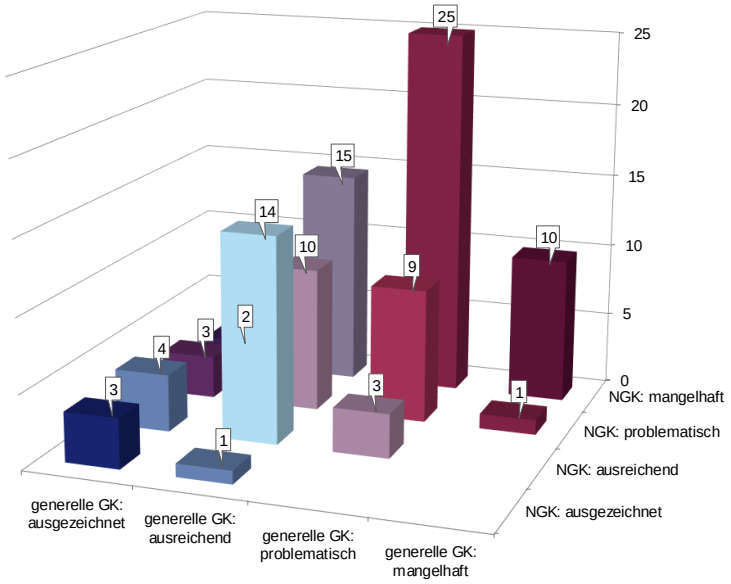
Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

Die Navigations-Gesundheitskompetenz ist darüber hinaus bei den meisten Befragten tiefer als die generelle Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 58). 59 Prozent fallen bei der Navigations-Gesundheitskompetenz in eine tiefere Kategorie als bei der generellen Gesundheitskompetenz. So hat ein Viertel aller Befragten eine problematische generelle, aber eine mangelhafte Navigations-Gesundheitskompetenz. Bei 36 Prozent decken sich die Kategorien beider Arten der Gesundheitskompetenz und nur 5 Prozent haben weniger Mühe mit der Navigations- im Vergleich zur generellen Gesundheitskompetenz.

Abbildung 58: Zusammenhang zwischen dem Index der generellen und der Navigations-Gesundheitskompetenz

Index generelle GK vs. Index Navigations-GK

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren



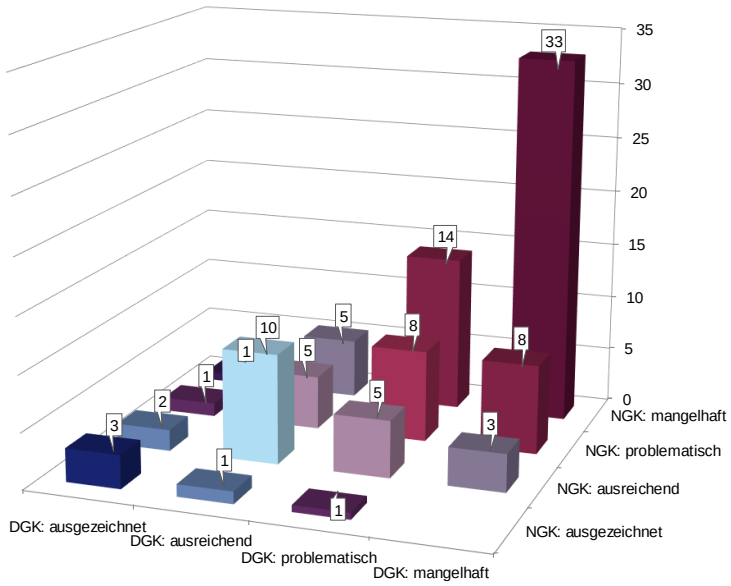
Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (N = 2502), sig.

Die Navigations-Gesundheitskompetenz lässt sich auch mit der digitalen Gesundheitskompetenz vergleichen (vgl. Abbildung 59). Auch hier ist ein klarer Zusammenhang zu erkennen. Grafisch ragt dabei das Drittel heraus, das bei beiden Arten der Gesundheitskompetenz mangelhaft abschneidet. Insgesamt werden 54 Prozent der Befragten bei beiden Indices in dieselbe Kategorie eingeteilt, wobei 28 Prozent bei der digitalen Gesundheitskompetenz besser abschneiden als bei der Navigations-Gesundheitskompetenz. Bei 18 Prozent ist es gerade umgekehrt.

Abbildung 59: Zusammenhang zwischen dem Index der digitalen und der Navigations-Gesundheitskompetenz

Index digitale GK: Online-Gesundheits-informationen vs. Index Navigations-GK

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren

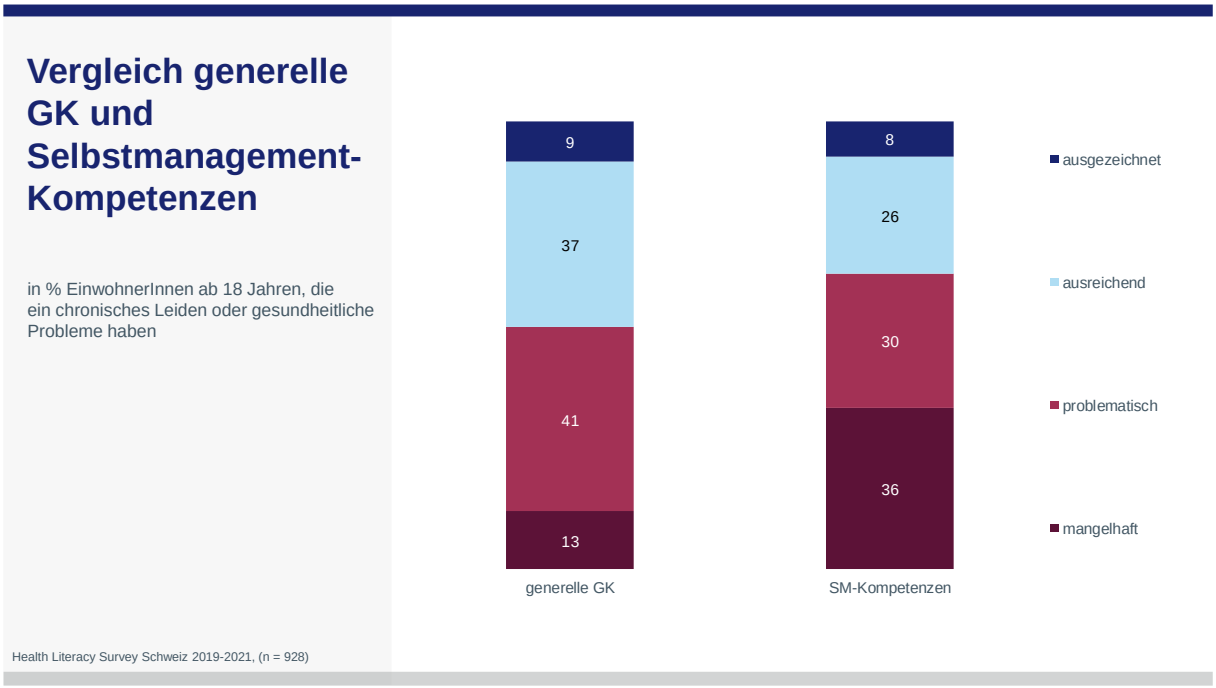


Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (N = 2502), sig.

3.8 Selbstmanagement-Kompetenzen

Wie die Befragung zeigt, haben 66 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner ab 18 Jahren mit mindestens einer chronischen Erkrankung geringe Selbstmanagement-Kompetenzen (vgl. Abbildung 60), wobei sie bei 36 Prozent mangelhaft und bei weiteren 30 Prozent problematisch ausfallen. Nur 26 Prozent haben ausreichende und 8 Prozent ausgezeichnete Selbstmanagement-Kompetenzen. Gerade im Vergleich zur generellen Gesundheitskompetenz fallen die Selbstmanagement-Kompetenzen demnach deutlich geringer aus: Befragte mit mindestens einer chronischen Erkrankung haben zu 46 Prozent eine hohe und zu 54 Prozent eine geringe generelle Gesundheitskompetenz.

Abbildung 60: Vergleich Index der generellen Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement-Kompetenzen



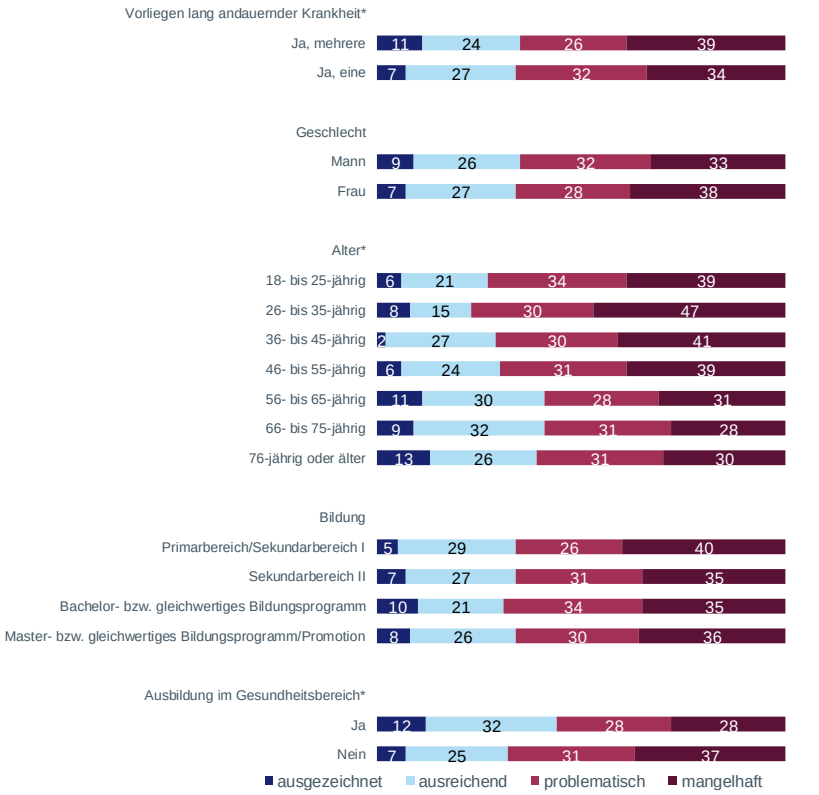
Rund zwei Drittel der Personen mit einer (66 %) oder mehreren (65 %) chronischen Erkrankungen haben geringe Selbstmanagement-Kompetenzen (vgl. Abbildung 61). Unter Personen mit chronischen Erkrankungen gibt es zwischen Männern und Frauen keinen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Selbstmanagement-Kompetenzen. Bei den 18- bis 55-Jährigen summieren sich die Anteile mangelhafter und problematischer Selbstmanagement-Kompetenzen auf über 70 Prozent mit dem höchsten Anteil bei den 26- bis 35-Jährigen (77 %). Mit höherem Alter nehmen die Selbstmanagement-Kompetenzen leicht zu. Entlang des höchsten Bildungsabschlusses zeigen sich unter Personen mit chronischen Erkrankungen hingegen keine Unterschiede bei den Selbstmanagement-Kompetenzen. Wie schon bei der generellen Gesundheitskompetenz zeigt sich auch hier der positive Effekt einer Ausbildung im Gesundheitsbereich. Im Vergleich zu Personen ohne eine solche Ausbildung (68 %) haben jedoch dennoch 56 Prozent dieser Gruppe Schwierigkeiten im Bereich der Selbstmanagement-Kompetenzen.

Weiter besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen finanzieller Deprivation und den Selbstmanagement-Kompetenzen, wenngleich dieser nicht ganz so ausgeprägt ist wie bei der generellen Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 62). Auffallend sind die höheren Selbstmanagement-Kompetenzen von Personen ohne finanzielle Deprivation (42 %). Auch haben Personen mit starker sozialer Unterstützung zu 42 Prozent hohe Selbstmanagement-Kompetenzen, bei einer schwachen oder moderaten sozialen Unterstützung liegt dieser Wert jedoch bei lediglich 31 respektive 32 Prozent. Wie bei der generellen Gesundheitskompetenz zeigt sich eine bessere Situation in der französischsprachigen Schweiz: 43 Prozent der Französischsprachigen weisen hohe Selbstmanagement-Kompetenzen auf. In der deutsch- (32 %) und italienischsprachigen Schweiz (29 %) sind die Anteile tiefer. Hingegen gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen städtischen, intermediären und ländlichen Gebieten.

Abbildung 61: Selbstmanagement-Kompetenzen nach soziodemografischen Variablen (Personen mit einem chronischen Leiden/gesundheitlichen Problemen) – Teil 1

Selbstmanagement-Kompetenzen nach Untergruppen (1/2)

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, die ein chronisches Leiden oder gesundheitliche Probleme haben

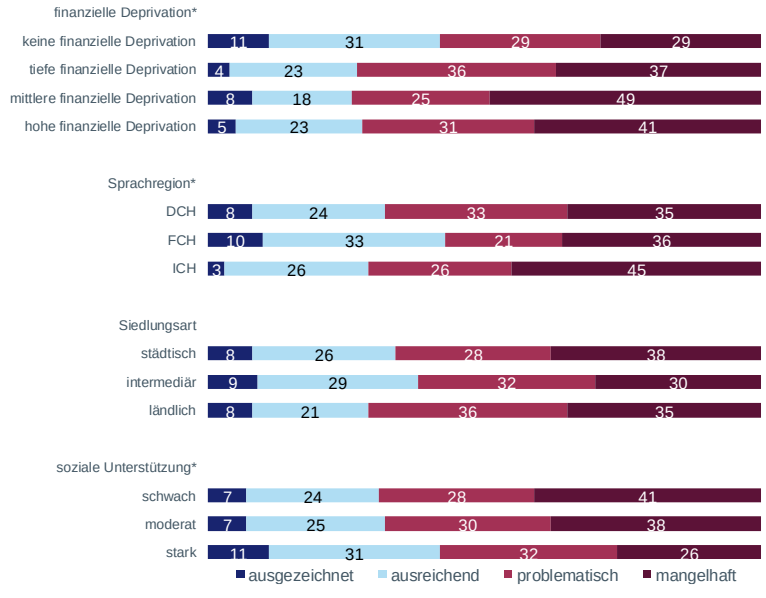


Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (n = 928), *sig.

Abbildung 62: Selbstmanagement-Kompetenzen nach soziodemografischen Variablen (Personen mit einem chronischen Leiden/gesundheitlichen Problemen) – Teil 2

Selbstmanagement-Kompetenzen nach Untergruppen (2/2)

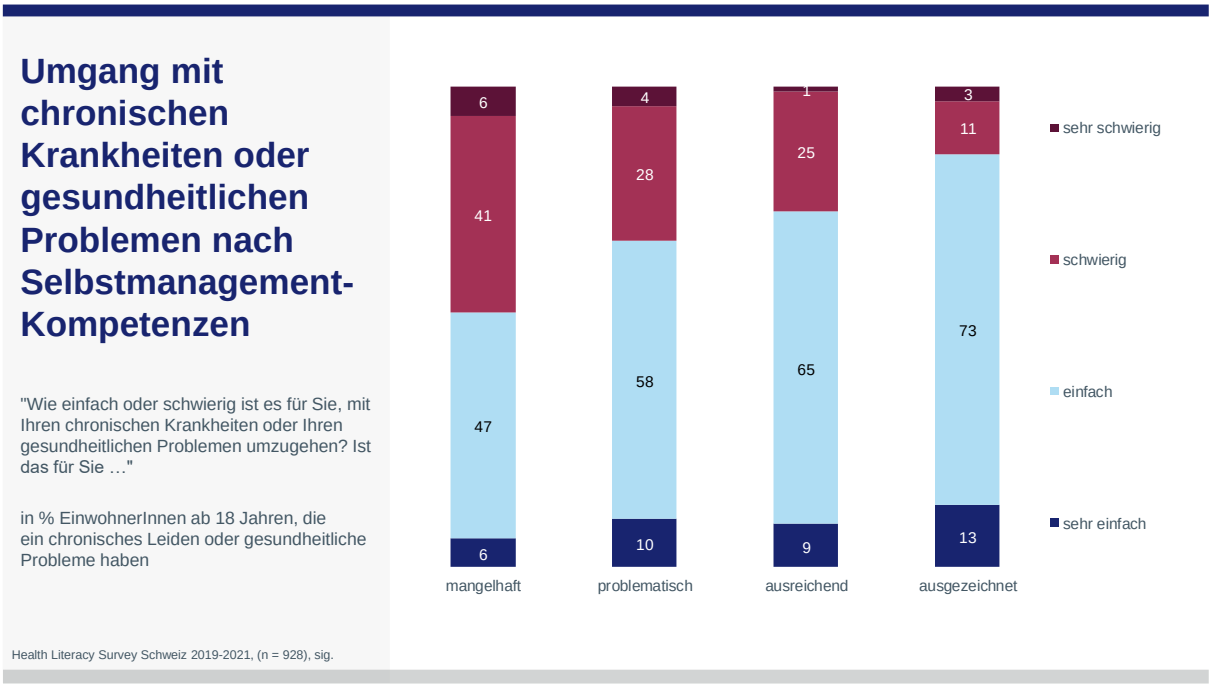
in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, die ein chronisches Leiden oder gesundheitliche Probleme haben



Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (n = 928), *sig.

Unter Personen mit einer chronischen Krankheit existiert ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Selbstmanagement-Kompetenzen und dem selbstbeobachteten Umgang mit der Krankheit: Personen mit mangelhaften Selbstmanagement-Kompetenzen geben zu 47 Prozent an, dass es für sie schwierig oder sehr schwierig ist mit ihrer Krankheit umzugehen (vgl. Abbildung 63). Mit zunehmenden Selbstmanagement-Kompetenzen nimmt dieser Anteil ab – jene mit ausgezeichneten Selbstmanagement-Kompetenzen geben nur zu 14 Prozent Schwierigkeiten an.

Abbildung 63: Umgang mit chronischen Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen nach Selbstmanagement-Kompetenzen



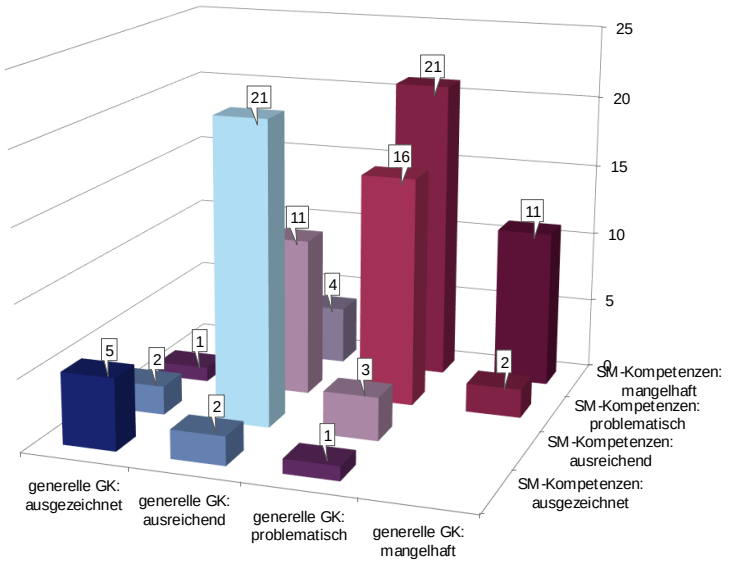
Die Indexwerte der generellen Gesundheitskompetenz und der Selbstmanagement-Kompetenzen korrelieren stark (Pearson's r = .723).[32] 53 Prozent der Befragten liegen bei der generellen Gesundheitskompetenz sowie bei den Selbstmanagement-Kompetenzen in derselben Kategorie – am häufigsten trifft dies auf die Kategorien «ausreichend» (21 %) bzw. «problematisch» zu (16 %) (vgl. Abbildung 64). 39 Prozent liegen beim Selbstmanagement-Index in einer tieferen Kategorie als bei der generellen Gesundheitskompetenz. Hier sind vor allem die 21 Prozent hervorzuheben, die eine problematische generelle Gesundheitskompetenz sowie mangelhafte Selbstmanagement-Kompetenzen haben. Nur bei 8 Prozent ist der Selbstmanagement-Index höher als die generelle Gesundheitskompetenz.

[32] Da zwei der Fragen in beide Berechnungen eingeflossen sind, war ohnehin ein stärkerer Zusammenhang zwischen beiden Kennzahlen zu erwarten.

Abbildung 64: Zusammenhang zwischen dem Index der generellen Gesundheitskompetenz und der Selbstmanagement-Kompetenzen

Index generelle GK vs. Selbstmanagement-Kompetenzen

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, die ein chronisches Leiden oder gesundheitliche Probleme haben



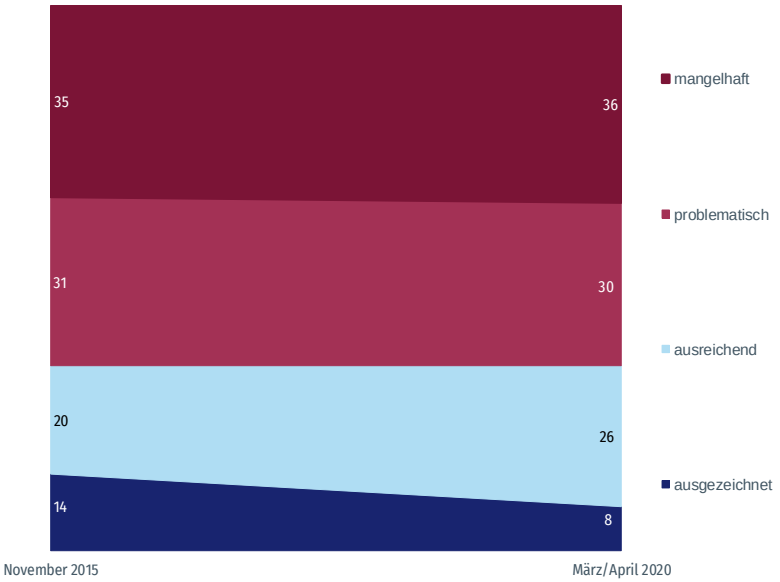
Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (n = 928), sig.

Verwendet man dieselbe Berechnungsgrundlage für das Jahr 2015 zeigt sich im Vergleich zur aktuellen Erhebung, dass die Anteile an mangelhaften (35 % vs. 36 %) und problematischen Selbstmanagement-Kompetenzen (31 % vs. 30 %) im Zeitverlauf stabil bleiben (vgl. Abbildung 65). Eine tendenzielle Verschlechterung findet sich aber bei den hohen Kompetenzen: 2020 weisen nur noch 8 Prozent der Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung ausgezeichnete Selbstmanagement-Kompetenzen auf. Im gleichen Mass nahm jedoch der Anteil an ausreichenden Selbstmanagement-Kompetenzen zu.

Abbildung 65: Selbstmanagement-Kompetenzen im Zeitvergleich

Selbstmanagement-Kompetenzen

in % EinwohnerInnen ab 18 Jahren, die ein chronisches Leiden oder gesundheitliche Probleme haben



Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021, (n_{2015} = 252, n_{2020} = 928)

4 Diskussion

Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung sind wichtig, um Schwierigkeiten der Bevölkerung im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten und die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu erkennen. Damit lassen sich gezielte Massnahmen und Interventionen planen, um die Gesundheitskompetenz nachhaltig zu stärken. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse des $HLS_{19\text{-}21}$-CH diskutiert und in einen breiteren Kontext gestellt. Damit werden die zentralen Fragestellungen des Mandats (vgl. Kapitel 2) beantwortet. Ausserdem werden basierend auf den Ergebnissen erste Stossrichtungen bzw. Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz formuliert (vgl. Kapitel 4.7).

4.1 Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung zur Gesundheitskompetenz der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz (durchgeführt im Frühling 2020) zeigen, welche Schwierigkeiten die Bevölkerung im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat, wer besonders davon betroffen ist, was mögliche Gründe hierfür sein könnten und welche Konsequenzen dies für die Gesundheit der Bevölkerung und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems hat. In dieser Befragung wurden ausserdem auch aktuelle Herausforderungen, die mit der digitalen Transformation, dem zunehmend komplexeren Gesundheitssystem sowie der Corona-Pandemie einhergehen, berücksichtigt.

4.1.1 Generelle Gesundheitskompetenz

Die Ergebnisse zeigen, dass knapp die Hälfte der Bevölkerung (49 %) Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den analog aufbereiteten Daten aus dem Jahr 2015 wird erkennbar, dass diese Schwierigkeiten leicht zugenommen haben. Damit hat die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung insgesamt im Zeitverlauf von 2015 (Mittelwert: 79[33]) bis 2020 (Mittelwert: 77) leicht abgenommen. Im Vergleich zu 2015 zeigt sich 2020 eine Abnahme insbesondere in der Kategorie «ausreichende Gesundheitskompetenz» (44 % vs. 39 %) und eine Zunahme in der Kategorie «problematische Gesundheitskompetenz» (33 % vs. 38 %). Bei den Extrema «mangelhafte Gesundheitskompetenz» und «ausgezeichnete Gesundheitskompetenz» zeigen sich hingegen kaum Veränderungen im Zeitverlauf.

Seit der Erhebung 2015 haben sich, wie eingangs erwähnt, verschiedene gesellschaftliche Veränderungen fortgesetzt, welche zumindest zum Teil für die Zunahme der Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten verantwortlich sein könnten. Der fortlaufende demografische Wandel, die Zunahme an chronischen Erkrankungen sowie die voranschreitende digitale Transformation – welche durch die Corona Pandemie weiter verstärkt wurde – als auch die Infodemie sind nur einige Beispiele hierfür. Das Gesundheitssystem wird immer komplexer und zugleich wird immer mehr Selbstverantwortung und Eigeninitiative seitens der Bevölkerung erwartet. Diese Veränderungen stellen grosse und teilweise neue Anforderungen an jede Einzelne und jeden Einzelnen, insbesondere im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit.

Das Jahr 2020 war stark von der Corona-Pandemie geprägt, die einen erheblichen Einfluss auf das Alltagsleben der gesamten Bevölkerung hatte. Um den Einfluss der Pandemie auf den Umgang mit spezifischen Informationen zum Coronavirus und zur Pandemie zu erfassen, wurde anschliessend an die vorliegende Erhebung die Corona-spezifische Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung untersucht (Vogt et al., 2020). Diese Studie zeigte, dass der Anteil an hoher Corona-spezifischer Gesundheitskompetenz zu diesem Zeitpunkt der Pandemie mit 53 Prozent minim höher war als der Anteil an hoher genereller Gesundheitskompetenz (51 %). Eine mögliche Erklärung für die leicht höhere Corona-spezifische Gesundheitskompetenz könnte in der radikalen Veränderung der Lebenswelten der Bevölkerung und der Allgegenwärtigkeit von Informationen über dieses spezifische Gesundheitsthema liegen. Seit dem Ausbruch der Pandemie ist jede und jeder aufgefordert, sich anders und häufiger mit

[33] Die Gesundheitskompetenz erstreckt sich von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 100 und kann als prozentualer Anteil der als einfach oder sehr einfach eingestuften Fragen interpretiert werden. Ein Mittelwert von 79 bedeutet, dass der Durschnitt aller Befragten 79 Prozent der 12 Fragen zur Gesundheitskompetenz als einfach oder sehr einfach eingestuft hat und bei 21 Prozent der Fragen Schwierigkeiten hatte.

Gesundheit und Gesundheitsinformationen auseinanderzusetzen und Verantwortung für sich als auch für andere zu übernehmen. Die Gesundheitsbehörden, die Print- und digitalen Medien informieren konstant und ausführlich über neuste Entwicklungen. Sie stellen eine Vielzahl an Corona-spezifischen Informationen für die Bevölkerung bereit und kommunizieren mit intensiven Informationskampagnen die offiziell empfohlenen Verhaltens- und Hygieneanweisungen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Bevölkerung eine hohe Informiertheit aufweist (Vogt et al., 2020). Dennoch ist die Verunsicherung in der Bevölkerung gross und der angemessene Umgang mit der neuen Situation oftmals schwierig. Die Informationen, die zu diesem aktuellen Gesundheitsthema bereitgestellt werden, sind sehr spezifisch und entsprechend viel weniger breit als diejenigen Gesundheitsinformationen, die bei der Befragung zur generellen Gesundheitskompetenz eingeschlossen werden. Schliesslich gilt es zu beachten, dass die Corona-spezifische Gesundheitskompetenz andere Elemente einschliesst und anders berechnet wurde als die generelle Gesundheitskompetenz, wodurch ein absoluter Vergleich mit Vorsicht zu betrachten ist.

Schritte der Informationsverarbeitung der Gesundheitskompetenz

Beim vertieften Blick in die Ergebnisse der vier Schritte der Informationsverarbeitung – Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden – kann festgestellt werden, dass den Befragten generell das Finden und Verstehen weniger Schwierigkeiten bereiten. Die Beurteilung von Informationen wird hingegen als am schwierigsten eingeschätzt. Dies war bereits 2015 der Fall und hat sich seither kaum verändert (Mittelwert 2015: 72 vs. 2020: 73). Somit ist die Abnahme der generellen Gesundheitskompetenz im Vergleich zu 2015 eher auf die anderen drei Schritte zurückzuführen, insbesondere auf das Anwenden von Informationen. Im Vergleich zu 2015 nahmen die Schwierigkeiten in diesem Bereich zu (Mittelwert 2015: 79 vs. 2020: 74). Die grossen Schwierigkeiten beim Beurteilen könnten somit zu grösseren Schwierigkeiten beim Anwenden von Gesundheitsinformationen geführt haben. Konkret wurden die grössten Schwierigkeiten beim Beurteilen und Anwenden von Informationen aus den Medien berichtet. Vergleicht man die aktuellen Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen aus den Medien mit den 2015 berichteten Schwierigkeiten, wird erkennbar, dass diese stark zugenommen haben (2015: 39 % vs. 2020: 56 % (sehr) schwierig). Ebenso wurde im Vergleich zu 2015 in der aktuellen Erhebung häufiger von Schwierigkeiten berichtet, aufgrund von Medieninformationen zu entscheiden, wie man sich vor einer Krankheit schützen kann (2015: 31 % vs. 2020: 45 % (sehr) schwierig). Ähnlich grosse Schwierigkeiten bei diesen Aufgaben zeigten sich auch in der Erhebung der Corona-spezifischen Gesundheitskompetenz (Vogt et al., 2020). Diese Ergebnisse deuten folglich darauf hin, dass trotz der zunehmenden Verfügbarkeit von evidenzbasierter Information, die mit der digitalen Transformation einhergeht, das Wissen um Gesundheitsthemen und der adäquate Umgang damit nicht automatisch zugenommen haben. Im Gegenteil, es scheint, dass die Bevölkerung erhebliche Schwierigkeiten damit hat, mit der digitalen Transformation und der damit verbundenen Infodemie Schritt zu halten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass bei dieser Frage zum Umgang mit Informationen aus den Medien sowohl traditionelle Medien (z. B. Fernsehen, Zeitungen) aber auch digitale Medien (z. B. Internet, soziale Medien) eingeschlossen werden. Es ist deshalb schwierig einzuschätzen, auf was sich die Befragten bei der Beantwortung genau beziehen.

Eine weitere grössere Schwierigkeit stellt das Finden von Informationen zum Umgang bei psychischen Problemen dar. Diese Schwierigkeiten haben seit 2015 zugenommen (2015: 27 % vs. 2020: 40 % (sehr) schwierig). Auch das Verstehen von Informationen zur Förderung der psychischen Gesundheit fällt knapp einem Drittel der Befragten öfters schwer, was jedoch mit 2015 vergleichbar ist. Wenn man bedenkt, dass die Zahl an betroffenen Personen mit psychischen Problemen aktuell zunimmt (Obsan, 2020) und das Thema medial und in der Bevölkerung an Bedeutung gewinnt, sind diese Ergebnisse bedenkenswert. Vor allem auch in Anbetracht dessen, dass psychische Probleme durch die Corona-Pandemie verstärkt und häufiger auftreten (Quervain et al., 2020; Stocker et al., 2021). Gerade in Zeiten eines Lockdowns sind Betroffene darauf angewiesen, selbst Informationen darüber zu finden, und könnten entsprechend mit grösseren Schwierigkeiten konfrontiert worden sein.

Bereiche der Gesundheitskompetenz

Das Beurteilen und Anwenden von Informationen aus den Medien sowie das Finden von Informationen beim Umgang mit psychischen Problemen entstammen dem Bereich Krankheitsprävention. Folglich

weist die Schweizer Bevölkerung in diesem spezifischen Bereich (Mittelwert: 70) und im Vergleich zu den Bereichen Gesundheitsförderung (Mittelwert: 81) und Krankheitsbewältigung (Mittelwert: 81) die grössten Schwierigkeiten auf. In der Bevölkerungsbefragung von 2015 zeigten sich die grössten Schwierigkeiten ebenfalls in diesem Bereich (Mittelwert: 77). Betrachtet man die drei Bereiche, ist die Abnahme der Gesundheitskompetenz im Vergleich zu 2015 hauptsächlich auf eine Zunahme der Schwierigkeiten im Bereich der Krankheitsprävention (Mittelwert 2015: 77 vs. 2020: 70) und zu einem geringeren Anteil im Bereich der Gesundheitsförderung (Mittelwert 2015: 85 vs. 2020: 81) zurückzuführen. Insgesamt waren die Fragen mit Bezug auf den Bereich Gesundheitsförderung jedoch wie bereits 2015 am einfachsten für die Befragten. Der Bereich Krankheitsbewältigung bzw. die zugehörigen Fragen scheinen sich in den letzten Jahren leicht positiv entwickelt zu haben (Mittelwert 2015: 78 vs. 2020: 81). Diese positive Entwicklung kann vor allem dadurch erklärt werden, dass das Verstehen von Anweisungen zur Einnahme von Medikamenten, das Verstehen, was der Arzt oder die Ärztin sagt, und das Verstehen, was bei einem Notfall zu tun ist, einfacher wurde. Dies zeigt, dass die Bestrebungen zur verbesserten Kommunikation zwischen Ärzteschaft bzw. Gesundheitsfachpersonal und Patientinnen bzw. Patienten in den letzten Jahren offenbar eine positive Wirkung gezeigt haben (Rothenfluh & Schulz, 2019). Nach wie vor Schwierigkeiten gibt es bei der Beurteilung, ob eine Zweitmeinung nötig sei. Dies könnte damit begründet werden, dass viele Patientinnen und Patienten nicht wissen, dass dies möglich ist und welche Rechte sie grundsätzlich als Patientin bzw. Patient haben. Darauf deuten beispielsweise auch die vorliegenden Ergebnisse aus dem Bereich der Navigations-Gesundheitskompetenz hin (vgl. Kapitel 4.1.3).

Im Bereich Krankheitsprävention gibt es erhebliche Schwierigkeiten beim Umgang mit Informationen aus den Medien sowie bei den Informationen zur psychischen Gesundheit. Trotzdem hat sich dieser Bereich im Vergleich zu 2015 nur leicht verschlechtert. Dies hat vor allem mit den Veränderungen im Umgang mit Impfinformationen zu tun. Hier lässt sich ein positiver Trend feststellen: So haben sich sowohl das Beurteilen, welche Impfungen benötigt werden (2015: 50 % vs. 2020: 29 % (sehr) schwierig), als auch das Verständnis, warum Impfungen nötig sind (2015: 32 % vs. 2020: 18 % (sehr) schwierig), markant verbessert. In diesem Zusammenhang ist es wichtig festzuhalten, dass diese Veränderungen nicht auf die seit 2020 geführten Diskussionen rund um die COVID-19-Impfung zurückgeführt werden können, da diese zeitlich erst nach der vorliegenden Befragung aufgekommen sind. Beim Thema Impfen handelt es sich unabhängig von der Corona-Pandemie jedoch um ein gesundheitspolitisch wichtiges Thema. Zusätzliche Aufmerksamkeit erhielt das Thema unter anderem 2017, als die Nationale Strategie zu Impfungen vom Bundesrat genehmigt und noch im selben Jahr mit der Umsetzung begonnen wurde (Bundesamt für Gesundheit, 2017, 2018a). Eine Interventionsachse dieser Strategie konzentriert sich auf die Bevölkerung, wobei die Akzeptanz des Schweizerischen Impfplans durch unterschiedliche Herangehensweisen verbessert werden soll. Einige dieser Herangehensweisen, wie beispielsweise das wirksame, kohärente, umfassende und differenzierte Informieren oder der verbesserte Zugang zu Impfungen, stehen dabei in engem Zusammenhang mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Basierend auf dieser Strategie wurde ausserdem ein Aktionsplan ausgearbeitet, um mit gezielten Massnahmen und Interventionen diese Ziele zu erreichen. Aufgrund der vorliegenden Resultate lässt sich vermuten, dass diese Nationale Impfstrategie und der Aktionsplan bereits erste Wirkungen zeigen.

4.1.2 Digitale Gesundheitskompetenz

Durch die voranschreitende Digitalisierung rücken das Internet und die sozialen Medien als Informationsquellen immer mehr ins Zentrum – auch im Gesundheitswesen (Caiata-Zufferey et al., 2010; Hambrock; Jeannot et al., 2004). Nebst den Chancen, die sich durch den digitalen Wandel für die Gesellschaft ergeben, bestehen auch grosse Herausforderungen. So ist die digitale Welt ein äusserst dynamisches Feld, welches die Ausbreitung von Fehl- und Falschinformationen verstärkt. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die Bevölkerung diese Informationen hinsichtlich ihrer Qualität und Relevanz einordnen kann. Folglich spielt die digitale Gesundheitskompetenz beim zunehmenden Umgang mit Onlineinformationen und digitalen Medien eine zentrale Rolle (Bachmann, 2019). Wie die vorliegende Befragung zeigt, hat jedoch ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung (72 %) häufig Schwierigkeiten im Umgang mit diesen online Gesundheitsinformationen und -angeboten und weist entsprechend eine ge-

ringe digitale Gesundheitskompetenz auf (Mittelwert: 56). Vergleicht man diese digitale Gesundheitskompetenz mit der generellen Gesundheitskompetenz (Mittelwert: 77), wird ein grosser Unterschied ersichtlich. Knapp drei Viertel der Schweizer Bevölkerung weisen eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf und haben grosse Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Informationen und Angeboten. Auffallend ist insbesondere der hohe Anteil an Personen mit mangelhafter digitaler Gesundheitskompetenz: Im Vergleich zur generellen Gesundheitskompetenz (11 %) weisen 44 Prozent eine mangelhafte digitale Gesundheitskompetenz auf. Am schwierigsten scheint die Einordnung der gefundenen Informationen, d. h. zu beurteilen, ob hinter den Informationen kommerzielle Interessen stehen und wie vertrauenswürdig die gefundenen Informationen sind.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse stellt sich entsprechend zuerst die Frage, wie relevant digitale Informationsquellen sind. Befragt man die Bevölkerung nach den Quellen bei der Suche nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen, werden mehrheitlich digitale Quellen (55 %) genannt, gefolgt von Ärztinnen und Ärzten oder anderen Gesundheitsfachpersonen (28 %). An dritter Stelle folgen mit grossem Abstand die schriftlichen bzw. analogen Quellen (8 %). Auch in der Zusatzerhebung zur Corona-spezifischen Gesundheitskompetenz wurden digitale Quellen – insbesondere das Internet – als Hauptinformationsquelle genannt, was sich durch die eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten zum Gesundheitsfachpersonal zu Beginn der Pandemie vermutlich noch verstärkt hat (Vogt et al., 2020). Wird vertiefter nach der Nutzung oder nicht Nutzung verschiedenster digitaler Informationsangebote gefragt und betrachtet man dabei die Gruppe von Personen, welche die digitalen Angebote auch tatsächlich nutzen, wird deutlich, dass das Internet und die sozialen Medien vergleichsweise wenig oft bzw. nicht regelmässig verwendet werden. Diese Ergebnisse unterstützen bisherige Erkenntnisse, wonach das Internet für die Suche von allgemeinen Gesundheitsinformationen lediglich sporadisch genutzt und oft als Ausgangspunkt der Informationsbeschaffung oder als ergänzende Informationsquelle zu den Gesundheitsfachpersonen dient (Caiata-Zufferey et al., 2010). Wie die vorliegende Befragung weiter zeigt, werden indes viel häufiger Gesundheits-Apps auf dem Handy sowie digitale Geräte wie z. B. Schrittzähler genutzt. Die interaktive Komponente dieser digitalen Angebote scheint für die Befragten sehr relevant zu sein und gilt es deshalb bei der Interventionsentwicklung zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen.

Das Internet bietet durch den niederschwelligen Zugang die Möglichkeit, sich rund um die Uhr umfangreiche und unterschiedliche Gesundheitsinformationen zugänglich zu machen. Jedoch bergen das Internet sowie die sozialen Medien auch ein grosses Risiko an qualitativ schlechten sowie zahlreichen Fehl- und Falschinformationen (Eysenbach et al., 2002). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass bei der Suche nach Gesundheitsinformationen Personen mit geringer Gesundheitskompetenz digitale Quellen häufiger nutzen als Personen mit hoher Gesundheitskompetenz. Dies ist deshalb kritisch, da genau diese Personen mehr Schwierigkeiten beim Umgang, insbesondere bei der Beurteilung der Qualität der Informationen, aufweisen. Diese Schwierigkeiten können zu grosser Verunsicherung oder im schlimmsten Fall zu Fehlentscheidungen führen. Die Verunsicherung trotz hoher Informiertheit konnte beispielsweise in der Erhebung der Corona-spezifischen Gesundheitskompetenz gezeigt werden (Vogt et al., 2020). Im Gegensatz zu den Personen mit geringer Gesundheitskompetenz wenden sich jene mit hoher Gesundheitskompetenz bei der Informationssuche viel häufiger an Ärztinnen und Ärzte oder andere Gesundheitsberufe und gelangen so einfacher an vertrauenswürdige und evidenzbasierten Gesundheitsinformationen. Dies wiederum könnte dazu führen, dass ihnen die Anwendung dieser Informationen für das eigene Verhalten und Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit leichter fällt.

Die häufige Nutzung von digitalen Informationsangeboten gepaart mit den häufigen Schwierigkeiten bei der Beurteilung und Anwendung dieser Informationen zeigt den grossen Handlungsbedarf bei dieser Art der Gesundheitskompetenz – der digitalen Gesundheitskompetenz – klar auf.

4.1.3 Navigations-Gesundheitskompetenz

Das medizinische Angebot in der Schweiz ist sehr gut, die Versorgung ist grundsätzlich für alle Bevölkerungsgruppen sichergestellt und die Schweizer Bevölkerung ist im Grossen und Ganzen zufrieden mit dem Gesundheitswesen (Merçay, 2016). Das schweizerische Gesundheitssystem wird auch im internationalen Diskurs generell als qualitativ hochstehend beurteilt (Böscha et al., 2016; Petrini & Sturny, 2013). Dennoch weist das Schweizer Gesundheitssystem gewisse Schwächen auf, ist organisatorisch

komplex und zumindest für Laien sehr unübersichtlich. Folglich überrascht es nicht, dass es der Mehrheit der Schweizer Bevölkerung schwerfällt, mit Informationen zum Gesundheitssystem adäquat umzugehen, um sich darin orientieren und diese für die eigene Gesundheit nutzen zu können. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass rund drei Viertel eine geringe und die Hälfte der Befragten sogar eine mangelhafte Navigations-Gesundheitskompetenz aufweisen. Am meisten Schwierigkeiten bereitet es den Befragten herauszufinden, welche Rechte sie als Patientin oder Patient haben: Zwei Drittel bezeichnen dies als schwierig oder sehr schwierig. Dieser Aspekt ist im Hinblick auf die sich wandelnde Rolle der Patientin bzw. des Patienten und der Übernahmen von mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung kritisch. Auch das Finden von Unterstützungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem ist für knapp die Hälfte der Befragten schwierig. Die Bevölkerung hat also einerseits Schwierigkeiten damit, sich über das Gesundheitssystem zu informieren und sich darin zu orientieren und bekundet andererseits auch Mühe, Unterstützungsmöglichkeiten zu finden und zu nutzen. Insgesamt bereiten mehr als die Hälfte aller Fragen zur Navigations-Gesundheitskompetenz der Mehrheit der Befragten Schwierigkeiten. Im Vergleich zur generellen Gesundheitskompetenz, aber auch zur digitalen Gesundheitskompetenz, sind die Werte geringer Gesundheitskompetenz hier mit Abstand am höchsten. Dies bedeutet, dass eine überwiegende Mehrheit der Bevölkerung erhebliche Probleme bei der Navigation und Orientierung im schweizerischen Gesundheitssystem zu haben scheint.

Um sich um die eigene Gesundheit kümmern zu können, müssen sich Menschen im Gesundheitssystem zurechtfinden können, ihre Rechte oder zumindest Unterstützungsmöglichkeiten kennen. Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem sind dabei vor allem auch bei Personen mit chronischen Erkrankungen kritisch. Eine gute Navigation im Gesundheitssystem ist für sie zentral und kann folglich einen Einfluss auf die Behandlungsqualität, die Behandlungsergebnisse, die Gesundheit, die Inanspruchnahme des Systems und die damit verbundenen Kosten haben. Hier ist also besondere Aufmerksamkeit gefragt, vor allem auf der strukturellen und organisationalen Ebene.

4.1.4 Selbstmanagement-Kompetenzen

Patientinnen und Patienten werden zunehmend dazu ermutigt, sich aktiv an der eigenen Gesundheit und der gemeinsamen Entscheidungsfindung zu beteiligen (Fumagalli et al., 2015). So wird in der Schweiz im Zusammenhang mit dem sich wandelnden Rollenverständnis der Patientinnen und Patienten und insbesondere von solchen mit chronischen Erkrankungen schon länger vom Thema Selbstmanagement gesprochen (Bundesamt für Gesundheit, 2018b). Selbstmanagement ist ein Aspekt der Gesundheitskompetenz und wird vor allem im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten und Sucht verwendet. Das BAG definiert Selbstmanagement als *«einen dynamischen Prozess, welcher die Fähigkeiten eines Individuums umfasst, adäquat und aktiv mit den Symptomen, körperlichen und psychosozialen Auswirkungen, Behandlungen der chronischen Krankheit oder Sucht umzugehen und seinen Lebensstil entsprechend anzupassen»* (Bundesamt für Gesundheit, 2018b). Patientinnen und Patienten können bei der Bewältigung von Krankheiten und deren Prävention jedoch nur mitwirken, wenn sie über entsprechende Kompetenzen verfügen oder dazu befähigt werden. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Bevölkerung mit einer chronischen Erkrankung (66 %) begrenzte Selbstmanagement-Kompetenzen aufweist, wobei diese bei knapp mehr als einem Drittel (36 %) mangelhaft ausgeprägt sind. Diese Schwierigkeiten beim Selbstmanagement, welche Personen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten aufweisen, könnten auf deren häufigere Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem und Gesundheitsthemen zurückzuführen sein. Personen mit chronischen Erkrankungen sind vermehrt mit dem Gesundheitssystem im Kontakt, weshalb sie sich der Komplexität des Systems womöglich eher bewusst sind und den Umgang damit wahrscheinlich entsprechend als schwieriger einschätzen. Schliesslich sind sie aufgrund ihrer langandauernden Krankheit bereits mit grösseren Herausforderungen im Umgang mit der eigenen Gesundheit und der Bewältigung der Krankheit konfrontiert, wodurch sie entsprechend ebenfalls häufiger grosse Schwierigkeiten äussern.

Ähnlich wie bei der generellen Gesundheitskompetenz haben die Selbstmanagement-Kompetenzen seit 2015 insgesamt leicht abgenommen. Diese Verschlechterung ist vor allem bei der Beurteilung von Vor- und Nachteilen verschiedener Behandlungsmöglichkeiten sowie bei der Nutzung von Informationen der Ärztin bzw. des Arztes, um Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu treffen,

zustande gekommen. Ein weiterer Grund hierfür könnte die Zunahme der Anzahl Personen mit chronischen Erkrankungen über die Zeit sein (Bachmann et al., 2014; Bundesamt für Statistik, 2018). Da diese Bevölkerungsgruppe über grössere Schwierigkeiten beim Selbstmanagement berichtet, könnte bereits die Zunahme der Grösse dieser Bevölkerungsgruppe zu diesem leichten Anstieg der Schwierigkeiten in diesem Bereich (im Vergleich zu 2015) geführt haben.

Ausserdem lässt sich auch hier ein gewisser Zusammenhang zwischen der generellen Gesundheitskompetenz und den Selbstmanagement-Kompetenzen feststellen. So weisen beispielsweise viele Personen mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz auch ausreichende Selbstmanagement-Kompetenzen auf und umgekehrt. Trotzdem fällt jedoch auf, dass 39 Prozent der Befragten bei den Selbstmanagement-Kompetenzen in eine tiefere Kategorie fallen als bei der generellen Gesundheitskompetenz. Insbesondere weisen 21 Prozent der Personen mit einer problematischen Gesundheitskompetenz mangelhafte Selbstmanagement-Kompetenzen auf. Gerade deshalb scheint es sinnvoll, bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz vor allem auch die Aspekte des Selbstmanagements zu berücksichtigen. Dies kann über verschiedene Ansätze, in diversen Settings und durch eine Vielzahl von Akteuren erfolgen. Wichtig ist, dass Angebote der Selbstmanagement-Förderung drei Dimensionen fördern: das Wissen, die Motivation und die Handlungskompetenzen. Die Patientinnen und Patienten sollen befähigt werden, eine aktivere Rolle im Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit einnehmen zu können. Dabei steht die betroffene Person mit ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen im Mittelpunkt und ist auf die entsprechende Unterstützung des Umfelds und der Umwelt angewiesen.

4.2 Regionale Unterschiede in Bezug auf die Verteilung der Gesundheitskompetenz

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen einerseits gewisse Unterschiede hinsichtlich der Sprachregionen und hinsichtlich der Kantone. So weisen die Befragten aus der französischsprachigen Schweiz eine leicht höhere generelle Gesundheitskompetenz auf als diejenigen aus der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz. Die französischsprachige Schweiz weist vor allem grössere Anteile an Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz auf, wohingegen in der italienischsprachigen Schweiz mehr Personen eine mangelhafte und weniger Personen eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz aufweisen. Diese Daten sind vergleichbar mit denjenigen von 2015 (Bieri et al., 2016) sowie auch der Corona-spezifischen Gesundheitskompetenz (Vogt et al., 2020). Über mögliche Gründe für die Unterschiede bezüglich der Sprachregionen kann nur spekuliert werden. In allen drei Sprachregionen liegen die grössten Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen aus den Medien. Damit scheinen die Hauptschwierigkeiten jeweils die gleichen zu sein, was vor allem für potenzielle Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz relevant ist. Bei der digitalen Gesundheitskompetenz und bei der Navigations-Gesundheitskompetenz sind die Ergebnisse im Durchschnitt ähnlich in allen drei Sprachregionen.

Die regionale Modellierung beleuchtet einen weiteren wichtigen Aspekt: Eine höhere bzw. geringere Gesundheitskompetenz in einer Sprachregion kann nicht auf eine höhere bzw. geringere Gesundheitskompetenz in allen Kantonen dieser Sprachregion zurückgeführt werden. Betrachtet man beispielsweise die generelle Gesundheitskompetenz auf Kantonsebene, zeigt sich, dass die französischsprachigen Kantone Waadt, Genf sowie Freiburg zu den Kantonen mit hoher Gesundheitskompetenz zählen, jedoch die ebenfalls französischsprachigen Kantone Wallis und Jura zu denjenigen mit vergleichsweise geringerer Gesundheitskompetenz. Aufgrund der Sprachregionen wäre ausserdem zu erwarten, dass der Kanton Tessin das Schlusslicht bilden würde, dies ist aber nicht der Fall. Es zeigt sich folglich einerseits, dass sich die Sprachregionen bezüglich des absoluten Wertes der generellen Gesundheitskompetenz nur minimal unterscheiden und andererseits, dass die Landessprache an sich wohl kein bedeutender Faktor für die Gesundheitskompetenz darstellt.

Im Gegensatz zu den kleinen Unterschieden zwischen den Sprachregionen sind bei der generellen Gesundheitskompetenz keine Unterschiede zwischen den Siedlungsarten festzustellen. Ob man aus einer ländlichen, intermediären oder städtischen Region kommt, scheint keinen Einfluss auf die generelle Gesundheitskompetenz zu haben. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Gesundheitskompetenz auf Kantonsebene, fällt jedoch auf, dass Kantone mit grösseren Städten (wie z. B. Genf, Basel, Zürich und Bern) tendenziell eine höhere generelle Gesundheitskompetenz aufweisen. Diese

Tendenzen bezüglich Siedlungsart und Kantonsebene scheinen auch für die Navigations-Gesundheitskompetenz zu gelten. Etwas anders sieht es hingegen bei der digitalen Gesundheitskompetenz aus: Personen aus ländlichen oder intermediären Regionen weisen tendenziell eine geringere digitale Gesundheitskompetenz auf. Dies wird durch die MRP-Modellierung bestätigt, welche zeigt, dass Kantone mit grossen urbanen Zentren (wie z. B. Zürich, Basel, Genf) eine höhere digitale Gesundheitskompetenz aufweisen als solche mit eher grösseren ländlichen Regionen. Bei näherer Betrachtung der Einzelelemente der digitalen Gesundheitskompetenz zeigt sich ausserdem, dass es für Personen aus ländlichen und intermediären Regionen häufiger schwierig ist, zu beurteilen, ob kommerzielle Interessen hinter einer Webseite stehen. Diese Ergebnisse scheinen darauf hinzudeuten, dass der Unterstützungsbedarf im Umgang mit digitalen Informationsangeboten in ländlichen und intermediären Regionen etwas höher ist als in den städtischen Regionen. Über Gründe hierfür kann wiederum nur spekuliert werden. Es wäre möglich, dass Personen in ländlichen Regionen noch nicht so gut digital vernetzt sind, oder sich Informationen öfters noch anders zugänglich machen, und entsprechend etwas häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit solchen Informationen haben.

4.3 Determinanten der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz wird durch verschiedene Faktoren (mit)bestimmt. So gibt es verschiedene Determinanten, welche eine geringe bzw. eine hohe Gesundheitskompetenz erklären können, wie beispielsweise soziodemografische und -ökonomische Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Bildungsniveau). Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Faktoren bezogen auf die vorliegende Erhebung einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben. Generell scheint es, dass gewisse Faktoren wie soziale Unterstützung, finanzielle Deprivation, selbsteingeschätzter sozialer Status als auch Schwierigkeiten mit der lokalen Landessprache einen bedeutenden Einfluss auf alle drei Ausprägungen der Gesundheitskompetenz haben.

Generelle Gesundheitskompetenz

Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, scheinen die Faktoren Alter und Geschlecht keinen Einfluss auf die Schwierigkeiten im Umgang mit generellen Gesundheitsinformationen und -diensten zu haben. Bedeutender hingegen sind die soziale Unterstützung sowie die finanzielle Deprivation. Weiter spielt auch der selbsteingeschätzte soziale Status eine gewisse Rolle. Die vorliegende Erhebung bestätigt, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einem sozialen Gradienten folgt und gleichzeitig, dass Gesundheitskompetenz eine soziale Komponente enthält. Folglich gilt es Bevölkerungsgruppen, die sich in eingeschränkten sozialen Netzwerken und in schwierigen finanziellen Lebenslagen befinden, bei zukünftigen Massnahmen und Interventionen besonders in den Blick zu nehmen (vgl. Kapitel 4.5 «Zentrale Bevölkerungsgruppen bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz»).

In geringerem Masse haben auch das Bildungsniveau sowie der Beschäftigungsstatus einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Personen mit höherer Bildung sowie Studierende, Schülerinnen und Schüler scheinen tendenziell weniger Schwierigkeiten damit zu haben, Informationen und Dienste zur Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Hingegen weisen Personen mit tieferer Bildung sowie arbeitslose Personen mehr Schwierigkeiten und damit häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Auch wenn dieser Zusammenhang schwach ist, ist er insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bedeutend. In der heutigen Gesellschaft ist ein hohes oder zumindest mittleres Bildungsniveau eine Voraussetzung dafür, angemessen mit der eigenen Gesundheit und mit Gesundheitseinschränkungen umgehen, Gesundheitsinformationen verstehen und nutzen und sich aktiv beteiligen sowie partnerschaftlich mit den Gesundheitsfachpersonen interagieren zu können. Deshalb sind einerseits auf individueller Ebene Massnahmen und Interventionen durch Bildungsprozesse notwendig und andererseits auch strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen, die den Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten erleichtern.

Bezüglich Bildung zeigt sich ausserdem, dass Personen mit einer Ausbildung im Gesundheitsbereich eine leicht höhere generelle Gesundheitskompetenz aufweisen. Ein beträchtlicher Anteil derjenigen Personen (40 %), die angaben, eine Ausbildung im Gesundheitsbereich durchlaufen zu haben, berichtet trotzdem von mehr oder weniger grossen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Dieser relativ grosse Anteil an Personen mit geringer Gesundheitskompetenz und einer Ausbildung im Gesundheitsbereich ist deshalb von Bedeutung, weil gesundheitskompetente Fachpersonen erforderlich sind, um die Bevölkerung im Umgang mit ihrer Gesundheit und entsprechenden Informationen und Dienstleistungen zu unterstützen und zu befähigen. Dies wird so auch in der Strategie «Gesundheit 2030» des Bundesrates erwähnt: *«Bürger und Bürgerinnen können gut informiert, verantwortungs- und risikobewusst Entscheidungen treffen, die ihre Gesundheit sowie die Gesundheit ihrer Angehörigen bestimmen. Dabei werden sie von kompetenten Gesundheitsfachpersonen unterstützt.»* (Bundesamt für Gesundheit, 2019). Demnach wäre es wichtig, die Gesundheitskompetenz der Gesundheitsfachpersonen genauer zu untersuchen und potenzielle fach- bzw. aufgabenspezifische Unterschiede sowie den spezifischen Handlungsbedarf zu identifizieren. Basierend darauf könnten gezielte Aus- und Weiterbildungsformate für die Gesundheitsfachpersonen erarbeitet und implementiert werden. Somit würde nicht nur die Gesundheitskompetenz der Gesundheitsfachpersonen gestärkt, sondern ein indirekter, aber wesentlicher Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung geleistet.

Einen sehr schwachen und vernachlässigbaren Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat der Migrationshintergrund. Im Gegensatz zu 2015 (Bieri et al., 2016) zeigt die aktuelle Erhebung, dass Personen mit Migrationshintergrund eine leicht höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als jene ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Die Ergebnisse zeigen indes, dass die Sprachkompetenz in der lokalen Landessprache zentral ist für den angemessenen Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen: Hat eine Person Verständigungsschwierigkeiten in der lokalen Landessprache, nehmen die Schwierigkeiten zu. Es gilt dabei festzuhalten, dass die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund, ob mit oder ohne eigene Migrationserfahrung, sehr heterogen ist. Folglich kann der Migrationshintergrund allein nicht die wesentlichen Unterschiede einzelner Personen oder Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitskompetenz erklären. Darüber hinaus zeigt sich, dass auch innerhalb der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund vor allem die finanzielle Deprivation die entscheidende Rolle in Bezug auf die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten spielt. Daneben sind die soziale Unterstützung wie auch die Sprachkompetenz wichtig. Insgesamt gilt es festzuhalten, dass die soziale Unterstützung und die finanzielle Deprivation einen viel wichtigeren Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben als der Migrationshintergrund.

Digitale Gesundheitskompetenz

Verschiedene Bevölkerungsgruppen nutzen digitale Informationsangebote unterschiedlich und weisen unterschiedlich grosse Schwierigkeiten damit auf. Im Gegensatz zur generellen Gesundheitskompetenz hat das Alter einen wesentlichen Einfluss auf die digitale Gesundheitskompetenz: Die Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und -angeboten nehmen mit steigendem Alter zu. Die grössten Unterschiede zeigen sich zwischen den 18-25-Jährigen (Mittelwert: 62) und den über 76-Jährigen (Mittelwert: 40), wobei älteren Personen der Umgang mit digitalen Informationsangeboten erwartungsgemäss wesentlich schwerer fällt. Es zeigt sich klar, dass der Zugang zur Technologie nicht automatisch auch alle Vorteile der Technologie mit sich bringt, sondern, dass bestimmte Fähigkeiten für den angemessenen Umgang damit notwendig sind. Da Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen immer häufiger nur noch über digitale Wege bereitgestellt werden, wie dies beispielsweise beim Anmeldungsverfahren zur Corona-Impfung häufig der Fall war, sind gerade Personen mit einer geringen digitalen Gesundheitskompetenz auf spezifische Unterstützung angewiesen. Fehlt diese Unterstützung, wird die Kluft zwischen denjenigen, die Zugang zu digitalen Informationsangeboten und -dienstleistungen haben und damit angemessen umgehen können, und denjenigen, die Schwierigkeiten damit haben, immer grösser. Dieses Phänomen wird in der Literatur oft unter dem Begriff «digital divide» beschrieben (Rogers, 2001).

Die vorliegende Studie zeigt, dass nebst dem zentralen Faktor des Alters die soziale Unterstützung, die finanzielle Deprivation sowie der selbsteingeschätzte soziale Status eine zentrale Rolle spielen. Ausserdem steht die Absolvierung einer Ausbildung im Gesundheitsbereich mit der digitalen Gesundheitskompetenz in positivem Zusammenhang. Darüber hinaus hat auch der Beschäftigungsstatus einen Einfluss auf die digitale Gesundheitskompetenz. Gerade Pensionierte sowie Hausfrauen und Hausmänner weisen im Gegensatz zu Schülerinnen und Schülern sowie Studierenden eine wesentlich geringere digitale Gesundheitskompetenz auf. Dies lässt sich wohl einerseits mit dem Alter und andererseits mit der unterschiedlich häufigen Verwendung digitaler Technologien und Anwendungen im Zusammenhang mit

den eigenen Haupttätigkeiten erklären. Gerade in der Schule und in höheren Bildungsinstitutionen wird vermehrt digital und papierlos gearbeitet, was den Zugang und den Umgang damit erleichtert (Suter et al., 2019).

Schliesslich hat der Migrationshintergrund einen leichten positiven Einfluss auf die digitale Gesundheitskompetenz. Personen mit Migrationshintergrund weisen in der Tendenz eine höhere digitale Gesundheitskompetenz auf als jene ohne Migrationshintergrund. Auch hier besteht der wesentliche Zusammenhang jedoch mit der mangelnden Sprachkompetenz im Bereich der lokalen Landessprache. Es ist deshalb auch in diesem Zusammenhang zentral, dass Personen mit mangelnden Sprachkompetenzen im Umgang mit digitalen Informationen und Angeboten spezifisch unterstützt werden.

Zukünftige Massnahmen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz sollten besonders auf diese Bevölkerungsgruppen, die vermehrt Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen haben, angepasst werden. Nur damit kann verhindert werden, dass die digitale Kluft nicht weiter aufgeht.

Navigations-Gesundheitskompetenz

Wie bei der generellen und der digitalen Gesundheitskompetenz sind auch bei der Navigations-Gesundheitskompetenz verschiedene Einflüsse soziodemografischer und -ökonomischer Faktoren erkennbar. Einerseits scheint das Alter einen Einfluss zu haben, wobei besonders die Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 65 Jahren Schwierigkeiten mit der Orientierung im Gesundheitssystem hat. Es ist daher zentral, spezifisch diese Altersgruppe bei der Navigation im Gesundheitswesen zu unterstützen, da sie meistens diejenigen sind, welche die jüngeren und älteren Personen im Umgang mit ihrer Gesundheit begleiten. In einem ähnlichen Zusammenhang stehen der Beschäftigungsstatus und die Navigations-Gesundheitskompetenz. Hier scheinen Studierende und Schülerinnen und Schüler, d. h. eher jüngere Personen, und Pensionierte, d. h. eher ältere Personen, weniger Schwierigkeiten mit der Navigation im Gesundheitssystem zu haben. Eine mögliche Vermutung wäre, dass sich diese Personen weniger oft allein im Gesundheitssystem orientieren müssen und mehr auf die Angehörigen verlassen, sodass sie dies entsprechend als weniger schwierig betrachten könnten. Die wäre insbesondere für die jüngeren Personen denkbar. Ein möglicher Grund für die geringeren Schwierigkeiten der jüngeren Personen könnte ausserdem sein, dass sie bisher noch wenig im Kontakt mit dem Gesundheitssystem gestanden sind und sich dies entsprechend als weniger schwierig vorstellen.

Darüber hinaus zeigt sich auch bei der Navigations-Gesundheitskompetenz ein klarer Einfluss der sozialen Unterstützung, der finanziellen Situation und des sozialen Status. Je mehr Unterstützung eine Person aus dem eigenen Umfeld erfährt, je weniger finanzielle Schwierigkeiten sie aufweist und je höher ihr eigener soziale Status ist, desto weniger Schwierigkeiten hat sie im Durchschnitt mit der Orientierung im Gesundheitssystem. Das Bildungsniveau scheint hingegen keinen wesentlichen Einfluss zu haben. Eine Ausbildung im Gesundheitsbereich führt zu einer im Durchschnitt höheren Navigations-Gesundheitskompetenz, wenngleich auch in dieser Teilgruppe viele mit der Orientierung im Gesundheitssystem Mühe bekunden. Bei der Navigations-Gesundheitskompetenz besteht keine Korrelation mit dem Migrationshintergrund. Die Schwierigkeiten mit der lokalen Landessprache zeigen aber auch hier erneut einen Einfluss auf die Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem. Dies bedeutet, dass Verständigungsschwierigkeiten es zusätzlich erschweren, sicher im Gesundheitssystem zu navigieren.

Die Ergebnisse zeigen klar, dass die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein grosse Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem haben. Entsprechend gilt es der gesamten Bevölkerung sowie spezifisch auch den hier genannten Bevölkerungsgruppen besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitssystem zu widmen.

4.4 Konsequenzen der Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz kann mit diversen Konsequenzen verbunden sein. So kann Gesundheitskompetenz mögliche Folgen für das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand, den Umgang mit chronischen Erkrankungen und ebenso das Nutzungsverhalten von gesundheitlichen und medizinischen Dienstleistungen haben. Im Folgenden wird aufgezeigt, was diesbezüglich anhand der vorliegen-

den Studie ersichtlich ist. Insgesamt scheint es, dass alle drei Arten der Gesundheitskompetenz (generelle, digitale und Navigations-Gesundheitskompetenz) ähnliche Zusammenhänge mit den gesundheitlichen Konsequenzen wie dem allgemeinen Gesundheitszustand oder dem Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen aufweisen.

Generelle Gesundheitskompetenz

Betrachtet man die verschiedenen Ausprägungen des Gesundheitsverhaltens, scheint die generelle Gesundheitskompetenz gemäss den vorliegenden Ergebnissen mit der Ernährung, d. h. der Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse, wie auch mit der Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten und dem Body-Mass-Index zusammenzuhängen. In allen Fällen geht gesundheitlich optimaleres Verhalten mit einer höheren generellen Gesundheitskompetenz einher. So zeigt sich beispielsweise, dass mehr als zwei Drittel der Personen mit wenig Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten täglich Obst und Gemüse konsumieren, wohingegen dies bei Personen mit grossen Schwierigkeiten nur bei der Hälfte der Fall ist. Weiter bewegt sich knapp ein Drittel der Personen mit einer mangelhaften Gesundheitskompetenz weniger als ein Mal pro Woche, während dies bei denjenigen mit einer ausgezeichneten Gesundheitskompetenz nur bei 16 Prozent der Fall ist. Entsprechend überrascht es weniger, dass fast die Hälfte der Personen mit erheblichen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten übergewichtig ist, während dies bei denjenigen mit wenigen Schwierigkeiten nur bei 35 Prozent der Fall ist. Hier zeigt sich folglich ein gewisses Potenzial für die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit der Prävention von Übergewicht. Tabak- und Alkoholkonsum scheinen im Gegensatz dazu keinen nachweisbaren Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz aufzuweisen. Dieser Befund ist wiederum eher überraschend, da die beiden Faktoren sowohl 2015 (Bieri et al., 2016) als auch in der europäischen Studie 2012 (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen et al., 2015) einen starken Zusammenhang aufwiesen. Es könnte deshalb vermutet werden, dass die Präventionsarbeit der letzten Jahre zu einer grösseren Sensibilisierung der Bevölkerung für diese Themen und zu einem Wissenszuwachs bezüglich der gesundheitlichen Risiken von Tabak- und Alkoholkonsum geführt hat. Der übermässige Genuss von Tabak und Alkohol scheint sich immer mehr vom Unwissen bezüglich der damit verbundenen Konsequenzen entkoppelt zu haben, d. h. wer konsumiert, weiss um die Risiken, tut es aber trotzdem.

Gesundheitskompetenz hat nicht nur einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten, sondern – zumindest indirekt – auch auf den Gesundheitszustand. Dies konnte unter anderem bereits 2015 in der Schweiz (Bieri et al., 2016) sowie 2012 in der europäischen Studie zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen et al., 2015) festgestellt werden. Dieser Zusammenhang ist relativ stark. Insgesamt geht eine schlechte Gesundheit häufig mit geringer Gesundheitskompetenz einher. Wer seine eigene Gesundheit schlechter einschätzt, verfügt über eine geringere Gesundheitskompetenz, respektive umgekehrt: Wer eine geringere Gesundheitskompetenz hat, fühlt sich häufiger weniger gesund. Jedoch lässt sich hier keine abschliessende Aussage über Ursache und Wirkung machen.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand zeigt sich am deutlichsten im konkreten Umgang mit der eigenen Krankheit, d. h. beim Vorliegen einer oder mehrerer chronischen Krankheiten. Dieser starke Zusammenhang zeigt, dass chronischen Krankheiten kaum automatisch dazu führen, dass man verstärkt Spezialistin oder Spezialist für seine eigene Krankheitssituation ist. Dies zeigen auch die grösseren Schwierigkeiten beim Selbstmanagement in dieser Bevölkerungsgruppe. Vielmehr deuten die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass gerade Personen, die häufig im Kontakt mit dem Gesundheitssystem stehen und oft komplexe gesundheitliche Probleme mit sich tragen, auf spezifische Unterstützung angewiesen sind. Erst diese Unterstützung erlaubt ihnen einen angemessenen und selbstbestimmteren Umgang mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen und ein verbessertes Selbstmanagement. Mit Blick auf die gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere der stets älter werdenden Bevölkerung und der Zunahme an chronischen Erkrankungen, ist die Unterstützung dieser Bevölkerungsgruppe bedeutend für die öffentliche Gesundheit und das nationale Gesundheitssystem.

Zwischen Gesundheitskompetenz und der Nutzung medizinischer oder gesundheitlicher Dienstleistungen besteht ebenso ein gewisser Zusammenhang, jedoch in geringerem Masse. Der stärkste Zusam-

menhang lässt sich bei Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten bzw. Spezialistinnen und Spezialisten feststellen, wobei Personen mit einer höheren Gesundheitskompetenz diese tendenziell weniger häufig aufsuchen. Ähnlich, wenn auch schwächer, fällt der Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und stationären Aufenthalten sowie der Nutzung von Notfalldiensten aus, während sich kein Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen im Spital feststellen lässt. Es stellt sich nun die Frage, ob Personen mit geringer Gesundheitskompetenz diese medizinischen Dienste häufiger in Anspruch nehmen, weil sie schlechter informiert sind, oder weil sie häufiger gesundheitliche Probleme aufweisen. Es lässt sich vermuten, dass beide Faktoren eine Rolle spielen.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse dieser Erhebung, dass sich Personen mit geringeren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen insgesamt gesundheitsförderlicher verhalten, sich tendenziell gesünder fühlen und das Gesundheitssystem seltener nutzen. Es kann jedoch auch in diesem Fall nicht abschliessend beantwortet werden, was davon die Ursache und was die Wirkung ist. Dennoch lässt sich vermuten, dass durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz durchaus Verhaltensänderungen und Veränderungen des Gesundheitszustandes sowie der Nutzung medizinischer Dienste erzielt werden können, die wiederum eine Auswirkung auf die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitskosten haben können.

Digitale Gesundheitskompetenz

Beim Einfluss der digitalen Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitsverhalten wurde lediglich der Zusammenhang mit dem Body-Mass-Index genauer betrachtet. Hier scheinen die befragten Personen mit mehr Schwierigkeiten – ähnlich wie bei der generellen Gesundheitskompetenz – auch häufiger an Übergewicht zu leiden. Ausserdem scheinen grössere Schwierigkeiten und somit geringere digitale Gesundheitskompetenz mit schlechterer Gesundheit sowie häufigerem Auftreten von langandauernden Krankheiten einherzugehen. So weisen Personen mit einem sehr guten Gesundheitszustand eine wesentlich höhere digitale Gesundheitskompetenz auf (Mittelwert 65) als solche mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand (Mittelwert: 47). Jedoch lässt sich mit dieser Erhebung nicht verdeutlichen, was die Ursache und was die Wirkung ist. Weitere Zusammenhänge von digitaler Gesundheitskompetenz und möglichen gesundheitsbezogenen Konsequenzen wurden in dieser Studie nicht untersucht. Da die digitale Gesundheitskompetenz als Teil der generellen Gesundheitskompetenz betrachtet werden kann, lassen sich jedoch ähnliche Zusammenhänge wie bei der generellen Gesundheitskompetenz vermuten.

Navigations-Gesundheitskompetenz

Betrachtet man die Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem und deren Konsequenzen, lässt sich ein Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand sowie dem Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Krankheiten feststellen. So scheint eine geringere Navigations-Gesundheitskompetenz – wie bei der generellen und der digitalen Gesundheitskompetenz – mit schlechterer Gesundheit sowie häufigerem Auftreten von langandauernden Krankheiten einherzugehen. Personen mit einem sehr guten Gesundheitszustand weisen eine höhere Navigations-Gesundheitskompetenz auf (Mittelwert: 60) auf als jene mit einem (sehr) schlechtem Gesundheitszustand (Mittelwert: 43). Auch hier lässt sich mit dieser Erhebung nicht verdeutlichen, was die Ursache und was die Wirkung ist. Weitere Zusammenhänge von Navigations-Gesundheitskompetenz und möglichen Konsequenzen wurden in dieser Studie nicht untersucht. Da die Navigations-Gesundheitskompetenz ebenfalls als Teil der generellen Gesundheitskompetenz betrachtet werden kann, lassen sich jedoch auch hier ähnliche Zusammenhänge wie bei der generellen Gesundheitskompetenz vermuten.

4.5 Zentrale Bevölkerungsgruppen bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz

Die Priorisierung von Massnahmen hinsichtlich der Dringlichkeit der Stärkung der Gesundheitskompetenz spezifischer Bevölkerungsgruppen ist ein handlungsstrategischer Entscheid, welcher davon abhängt, wie Dringlichkeit definiert wird, respektive mit welchem Ressourceneinsatz man die Massnahmen angehen will oder kann. Ist das Ziel, dass alle Bürgerinnen und Bürger eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz aufweisen, dann müsste die gesamte Bevölkerung im Mittelpunkt der Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz stehen. Denn selbst in den Bevölkerungsgruppen mit den höchsten Anteilen an ausgezeichneter Gesundheitskompetenz gibt es immer gewisse Personen mit einer

mangelhaften Gesundheitskompetenz, da diese – wie insbesondere die Regressionsmodelle zeigen – sehr individuell ist und nur teilweise durch soziodemografische bzw. -ökonomische Merkmale erklärt werden kann. Dennoch wird bei bestimmten Bevölkerungsgruppen ein besonderer Handlungsbedarf deutlich, da diese Gruppen ohnehin bereits grösseren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und deshalb oft auch als «vulnerabel» bezeichnet werden. Diese Bevölkerungsgruppen weisen im Durchschnitt häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand und gleichzeitig eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Bieri et al., 2016; HLS-EU Consortium, 2012; Schaeffer et al., 2016; Sørensen et al., 2015). Deshalb kann man den Bedarf zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerungsgruppen als dringlich bzw. prioritär bezeichnen.

Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, zählen zu diesen Gruppen insbesondere jene Personen, welche Schwierigkeiten mit der lokalen Landesprache, wenig finanzielle Ressourcen sowie wenig soziale Unterstützung haben und oftmals tieferen sozialen Schichten angehören. Diese Personen weisen entsprechend sowohl grössere gesundheitliche Risiken, eine schlechtere Gesundheit als auch eine geringere generelle, digitale und Navigations-Gesundheitskompetenz auf. Für die genannten Bevölkerungsgruppen sollten zielgruppenspezifische Interventionen erarbeitet und implementiert werden, welche beispielsweise gezielte, klare, einheitliche, leicht verständliche und zielgruppenorientierte Botschaften und Handlungsempfehlungen vermitteln und sie darin unterstützen, vertrauenswürdige Informationen von Fehl- und Falschinformationen unterscheiden zu können. Sie sollten dabei insbesondere auch im Umgang mit digitalen Informationsangeboten und -dienstleistungen sowie bei der Orientierung im Gesundheitssystem unterstützt werden.

Bei der digitalen Gesundheitskompetenz kommt eine zusätzliche Bevölkerungsgruppe mit häufigeren Schwierigkeiten dazu, und zwar die der älteren Personen. In diesem Zusammenhang gilt es sicherzustellen, dass sich die digitale Kluft zwischen dieser Bevölkerungsgruppe und dem Rest der Bevölkerung nicht weiter öffnet. Dadurch könnten sich bestehende sozialer Ungleichheiten nämlich weiter verstärken (Helsper, 2012), was auch die Ergebnisse dieser Erhebung andeuten: Die digitale Gesundheitskompetenz geht mit grossen sozialen Unterschieden einher. Es sind insbesondere ältere Menschen, Personen mit wenig sozialer Unterstützung, einem tiefen Sozialstatus, mit tieferer Bildung, mit hoher finanzieller Deprivation, Pensionierte oder Arbeitslose und solche aus eher ländlichen Regionen, die grössere Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationsangeboten zeigen. Es ist somit zentral, dass zukünftige Massnahmen im Bereich der Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz insbesondere auf diese Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden.

Auch in Bezug auf die Navigations-Gesundheitskompetenz scheinen gewisse Bevölkerungsgruppen einen besonderen Bedarf aufzuweisen. Dabei stehen wiederum ältere Menschen, Menschen aus den unteren Bildungs- und Sozialschichten, Arbeitslose, Hausmänner und Hausfrauen sowie Pensionierte im Zentrum. Sie weisen erhebliche Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem auf. Mit der zunehmenden Komplexität des Gesundheitssystems fällt es gerade diesen Bevölkerungsgruppen immer schwieriger, sich im System zurechtzufinden, weshalb sie dabei gezielte Unterstützung benötigen.

Neben den oben genannten Bevölkerungsgruppen sind insbesondere Personen mit einer oder mehreren langanhaltenden Krankheiten prioritär zu betrachten, auch wenn sie nicht ganz den ursprünglich definierten Kriterien entsprechen (vgl. Kapitel 2.3.2). Sie berichten häufig von Schwierigkeiten im Umgang mit generellen Gesundheitsinformationen und -diensten, als auch bei der Navigation im Gesundheitssystem sowie beim Selbstmanagement ihrer Erkrankung(en). Das Vorliegen einer oder mehrerer chronischen Krankheiten bedeutet für viele Betroffene, dass sie nicht nur lernen müssen mit der Krankheit selbst umzugehen, sondern auch teilweise grosse Anpassungen in ihrem Alltag sowie bei ihrem Gesundheitsverhalten vornehmen müssen. Haben sie Schwierigkeiten dabei Unterstützung zu finden bzw. sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, wird der Umgang mit der Krankheit und die Gestaltung des täglichen Lebens enorm erschwert. Entsprechend bieten zielgerichtete und spezifische Unterstützungsangebote zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement-Kompetenzen grosses Potenzial für diese Bevölkerungsgruppe.

Berücksichtigung der Rahmendbedingungen und des Umfelds

Schliesslich gilt es festzuhalten, dass die Gesundheitskompetenz nicht nur in der Verantwortung der einzelnen Personen bzw. spezifisch dieser Bevölkerungsgruppen selbst liegt, sondern stark von den strukturellen Rahmenbedingungen und dem Umfeld der Personen abhängig ist. Oft wird der Umgang mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen durch ungeeigneten Rahmenbedingungen erschwert. Entsprechend müssen das Gesundheitssystem und darin tätige Organisationen sich so entwickeln und verändern, dass sie den Anforderungen der einzelnen Personen und Bevölkerungsgruppen besser entsprechen. Dies wird im Konzept der *organisationalen Gesundheitskompetenz* (Brach et al., 2012) verdeutlicht und berücksichtigt. Sogenannt gesundheitskompetente Organisationen, Institutionen und Systeme können wesentlich zur Stärkung der persönlichen Fähigkeiten, der Motivation und des Wissens von Personen beitragen, indem sie relevante Informationen zielgruppenspezifisch und in leicht verständlicher Sprache zur Verfügung stellen und sie dabei unterstützen, diese zu verstehen und wirkungsvoll zu nutzen. Die einzelnen Personen werden so beispielsweise in der Entwicklung und Aufrechterhaltung gesunder Lebensstile, im Selbstmanagement bestehender gesundheitlicher Einschränkungen und insgesamt bei ihren Gesundheitsentscheidungen unterstützt. Den anbietenden und vermittelnden Instanzen von Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen sowie Gesundheitsfachpersonen und andere in diesen Instanzen bzw. Organisationen tätigen Personen kommt deshalb bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz – sowohl der allgemeinen Bevölkerung als auch bestimmter Bevölkerungsgruppen – eine zentrale Rolle zu. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist gerade auch deshalb eine Sektor-übergreifende Aufgabe (Schaeffer et al., 2018; Sørensen et al., 2019; Vogt & Gehrig, 2020).

4.6 Limitationen

Die Erhebung weist gewisse wissenschaftlich-methodische Limitationen auf, die im Folgenden diskutiert werden. Diese betreffen insbesondere das Instrument, das für die Befragung der Gesundheitskompetenz verwendet wurde.

Die Bestimmung der Gesundheitskompetenz basiert auf einer Selbsteinschätzung der Befragten, wie einfach oder schwierig sie den Umgang mit einzelnen Elementen der Gesundheitskompetenz einschätzen. Es handelt sich somit um eine subjektive Einschätzung teilweise hypothetischer Ereignisse und nicht um eine objektive Beobachtung. Das Instrument und insbesondere die Indices sind dabei so aufgebaut, dass die Einschätzung des Umgangs mit diesen Elementen als einfach bzw. leicht gleichbedeutend mit einer hohen Gesundheitskompetenz ist, und dass bewertete bzw. angenommene Schwierigkeiten mit einer geringeren Gesundheitskompetenz gleichgesetzt werden. Dabei kann die Beurteilung eines Einzelelements als «(sehr) einfach» zwar einerseits in der Kompetenz der Person begründet sein und die Person ist auch kompetent genug, um ihre eigene Kompetenz zu erkennen. Anderseits könnte es sich aber auch um Naivität oder eine Fehleinschätzung handeln, d. h. die Person hat möglicherweise keine konkrete Erfahrung mit diesen Elementen und überschätzt ihre eigene Kompetenz (Dunning-Kruger-Effekt). Dies kann daher im Einzelfall so weit gehen, dass (real) kompetente Personen wissen, wie schwierig einzelne Elemente im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten sind, diese entsprechend auch als schwieriger bewerten und ihnen somit bei der Erhebung eine geringere Gesundheitskompetenz zugeschrieben wird als (real) weniger kompetenten Personen. Unabhängig davon kann jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse festgehalten werden, dass gerade diese Elemente schwierig sind und deshalb besondere Unterstützung bzw. Aufmerksamkeit erfordern. In diesem Zusammenhang ist ausserdem zu bemerken, dass «weiss nicht» die ehrlichste Antwort bezüglich eines Einzelelements sein kann. In der vorliegenden Befragung der Gesundheitskompetenz wurde die Antwort jedoch ignoriert und, falls eine Person zu häufig so geantwortet hatte, führte dies eventuell sogar zum Ausschluss aus dem Sample. Letzteres traf hier jedoch nur für 2 Prozent der Befragten zu und scheint bezüglich der Interpretation der Gesamtergebnisse entsprechend vernachlässigbar. Schliesslich gilt es zu erwähnen, dass der Fragebogen ausschliesslich auf Deutsch, Französisch oder Italienisch ausgefüllt werden konnte. Aus diesem Grund konnten an der Befragung grundsätzlich nur Personen mit relativ guten Kenntnissen in einer der drei Landessprachen teilnehmen. Daher kann die Aussagekraft der Ergebnisse in Bezug auf die Migrationsbevölkerung eingeschränkt sein.

Positiv hervorzuheben ist die breite Herangehensweise an die Gesundheitskompetenz mittels eines vergleichsweise kurzen Instruments. So wird die Gesundheitskompetenz entlang dreier Dimensionen respektive vier Schritten der Informationsverarbeitung beleuchtet, wodurch eine Vielzahl an Aspekten berücksichtigt werden können. Dennoch kann der komplette HLS-EU-Q47 mit 47 Fragen nicht jedes Detail in seiner Komplexität vollständig erfassen und bleibt eine Auswahl an vermutlich relevanten und aussagekräftigen Einzelelementen. Das gilt umso mehr für den hier verwendeten Kurzfragebogen HLS-EU-Q12 mit 12 Fragen. Aus der Auswahl der Fragen ergibt sich darüber hinaus eine Gewichtung verschiedener Aspekte. Im HLS-EU-Q12 ist jede der Dimensionen und Schritte der Informationsverarbeitung gleich häufig vertreten und fliesst somit gleichberechtigt in die Berechnung der Indices ein. Es handelt sich hierbei also um eine arbiträre Festlegung, wobei auch jede davon abweichende Gewichtung als arbiträr betrachtet werden kann.

Darüber hinaus hat die Bildung von Kategorien der Gesundheitskompetenz einen grossen Einfluss auf das vorliegende Ergebnis. Dies zeigte sich auch deutlich im Verlauf des Projekts, wo auf internationaler Ebene verschiedene Vorschläge diskutiert wurden. Je nach Berechnungsart und festgelegter Grenzwerte können die berechneten Anteile hoher respektive geringer Gesundheitskompetenz anders ausfallen. Die hier verwendete Methode stützt sich jedoch auf die mit internationalen Expertinnen und Experten festgelegten Ansätze. In diesem Kontext sind abschliessend die Benennungen der Kategorien der Gesundheitskompetenz kritisch zu betrachten, da sie eine gewisse Bewertung vermitteln. So evozieren beispielsweise die Bezeichnungen «problematische» oder «ausreichende» Gesundheitskompetenz automatisch Bilder, die ein vereinfachtes und wertendes Abbild der Realität darstellen. Dennoch wurde es v. a. hinsichtlich der Kommunikation der Ergebnisse als wichtig erachtet, die Kategorien zu benennen und national und international vergleichbar zu bezeichnen, wenngleich damit das Risiko besteht, zu stark zu vereinfachen.

4.7 Empfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen der Erhebung können verschiedene Empfehlungen bzw. Stossrichtungen für die zukünftige (Weiter-)Entwicklung von Massnahmen und Interventionen sowie nächste Schritte im Hinblick auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung abgeleitet werden. Diese Empfehlungen bzw. Stossrichtungen stützen sich auf die fortlaufenden Diskussionen im Rahmen des M-POHL-Netzwerkes und die nationale und internationale Diskussion zu diesem Thema. Sie richten sich insbesondere an die Politik, die Bildung, die Praxis und an die Forschung. Im Folgenden werden diese möglichen Empfehlungen bzw. Stossrichtungen für zukünftige Massnahmen und Interventionen entsprechend kategorisiert und kurz erläutert.

Empfehlung 1:
Notwendigkeit einer (nationalen) Gesamtstrategie für Gesundheitskompetenz

Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Aufgabe, die alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einschliesst. Deshalb ist das koordinierte Engagement aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheits- sowie Bildungswesen, aber auch in der Politik, der Forschung sowie in den Medien gefordert. Aktuell gibt es in der Schweiz vereinzelte (Pilot-)Projekte und Aktivitäten, welche die Stärkung der Gesundheitskompetenz verfolgen. Es ist wichtig, die Kräfte der einzelnen Akteure zukunftsorientiert zu bündeln, klare Schwerpunkte zu setzen und fokussierte Aktionen zur nachhaltigen Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz zu etablieren. Dazu fehlt bisher jedoch eine umfassende Strategie. Ein Nationaler Aktionsplan könnte Akteurinnen und Akteuren der Politik und des Gesundheitssystems sowie weiteren Expertinnen und Experten und relevanten Bevölkerungsgruppen einen gemeinsamen Orientierungs- und Handlungsrahmen liefern, um die Gesundheitskompetenz transversal zu implementieren, nachhaltig zu fördern, und die Koordination und den Austausch stärken. Strukturierte und gut organisierte Anstrengungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz lohnen sich nicht nur für die Gesundheit jedes Individuums, sondern für die öffentliche Gesundheit und das Gesundheitssystem insgesamt. Die Erarbeitung und Umsetzung sollten in Zusammenarbeit mit all diesen Akteurinnen und Akteuren erfolgen und von allen aktiv mitgetragen werden.

Empfehlung 2:
Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen und zielgruppenorientierte Ansätze

Zukünftige Massnahmen zur Stärkung der generellen Gesundheitskompetenz sollten prioritär auf diejenigen Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden, die vermehrt Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten haben und von den damit verbundenen Folgen stärker betroffen sind. Zu diesen Bevölkerungsgruppen zählen vor allem Personen, welche Schwierigkeiten mit der lokalen Landessprache, wenig finanzielle Ressourcen sowie wenig soziale Unterstützung haben und oftmals tieferen sozialen Schichten angehören. Ebenfalls dazu zählen Personen mit einer oder mehreren langanhaltenden Krankheiten. Dabei gilt es die Vertreterinnen und Vertreter dieser Bevölkerungsgruppen von Anfang an in die Entwicklung der Massnahmen einzubeziehen. Sie sollen bei der Erarbeitung dieser Massnahmen und Interventionen sowie Unterstützungsangeboten aktiv eingebunden und beteiligt werden. Mit ihnen sollen spezifische Interventionen und deren nachhaltige Implementierung erarbeitet werden, die sie im Umgang mit der eigenen Gesundheit und bei Gesundheitsentscheidungen unterstützen. Diese zielgruppenorientierten Massnahmen bzw. Ansätze sollen dabei den sozialen Kontext und die Lebenswelten, in denen sich diese Personen befinden und bewegen, berücksichtigen. Wichtig sind hier ausserdem Ansätze, die sowohl auf der persönlichen Ebene als auch auf systemischer Ebene ansetzen (vgl. Empfehlung 4) sowie Stigmatisierungen vermeiden. Zugleich kann so zur Verringerung von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten beigetragen werden.

Empfehlung 3:
Den Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen erleichtern

Durch die voranschreitende Digitalisierung und die digitale Transformation rücken das Internet und die sozialen Medien als Informationsquellen immer mehr ins Zentrum – auch beim Thema Gesundheit. Es stehen immer mehr Gesundheitsinformationen und-dienste online zur Verfügung. Gleichzeitig steigen damit die Anforderungen an die Nutzerinnen und Nutzer im Umgang mit digitalen Informationen und -angeboten und somit auch der Bedarf an digitaler Gesundheitskompetenz. Die Literatur weist bereits darauf hin, dass die Qualität dieser Informationen sehr unterschiedlich ist. So stehen hinter vielen (online) Informationen kommerzielle Interessen, viele Informationen sind nicht korrekt und oftmals widersprüchlich.

Demzufolge ist es in Bezug auf die Unterstützung der Bevölkerung im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und -angeboten v. a. wichtig, die Qualität der Gesundheitsinformationen zu verbessern. Dabei könnte es hilfreich sein, Empfehlungen und Richtlinien für die Erstellung, Bereitstellung und Verbreitung von Informationen zu formulieren. Auch könnte zukünftig eine Bündelung der Informationen, zum Beispiel auf Bundesebene, angedacht werden. Gleichzeitig sollte die Bevölkerung gezielt darin unterstützt werden, die Qualität der Informationen selbst besser einschätzen zu können. Damit kann einerseits allen Bevölkerungsgruppen der Umgang mit Gesundheitsinformationen erleichtert und andererseits können die Chancen, welche die digitale Transformation mit sich bringen, optimaler genutzt und die Risken vermindert werden.

Empfehlung 4:
Individuelle und insbesondere strukturelle Bedingungen verändern

Gesundheitskompetenz ist ein relationales Konzept, dies bedeutet, dass die Gesundheitskompetenz einerseits abhängig von den Fähigkeiten, dem Wissen und der Motivation der Individuen im Umgang mit Gesundheitsinformationen und gesundheitsbezogenen Entscheidungen ist, und andererseits von den Rahmenbedingungen bzw. Anforderungen der Umwelt, die für die Gesundheitskompetenz förderlich bzw. hinderlich sind. Es sind deshalb Massnahmen und Ansätze erforderlich, die sowohl auf individueller Ebene als auch auf Ebene der Organisationen und Systeme ansetzen. Individuelles Handeln, die Lebensbedingungen sowie der Kontext und das Umfeld, in welchem sich Individuen

bewegen, stehen in einem engen Zusammenhang und beeinflussen sich wechselseitig. Massnahmen auf Individualebene sind oftmals schwierig und aufwändig umzusetzen. Zudem reichen Interventionen auf dieser Ebene nicht aus, um die Gesundheitskompetenz zu stärken. Deshalb sollte zukünftig der Fokus in erster Linie bei Organisationen, Institutionen und Systemen und deren Fachpersonen liegen. Sie können durch Anpassungen der Rahmenbedingungen und Kontexte einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung der Bevölkerung im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten und entsprechend ihrer Gesundheit leisten.

Empfehlung 5:
Bewährte Programme und Projekte weiterführen und Synergien nutzen, um weitere Massnahmen auf lokaler, kantonaler und nationaler Ebene zu fördern

Weitere Anstrengungen sind notwendig, um den hohen – und sogar tendenziell ansteigenden – Anteil an Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz zu reduzieren und sie im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen sowie ihren Entscheidungen zur Gesundheit zu unterstützen. Es gibt bereits vereinzelte lokale und kantonale Bestrebungen bzw. Projekte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (z. B. das Programm «Gesundheitskompetenz Zürich» der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Careum Stiftung). Solche lokalen und kantonalen Projekte bieten eine vergleichsweise kurzfristige und niederschwellige Möglichkeit, um nahe an bzw. gemeinsam mit der dort lebenden Bevölkerung Massnahmen zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Es gilt diese aber dann in einem weiteren Schritt auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und erfolgreiche Massnahmen in einem grösseren, nationalen Rahmen und für diverse Settings zu skalieren und nachhaltig zu implementieren. Ein gutes Vorbild für solche Massnahmen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene bildet beispielsweise Österreich. Als Ausgangspunkt für ähnliche Bestrebung in der Schweiz könnten auch Best-Practice Beispiele genutzt und bekannt gemacht werden. Ausserdem sollte mit Blick auf die drei Sprachregionen der Schweiz der Austausch über die Sprachregionen hinaus gefördert werden. Dafür könnten bestehende Austauschgefässe genutzt werden. Zudem sollten auch Projekte und Programme angestossen werden, die sich insbesondere auf diejenigen Aspekte der Gesundheitskompetenz, bei denen grössere Schwierigkeiten bestehen, fokussieren und auf der strukturellen Ebene ansetzen.

Empfehlung 6:
Die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem vereinfachen

Die Bevölkerung hat grosse Schwierigkeiten bei der Navigation und Orientierung im Gesundheitssystem. Deshalb ist es wichtig, dass sich das Gesundheitssystem hin zu einfacherer Zugänglichkeit, mehr Transparenz und Nutzerfreundlichkeit entwickelt. Der Zugang zum Gesundheitssystem sollte beispielsweise so niederschwellig wie möglich gestaltet werden. Gleichzeitig sollten passende Unterstützungsangebote für diejenigen Personen erarbeitet werden, die erhebliche Schwierigkeiten bei der Orientierung im System aufweisen. Ein erster wichtiger Schritt hier wäre es, der Bevölkerung leicht zugängliche und verständliche Informationen über das Gesundheitssystem und die Versorgungslandschaft zu vermitteln. Zudem könnte auch die Implementierung von integrierten Versorgungsmodellen oder Patientenvertretungen gewinnbringend sein, wie beispielsweise Patientennavigatorinnen und -navigatoren, Case- oder Care-Management und Beratungsangebote, die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen entlang des gesamten Versorgungsprozesses und auch im Umgang mit den notwendigen Informationen unterstützen. Dazu muss Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen der Politik und der Gesellschaft verankert werden.

Empfehlung 7:
Die Selbstmanagement-Kompetenzen von Personen mit chronischen Erkrankungen stärken

Immer mehr Menschen in der Schweiz leben mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Die zumeist langjährige Belastung stellt für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine besondere und umfassende Herausforderung dar. Diese Personen sind auf spezielle Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit angewiesen, um sich aktiv im Versorgungsprozess beteiligen und die bestmögliche Lebensqualität erhalten zu können. Dazu sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und die Integration der Selbstmanagement-Förderung im Gesundheitspfad zu etablieren. Durch die Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen können Personen mit einer chronischen Krankheit sowie ihr Umfeld lernen, besser mit der Krankheit umzugehen sowie ihre Gesundheit trotz vorhandener Einschränkungen bestmöglich zu erhalten bzw. zu fördern. Es ist deshalb wichtig, Patientinnen und Patienten mit langandauernden Erkrankungen zu befähigen, eine aktivere Rolle im Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Gesundheitseinschränkungen einzunehmen. Massnahmen wie diese sind vor allem mit Blick auf die stets älter werdende Bevölkerung, in der chronische Krankheiten die Mehrheit aller Erkrankungen ausmachen und stetig zunehmen, wichtig. Dadurch wird nicht nur ein Beitrag zur nachhaltigen Stärkung der öffentlichen Gesundheit geleistet, sondern auch Potenzial für die Senkung der Gesundheitskosten geboten.

Empfehlung 8:
Das Bildungssystem in die Stärkung der Gesundheitskompetenz einbeziehen

Gesundheitskompetenz entwickelt sich über die Lebenspanne und ist stark von den Rahmenbedingungen und dem Kontext, in welchem sich eine Person bewegt, abhängig. Entsprechend wird Gesundheitskompetenz nicht nur im Zusammenhang und Kontakt mit dem Gesundheitswesen, sondern insbesondere auch in der Schule und weiteren Lebenswelten gebildet. Das Bildungssystem und die Schule sind ein guter Ansatzpunkt für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Einerseits kann das Umfeld der Schule bereits automatisch die Entwicklung gesunder Verhaltensweisen fördern, da sie allgemein eine Verantwortung dafür trägt, dass es den Schülerinnen und Schülern gut geht. Und obwohl Gesundheit und Bildung auf den ersten Blick unterschiedliche Ziele verfolgen, befassen sie sich mit denselben Handlungsfeldern wie beispielsweise Lernprozessen, Lehren, Erziehung und Kultur. Gesundheit ist damit an sich kein zusätzliches Thema, mit welchem sich eine Schule grundsätzlich befassen sollte. Vielmehr unterstützt das Thema Gesundheit die Erreichung der allgemeinen Bildungsziele. Die Konzepte der Gesundheitsförderung können in diesem Kontext jedoch nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn sie nicht additiv implementiert, sondern direkt am zentralen Bildungsauftrag der Schule anknüpfen.

Es ist also zentral, so früh wie möglich wichtige Grundlagen zur Erarbeitung der eigenen Gesundheitskompetenz zu erlangen und entsprechend auch bei der Schulbildung bzw. in diesem Setting anzusetzen. Die allgemeine Schulpflicht ermöglicht es insbesondere auch Kindern aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen, diese Kompetenzen zu erwerben. Somit kann gleichzeitig ein wichtiger Beitrag zur sozialen und gesundheitlichen Chancengerechtigkeit geleistet werden. Der Lehrplan 21 bietet hier eine ideale Gelegenheit dazu, die Schulen verstärkt einzubeziehen. So können beispielsweise bei den sogenannt «überfachlichen Kompetenzen» fächerübergreifend viele Bezüge zu Lebenskompetenzen und zur Gesundheitskompetenz hergestellt werden. Schulen haben damit die Möglichkeit, nicht nur ihren Bildungsauftrag zu erfüllen, sondern zeitgleich einen nachhaltigen Beitrag zur körperlichen und psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie der öffentlichen Gesundheit der Zukunft zu leisten. Diesbezüglich wäre es ebenso notwendig, die Gesundheitskompetenz der Lehrpersonen in den Blick zu nehmen, sie zu unterstützen und die notwendigen Rahmendbedingungen zu schaffen.

Empfehlung 9:
Gezielte interprofessionelle Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen im Bereich Gesundheitskompetenz

Gesundheitsfachpersonen stehen an vorderster Front, wenn es um den Kontakt mit Patientinnen und Patienten bzw. um Gesundheitsfragen allgemein geht. Sie interagieren konstant mit Patientinnen und Patienten und spielen deshalb eine zentrale Rolle bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Entsprechend wird auch in der Gesundheitsstrategie des Bundes («Gesundheit2030») festgehalten, dass kompetente Gesundheitsfachpersonen die Bevölkerung bei Gesundheitsentscheidungen unterstützen sollen. Damit sie diese wichtige Rolle übernehmen können, müssen sie jedoch über die entsprechenden Kompetenzen verfügen bzw. dazu befähigt werden. Es ist daher wichtig, die notwendigen Kompetenzen zu kennen und die Gesundheitskompetenz gezielt und nachhaltig in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen zu integrieren. Durch die systematische Integration des Themas Gesundheitskompetenz in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen wird ihr Bewusstsein für das Thema geschärft, werden sie für die Anliegen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sensibilisiert und erwerben sie zudem die notwendigen Kompetenzen, die für den Umgang mit Personen mit geringer Gesundheitskompetenz erforderlich sind. Damit später der erfolgreiche Transfer der erworbenen Kompetenzen in die Praxis auch gelingt, sollten die Bildungsverantwortlichen sowie die Curricula die spezifischen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten der Praxis berücksichtigen, Herausforderungen transparent thematisieren und die notwendigen Kompetenzen gezielt in die jeweiligen Arbeitssettings implementieren.

Empfehlung 10:
Ausbau der Forschung und Weiterführung eines regelmässigen Monitorings der Gesundheitskompetenz

Die umfassende Erhebung der Gesundheitskompetenz liefert Antworten auf die Frage, wie es um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen steht, und in welchen Bereichen Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz im Umgang mit ihrer Gesundheit Unterstützung benötigen. Die Erweiterungen des Kenntnisstandes im Bereich Gesundheitskompetenz sind wichtig, um eine breite Wissensgrundlage zu schaffen, die es wiederum ermöglicht, evidenzbasierte Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz einzuleiten. Aufgrund der aktuellen Datenlage und Erkenntnisse sollten insbesondere folgende Aspekte ins Zentrum zukünftiger Erhebungen und Forschung im Bereich Gesundheitskompetenz gestellt werden:

- *Weiterführen eines regelmässigen Monitorings*: Um zu weiterführenden Erkenntnissen zu gelangen, ein systematisches Vorgehen bei der Entwicklung von Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu etablieren und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig voranzutreiben, ist es notwendig, die Gesundheitskompetenz nicht nur punktuell, sondern wiederholt und regelmässig zu messen. In diesen Erhebungen sollten jeweils nebst der generellen Gesundheitskompetenz auch aktuelle Gesundheitsthemen (wie beispielsweise die psychische Gesundheitskompetenz oder Impfkompetenz) aufgegriffen werden.
- *Gesundheitskompetenz der einzelnen Gesundheitsfachpersonen/-professionen*: Diese Berufsgruppen haben das Potenzial, eine wichtige Rolle bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und insbesondere ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen. Damit sie darauf vorbereitet und diese Rolle auch gut erfüllen können, andere im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten und bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen zu unterstützen, wäre es entsprechend wichtig, mehr über ihre diesbezüglichen und dafür notwendigen Kompetenzen zu wissen. Daher empfiehlt es sich, die betreffende Gesundheitskompetenz der Gesundheitsfachpersonen und speziell ihre Kompetenzen im Umgang mit Personen mit geringer Gesundheitskompetenz genauer zu untersuchen und mögliche fach- bzw. aufgabenspezifische Unterschiede und Handlungsbedarfe zu identifizieren, welche dann in die gezielte Aus- und Weiterbildung dieser Fachpersonen einfliessen sollten (vgl. Empfehlung 9).

– *Gesundheitskompetenz von Organisationen (im Gesundheitswesen)*: Sogenannt «gesundheitskompetente Organisationen» bzw. «Gesundheitskompetenz-freundliche» oder «Gesundheitskompetenz-empfängliche» Organisationen leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Sie machen beispielsweise Gesundheitsinformationen leicht zugänglich, kommunizieren in einfacher und gut verständlicher Art, unterstützen beim Zurechtfinden und der Orientierung im Gesundheitssystem, und zeigen auch Wege auf, wie Menschen mit chronischen Erkrankungen besser damit umgehen können. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung. Je höher die Gesundheitskompetenz von Organisationen und Fachpersonen ist, desto besser unterstützen sie ihre Klientel dabei, selbstständig entscheiden und handeln zu können. Entsprechend gilt es die Grundlagenforschung zur Gesundheitskompetenz von (Gesundheits-)Organisationen aufzubauen und zu etablieren. Hier sollten insbesondere die wenigen bisher in der Literatur beschriebenen Erhebungsinstrumente zur Messung der organisationalen Gesundheitskompetenz weiterentwickelt und gezielte Massnahmen und Interventionen eingeleitet und implementiert werden. Schliesslich sollten diese Massnahmen bezüglich ihrer Wirkung durch regelmässiges Monitoring – wie bei der individuellen Gesundheitskompetenz – überprüft werden. Wichtig ist auch hier die Partizipation, d. h. die Einbindung der Nutzenden sowohl bei der Überprüfung und Messung der organisationalen Gesundheitskompetenz als auch bei der Massnahmenentwicklung und Umsetzung. Damit kann die Gesundheitskompetenz schliesslich gezielt und nachhaltig gestärkt werden.

5 Schlussfolgerungen

Obwohl auf der einen Seite die gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitskompetenz steigt, hat sich zugleich die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung in den letzten Jahren verschlechtert. Die aktuellen Ergebnisse zeigen einen klaren Handlungsbedarf auf: Etwas mehr als die Hälfte der Schweizerinnen und Schweizer haben Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten und verfügen entsprechend über eine geringe Gesundheitskompetenz. Dabei fällt es der Bevölkerung am schwersten mit der *Beurteilung* von Gesundheitsinformationen zurechtzukommen. Zudem scheinen ihr die *Orientierung im Gesundheitssystem* sowie der *Umgang mit digitalen Informationsangeboten* grosse Schwierigkeiten zu bereiten. Hier sind vor allem Massnahmen auf der strukturellen und organisationalen Ebene gefragt, welche die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz bereits bei der Entwicklung einbeziehen, damit sie sich besser im Gesundheitssystem zurechtfinden können. Mit Blick auf die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie die immer zahlreicheren digitalen Informationsangebote gilt es ausserdem die Bevölkerung im Umgang damit zu befähigen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die digitale Transformation die Anforderungen an die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erhöht. Andererseits bieten gerade digitale Informationsangebote auch Chancen für die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Die Ergebnisse zeigen ausserdem, dass eine geringe Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit negativen gesundheitlichen Konsequenzen steht. Eine Stärkung der Gesundheitskompetenz kann entsprechend nicht nur zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit, sondern langfristig auch zur Eindämmung von Gesundheitskosten beitragen.

Ein besonderes Augenmerk gilt einzelnen sozial und gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen, welchen der Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten besonders schwerfällt und vor grosse Herausforderungen gestellt sind. Deshalb sollten diese Bevölkerungsgruppen bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz besonders berücksichtigt werden. Dies ist insbesondere auch im Hinblick auf die Verringerung von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten von grosser Bedeutung.

Die vorliegen Ergebnisse legen nahe, dass die Aktivitäten und Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz intensiviert werden sollten. Dabei gilt es einen intersektoralen Ansatz zu wählen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine Aufgabe, die das Engagement und die systematische Kooperation von Akteurinnen und Akteuren aus allen Sektoren der Gesellschaft verlangt. Es sollte ein Ansatz verfolgt werden, der die Bedeutung des sozialen Kontexts und der Lebenswelten, in denen sich die Menschen befinden und bewegen, berücksichtigt. Die Gesundheitskompetenz liegt nicht nur in der Verantwortung jedes Individuums selbst, sondern ist stark von den Rahmenbedingungen und dem Kontext abhängig, wie mehrfach erläutert wurde. Ein Umfeld und Rahmenbedingungen, die es der Bevölkerung ermöglichen und erleichtern, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen, stärken die Gesundheitskompetenz nachhaltig und verringern Ungleichheiten.

Mit dem $HLS_{19\text{-}21}$-CH konnten neue Daten zur Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung gewonnen werden. Um zu weiterführenden Erkenntnissen zu gelangen und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, ist es schliesslich auch notwendig, die Gesundheitskompetenz nicht nur punktuell, sondern wiederholt zu messen und ein regelmässiges Monitoring aufzubauen. Zudem sollte die Forschung in diesem Bereich weiter ausgebaut und vertieft werden, um die nötigen und wissenschaftliche fundierte Massnahmen- und Interventionsentwicklung in der Schweiz voranzutreiben.

6 Literaturverzeichnis

Bachmann, A. (2019). *Digitale Gesundheitskompetenz: Eine kurze Übersicht zur aktuellen Literatur.*

Bachmann, N., Burla, L., & Kohler Dimitri. (2014). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Bern: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Bieri, U., Kocher, J. P., Huth, P., Tschöpe, S., Venetz, A., Bohn, D., Ivankovic, M., Wattenhofer, K., & Kress, J. (2018). *Experimente unerwünscht, aber wachsende Ansprüche an die Versorgung: Studie im Auftrag der Interpharma.* Bern.

Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, J., Schüpbach, S., & Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»: Schlussbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Böscha, N., Krafta, E., Merçayb, C., & Camenzind, P. (2016). Haus- und kinderärzte belegen spitzenplatz in der zusammenarbeit: resultate des commonwealth fund international health policy survey 2015. *Schweizerische Ärztezeitung*(97), 789–791.

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise AJ., & Schillinger D. (2012). Ten attributes of health literate care organizations. *Discussion paper*. New York: Institute of Medicine.

Bundesamt für Gesundheit (2017). *Nationale Strategie zu Impfungen. Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020*.

Bundesamt für Gesundheit (2018a). *Aktionsplan Nationale Strategie zu Impfungen. Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020*.

Bundesamt für Gesundheit. (2018b). *Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht: Konzeptionelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen.*

Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030.*

Bundesamt für Statistik. (2018). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Übersicht (Korrigierte Version 10.12.2018).*

Bundesamt für Statistik. (2019). *Gesundheitsstatistik 2019. Die Ergebnisse basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB von 2017.*

Caiata-Zufferey, M., Abraham, A., Sommerhalder, K., & Schulz, P. J. (2010). Online health information seeking in the context of the medical consultation in Switzerland. *Qualitative Health Research*, *20*(8), 1050–1061. https://doi.org/10.1177/1049732310368404

Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., & Sa, E.-R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: A systematic review. *JAMA*, *287*(20), 2691–2700. https://doi.org/10.1001/jama.287.20.2691

Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., Bertele', P., & Masella, C. (2015). Patient empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *119*(3), 384–394. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.017

Gelman, A., & Hill, J. (2017). *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models* (16th printing). *Analytical methods for social research*. Cambridge Univ. Press.

Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in navigating the health care system: Development of an instrument measuring navigation health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16). https://doi.org/10.3390/ijerph17165731

Hambrock, U. Die Suche nach Gesundheitsinformationen: Patientenperspektiven und Marktüberblick. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. https://doi.org/10.11586/2017053

Helsper, E. J. (2012). A corresponding fields model for the links between social and digital exclusion. *Communication Theory*, *22*(4), 403–426. https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2012.01416.x

HLS-EU Consortium (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states: the European health literacy survey HLS-EU. http://www.health-literacy.eu

International Coordination Center of HLS19. (2021, April 1). *A proposal for creating categorial levels for Q12 in HLS19.*

Jeannot, J.-G., Froehlich, F., Wietlisbach, V., Burnand, Bernard, Terraz, Olivier, & Vader, J.-P. (2004). Patient use of the internet for health care information in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. https://serval.unil.ch/resource/serval:bib_32439.p001/ref.pdf

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros Agis D. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts.* Geneva, World Health Organization.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf

Kocalevent, R.-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U., & Brähler, E. (2018). Social support in the general population: Standardization of the Oslo social support scale (osss-3). *BMC Psychology*, *6*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9

Kutcher, S., Yifeng, W., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*(61), 154–158. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Merçay, C. (2016). *Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale: Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. *Obsan Dossier: Vol. 56*. Bern: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Molina, I., & Marhuenda, Y. (2015). R package sae: Methodology. *The R Journal*, *7*(1), 81-98. Obsan (Ed.). (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020.*

Parker, R. (2009). Measuring health literacy: What? So what? Now what? In *Measures of health literacy: workshop summary* (pp. 91-98). Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.

Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for americans. *Journal of Health Communication*, *15 Suppl 2*, 20–33. https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094.

Pelikan, J., & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenzstudie. Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 93–125). Bern: Hogrefe.

Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung–nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie LBIHPR Forschungsbericht, Wien.

Petrini, L., & Sturny, I. (2013). *Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich: Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey 2013» des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 26).* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coynel, D., Freytag, V., Gerhards, C., Papassotiropoulos, A., Schicktanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A., & Zuber, P. (2020). *The Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave, November 2020.* Basel. University of Basel. https://doi.org/10.31219/osf.io/6cseh

Rogers, E. M. (2001). The digital divide. *Convergence: The International Journal of Research into New Media Technologies*, *7*(4), 96–111. https://doi.org/10.1177/135485650100700406

Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2019). Arzt-Patient-Kommunikation. In *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (pp. 57-67). Springer VS, Wiesbaden.

Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., Kleinman, D., & Pronk, N. (2021). Updating health literacy for healthy people 2030. *Journal of Public Health Management and Practice.* https://doi.org/10.1097/phh.0000000000001324

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken.* Berlin: KomPart.

Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht.* Bielefeld: Universität Bielefeld.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Trezona, A., Levin-Zamir, D., Kosir, U., & et al. (2019). Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy. *Public Health Panorama*, *5*(2-3), 259–263. https://apps.who.int/iris/handle/10665/327060

Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80.

Sørensen, K., van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, *13*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch- psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz: Schlussbericht.* Bern. Bundesamt für Gesundheit.

Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A. C. K., Zhou, J., Liu, W., Bi, Y., & Gao, G. F. (2016). Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends in Microbiology*, *24*(6), 490–502. https://doi.org/10.1016/j.tim.2016.03.003

Suter, L., Külling, C., Bernath, J., Waller, G., Willemse, I., & Süss, D. (2019). *JAMESfocus : digitale Medien im Unterricht.* https://doi.org/10.21256/ZHAW-17918

Vial, G. (2019). Understanding digital transformation: A review and a research agenda. *The Journal of Strategic Information Systems*, *28*(2), 118–144. https://doi.org/10.1016/j.jsis.2019.01.003

Vogt, D., & Gehrig, S. M. (2020). Bedeutung und Stärkung von Gesundheitskompetenz/Health Literacy in der Prävention und Gesundheitsförderung. In *Prävention und Gesundheitsförderung* (pp. 305-315). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_18-1

Vogt, D., Gehrig, S., & Kocher, J.P. (2020). *Corona-bezogene Gesundheitskompetenz: Zusatzerhebung im Rahmen des «Schweizer Health Literacy Survey 2019-2021»*. Zürich: Careum Stiftung.

World Health Organization. (2019). *Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course*. Copenhagen, Denmark. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/409125/69wd14e_Rev1_RoadmapOnHealthLiteracy_190323.pdf

Wu, Y.-C., Chen, C.-S., & Chan, Y.-J. (2020). The outbreak of covid-19: An overview. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA*, *83*(3), 217–220. https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000270

7 Anhang

7.1 Projektorganisation

Die Careum Stiftung hatte im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG die Verantwortung für das Gesamtprojekt und übernahm damit die Funktion des National Study Centers (NSC). gfs.bern fungierte als Subakkordant der Careum Stiftung und war für die Datenaufbereitung, Datenanalyse zu den Fragestellungen sowie die nationale Berichterstattung (v.a. Methoden und Ergebnisse) verantwortlich. Das Umfrageinstitut MIS Trend wurde vom BAG mit der Datenerhebung beauftragt und hat diese entsprechend durchgeführt. Der $HLS_{19\text{-}21}$-CH ist Teil des internationalen HLS_{19} Projekts, das vom M-POHL-Netzwerk initiiert wurde. Um die wissenschaftlichen Standards für den international vergleichbaren Survey umsetzen zu können, wurde durch das Konsortium eine internationale Koordinationsstelle (ICC) eingerichtet. Das ICC wurde durch Gesundheit Österreich GmbH (GÖG, Wien, Österreich) geführt. Die Übernahme des NSC beinhaltete neben den zentralen Aufgaben der Datenanalyse und der nationalen Berichterstattung auch die Koordination mit und Teilnahme an Tätigkeiten des ICC und dem Umfrageinstitut. Als NSC unterstützte die Careum Stiftung das BAG entsprechend im internationalen Konsortium.

Das Projektteam der Careum Stiftung definierte den Inhalt und Umfang des Fragebogens in Absprache mit dem BAG und dem ICC und wurde dabei sowie auch bei der Interpretation der Daten durch ein eigenes Advisory Board beraten. Das Advisory Board setzte sich mit Prof. Dr. Dr. Thomas Abel, Prof. Dr. Ilona Kickbusch und Prof. Dr. Doris Schaeffer aus international renommierten Expertinnen und Experten im Bereich Gesundheitskompetenz, Gesundheits- und Sozialforschung zusammen. Das vorliegende Projekt wurde ausserdem von einer durch das BAG eingesetzten Begleitgruppe bestehend aus nationalen Expertinnen und Experten in diesen Bereichen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Verwaltung und verschiedener Anspruchsgruppen beraten.

7.2 Übersetzungsprozess Fragebogen

Die Entwicklung des nationalen Fragebogens verlief dabei so, dass in einem ersten Schritt der gesamte Fragebogen aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt wurde. Dies erfolgte in Koordination mit den Kolleginnen und Kollegen des HLS_{19} aus Deutschland und Österreich. Das Instrument wurde folglich zuerst in der deutschsprachigen Version konsolidiert und anschliessend inhaltlich und sprachlich noch spezifisch für die Schweiz angepasst. Diese definitive Version auf Deutsch wurde im Anschluss durch das BAG auf Französisch und Italienisch übersetzt. Beim französischen Fragebogen machte das BAG einen Abgleich der Übersetzung mit der validierten französischen Version des HLS-EU-Q16, des HLS-EU-Q47 – der in der Schweiz für die Erhebung zur Gesundheitskompetenz 2015 verwendet wurde – und der Übersetzung des HLS_{19}-Fragebogens aus Belgien. Die Übersetzung wurde anschliessend von zwei Experten aus der französischsprachigen Schweiz überprüft. Schliesslich wurde die französische Übersetzung mit den Partnern der französischsprachigen Nationen Frankreich und Belgien sowie mit Expertinnen und Experten aus der Westschweiz besprochen und final abgestimmt. Ein ähnlicher Ablauf fand auch bei der italienischen Version des Fragebogens statt. Zuerst wurde der Fragebogen vom Übersetzungsdienst des BAG übersetzt. Danach wurde dieser mit der Übersetzung des HLS-EU-Q47 von 2015 und mit der Version der Kolleginnen und Kollegen des M-POHL-Netzwerks aus Italien verglichen. Die optionalen Module digitale Gesundheitskompetenz und Navigations-Gesundheitskompetenz wurden für die Erhebung der Gesundheitskompetenz in Italien nicht ausgewählt. Aus diesem Grund wurde die italienische Übersetzung dieser optionalen Module zusätzlich durch eine weitere Expertin überprüft. Alle drei Sprachversionen wurden nach dem Pretest und nach Rücksprache mit dem ICC sowie den Kolleginnen und Kollegen des HLS_{19} aus den jeweiligen Nachbarländern wo nötig angepasst.

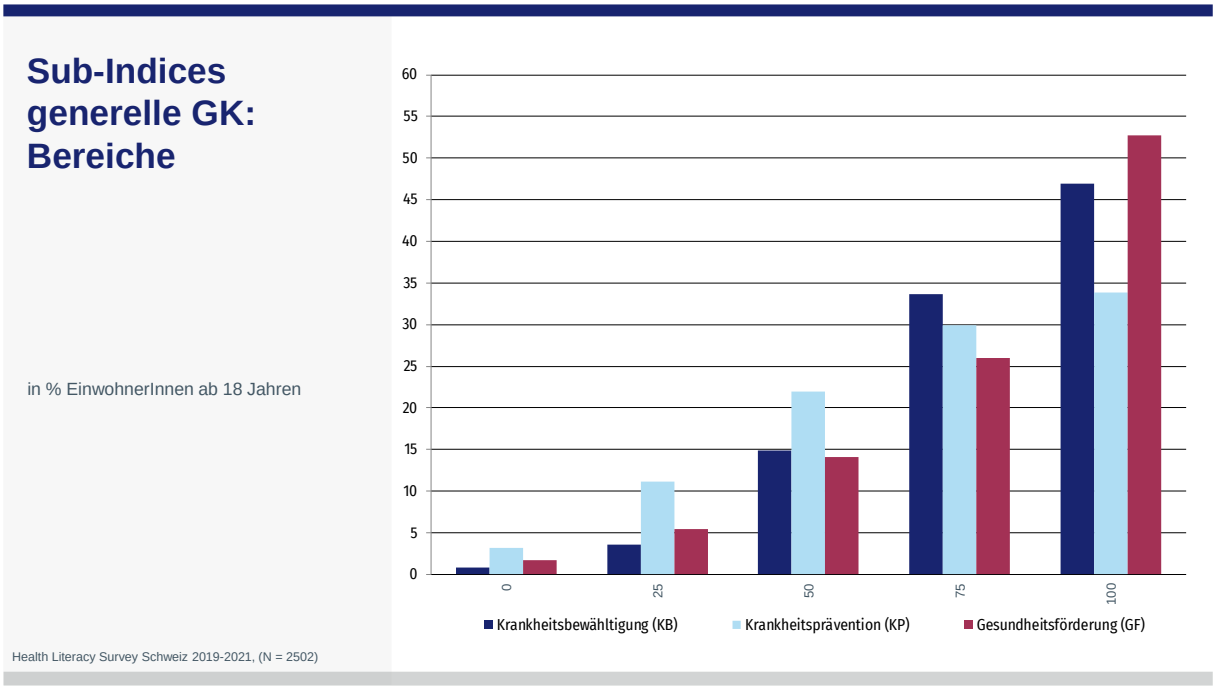
7.3 Generelle Gesundheitskompetenz

Fast alle Elemente der Gesundheitskompetenz werden mehrheitlich als (sehr) einfach eingeschätzt, weshalb bei der Index-Berechnung (vgl. Kapitel 2.3.1) eine deutlich linksschiefe Verteilung resultiert. Mit 21 Prozent der Befragten findet sich der grösste Anteil bei der generellen Gesundheitskompetenz beim Indexwert 100. Das heisst, dass 21 Prozent der Befragten alle 12 für den Index der Gesundheitskompetenz relevanten Fragen als einfach oder sehr einfach empfinden. Nicht ganz (kurvi-)linear nehmen die Anteile mit abnehmendem Indexwert ab: Auf die gerundeten Werte 92 (17 %), 84 (13 %), 76 (14 %)

und 68 (11 %) entfallen einzeln jeweils über zehn Prozent der Befragten. Auf alle Werte kleiner als 50 entfallen in der Summe gerade noch 7 Prozent. Der Mittelwert der generellen Gesundheitskompetenz liegt bei 77.3 und einer Standardabweichung von 19.6.

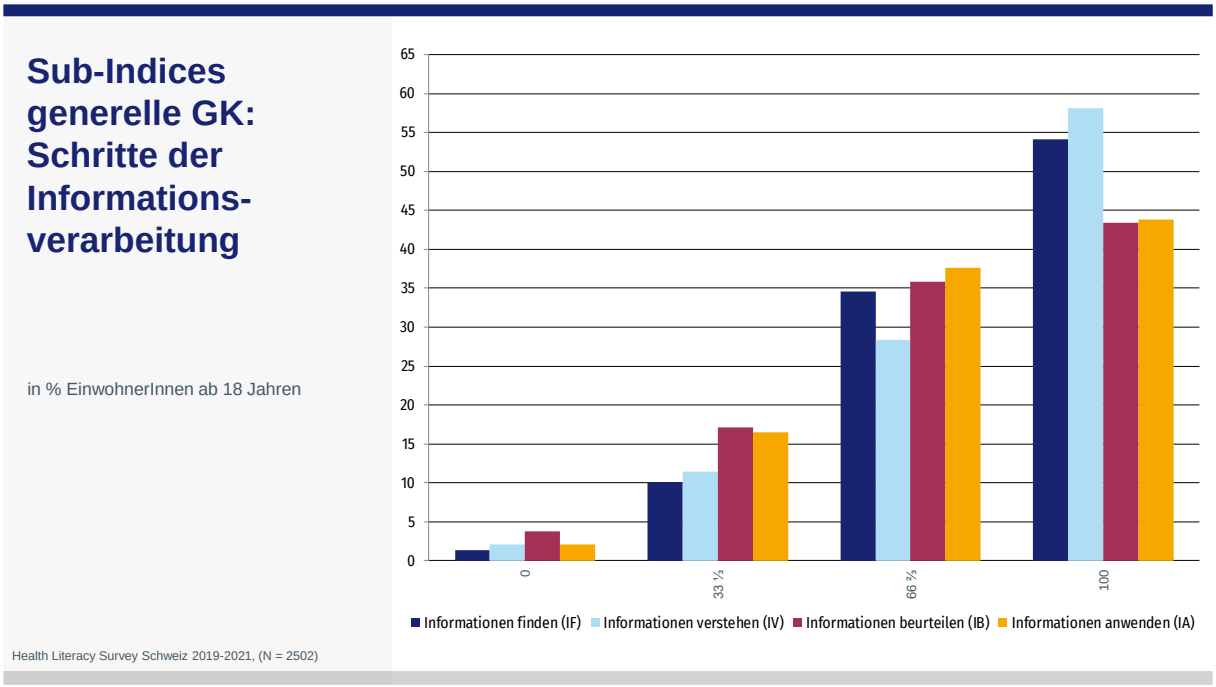
Die linksschiefe Verteilung zeigt sich auch bei den Sub-Indices. Sowohl bei den Sub-Indices für die drei Bereiche (vgl. Abbildung A1) als auch für die vier Schritte der Informationsverarbeitung der Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung A2) schwingt der Indexwert 100 jeweils oben aus.

Abbildung A1: Sub-Indices der generellen Gesundheitskompetenz: Bereiche



Im Bereich «Gesundheitsförderung» weisen 53 Prozent den höchsten Indexwert auf, bei der «Krankheitsbewältigung» sind es 47 Prozent. Demgegenüber fällt der Anteil im Bereich «Krankheitsprävention» deutlich tiefer aus (34 %). In diesem Bereich sind die Anteile der Indexwerte 50 (22 %), 25 (11 %) und 0 (3 %) höher als in den beiden anderen Bereichs-Sub-Indices.

Abbildung A2: Sub-Indices der generellen Gesundheitskompetenz: Schritte der Informationsverarbeitung



Kennzahlen zu den Indices

Tabelle A1: Deskriptive Statistik und Perzentile für den Index der generellen Gesundheitskompetenz und die Sub-Indices der Bereiche der generellen Gesundheitskompetenz (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

		Index generelle Gesundheits-kompetenz	Index Krankheits-bewältigung	Index Krankheits-prävention	Index Gesundheits-förderung
N	Gültig	2502	2473	2402	2477
	Fehlend	0	29	100	25
Mittelwert		77.3	80.6	70.1	80.7
Standardfehler des Mittelwerts		0.39	0.45	0.57	0.50
Median		83.3	75.0	75.0	100
Modus		100.0	100.0	100.0	100.0
Standardabweichung		19.6	22.2	27.9	24.9
Schiefe		-0.788	-1.041	-0.629	-1.218
Standardfehler Schiefe		0.049	0.049	0.050	0.049
Kurtosis		0.148	0.665	-0.485	0.805
Standardfehler Kurtosis		0.098	0.098	0.100	0.098
Spannweite		100.0	100.0	100.0	100.0
Minimum		0.0	0.0	0.0	0.0
Maximum		100.0	100.0	100.0	100.0
Perzentile	10	50.0	50.0	25.0	50.0
	20	58.3	75.0	50.0	50.0

		Index generelle Gesundheits-kompetenz	Index Krankheits-bewältigung	Index Krankheits-prävention	Index Gesundheits-förderung
	25	66.7	75.0	50.0	75.0
	30	66.7	75.0	50.0	75.0
	40	75.0	75.0	75.0	75.0
	50	83.3	75.0	75.0	100.0
	60	83.3	100.0	75.0	100.0
	70	91.7	100.0	100.0	100.0
	75	91.7	100.0	100.0	100.0
	80	100.0	100.0	100.0	100.0
	90	100.0	100.0	100.0	100.0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

Tabelle A2: Deskriptive Statistik und Perzentile für die Sub-Indices der Schritte der Informationsverarbeitung der generellen Gesundheitskompetenz (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

		Index Informationen finden (IF)	Index Informationen verstehen (IV)	Index Informationen beurteilen (IB)	Index Informationen anwenden (IA)
N	Gültig	2417	2466	2475	2486
	Fehlend	85	36	27	16
Mittelwert		80.5	80.8	72.9	74.4
Standardfehler des Mittelwerts		0.49	0.52	0.57	0.53
Median		100.0	100.0	66.7	66.7
Modus		100.0	100.0	100.0	100.0
Standardabweichung		24.0	25.8	28.3	26.5
Schiefe		-1.013	-1.167	-0.737	-0.689
Standardfehler Schiefe		0.050	0.049	0.049	0.049
Kurtosis		0.356	0.540	-0.315	-0.372
Standardfehler Kurtosis		0.099	0.099	0.098	0.098
Spannweite		100.0	100.0	100.0	100.0
Minimum		0.0	0.0	0.0	0.0
Maximum		100.0	100.0	100.0	100.0
Perzentile	10	33.3	33.3	33.3	33.3
	20	66.7	66.7	33.3	66.7
	25	66.7	66.7	66.7	66.7
	30	66.7	66.7	66.7	66.7
	40	66.7	66.7	66.7	66.7
	50	100.0	100.0	66.7	66.7

	Index Informationen finden (IF)	Index Informationen verstehen (IV)	Index Informationen beurteilen (IB)	Index Informationen anwenden (IA)
60	100.0	100.0	100.0	100.0
70	100.0	100.0	100.0	100.0
75	100.0	100.0	100.0	100.0
80	100.0	100.0	100.0	100.0
90	100.0	100.0	100.0	100.0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

Mittelwerte des Index und Regressionsmodelle

Tabelle A3: Mittelwerte des Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Untergruppen (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

		Generelle GK
EinwohnerInnen ab 18 Jahren		77.3
Sprachregion	*(Sig.)*	*0.000***
	DCH	76.6
	FCH	79.8
	ICH	74.0
Siedlungsart	*(Sig.)*	*0.738*
	städtisch	77.2
	intermediär	77.8
	ländlich	76.8
Geschlecht	*(Sig.)*	*0.784*
	Mann	77.4
	Frau	77.1
Alter gruppiert (1)	*(Sig.)*	*0.105*
	18- bis 39-jährig	77.0
	40- bis 64-jährig	76.7
	65-jährig und älter	78.8
Alter gruppiert (2)	*(Sig.)*	*0.416*
	18- bis 25-jährig	76.5
	26- bis 35-jährig	77.2
	36- bis 45-jährig	76.0
	46- bis 55-jährig	77.2
	56- bis 65-jährig	76.9
	66- bis 75-jährig	78.7
	76-jährig oder älter	79.4

		Generelle GK
Lebens-/Wohnsituation	*(Sig.)*	*0.949*
	Single, alleine lebend	77.0
	Single, nicht alleine lebend	76.9
	mit Ehe-/Lebenspartner, zusammen lebend	77.3
	mit Ehe-/Lebenspartner, nicht zusammen lebend	77.9
Geburtsland	*(Sig.)*	*0.016**
	Schweiz	76.7
	anderes	78.8
Anzahl Jahre in der Schweiz (falls im Ausland geboren)	*(Sig.)*	*0.102*
	bis 5 Jahre	76.4
	6 bis 10 Jahre	83.0
	11 bis 20 Jahre	77.4
	21 bis 50 Jahre	78.5
	51 Jahre und mehr	77.9
Migrationshintergrund	*(Sig.)*	*0.301*
	nein	76.9
	ja	77.8
Bildung	*(Sig.)*	*0.001***
	Primarbereich/Sekundarbereich I	75.7
	Sekundarbereich II	77.3
	Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	76.0
	Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm/Promotion	80.8
Beschäftigungsstatus	*(Sig.)*	*0.115*
	angestellt	77.3
	selbstständig erwerbend	76.0
	arbeitslos	74.9
	pensioniert	78.8
	Schüler/Student, Weiterbildung, unbezahltes Praktikum	76.4
	Hausmann/-frau	77.9
	andere	73.3
Ausbildung im Gesundheitsbereich	*(Sig.)*	*0.000***
	ja	80.5
	nein	76.5

		Generelle GK
Finanzielle Deprivation	*(Sig.)*	*0.000***
	keine finanzielle Deprivation	79.9
	tiefe finanzielle Deprivation	77.1
	mittlere finanzielle Deprivation	75.4
	hohe finanzielle Deprivation	70.1
soziale Unterstützung	*(Sig.)*	*0.000***
	schwach	71.0
	moderat	76.8
	stark	81.4
Muttersprache	*(Sig.)*	*0.023**
	Fremdsprache	78.8
	offizielle Sprache am Wohnort	76.7
Schwierigkeit mit Landessprache	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr einfach	79.6
	einfach	81.7
	(sehr) schwierig	70.6
Selbsteinschätzung sozialer Status	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr tief	72.5
	tief	73.7
	untere Mitte	76.5
	Mitte	76.5
	obere Mitte	79.0
	hoch	81.8
	sehr hoch	84.4
Haushaltseinkommen	*(Sig.)*	*0.001***
	weniger als 4000 CHF	77.9
	4000 bis 6000 CHF	75.2
	6000 bis 8000 CHF	77.3
	8000 bis 10000 CHF	76.2
	10000 bis 12000 CHF	76.9
	12000 bis 14000 CHF	78.3
	mehr als 14000 CHF	83.9

*Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Indices von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz*

7.4 Digitale Gesundheitskompetenz

Kennzahlen zum Index

Tabelle A4: Deskriptive Statistik und Perzentile für den Index digitale Gesundheitskompetenz: Online-Gesundheitsinformationen (DGK) (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

		Index DGK
N	Gültig	2338
	Fehlend	164
Mittelwert		55.7
Standardfehler des Mittelwerts		0.683
Median		62.5
Modus		100.0
Standardabweichung		33.0
Schiefe		-0.174
Standardfehler Schiefe		0.051
Kurtosis		-1.157
Standardfehler Kurtosis		0.101
Spannweite		100.0
Minimum		0.0
Maximum		100.0
Perzentile	10	0.0
	20	25.0
	25	25.0
	30	37.5
	40	50.0
	50	62.5
	60	62.5
	70	75.0
	75	87.5
	80	87.5
	90	100.0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

Mittelwerte des Index

Tabelle A5: Mittelwerte des Index digitale Gesundheitskompetenz: Online-Gesundheitsinformationen (DGK) nach Untergruppen (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

		Index DHL
EinwohnerInnen ab 18 Jahren		55.7
Sprachregion	*(Sig.)*	*0.613*
	DCH	55.3
	FCH	56.5
	ICH	57.6
Siedlungsart	*(Sig.)*	*0.006***
	städtisch	57.4
	intermediär	53.4
	ländlich	52.2
Geschlecht	*(Sig.)*	*0.211*
	Mann	56.6
	Frau	54.9
Alter gruppiert (1)	*(Sig.)*	*0.000***
	18- bis 39-jährig	60.2
	40- bis 64-jährig	55.6
	65-jährig und älter	47.1
Alter gruppiert (2)	*(Sig.)*	*0.000***
	18- bis 25-jährig	62.3
	26- bis 35-jährig	59.0
	36- bis 45-jährig	59.4
	46- bis 55-jährig	56.3
	56- bis 65-jährig	52.1
	66- bis 75-jährig	51.2
	76-jährig oder älter	39.8
Lebens-/Wohnsituation	*(Sig.)*	*0.036**
	Single, alleine lebend	56.0
	Single, nicht alleine lebend	60.0
	mit Ehe-/Lebenspartner, zusammen lebend	54.4
	mit Ehe-/Lebenspartner, nicht zusammen lebend	57.4
Geburtsland	*(Sig.)*	*0.001***
	Schweiz	54.4
	anderes	59.5

		Index DHL
Anzahl Jahre in der Schweiz (falls im Ausland geboren)	*(Sig.)*	*0.000***
	bis 5 Jahre	63.7
	6 bis 10 Jahre	67.3
	11 bis 20 Jahre	62.1
	21 bis 50 Jahre	57.8
	51 Jahre und mehr	33.0
Migrationshintergrund	*(Sig.)*	*0.000***
	nein	53.3
	ja	58.9
Bildung	*(Sig.)*	*0.000***
	Primarbereich/Sekundarbereich I	51.4
	Sekundarbereich II	54.8
	Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	54.7
	Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm/Promotion	64.6
Beschäftigungsstatus	*(Sig.)*	*0.000***
	angestellt	57.7
	selbstständig erwerbend	58.8
	arbeitslos	54.3
	pensioniert	46.2
	Schüler/Student, Weiterbildung, unbezahltes Praktikum	64.2
	Hausmann/-frau	52.1
	andere	58.3
Ausbildung im Gesundheitsbereich	*(Sig.)*	*0.000***
	ja	64.6
	nein	53.6
Finanzielle Deprivation	*(Sig.)*	*0.000***
	keine finanzielle Deprivation	58.8
	tiefe finanzielle Deprivation	54.8
	mittlere finanzielle Deprivation	54.9
	hohe finanzielle Deprivation	47.8

		Index DHL
soziale Unterstützung	*(Sig.)*	*0.000***
	schwach	50.8
	moderat	54.3
	stark	60.7
Muttersprache	*(Sig.)*	*0.000***
	Fremdsprache	61.0
	offizielle Sprache am Wohnort	54.0
Schwierigkeit mit Landessprache	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr einfach	64.3
	einfach	62.2
	(sehr) schwierig	48.1
BMI	*(Sig.)*	*0.062*
	Untergewicht	57.0
	Normalgewicht	57.2
	Übergewicht	54.6
	Adipositas	51.8
Beurteilung allgemeiner Gesundheitszustand	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr gut	64.9
	gut	53.8
	mittelmässig	48.9
	(sehr) schlecht	46.6
Vorliegen lang andauernder Krankheit	*(Sig.)*	*0.000***
	ja, mehrere	47.7
	ja, eine	52.2
	nein	58.5
Selbsteinschätzung sozialer Status	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr tief	50.9
	tief	48.9
	untere Mitte	51.7
	Mitte	55.3
	obere Mitte	59.6
	hoch	61.4
	sehr hoch	66.5

		Index DHL
Haushaltseinkommen	*(Sig.)*	*0.001***
	weniger als 4000 CHF	58.0
	4000 bis 6000 CHF	53.5
	6000 bis 8000 CHF	52.4
	8000 bis 10000 CHF	57.2
	10000 bis 12000 CHF	53.3
	12000 bis 14000 CHF	57.5
	mehr als 14000 CHF	66.2

*Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Indices von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz*

7.5 Navigations-Gesundheitskompetenz

Kennzahlen zum Index

Tabelle A6: Deskriptive Statistik und Perzentile für den Index Navigations-Gesundheitskompetenz (NGK) (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

		Index NGK
N	Gültig	2447
	Fehlend	55
Mittelwert		52.9
Standardfehler des Mittelwerts		0.636
Median		50.0
Modus		100.0
Standardabweichung		31.5
Schiefe		0.073
Standardfehler Schiefe		0.049
Kurtosis		-1.212
Standardfehler Kurtosis		0.099
Spannweite		100.0
Minimum		0.0
Maximum		100.0
Perzentile	10	8.3
	20	25.0
	25	25.0
	30	33.3
	40	41.7
	50	50.0

	Index NGK
60	58.3
70	75.0
75	83.3
80	91.7
90	100.0

Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021

Mittelwerte des Index

Tabelle A7: Mittelwerte des Index Navigations-Gesundheitskompetenz (NGK) nach Untergruppen (EinwohnerInnen ab 18 Jahren)

		Index NGK
EinwohnerInnen ab 18 Jahren		52.9
Sprachregion	*(Sig.)*	*0.163*
	DCH	53.7
	FCH	51.2
	ICH	50.7
Siedlungsart	*(Sig.)*	*0.942*
	städtisch	53.0
	intermediär	53.0
	ländlich	52.4
Geschlecht	*(Sig.)*	*0.041**
	Mann	54.2
	Frau	51.6
Alter gruppiert (1)	*(Sig.)*	*0.000***
	18- bis 39-jährig	51.9
	40- bis 64-jährig	51.3
	65-jährig und älter	57.6
Alter gruppiert (2)	*(Sig.)*	*0.000***
	18- bis 25-jährig	57.7
	26- bis 35-jährig	50.4
	36- bis 45-jährig	48.4
	46- bis 55-jährig	53.0
	56- bis 65-jährig	50.7
	66- bis 75-jährig	58.1
	76-jährig oder älter	57.1

		Index NGK
Lebens-/Wohnsituation	*(Sig.)*	*0.089*
	Single, alleine lebend	53.8
	Single, nicht alleine lebend	55.1
	mit Ehe-/Lebenspartner, zusammen lebend	52.6
	mit Ehe-/Lebenspartner, nicht zusammen lebend	47.5
Geburtsland	*(Sig.)*	*0.194*
	Schweiz	52.5
	anderes	54.3
Anzahl Jahre in der Schweiz (falls im Ausland geboren)	*(Sig.)*	*0.577*
	bis 5 Jahre	52.8
	6 bis 10 Jahre	53.7
	11 bis 20 Jahre	51.8
	21 bis 50 Jahre	56.7
	51 Jahre und mehr	51.7
Migrationshintergrund	*(Sig.)*	*0.424*
	nein	52.5
	ja	53.6
Bildung	*(Sig.)*	*0.113*
	Primarbereich/Sekundarbereich I	55.2
	Sekundarbereich II	53.5
	Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	50.5
	Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm/Promotion	52.9
Beschäftigungsstatus	*(Sig.)*	*0.013**
	angestellt	51.8
	selbstständig erwerbend	49.8
	arbeitslos	48.3
	pensioniert	56.6
	Schüler/Student, Weiterbildung, unbezahltes Praktikum	57.4
	Hausmann/-frau	49.3
	andere	53.9
Ausbildung im Gesundheitsbereich	*(Sig.)*	*0.000***
	ja	57.6
	nein	51.7

		Index NGK
Finanzielle Deprivation	*(Sig.)*	*0.000***
	keine finanzielle Deprivation	58.6
	tiefe finanzielle Deprivation	49.1
	mittlere finanzielle Deprivation	47.8
	hohe finanzielle Deprivation	42.3
soziale Unterstützung	*(Sig.)*	*0.000***
	schwach	50.8
	moderat	54.3
	stark	60.7
Muttersprache	*(Sig.)*	*0.006***
	Fremdsprache	56.0
	offizielle Sprache am Wohnort	51.9
Schwierigkeit mit Landessprache	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr einfach	58.0
	einfach	59.1
	(sehr) schwierig	43.4
BMI	*(Sig.)*	*0.919*
	Untergewicht	54.2
	Normalgewicht	53.2
	Übergewicht	52.6
	Adipositas	52.1
Beurteilung allgemeiner Gesundheitszustand	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr gut	60.1
	gut	51.3
	mittelmässig	48.6
	(sehr) schlecht	42.7
Vorliegen lang andauernder Krankheit	*(Sig.)*	*0.001***
	ja, mehrere	47.4
	ja, eine	51.0
	nein	54.6

		Index NGK
Selbsteinschätzung sozialer Status	*(Sig.)*	*0.000***
	sehr tief	46.0
	tief	44.8
	untere Mitte	49.2
	Mitte	52.7
	obere Mitte	55.3
	hoch	60.4
	sehr hoch	70.7
Haushaltseinkommen	*(Sig.)*	*0.003***
	weniger als 4000 CHF	55.8
	4000 bis 6000 CHF	51.5
	6000 bis 8000 CHF	49.4
	8000 bis 10000 CHF	50.1
	10000 bis 12000 CHF	53.9
	12000 bis 14000 CHF	52.7
	mehr als 14000 CHF	60.7

*Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. **Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant. Indices von 0=minimale bis 100=maximale Gesundheitskompetenz*