

ERGEBNISBERICHT

ZUR BEVÖLKERUNGSUMFRAGE IM PROJEKTRAHMEN DER
GESUNDHEITSREGION HAMELN-PYRMONT ZUM THEMA

STÄRKUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ IM LANDKREIS HAMELN-PYRMONT



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen
Krankenkassen nach § 20a SGB V



Spitzenverband



AOK
Die Gesundheitskasse.



BKK



IKK



SVLFG



KNAPPSCHAFT
für eine gesunde Welt



vdek
Die Erntekassen



Hameln-Pyrmont
Die Gesundheitsregion



Januar 2023

Ergebnisbericht

zur Bevölkerungsumfrage im Projektrahmen der Gesundheitsregion
Hameln-Pyrmont zum Thema

”STÄRKUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ IM LANDKREIS HAMELN-PYRMONT”

Projektkoordination: Marc Hoellenriegel

Mehr Infos: www.gesundheitsregion.hameln-pyrmont.de

INHALT

Abbildungsverzeichnis	03
Hintergrund	05
Bedarfsanalyse	06

METHODISCHER TEIL

Vorgehen und Ziele	08
Methode	10
Grundgesamtheit	12
Stichprobe und Repräsentativität	13

ERGEBNISSE

Beachtung der eigenen Gesundheit	19
Alltagseinschränkungen	19
Körpertypen	20
Beurteilung des Gesundheitszustandes	20
Genutzte Informationsquellen	21
Ernährungsverhalten	27
Bewegungsverhalten	29
Gesundheitskompetenz-Level	32

ZIELGRUPPEN

Schüler:innen und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 24 Jahren	39
Junge Familien, Paare und Singles im Alter von 27 bis 44 Jahren	40
Ärzt:innen und Apotheker:innen	41

FAZIT

Zusammenfassung und Ausblick	43
------------------------------	----

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<u>Abbildung 1:</u> Bevölkerungsverteilung nach Wohnort (basierend auf: Landesamt für Statistik Niedersachsen)	12
<u>Abbildung 2:</u> Vergleich der prozentualen Verteilung der Bevölkerung und der Befragten des Landkreises Hameln-Pyrmont (basierend auf: Landesamt für Statistik Niedersachsen)	13
<u>Abbildung 3:</u> Altersverteilung der Befragten	14
<u>Abbildung 4:</u> Altersverteilung der Befragten nach Wohnort	14
<u>Abbildung 5:</u> Bildungsniveau der Befragten	15
<u>Abbildung 6:</u> Erwerbstatus der Befragten	16
<u>Abbildung 7:</u> Geburtsort und Staatsangehörigkeit der Befragten	16
<u>Abbildung 8:</u> Familienstand der Befragten	17
<u>Abbildung 9:</u> Anteil der Befragten mit Kindern im Haushalt	17
<u>Abbildung 10:</u> Beachtung der eigenen Gesundheit der Befragten	19
<u>Abbildung 11:</u> Alltagseinschränkungen durch gesundheitliche Probleme	19
<u>Abbildung 12:</u> Körpertypen	20
<u>Abbildung 13:</u> Beurteilung des Gesundheitszustandes der Befragten	20
<u>Abbildung 14:</u> Genutzte Informationsquellen der Befragten	21
<u>Abbildung 15:</u> genutzte Informationsquellen der Befragten hinsichtlich Alter	22
<u>Abbildung 16:</u> Prozentuale Verteilung der Frage "Wie einfach ist es ihrer Meinung nach, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?" hinsichtlich Geschlecht	25
<u>Abbildung 17:</u> Prozentuale Verteilung der Frage "Wie einfach ist es ihrer Meinung nach, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?" hinsichtlich Alter	26
<u>Abbildung 18:</u> Obst- und Gemüsekonsum	27
<u>Abbildung 19:</u> Obst- und Gemüsekonsum hinsichtlich Bildungsniveau	28
<u>Abbildung 20:</u> Obst- und Gemüsekonsum hinsichtlich der Beachtung der eigenen Gesundheit	28
<u>Abbildung 21:</u> Moderate Bewegungsübungen in Stunden pro Woche	29
<u>Abbildung 22:</u> Intensive Bewegungsübungen in Stunden pro Woche	29
<u>Abbildung 23:</u> Moderate Bewegungsübungen in Stunden pro Woche hinsichtlich Alter	30
<u>Abbildung 24:</u> Moderate Bewegungsübungen in Stunden pro Woche hinsichtlich Bildungsniveau	31
<u>Abbildung 25:</u> Intensive Bewegungsübungen in Stunden pro Woche hinsichtlich Bildungsniveau	31

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<u>Abbildung 26:</u> Gesundheitskompetenz in Hameln	35
<u>Abbildung 27:</u> Gesundheitskompetenz in Hessisch Oldendorf	35
<u>Abbildung 28:</u> Gesundheitskompetenz in Bad Pyrmont	35
<u>Abbildung 29:</u> Gesundheitskompetenz in Aerzen	35
<u>Abbildung 30:</u> Gesundheitskompetenz in Emmerthal	35
<u>Abbildung 31:</u> Gesundheitskompetenz in Coppenbrügge	36
<u>Abbildung 32:</u> Gesundheitskompetenz in Bad Münder	36
<u>Abbildung 33:</u> Gesundheitskompetenz in Salzhemmendorf	36
<u>Abbildung 34:</u> Gesundheitskompetenz in ohne Wohnortangabe	36
<u>Abbildung 35:</u> Gesundheitskompetenz der Befragten hinsichtlich Alter	37
<u>Abbildung 36:</u> Gesundheitskompetenz der Befragten hinsichtlich Erwerbsstatus	37

HINTERGRUND

Im Alltag moderner Gesellschaften müssen Menschen ständig bewusste und unbewusste Entscheidungen treffen - auch solche, die die eigene Gesundheit betreffen. So informieren wir uns darüber, wie wir uns verhalten können, um unsere Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Aber auch im Falle einer Erkrankung müssen wir zahlreiche Entscheidungen treffen: Wo finde ich Informationen zu behandelnden Ärzt:innen und Therapiemöglichkeiten? Für welche Therapie entscheide ich mich? Was passiert nach Entlassung aus einer stationären Behandlung?

Die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die hierfür benötigt werden, werden mit dem englischen Begriff „Health Literacy“ beschrieben (Jordan & Hoebel, 2015). Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ hat sich als Übersetzung des Begriffs in der deutschsprachigen Diskussion durchgesetzt und bedeutet primär die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben. Heute geht das Begriffsverständnis über die traditionelle Bedeutung hinaus und schließt die Fähigkeit ein, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen, auf die eigene Lebenssituation zu beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können (Schmidt-Kaehler et al., 2017). Mit gesundheitsrelevanten Informationen umgehen zu können gilt als wichtige Voraussetzung dafür, sich für die eigene Gesundheitserhaltung und gesunde Lebensbedingungen zu engagieren, Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten zu bewältigen, sich hierzu die nötige Unterstützung durch das Gesundheitswesen zu sichern

Gesundheitskompetenz ist eine Fähigkeit, die wichtig für unseren Alltag und unsere Lebensqualität ist.

und die entsprechenden Entscheidungen zu treffen (Adam et al., 2019). Menschen, die besonders gesundheitskompetent sind, verhalten sich auch gesundheitsförderlicher: So gibt es einen Zusammenhang zwischen den Gesundheitskompetenzen und dem Gesundheitsverhalten. Eine schwach ausgeprägte Gesundheitskompetenz bringt gesundheitliche Risiken mit sich (Quenzel & Schaeffer, 2016). Es fällt Betroffenen schwerer, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und relevante Informationen zu verstehen (Schaeffer et al., 2017). Damit stellt die Stärkung der Gesundheitskompetenz ein wichtiges Fundament für alle Grundsätze der Gesundheitsförderung und Prävention unterschiedlichster Bereiche dar. Um hier einwirken zu können, sollte sichergestellt werden, dass Menschen unterschiedlicher Lebenswelten (z.B. Alter, Wohnorte, Familienstand) Informationen zugänglich gemacht werden und das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen für sie möglichst hürdenlos gelingt.

BEDARFSANALYSE

Wie gesundheitskompetent ist die deutsche Bevölkerung? Eine aktuelle Studie von Schaeffer et al. (2021) zeigt, dass der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen immer mehr Menschen Schwierigkeiten bereitet: In Deutschland weist mehr als die Hälfte der Bevölkerung (58,8%) eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge entstehen dadurch allein in Deutschland Kosten in Höhe von rund 9 bis 15 Milliarden Euro pro Jahr (Schaeffer et al., 2021).

Ebenso wie Gesundheit und Krankheit ist auch Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt (Schaeffer et al., 2017) und mit den sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Lebensbedingungen verknüpft, unter denen Menschen leben: Mit dem Vorliegen eines geringen Bildungsniveaus, eines niedrigen Sozialstatus, chronischer Krankheit, eines höheren Lebensalters oder eines Migrationshintergrundes sinkt die Gesundheitskompetenz. Doch es zeigt sich auch, dass immer mehr jüngere Menschen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben (ebd.).

Wie steht es um die Gesundheitskompetenz im Landkreis Hameln-Pyrmont? Wie kann die Gesundheitskompetenz dieser Personengruppen gestärkt werden? Und was braucht es für die Entwicklung hin zu gesundheitskompetenten Lebenswelten?

15

MILLIARDEN
EURO

geschätzte Kosten entstehen durch die eingeschränkte Gesundheitskompetenz pro Jahr in Deutschland.

58,8%

DER DEUTSCHEN
BEVÖLKERUNG

weisen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf.

METHODIK

Vorgehen und Ziele	08
Methode	10
Grundgesamtheit	12
Stichprobe und Repräsentativität	13

VORGEHEN UND ZIELE

Um herauszufinden, wie es um die Gesundheitskompetenz im Landkreis Hameln-Pyrmont steht und welche Personengruppen am meisten von Maßnahmen zur Stärkung eben dieser profitieren, wurde im Oktober 2020 durch die Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont das Projekt „Gesundheitskompetenz stärken“ gestartet. Sie macht es sich im Rahmen der Strukturförderung des GKV-Bündnisses für Gesundheit zur Aufgabe:



die persönliche Gesundheitskompetenz der Bürger:innen durch geeignete Strategien und Maßnahmen zu verbessern.



die Anforderungen an Nutzer:innen des Gesundheitssystems durch entsprechende System- und Organisationsentwicklung zu reduzieren.

Die Handlungsgrundlage für dieses Vorhaben stellt eine Bevölkerungsumfrage dar. Hierzu wurde eine modifizierte Version des Messinstruments „European Health Literacy Survey Questionnaire“ (HLS-EU-Q) genutzt. Der frei verwendbare Fragebogen (HLS-GER-16) besteht aus 16 Items und wurde in seinem Aufbau und Inhalt für das Vorhaben nicht verändert. Es wurden lediglich weitere Fragen zum Gesundheitsverhalten der Landkreis-Bevölkerung ergänzt. Der komplette Fragebogen wurde zudem in die Sprachen Arabisch, Kurdisch, Rumänisch und Türkisch übersetzt. Die Befragung wurde von Mitte November 2021 bis Ende Januar 2022 durchgeführt. Im Anschluss wurden die Ergebnisse mit dem Statistikprogramm IBM SPSS analysiert.

DIE VISION

Die Bewohner:innen des Landkreises Hameln-Pyrmont sind gesundheitskompetent und können uneingeschränkt auf Gesundheitsinformationen zugreifen, diese verstehen, bewerten und für sich anwenden. Die hierfür notwendigen strukturellen Gegebenheiten sind vorhanden und werden stets verbessert. Das gesundheitsförderliche Verhalten ist stark ausgeprägt.



Allgemeines Ziel der anschließenden Datenanalyse ist es, die sozialen und gesundheitlichen Bedarfe in der Region aufzudecken. Neben univariaten Analysen von Häufigkeitsverteilungen wurden auch Kreuztabellenanalysen durchgeführt. Dadurch können Zusammenhänge z.B. zwischen der Ausprägung der Gesundheitskompetenz und anderen Merkmalen ermittelt werden. Mithilfe dieser Analyse können mögliche Risikofaktoren für eine niedrige Gesundheitskompetenz ermittelt und besonders vulnerable Gruppen identifiziert

werden, welche von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz profitieren können. In einem nächsten Schritt werden relevante Akteure aus der Region Hameln-Pyrmont über die Umfrageergebnisse und Bedarfe der Zielgruppen aufgeklärt. In intensiver träger- und sektorübergreifender Kooperation und Vernetzung werden Lösungsansätze entwickelt, initiiert und unterstützt. Es gilt über bestehende Angebote im Landkreis Hameln-Pyrmont zu informieren und diese ggf. weiterzuentwickeln.

LEITZIELE



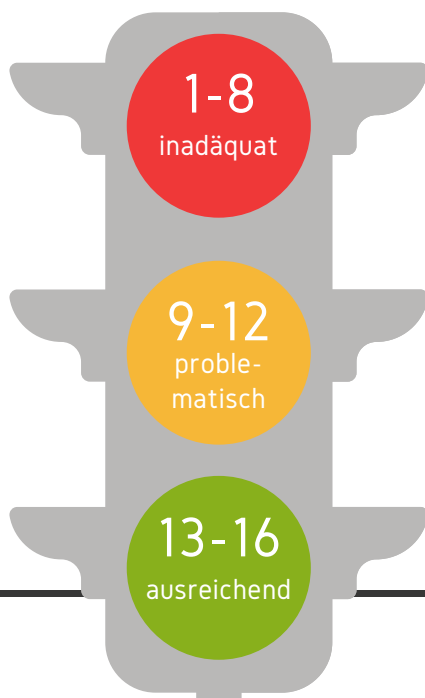
METHODE

Bei der Bevölkerungsumfrage handelt es sich um eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen zum Selbstausfüllen (online oder in Papier-Form auf Anfrage). Insgesamt umfasst die Umfrage drei inhaltliche Module:

- Soziodemographie und weitere Merkmale,
- Gesundheitsindikatoren sowie
- Fragen zur Gesundheitskompetenz.

Zur Messung der Gesundheitskompetenz wurde das Instrument HLS-EU-Q16 eingesetzt. Dabei handelt es sich um eine von Röthlin et al. (2013) modifizierte (rasch-skalierte) Kurzform der Version des Messinstruments (HLS-EU), welches die Gesundheitskompetenz auf Basis der Definition von Sörensen et al. (2012) operationalisiert.

Der Fragebogen enthält 16 Einzelitems (s. rechts) zu den Dimensionen gesundheitliche Versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Die Fragen konnten mit einer vierstufigen Skala „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ beantwortet werden. Gemäß der von Röthlin et al. vorgeschlagenen Grenzwerte für den HLS-EU-Q16 werden drei Gesundheitskompetenz-Level unterschieden:



EINZELITEMS (HLS-EU-Q16)

Röthlin et al., 2013



Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es ihrer Meinung nach...

1. ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen zu finden?
2. ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?
3. ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?
4. ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?
5. ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?
6. ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?
7. ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?
8. ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?
9. ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?
10. ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?
11. ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?
12. ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?
13. ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen, Pilates etc.)
14. ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?
15. ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?
16. ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?

Neben dem HLS-EU-Q16 enthielt der Fragebogen weitere Items zur Soziodemografie und Gesundheitsindikatoren. Mithilfe der Abfrage von soziodemografischen und weiteren Daten lässt sich das allgemeine Gesundheitsverhalten der Landkreis-Bevölkerung abbilden und überprüfen, ob Zusammenhänge zwischen den soziodemografischen Merkmalen, den Gesundheitsindikatoren und der Gesundheitskompetenz festzustellen sind.

SOZIODEMOGRAFIE + WEITERE MERKMALE

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand
- Kinder im Haushalt
- Wohnort
- Bildungsniveau (nach Internationalen Standard Classification of Education (ISCED) erfasst und skaliert in niedrig, mittel und hoch)
- Erwerbsstatus
- Staatsangehörigkeit/Migrationsgeschichte
- Körpertyp

GESUNDHEITS- INDIKATOREN

- genutzte Informationsquellen
- Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes
- Gesundheitsbewusstsein
- chronische Krankheit/
gesundheitliches Problem
- Ernährungsverhalten
- Bewegungsverhalten
- Informationsdefizite

GRUNDGESAMTHEIT

Die Grundgesamtheit der Umfrage bildet die Wohnbevölkerung des Landkreises Hameln-Pyrmont ab 16 Jahren, die in Privathaushalten lebt und in den Einwohnermelderegistern mit Hauptwohnsitz registriert ist. Die Grundgesamtheit verteilt sich auf die Wohnorte des Landkreises wie folgt:

BEVÖLKERUNGSVERTEILUNG IM LANDKREIS HAMELN-PYRMONT (N=148.620)

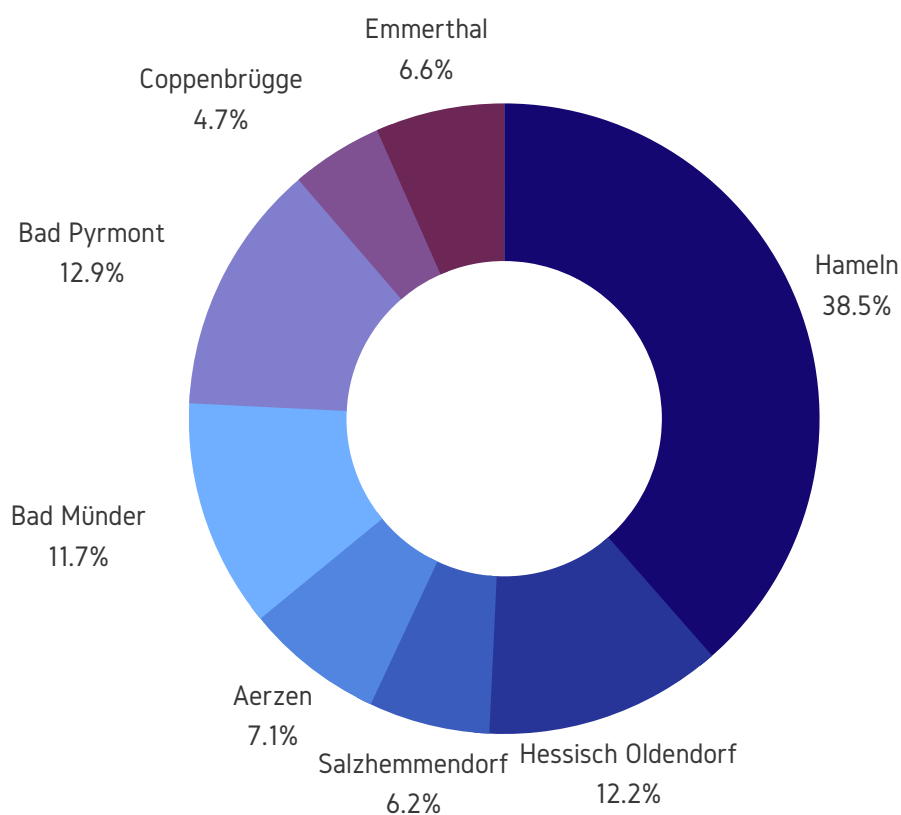


Abbildung 1: Bevölkerungsverteilung nach Wohnort (Eigene Darstellung, basierend auf: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 30.06.2021)

Der Großteil der Bevölkerung lebt in Hameln (38,5 %), gefolgt von Bad Pyrmont (12,9 %), Hessisch Oldendorf (12,2 %) und Bad Münster (11,7 %). Es schließen sich Aerzen (7,1 %), Emmerthal (6,6 %), Salzhemmendorf (6,2 %) und zuletzt Coppenbrügge (4,7 %) an.

STICHPROBE UND REPRÄSENTATIVITÄT

2.401

Personen nahmen
an der Befragung
teil.

Um von der Stichprobe belastbare Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit des Landkreises Hameln-Pyrmont ziehen zu können, muss die Stichprobe repräsentativ sein. Das setzt voraus, dass alle Merkmalsträger, in diesem Falle also alle Einwohner:innen des Landkreises Hameln-Pyrmont, die gleiche Chance bekommen haben, Teil der Stichprobe zu werden. Die Kontaktaufnahme zu den potentiellen Befragungsteilnehmer:innen erfolgte über die Social Media Kanäle der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont und des Landkreises, per Radio-Spot, Flyern und Postkarten. Für die Postkarten-Zustellung in den einzelnen Haushalten wurden die jeweiligen Adressdaten bei den Städten, Flecken und Gemeinden angefragt. Da keine Adressübermittlung aus Bad Münster und Salzhemmendorf erfolgte, sind hier deutlich weniger Befragungsteilnehmer:innen zu verzeichnen.

Insgesamt nahmen $n = 2.401$ Einwohner:innen des Landkreis Hameln-Pyrmont an der Umfrage teil. Damit liegt die Stichprobengröße im Richtwert einer repräsentativen Stichprobe für eine allgemeine Bevölkerungsumfrage von 2.000 bis 3.000 Teilnehmenden und lässt auch differenzierte Subgruppen-Analysen zu (Jacob et al., 2013). Die Verteilung der Befragungsteilnehmenden nach Wohnort weist zudem eine Ähnlichkeit zur allgemeinen Bevölkerungsverteilung im Landkreis Hameln-Pyrmont auf. Damit sind fast alle Gemeinden in der Umfrage repräsentiert. Lediglich die Gemeinde Bad Münster ist in der Umfrage deutlich unterrepräsentiert (-7,6 %).

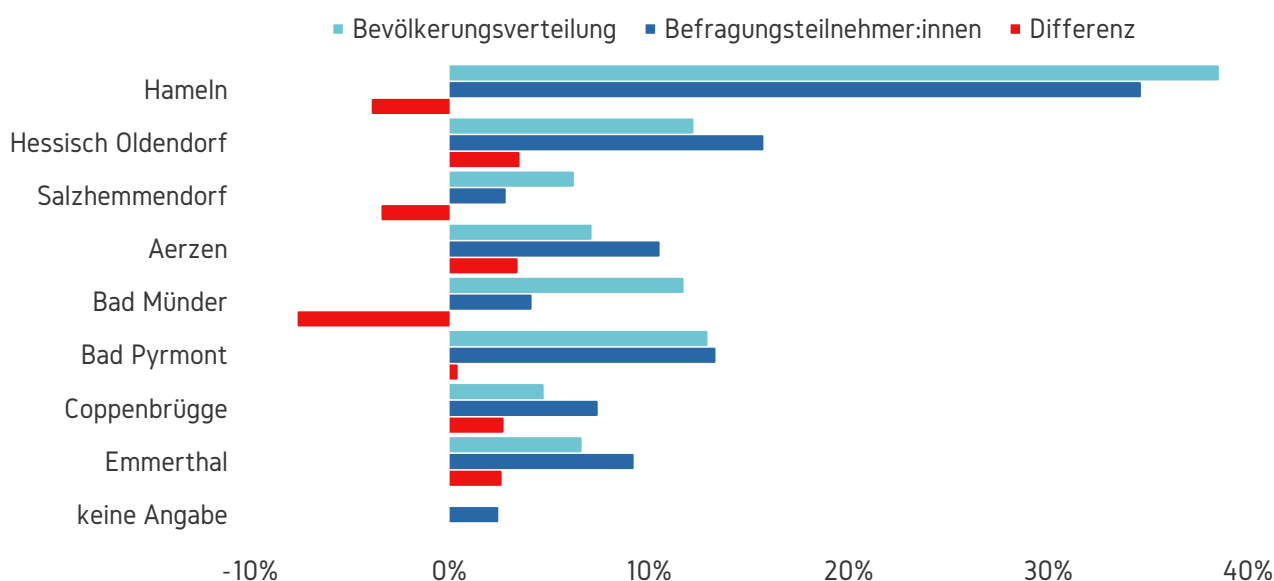


Abbildung 2: Vergleich der prozentualen Verteilung der Bevölkerung und der Befragten des Landkreises Hameln-Pyrmont (Eigene Darstellung, basierend auf: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 30.06.2021)

Im Folgenden wird die Stichprobe hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Erwerbsstatus, Geburtsort und Staatsangehörigkeit, Familienstand und Kinder im Haushalt beschrieben.

ALTER

Der Schwerpunkt der Altersverteilung der Stichprobe liegt im erwerbsfähigen Alter.

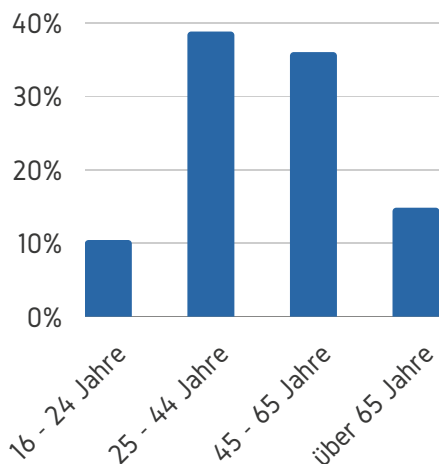


Abbildung 3: Prozentuale Darstellung der Altersverteilung der Befragten (Eigene Darstellung)

- Dreiviertel (74,8 %) der Befragten waren zwischen 25 und 64 Jahre alt. Davon 38,8 % zwischen 25 und 44 Jahre und 36,0 % zwischen 45 und 64 Jahre alt. 14,8 % waren älter als 65 Jahre.
- Die geringste Teilnehmerzahl stellt mit 10,4 % die Altersgruppe 16-24 Jahre dar.
- Vergleichsdaten des Landkreises Hameln-Pyrmont: Anteil der 18- bis unter 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung: 58,0 %; Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung: 25,7 % (Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2021)

ALTERSBETEILIGUNG NACH GEMEINDE

Die altersspezifische Beteiligung nach Gemeinde weist Unterschiede auf. So gibt es Gemeinden mit stärkerer Beteiligung älterer bzw. jüngerer Personen:

- In Bad Pyrmont (21,9 %), Coppenbrügge (21,9 %) und Hessisch Oldendorf (20,6 %) war etwa jede:r fünfte Befragungsteilnehmer:in über 65 Jahre alt.
- In Bad Münster (17,3 %) ist der Anteil 16-24-jähriger Teilnehmer:innen am höchsten. Die Teilnehmer:innen wurden jedoch nur digital/über das Radio akquiriert. Zudem gaben generell nur wenige Befragungsteilnehmer:innen an, aus Bad Münster zu kommen.

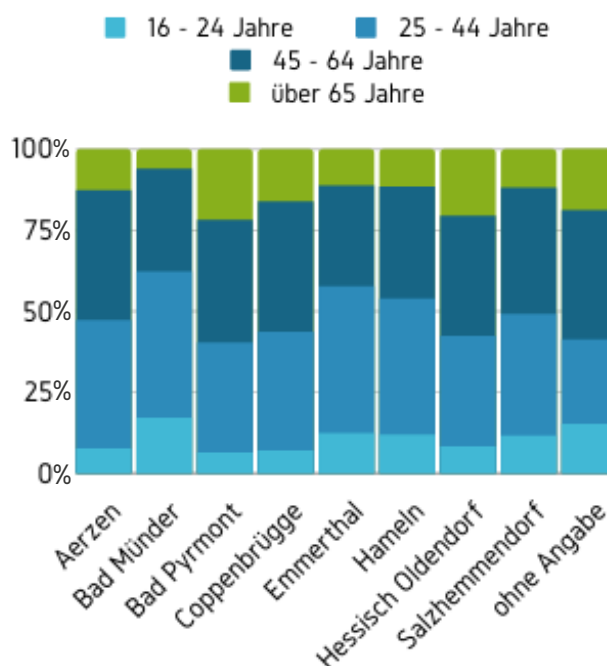
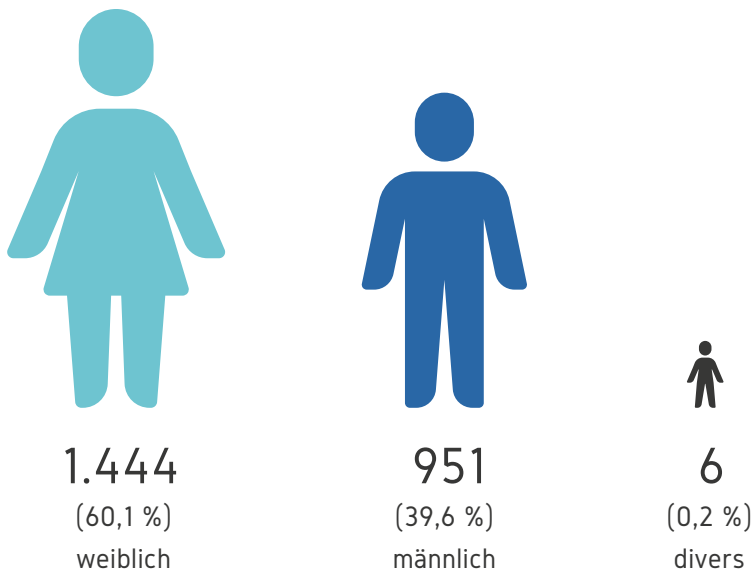


Abbildung 4: Prozentuale Darstellung der Altersverteilung der Befragten nach Wohnort (Eigene Darstellung)

GESCHLECHT



Die Stichprobe umfasst mehr weibliche als männliche Befragte. Teilnehmer:innen diversen Geschlechts sind in der Umfrage mit 0,2 % deutlich unterrepräsentiert (Vergleich Deutschland: 0,62 %-Anteil, Pöge et al., 2022).

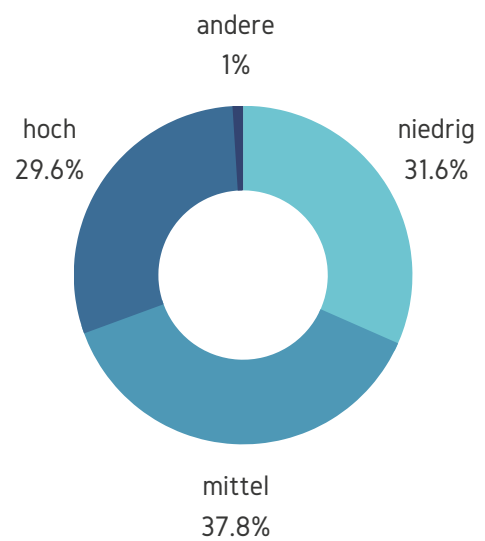
UNTERREPRÄSENTIERT

BILDUNGSNIVEAU (gemäß ISCED)

Abgefragt wurde der höchste Schul- bzw. Hochschulabschluss:

- Ein Drittel der Stichprobe hat einen Hochschulabschluss erworben.
- 17 % der Stichprobe hat eine Ausbildung abgeschlossen.
- Einen Realschulabschluss hat ein Viertel der Stichprobe, gefolgt von etwa einem Fünftel mit Abitur.
- Den niedrigsten Anteil haben Befragte mit Hauptschulabschluss oder (noch) ohne Schulabschluss (5,7 %).

Die Art des Bildungsniveaus wurde nach dem ISCED zusammengefasst. Demnach ist das Bildungsniveau der Stichprobe gleichmäßig verteilt. Das bedeutet, dass jeweils ein Drittel über ein niedriges, mittleres oder hohes Bildungsniveau verfügen.



niedrig = (noch) kein Schulabschluss und Hauptschulabschluss
mittel = Realschulabschluss und Abitur
hoch = Abgeschl. Ausbildung und Hochschulabschluss, Diplom etc.

Abbildung 5: Prozentuale Darstellung des Bildungsniveaus der Befragten (Eigene Darstellung)

ERWERBSSTATUS

Der Großteil (70,7 %) der Stichprobe ist erwerbstätig. Dieses Ergebnis stimmt mit der Altersverteilung überein.

- Von der Gruppe aller Erwerbstätigen ist die Mehrheit der Befragten (56,9 %) in Teil- oder Vollzeit angestellt.
- Zweitgrößte Subgruppe stellen die Rentner:innen mit 17,3 % dar.
- 9,4 % Personen sind als Beamt:innen tätig.
- 4,4 % sind selbstständig.
- 4,2 % gaben an, arbeitslos bzw. arbeits-suchend zu sein.
- Im gesamten Landkreis liegt der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15- bis unter 65-jährige) bei 60,8 %. Der Arbeitslosenanteil liegt bei 6,6 %. Beide Werte ähneln damit der Stichprobe.

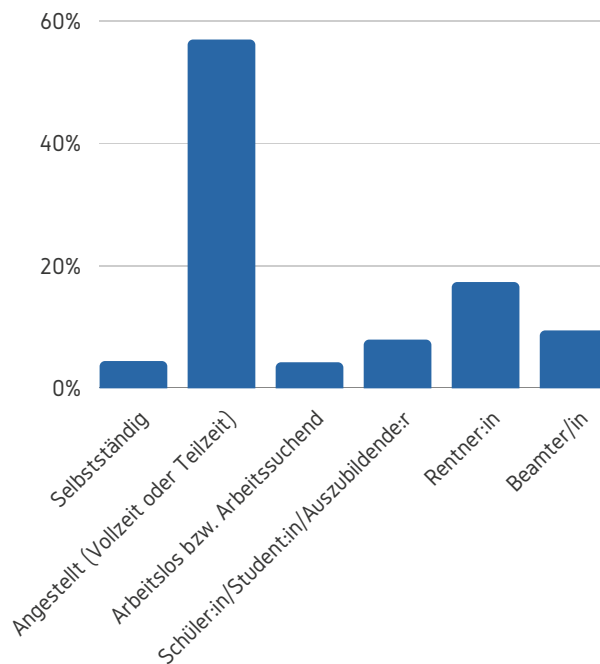
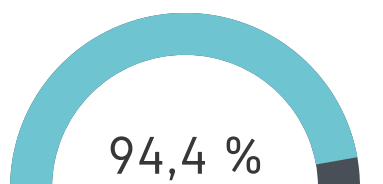


Abbildung 6: Prozentuale Darstellung des Erwerbsstatus der Befragten (Eigene Darstellung)

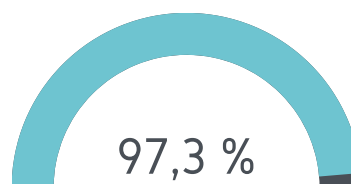
GEBURTSORT UND STAATSANGEHÖRIGKEIT

Die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund ist trotz Bemühungen zur Gewinnung von Befragungsteilnehmer:innen mit Migrationshintergrund, z.B. durch Ausführung des Fragebogens in mehreren Sprachen, unterrepräsentiert.

- 2,4 % der Teilnehmer:innen besitzen keine deutsche Staatsbürgerschaft und 0,3% machten zur Staatsbürger-schaft keine Angabe.
- 5,5 % gaben an, nicht in Deutschland geboren worden zu sein und 0,1 % machten zum Geburtsland keine Angabe.



ALLER BEFRAGTEN WURDEN IN DEUTSCHLAND GEBOREN.



ALLER BEFRAGTEN BESITZEN DIE DEUTSCHE STAATSBÜRGERSCHAFT.

Abbildung 7: Prozentuale Darstellung des Geburtsortes und der Staatsangehörigkeit der Befragten (Eigene Darstellung)

FAMILIENSTAND

Der Großteil (62,9 %) der Stichprobe ist verheiratet oder lebt in einer Partnerschaft.

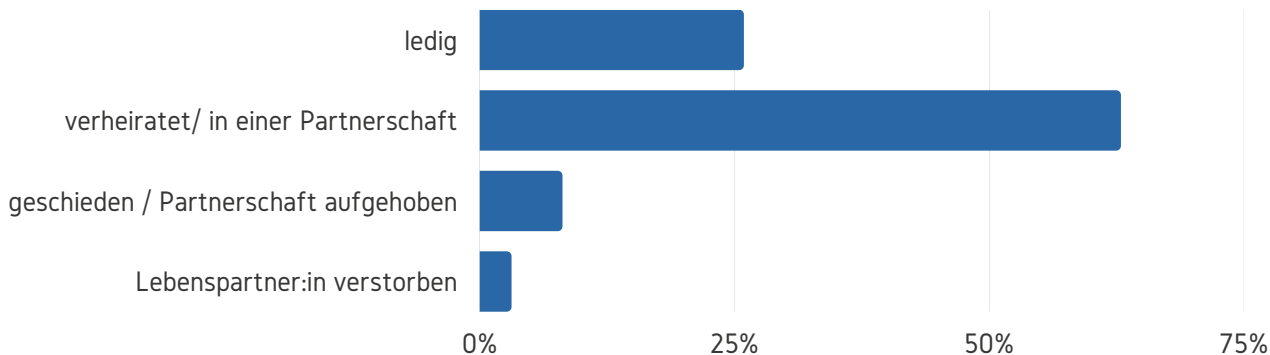


Abbildung 8: Prozentuale Darstellung des Familienstandes der Befragten (Eigene Darstellung)

- 25,9 % aller Teilnehmer:innen sind ledig, 62,9 % sind verheiratet oder leben in einer Partnerschaft.
- Geschieden oder in aufgehobener Partnerschaft leben 8,1 % der befragten Personen.
- 3,1 % der Teilnehmer:innen sind verwitwet bzw. der/die Lebenspartner:in ist verstorben.

KINDER IM HAUSHALT

Der Großteil (64,4 %) der befragten Personen lebt ohne Kinder im Haushalt.

- Bei 16,7 % der Teilnehmer:innen lebt ein Kind im Haushalt.
- Bei 14,3 % der Teilnehmer:innen leben zwei Kinder mit im Haushalt.
- 4,6 % der Teilnehmer:innen leben in Haushalten mit drei oder mehr Kindern.

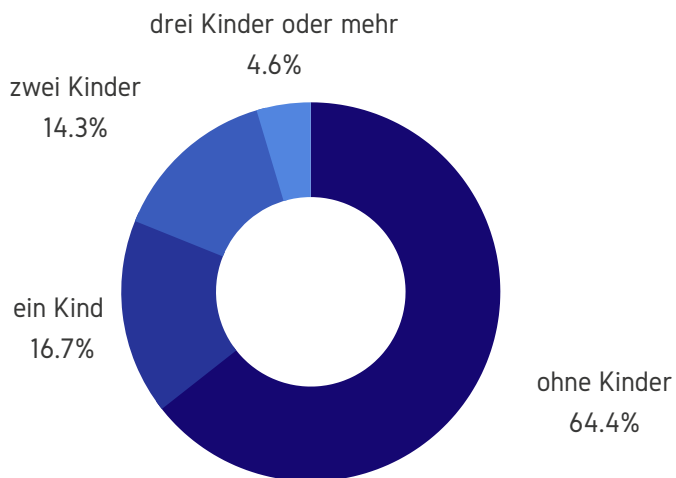


Abbildung 9: Prozentualer Anteil der Befragten mit Kindern im Haushalt (Eigene Darstellung)

ERGEBNISSE

Beachtung der eigenen Gesundheit	19
Alltagseinschränkungen	19
Körpertypen	20
Beurteilung des Gesundheitszustandes	20
Genutzte Informationsquellen	21
Ernährungsverhalten	27
Bewegungsverhalten	29
Gesundheitskompetenz-Level	32

BEACHTUNG DER EIGENEN GESUNDHEIT

Die Beachtung der eigenen Gesundheit hat Auswirkungen auf das (gesundheitsförderliche) Alltagsverhalten. Weniger als die Hälfte (48,3 %) der Stichprobe achtet „sehr stark“ bis „stark“ auf ihre/seine Gesundheit. Fast jede:r Fünfte (18,8 %) achtet „etwas“ bis „gar nicht“ auf die persönliche Gesundheit.



ACHTSAMKEIT ALS PRÄVENTION

Befragte, die „stark“ bis „sehr stark“ auf ihre Gesundheit achten, gaben signifikant seltener an ($p < 0,05$) im Alltag durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt zu sein.

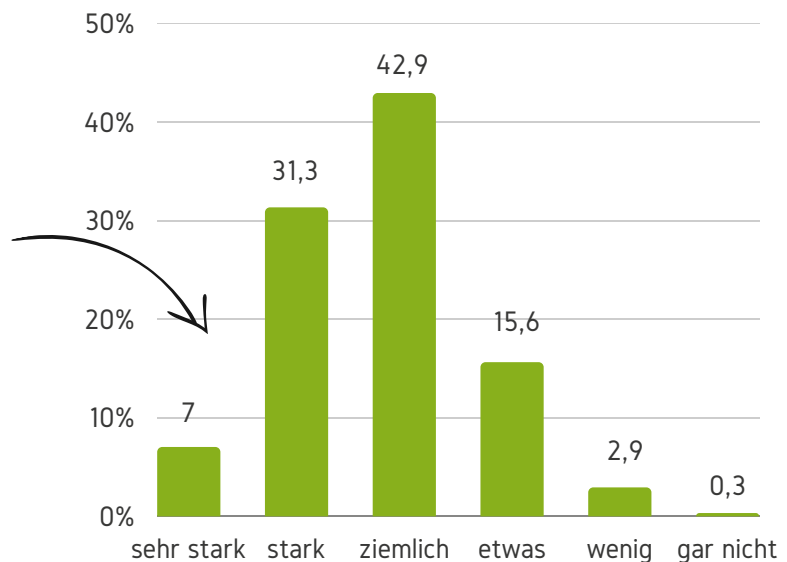


Abbildung 10: Prozentualer Anteil der Beachtung der eigenen Gesundheit der Befragten (Eigene Darstellung)



SIGNIFIKANZ

bedeutet, dass ein gemessener Zusammenhang zwischen zwei Variablen in der Stichprobe nicht einfach zufällig auftritt, sondern auch für die Grundgesamtheit zutrifft. Ist $p < 0,05$, wird von einem signifikanten Ergebnis gesprochen.

ALLTAGSEINSCHRÄNKUNGEN

Der Großteil (73 %) der Befragten ist im Alltag durch gesundheitliche Probleme nicht eingeschränkt.

27 %

der Befragten sind in ihrem Alltagsleben durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt.

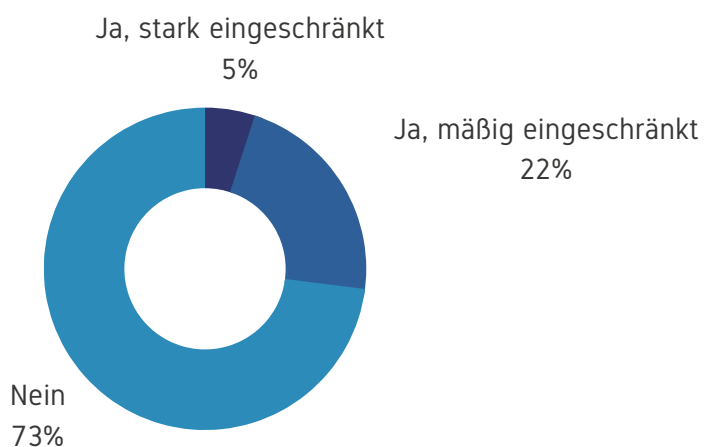
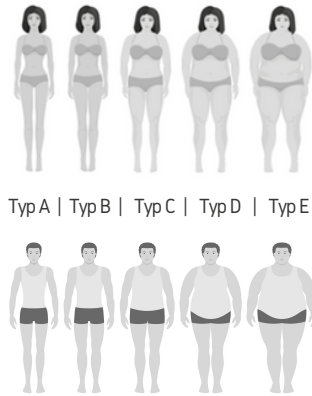


Abbildung 11: Prozentualer Anteil der Befragten mit Alltagseinschränkungen durch gesundheitliche Probleme (Eigene Darstellung)

KÖRPERTYPEN

Im Vergleich zu Männern schätzen Frauen in der Umfrage ihren Körper häufiger als übergewichtig ein.



- Weibliche Befragte schätzen im Vergleich zu männlichen Befragten ihren Körper häufiger mit den Typen C, D oder E ein.
- Männliche Befragte ordnen ihren Körpertyp häufiger den Typen A und B zu.

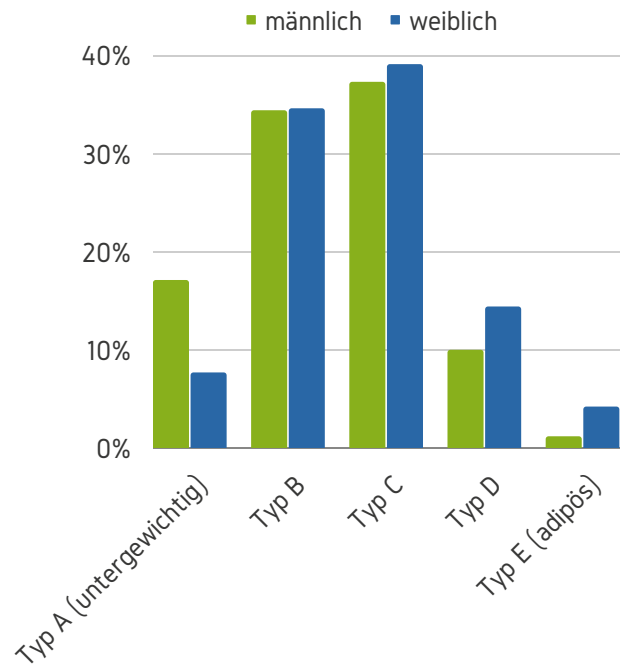


Abbildung 12: Prozentualer Anteil der Befragten hinsichtlich ihrer Körpertypen (Eigene Darstellung)

BEURTEILUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES

Über die Hälfte (52,7 %) der Befragten schätzen ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein.

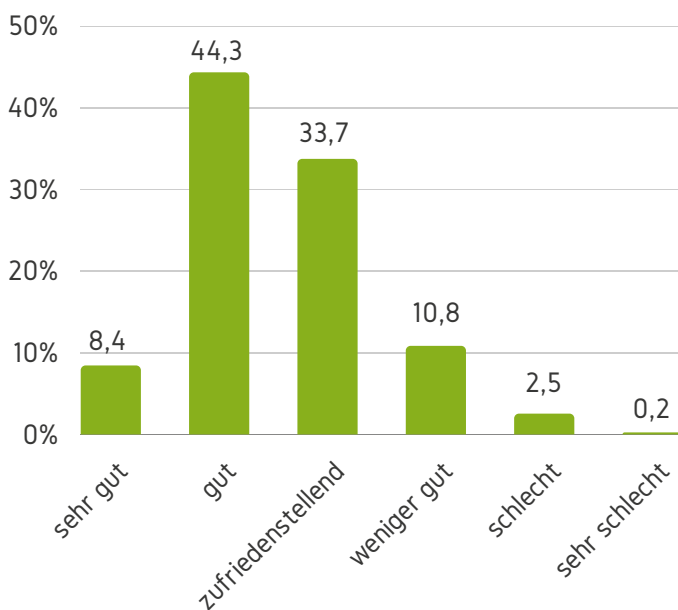
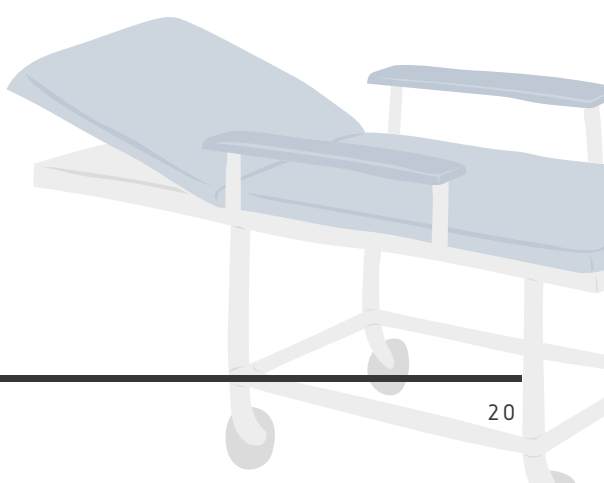


Abbildung 13: Prozentuale Darstellung der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Befragten (Eigene Darstellung)

13,5 %
 also etwa jede:r Zehnte der Stichprobe gab an, ihr/sein Gesundheitszustand sei „weniger gut“ bis „sehr schlecht“.



GENUTZTE INFORMATIONSQUELLEN

Etwas weniger als die Hälfte der Stichprobe (etwa 42 %) nutzen gesundheitliches Fachpersonal (Ärzt:innen sowie Apotheker:innen und Physiotherapeut:innen) als primäre Informationsquelle für Gesundheitsinformationen.

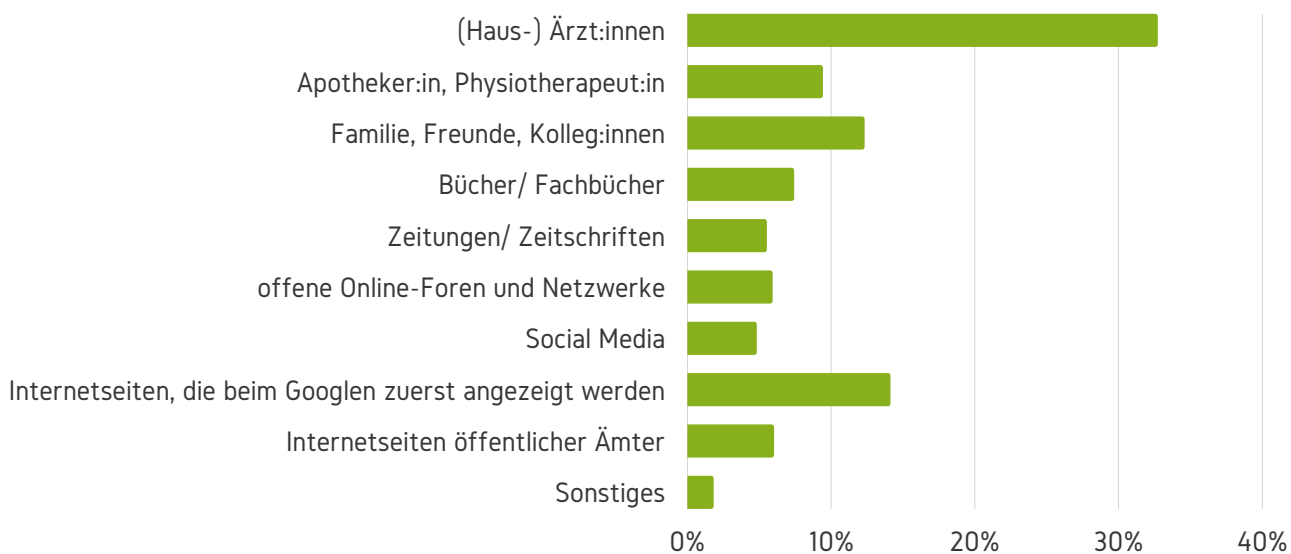


Abbildung 14: Prozentualer Anteil der genutzten Informationsquellen der Befragten -Mehrfachnennung möglich (Eigene Darstellung)

- Zweithäufigste Quelle (14,1 %) sind Internetseiten, die beim „Googlen“ zuerst angezeigt werden.
- 12,3 % der Stichprobe suchen bei ihren Familien, Freund:innen und Kolleg:innen nach Gesundheitsinformationen.

(HAUS-) ÄRZT:INNEN

sind die am häufigsten genutzte Quelle für Gesundheitsinformationen (32,7 %).



ALTERSSPEZIFISCHE QUELLENPRÄFERENZ

Je nach Alterszugehörigkeit unterscheiden sich die primär genutzten Gesundheitsinformationsquellen. Besonders die Gruppen der Jugendlichen/ jungen Erwachsenen und höhere Altersgruppen (über 65 Jahre) weisen unterschiedliche Präferenzen auf:

JUGENDLICHE & JUNGE ERWACHSENE



- Familie, Freunde und Bekannte sind insbesondere für 16-24-Jährige eine wichtige Informationsquelle.
- „Gegoogelte“ Internetseiten, die als erstes angezeigt werden, werden häufig von 27-44-Jährigen als primäre Gesundheitsinformationsquelle genutzt.
- Die Nutzung von Social Media als Quelle ist im jungen Erwachsenenalter am höchsten.

HÖHERE ALTERSGRUPPEN



- Ärzt:innen als auch Apotheker:innen und Physiotherapeut:innen gewinnen mit zunehmenden Alter an Bedeutung.
- Auch (Fach-) Bücher und Zeitung/ Zeitschriften werden in höherem Alter vermehrt genutzt.

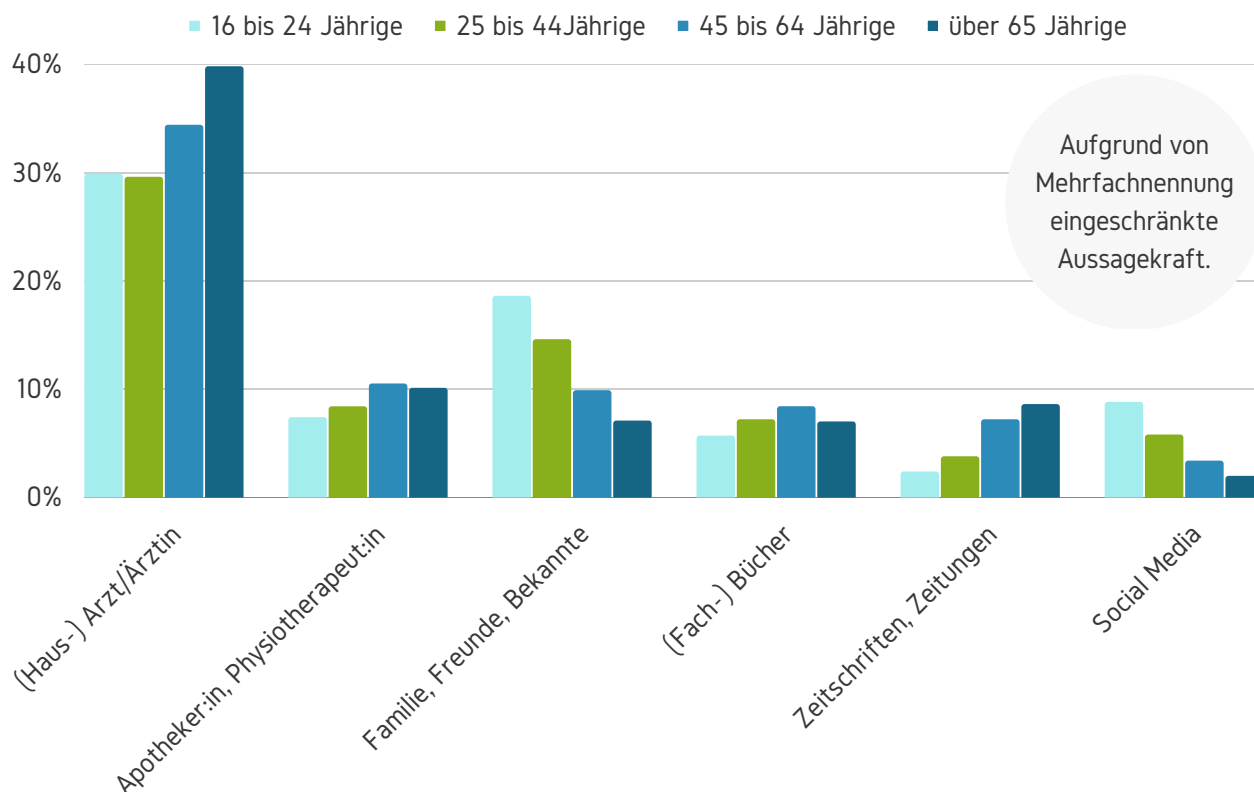


Abbildung 15: Prozentualer Anteil der genutzten Informationsquellen der Befragten hinsichtlich Alter - Mehrfachnennung möglich (Eigene Darstellung)

INFORMATIONSDERFIZITE

Die Befragten wünschen sich mehr aussagekräftige Informationen zu folgenden Themen:

ERNÄHRUNG



- 15,2 % der weiblichen und 13,8 % der männlichen Befragten wünschen sich mehr Informationen zum Thema.
- Altersgruppen: alle

VORSORGE- UNTERSUCHUNGEN



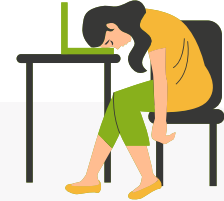
- 15,7 % der Frauen, 12,6 % der Männer wünschen sich hierzu mehr Informationen.
- Altersgruppen: erwerbsfähiges Alter (16-64 Jahre)

HERZ- KREISLAUF- ERKRANKUNGEN



- 9,4 % der Männer und 6,3 % der Frauen wünschen sich hierzu mehr Informationen.
- Altersgruppen: wachsende Bedeutung mit zunehmendem Alter (über 65 Jahre)

STRESS- MANAGEMENT



- 15,7 % der Frauen und 12,6 % der Männer wünschen sich mehr Informationen zum Umgang mit Stress.
- Altersgruppen: erwerbsfähiges Alter (16-24 Jahre, 25-44 Jahre und 45-64 Jahre)

SPORT & BEWEGUNG



- 11,7 % der Frauen und 9,8 % der Männer wünschen sich hierzu mehr Informationen.
- Altersgruppen: alle, aber insbesondere 45-64-Jährige

KOMPETENZ IM UMGANG MIT INFORMATIONSQUELLEN

Die Stichprobe zeigt deutliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationsquellen.
Dies betrifft insbesondere das Wissen über potenzielle Informationsquellen, als auch die Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit.

BEURTEILUNGS-/ ENTSCHEIDUNGSFÄHIGKEIT

43,6 %

haben Schwierigkeiten damit, zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten.

32,9 %

haben Schwierigkeiten damit, aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können.

43,6 %

haben Schwierigkeiten damit, zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind.

WISSEN ÜBER INFORMATIONSQUELLEN

- 31,3 % der Befragten schätzen es „schwierig“ bis „sehr schwierig“ ein, Informationen über Therapien für Krankheiten zu finden, die sie selbst betreffen.
- Etwa jede:r Vierte hat Schwierigkeiten damit, Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für das psychische Wohlbefinden sind (Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergänge, Pilates, etc.)



55 %



aller Befragten haben Schwierigkeiten dabei, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression zu finden.

PSYCHISCHE BELASTUNG IM LANDKREIS HAMELN-PYRMONT

Die Stichprobe weist insgesamt einen sehr großen Informationsbedarf hinsichtlich des Themas psychische Gesundheit auf.

Wie hoch der Bedarf zu Informationen über Unterstützungsangebote bei psychischen Problemen ist, variiert hinsichtlich der Merkmale Geschlecht und Alter.

INFORMATIONSBARRIEREN BEI WEIBLICHEN BEFRAGTEN

Wie gut Befragte Informationen zum Thema psychische Gesundheit finden können, ist geschlechtsspezifisch: Befragte weiblichen Geschlechts finden es im Vergleich zu Männern häufig schwieriger, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden. Die Angaben der Befragungsteilnehmer:innen diversen Geschlechts werden aufgrund der Unterrepräsentativität nicht berücksichtigt.

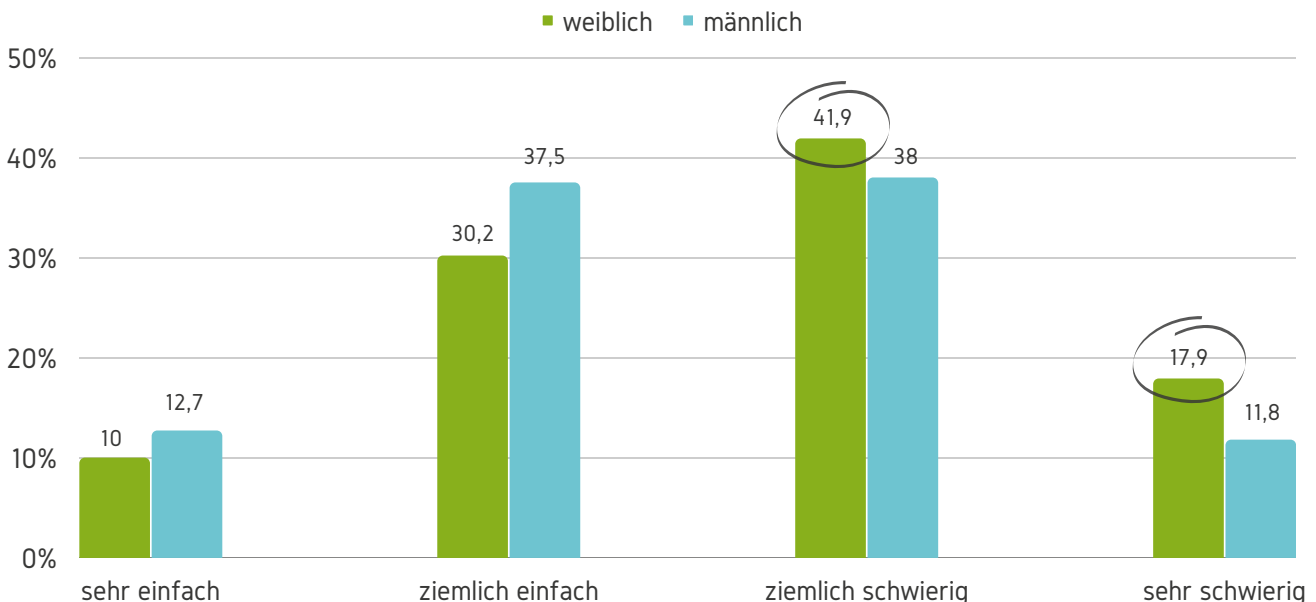


Abbildung 16: Prozentuale Verteilung der Frage „Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?“ hinsichtlich Geschlecht (Eigene Darstellung)

„JUGENDLICHER“ UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Mit Blick auf die Ergebnisse zeigt sich, dass es der Gruppe der 16-24-Jährigen besonders Schwierigkeiten bereitet, Informationen zur Unterstützung bei psychischer Belastung zu finden. In Zahlen heißt das:



62,7 %

der 16-24- Jährigen haben besonders Schwierigkeiten, Informationen zur Unterstützung bei psychischer Belastung zu finden.

- Befragte im Alter von 16-64 Jahren haben im Vergleich zu über 65-Jährigen häufiger Schwierigkeiten, Informationen zum Thema psychische Gesundheit zu finden.
- 43,4 % der 16-24-Jährigen finden es „ziemlich schwierig“ und 19,3 % „sehr schwierig“ Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischer Belastung zu finden.
- Diese Schwierigkeit nimmt ab einem Alter von 65 Jahren deutlich ab.

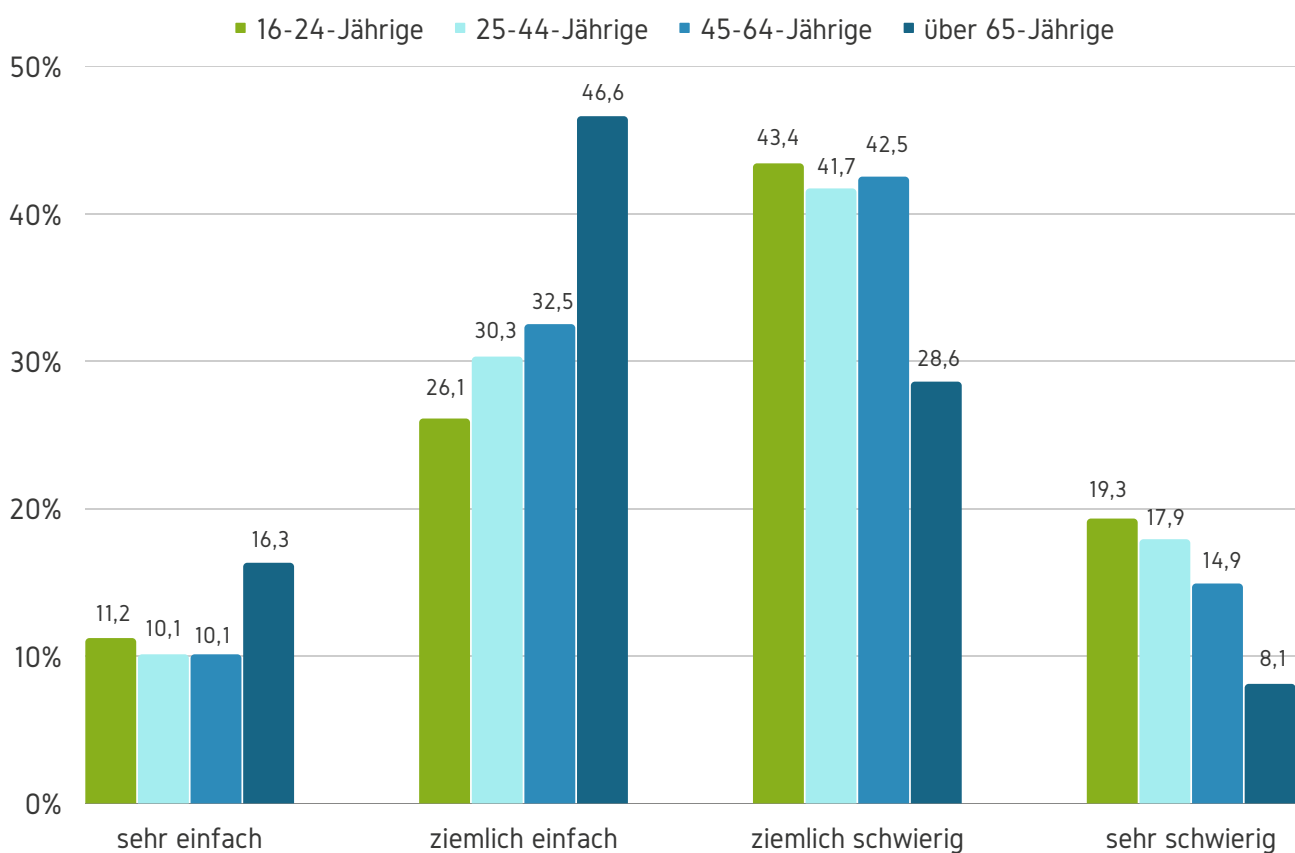


Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der Frage „Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?“ hinsichtlich Alter (Eigene Darstellung)

ERNÄHRUNGSVERHALTEN

Ernährung ist ein wichtiger Bestandteil des Alltags. Das Wissen über eine ausgewogene Ernährung und eine entsprechende Verhaltensweise im Alltag, sprich Einkaufsverhalten, Nahrungszubereitung und das Konsumverhalten sind wichtiger Bestandteil von Gesundheitskompetenz. Eine Analyse der AOK aus dem Jahr 2020 (Kolpatzik & Zaunbrecher, 2020) zeigt auf, dass mit 53,7 % über die Hälfte der deutschen Bevölkerung eine problematische oder inadäquate Ernährungskompetenz verfügen. Dabei fördert der Konsum von Obst und Gemüse (erwiesenermaßen) die Gesunderhaltung (DGE, 2012). Wie steht es um das Ernährungsverhalten im Landkreis Hameln-Pyrmont?

GERINGER OBST- UND GEMÜSEKONSUM

Die Ergebnisse bezüglich des Ernährungsverhaltens sind ernüchternd:

- Der Großteil (94,2 %) aller Befragten isst weniger Obst und Gemüse als von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfohlen.
- Etwa 70 % essen täglich maximal zwei Portionen Obst und/oder Gemüse.

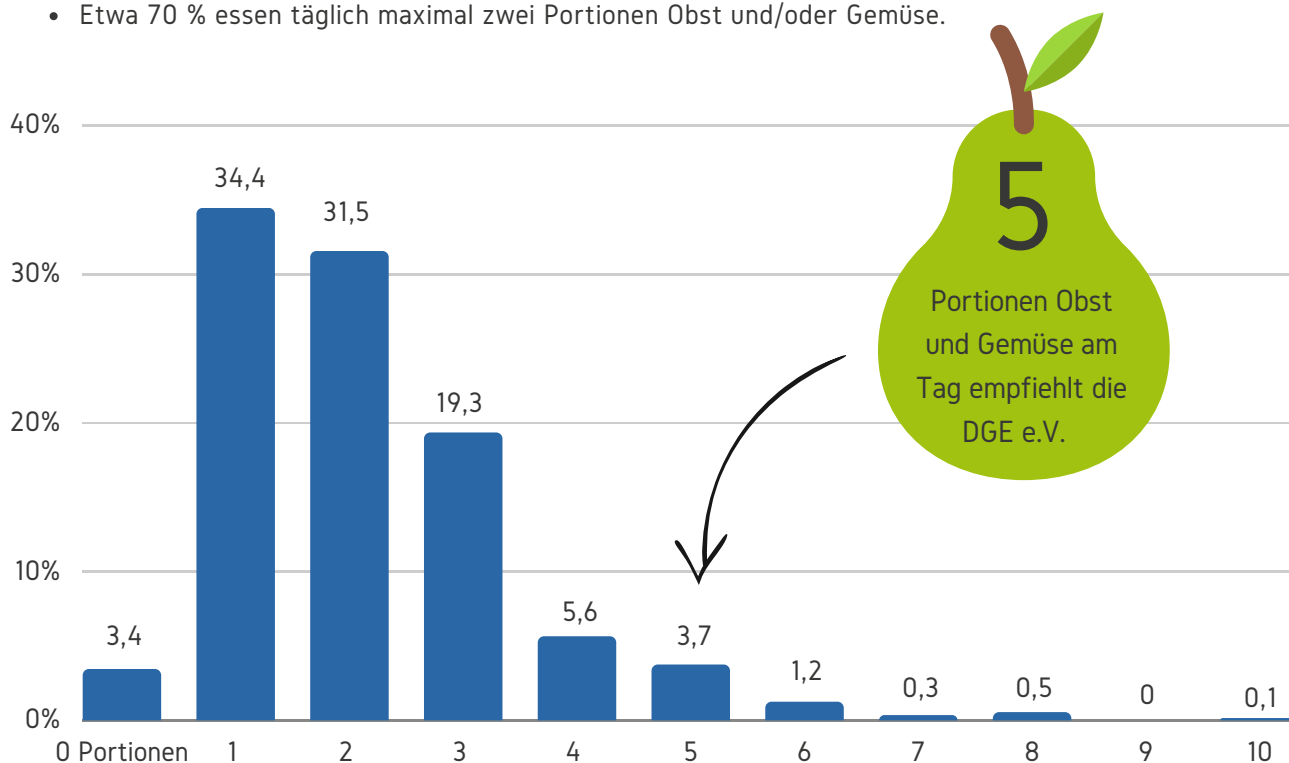


Abbildung 18: Prozentuale Verteilung des Obst- und Gemüsekonsums (Eigene Darstellung)

Nur ca.
6%
der Stichprobe ernährt
sich wie von der DGE e.V.
empfohlen.

BILDUNGSBEZOGENE UNTERSCHIEDE

Wenngleich täglich insgesamt zu wenig Obst und Gemüse im Landkreis Hameln-Pyrmont konsumiert wird, lässt sich feststellen, dass Befragte mit mittlerem bis hohem Bildungsabschluss im Vergleich zu Befragten mit niedrigem Bildungsniveau täglich mehr Obst und Gemüse zu sich nehmen.

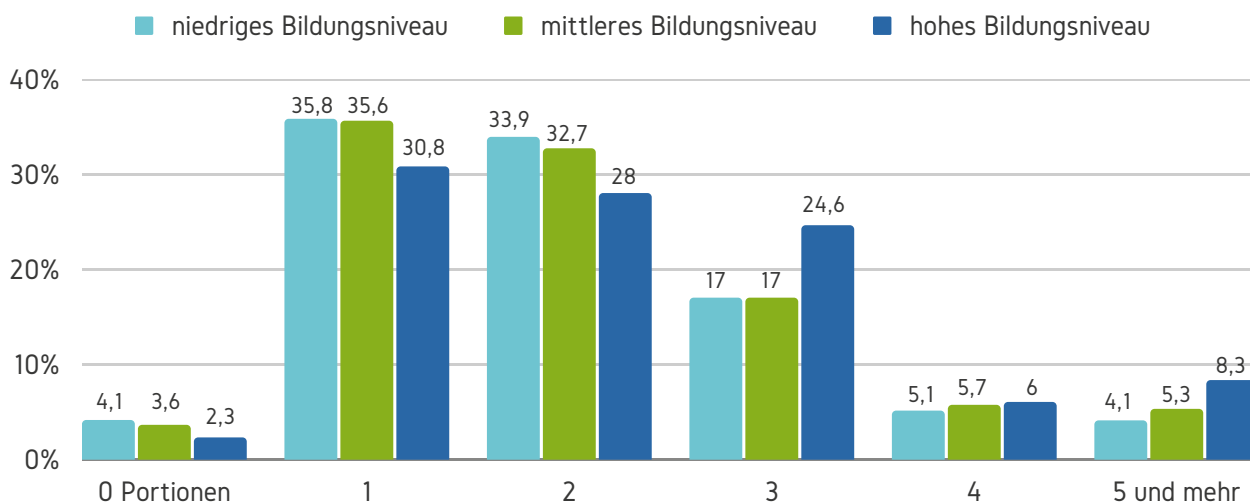


Abbildung 19: Prozentuale Verteilung des Obst- und Gemüsekonsums hinsichtlich Bildungsniveau (Eigene Darstellung)

GESÜNDERE ERNÄHRUNG DURCH BEACHTUNG DER EIGENEN GESUNDHEIT

Der tägliche Obst- und Gemüsekonsum steht in Zusammenhang mit der Beachtung der eigenen Gesundheit. Je stärker man auf seine Gesundheit achtet, desto höher ist der tägliche Obst- und Gemüse-konsum.

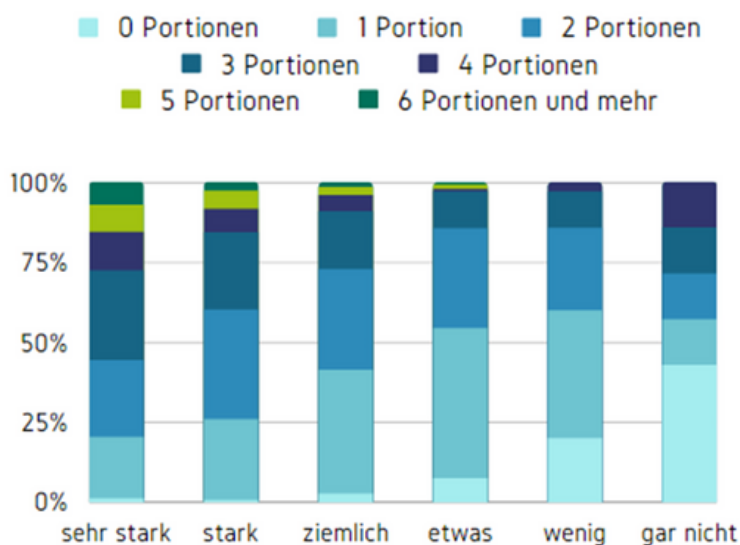


Abbildung 20: Prozentuale Darstellung des Obst- und Gemüsekonsums hinsichtlich der Beachtung der eigenen Gesundheit (Eigene Darstellung)

- 57,2 % der Befragten, die ihre Gesundheit gar nicht beachten, konsumieren maximal eine Portion Obst/Gemüse pro Tag.
- Hingegen sind es bei Befragten, die „sehr stark“ bis „stark“ auf ihre Gesundheit achten, nur 20,4 % bzw. 26 %.



BEWEGUNGSVERHALTEN

Bewegung ist ein wichtiger Bestandteil des Alltags, denn sie wirkt sich in vielfältiger Weise positiv auf die Gesundheit aus.

Auf den ersten Blick scheint sich der Großteil der Stichprobe ausreichend zu bewegen. Bei genauerer Analyse der Merkmale Alter, Bildungsniveau, gesundheitlicher Einschränkung und Beachtung der eigenen Gesundheit lassen sich Personengruppen identifizieren, die besonders von Bewegungsmangel betroffen sind.

MODERATE BEWEGUNGSÜBUNGEN, Z.B. SPAZIERGÄNGE ODER WALKING IN STUNDEN PRO WOCHE

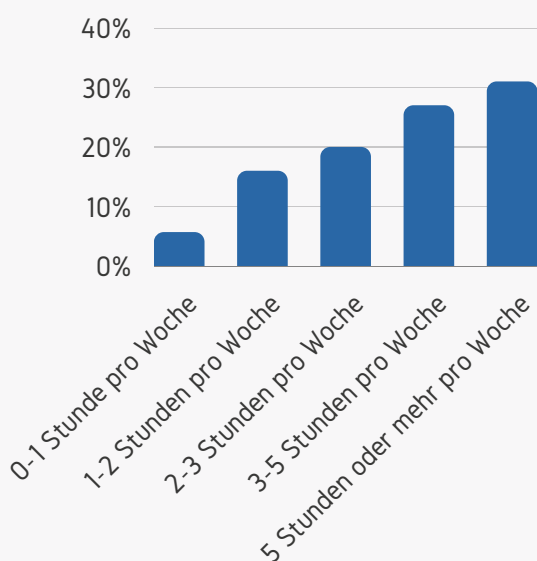


Abbildung 21: Prozentuale Verteilung der moderaten Bewegungsübungen in Stunden pro Woche (Eigene Darstellung)

INTENSIVE BEWEGUNGSÜBUNGEN, Z.B. FITNESSTRAINING ODER JOGGEN IN STUNDEN PRO WOCHE

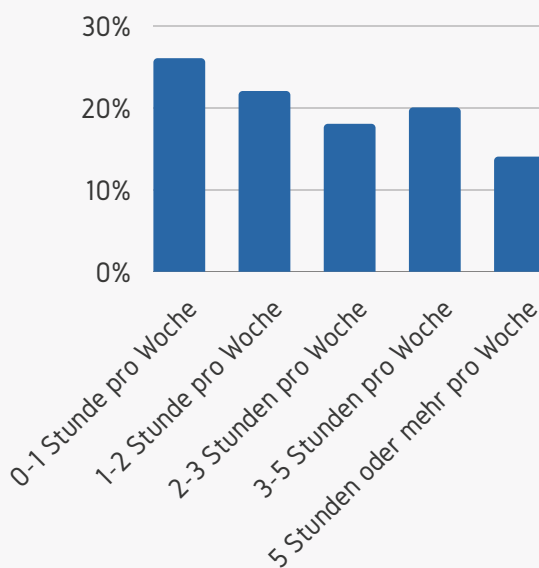


Abbildung 22: Prozentuale Verteilung der intensiven Bewegungsübungen in Stunden pro Woche (Eigene Darstellung)

- Der Großteil (78 %) der Befragten bewegt sich mindestens 2-3 Stunden mit moderater Intensität pro Woche und damit offiziell empfohlen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2017)
- Trotzdem zeigt sich bei jedem/jeder Fünften (ca. 22 %) ein Defizit an moderater Bewegung.
- Dreiviertel (74 %) aller Befragten gaben an, sich mindestens 1-2 Stunden pro Woche intensiv zu bewegen.
- Jeder Vierte (26 %), bewegt sich mit maximal 1 Stunde pro Woche kaum bis gar nicht intensiv.

„JUGENDLICHER BEWEGUNGSMANGEL“

Beim Vergleich des moderaten Bewegungsverhaltens nach Altersgruppen zeigt sich ein deutliches Bewegungsdefizit bei den 16-24-Jährigen.

- Etwa jede:r Dritte der 16-24-Jährigen bewegt sich weniger als 3 Stunden moderat pro Woche und liegt damit an der unteren Grenze der Empfehlungen.
- Fast jede:r Zehnte (9,2 %) bewegt sich nur bis zu einer Stunde wöchentlich.

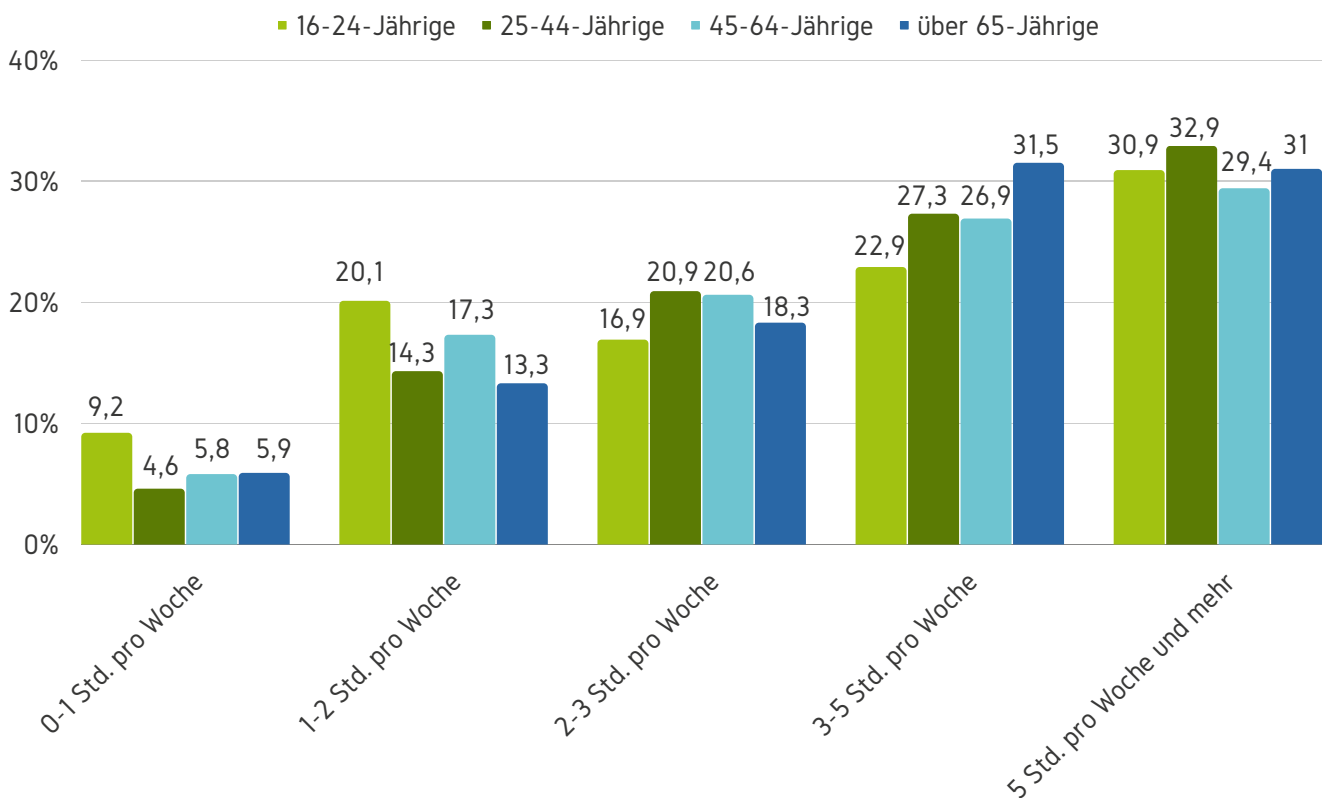


Abbildung 23: Prozentuale Verteilung der moderaten Bewegungsübungen in Stunden pro Woche hinsichtlich Alter (Eigene Darstellung)

BILDUNGSBEZOGENE UNTERSCHIEDE

Das moderate sowie intensive Bewegungsverhalten variiert zudem nach dem Bildungsniveau.

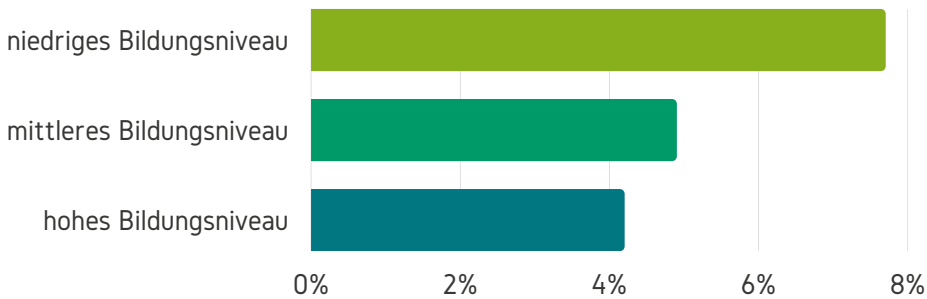
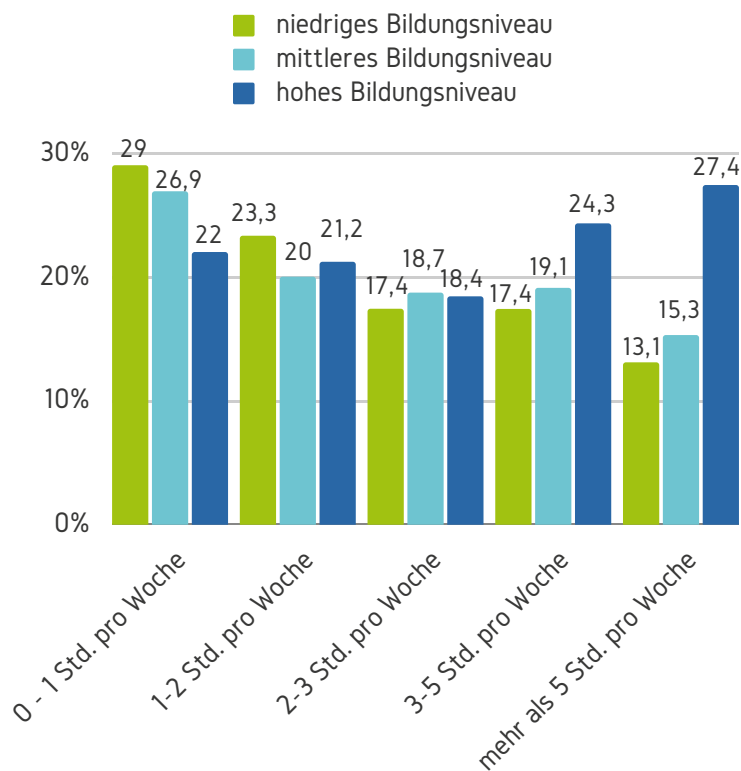


Abbildung 24: Prozentuale Verteilung von 0-1 Std. moderater Bewegungsübungen in Stunden pro Woche hinsichtlich Bildungsniveau (Eigene Darstellung)

- Befragte mit niedrigem Bildungsniveau bewegen sich im Vergleich zu Befragten mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau häufiger gar nicht oder maximal 1 Stunde pro Woche mit moderater Intensität.



- Befragte mit niedrigem Bildungsniveau bewegen sich im Vergleich zu Befragten mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau häufiger gar nicht oder maximal 1 Stunde pro Woche intensiv.

Abbildung 25: Prozentuale Verteilung der intensiven Bewegungsübungen in Stunden pro Woche hinsichtlich Bildungsniveau (Eigene Darstellung)

GESUNDHEITSKOMPETENZ- LEVEL

Die Verteilung der Gesundheitskompetenz deckt sich mit den Ergebnissen aktueller Studien zu dieser Thematik. Wie bei Adam et al. (2019) beschrieben, sind das Vorliegen eines geringen Bildungsniveaus, eines niedrigen Sozialstatus und chronische Krankheit Risikofaktoren für eine geringe Gesundheitskompetenz -auch im Landkreis Hameln-Pyrmont. Gruppen mit diesen Merkmalen gelten als besonders vulnerabel.

Die farbliche Einteilung der Gesundheitskompetenz-Level in den folgenden Abbildungen ähnelt dem Aufbau einer Ampel:

- Grün - ausreichende Gesundheitskompetenz
- Gelb - problematische Gesundheitskompetenz
- Rot - inadäquate Gesundheitskompetenz

ALLGEMEINE ERGEBNISSE

Insgesamt war die Gesundheitskompetenz bei etwas mehr als der Hälfte (55%) der Befragten ausreichend ausgeprägt. 30,5% aller Befragten verfügen über eine problematische Gesundheitskompetenz und bei 14,5% der Stichprobe ist sie inadäquat ausgeprägt.

55 %

aller Befragten verfügen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

30,5 %

aller Befragten verfügen über eine problematische Gesundheitskompetenz.

14,5 %

aller Befragten verfügen über eine inadäquate Gesundheitskompetenz.

GESUNDHEITSKOMPETENZ UND SOZIODEMOGRAFIE



BILDUNGSNIVEAU

Die Gesundheitskompetenz ist bei niedrigem (15,7 %) und mittlerem (16,3 %) Bildungsniveau häufiger „inadäquat“ ausgeprägt als bei Befragten höheren (12,5 %) Bildungsniveaus.



GESCHLECHT

Männliche Befragte (61,1 %) schätzen sich signifikant häufiger ($p < 0.001$) als gesundheitskompetent ein als Frauen (51,0 %).



FAMILIENSTAND

Hinsichtlich Familienstand zeigen sich geringe, aber signifikante ($p < 0.05$) Unterschiede: So ist die Gesundheitskompetenz bei der Hälfte (51,9 %) der ledigen Befragten problematisch oder inadäquat und damit schlechter ausgeprägt als bei folgenden Personen: verheirateten/in einer Partnerschaft lebenden (43,4 %), geschiedenen/ Lebenspartnerschaft aufgehobenen (38,5 %), verwitweten (40,0 %).



KINDER IM HAUSHALT

Bei Befragten mit Kindern im Haushalt ist die Gesundheitskompetenz ähnlich stark ausgeprägt wie bei kinderlosen Befragten.



ALTER

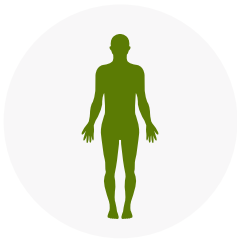
Hinsichtlich des Alters der Befragten zeigen sich höchstsignifikante ($p < 0.001$) Unterschiede bei der Ausprägung der Gesundheitskompetenz. So wird deutlich, dass bei jungen Befragten die Gesundheitskompetenz signifikant häufiger problematisch oder inadäquat ausgeprägt ist (16-24 Jahre: 56,7 %) als bei älteren Befragten (über 65 Jahre: 30,6 %).



ERWERBSSTATUS

Beim Erwerbsstatus zeigen sich geringe, aber signifikante Unterschiede ($p < 0.05$): So ist die Gesundheitskompetenz bei der Gruppe der arbeitslosen bzw. -suchenden Befragten am schlechtesten (58 % problematisch oder inadäquat). Bei jeder/jedem Vierten ist die Gesundheitskompetenz inadäquat (26 %).

GESUNDHEITSKOMPETENZ UND WEITERE VARIABLEN



KÖRPERTYP

Je beliebter der Körpertyp eingeschätzt wird, desto schlechter ist auch die Gesundheitskompetenz ausgeprägt.

- Männliche Befragte, die ihren Körpertyp als „adipös“ einschätzen, weisen häufig eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf (27,3 %).
- Bei weiblichen Befragten zeigt sich ein ähnliches Ergebnis: Solche die ihren Körpertyp mit „Typ D“ beurteilen, haben am häufigsten eine inadäquate Gesundheitskompetenz (23,1 %).



GENUTZTE INFORMATIONSQLLEN

Befragte, die Zeitungen/Zeitschriften (60,8 %) als auch Internetseiten öffentlicher Ämter (62,8 %) als Informationsquelle nutzen, verfügen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Eine inadäquate Gesundheitskompetenz haben höchstsignifikant ($p < 0.001$) häufiger Befragte, die in offenen Foren/Netzwerken (18,5 %) und Social Media (22,0 %) gesundheitsrelevante Informationen suchen.



BEURTEILUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES

Eine sehr schlechte Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes steht in einem höchstsignifikanten ($p < 0.001$) Zusammenhang mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz. Je schlechter der allgemeine Gesundheitszustand beurteilt wurde, desto schwächer ausgeprägt ist auch die Gesundheitskompetenz. 60 % der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „sehr schlecht“ beurteilen, haben eine inadäquate Gesundheitskompetenz.



BEACHTUNG DER EIGENEN GESUNDHEIT

Befragte, die „gar nicht“ auf ihre eigene Gesundheit achten, haben eine höchstsignifikant ($p < 0.001$) schlechtere Gesundheitskompetenz.

In Zahlen: 57,1 % der Befragten, die „gar nicht“ auf ihre Gesundheit achten, haben eine inadäquate Gesundheitskompetenz.



GESUNDHEITLICHES PROBLEM IM ALLTAG

Bei Befragten, die durch ein gesundheitliches Problem im Alltag „stark eingeschränkt“ sind, ist die Gesundheitskompetenz höchstsignifikant ($p < 0.001$) schlechter als bei Befragten, die mäßig oder nicht eingeschränkt sind.

GESUNDHEITSKOMPETENZ NACH WOHNORT

Die prozentualen Verteilungen der Gesundheitskompetenz-Level unterscheiden sich nur leicht hinsichtlich des Wohnortes.

HAMELN (n = 830)

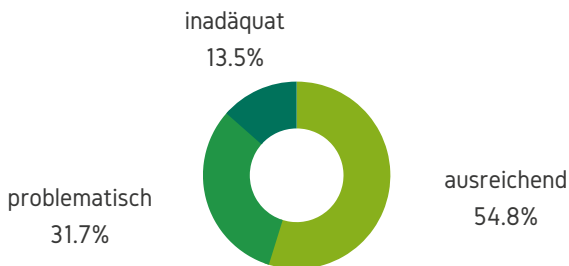


Abbildung 26: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Hameln (Eigene Darstellung)

HESSISCH OLDENDORF (n = 378)

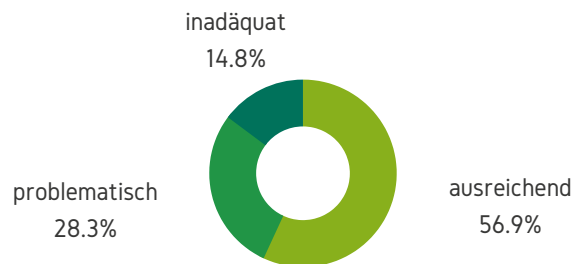


Abbildung 27: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Hessisch Oldendorf (Eigene Darstellung)

BAD PYRMONT (n = 319)

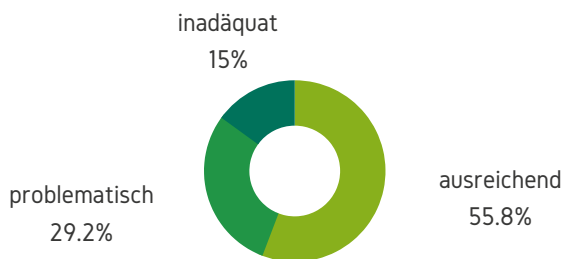


Abbildung 28: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Bad Pyrmont (Eigene Darstellung)

AERZEN (n = 253)

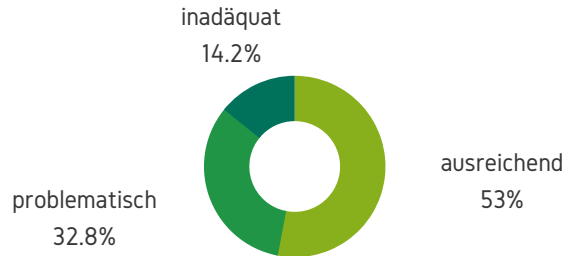


Abbildung 29: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Aerzen (Eigene Darstellung)

EMMERTHAL (n = 220)

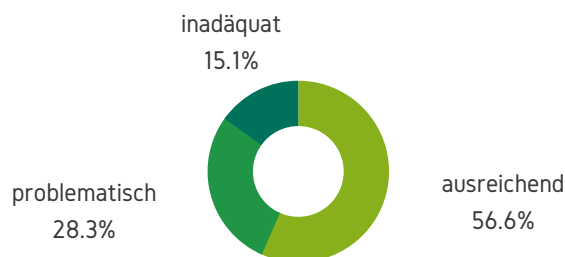


Abbildung 30: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Emmerthal (Eigene Darstellung)



REPRÄSENTATIVITÄT

Die Ergebnisse gelten für die folgenden Gemeinden aufgrund der geringen Teilnehmer:innenanzahl nur mit eingeschränkter Aussagekraft. Sie werden daher nicht ausführlich beschrieben.

COPPENBRÜGGE (n = 178)

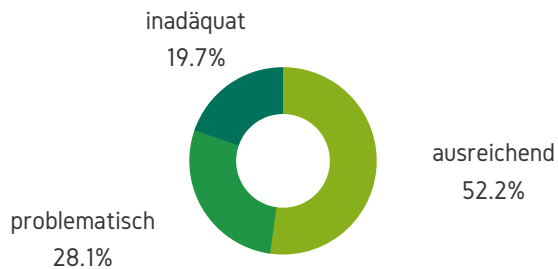


Abbildung 31: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Coppenbrügge (Eigene Darstellung)

BAD MÜNDER (n = 98)

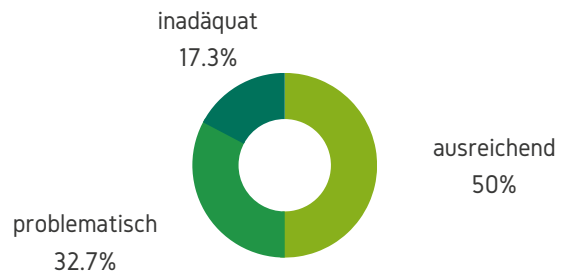


Abbildung 32: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Bad Münder (Eigene Darstellung)

SALZHEMMENDORF (n = 67)

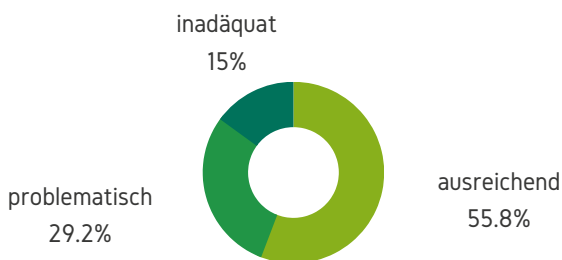


Abbildung 33: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in Salzhemmendorf (Eigene Darstellung)

OHNE ANGABE (n = 58)

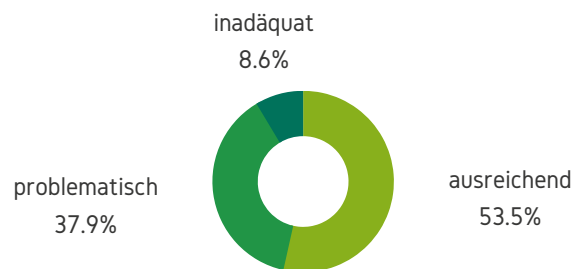


Abbildung 34: Prozentuale Verteilung der Gesundheitskompetenz in ohne Wohnortangabe (Eigene Darstellung)

RISIKOFAKTOR IM LANDKREIS HAMELN-PYRMONT: JUNGES LEBENSALTER

Im Landkreis Hameln-Pyrmont steht ein junges Alter mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz in Zusammenhang. Damit spiegeln diese Daten die aktuellen Studienergebnisse einer bundesweiten Datenerhebung von Schaeffer et al. (2021) wider. Diese belegt: „Anders als in zurückliegenden Untersuchungen haben auch vermehrt jüngere Menschen zwischen 18 und 29 Jahren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformation“.

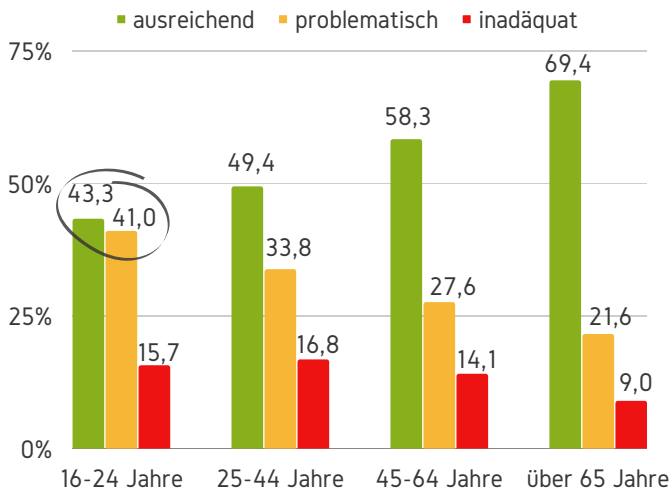


Abbildung 35: Prozentuale Darstellung der Gesundheitskompetenz der Befragten hinsichtlich Alter (Eigene Darstellung)

Bei „jüngerem Lebensalter“ ist die Gesundheitskompetenz schlechter ausgeprägt. So war das Gesundheitskompetenz-Level bei jüngeren Befragten hoch-signifikant ($p < 0,001$) häufiger „inadäquat“ als bei älteren Befragten.

RISIKOFAKTOR ARBEITSLOSIGKEIT

Es gibt Unterschiede bei der Verteilung der Gesundheitskompetenz-Level hinsichtlich des Erwerbsstatus:

Insbesondere arbeitslose/-suchende Personen weisen eine schlecht ausgeprägte Gesundheitskompetenz auf. Ihre Gesundheitskompetenz ist signifikant schlechter, als die der Erwerbstätigen oder Rentner:innen. Hier ist bei jeweils über 60% die Gesundheitskompetenz ausreichend ausgeprägt.

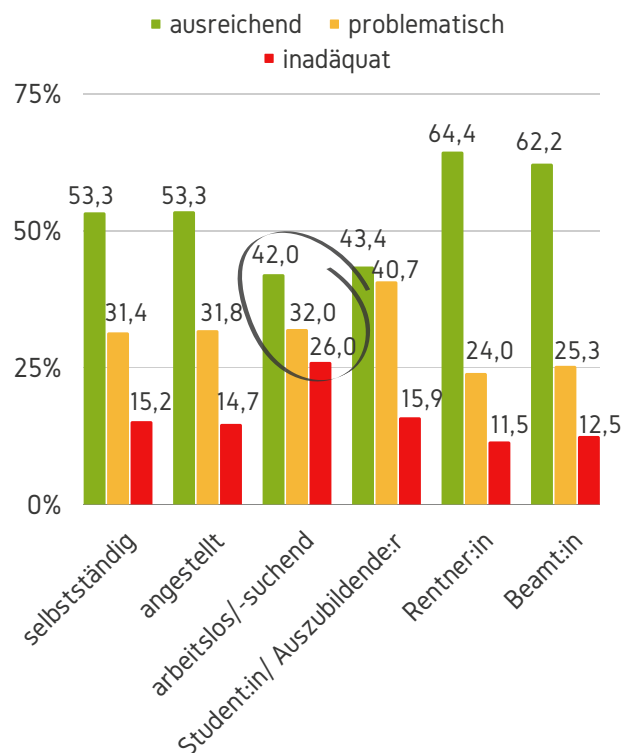


Abbildung 36: Prozentuale Darstellung der Gesundheitskompetenz der Befragten hinsichtlich Erwerbsstatus (Eigene Darstellung)

ZIELGRUPPEN

Schüler:innen und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 24 Jahren	39
Junge Familien, Paare und Singles im Alter von 27 bis 44 Jahren	40
Ärzt:innen und Apotheker:innen	41

SCHÜLER:INNEN UND JUNGE ERWACHSENE IM ALTER VON 16 BIS 24 JAHREN

Auf Grundlage der Ergebnisse wurde die Zielgruppe Schüler:innen und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 24 Jahren festgelegt. Ihr Bedarf zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ergibt sich aus:



Mediennutzungs-
verhalten



Bewegungs-
mangel



Ernährungs-
verhalten



psychische
Belastung

Das Mediennutzungsverhalten (Soziale Medien, Internet,...) der Altersgruppe birgt ein erhöhtes Risiko mit Fehlinformationen in Kontakt zu kommen und erfordert ein hohes Maß an kritischer Medienkompetenz - „wo finde ich seriöse Informationen und wie schätze ich diese richtig ein?“ (Schaeffer et al, 2018).

Dass die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen seit der COVID-19 Pandemie gestiegen ist, belegen viele Studien, wie beispielsweise die COPSY-Studie: Fast jedes dritte Kind leidet ein knappes Jahr nach Beginn der Pandemie unter psychischen Auffälligkeiten. Sorgen und Ängste haben noch einmal zugenommen, auch depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden sind verstärkt zu beobachten (Ravens-Sieberer et al., 2022). Aber auch die JuCo-Studien I und II der Stiftungs-universität Hildesheim (Andresen et al., 2020a; Andresen et al., 2020b) zeigen, dass neben Sorgen und Ängsten auch Einsamkeit eine große Rolle spielt.

Die Zielgruppe hat einen hohen Bedarf an Informationen zu Unterstützungsangeboten bei psychischer Belastung.

Im Vergleich zu anderen Altersgruppen zeigen sich bei 16-24-Jährigen höhere Nachfragen nach Informationen bezüglich Suchterkrankungen (6,8%, 3,0% bei 25-44 Jahren, 1,6% bei 45-64 Jahren und 0% bei >65 Jahren) und bei den Themen „sexuell übertragbare Krankheiten“ (5,6%, 3,0% bei 25-44 Jahren, 1,6% bei 45-64 Jahren und 0% bei >65 Jahren) und „Krebserkrankungen“ (6,2%).

Auch das Ernährungsverhalten macht Handlungsbedarf deutlich. Zuletzt spricht auch der Bewegungsmangel der 16 bis 24-Jährigen für den Bedarf einer Stärkung der Gesundheitskompetenz. Etwa 30% der Altersgruppe gaben an, sich bis maximal zwei Stunden wöchentlich moderat zu bewegen und damit weniger als offiziell empfohlen.

Insgesamt ergab die Umfrage, dass bei über der Hälfte (56,7%) der 16 bis 24-Jährigen im Landkreis Hameln-Pyrmont die Gesundheitskompetenz inadäquat (15,7%) oder problematisch (41%) ausgeprägt ist.

JUNGE FAMILIEN, PAARE UND SINGLES IM ALTER VON 27 BIS 44 JAHREN

Zweite Zielgruppe sind junge Familien, Paare und Singles im Alter von 27 bis 44 Jahren. Auch diese Gruppe weist einen Bedarf zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgrund der folgenden Punkte auf:



Mediennutzungs-
verhalten



Bewegungs-
mangel



Ernährungs-
verhalten



psychische
Belastung

Etwa 30% der Altersgruppe gab an, ihre/ihren (Haus-)Arzt/Ärztin als Quelle für gesundheitsbezogene Informationen zu nutzen. Im Gegensatz zu den Jugendlichen und jungen Erwachsenen nutzen sie zwar weniger die sozialen Medien (5,8%) als Gesundheitsinformationsquelle, 16% der Altersgruppe wählt aber „gegoogelte“ Internetseiten, die als erstes angezeigt werden, als primäre Informationsquellen. Daraus könnte sich für diese Altersgruppe ein Vermittlungsbedarf für den kritischen Umgang mit Medien ergeben (Medienkompetenz).

Dass die Gesundheitskompetenz im hohen Maße stärkungsbedürftig ist, zeigt sich ebenfalls anhand des Bewegungsmangels der Befragten. Etwa die Hälfte der 25-44-Jährigen gab an, sich maximal zwei Stunden wöchentlich intensiv zu bewegen. Ca. 20% bewegen sich höchstens zwei Stunden mit moderater Intensität pro Woche und damit weniger als von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2017) empfohlen.

Besonders auffallend ist auch bei dieser Zielgruppe das Informationsdefizit bei psychischen Problemen: 59,6% finden es „ziemlich schwierig“ bis „sehr schwierig“ Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depressionen zu finden. Hinsichtlich der Kategorie „Geschlecht“ gibt es erkennbare Unterschiede: Weibliche Befragte fanden es im Vergleich zu männlichen Befragten in dieser Zielgruppe schwieriger, Informationen zur Unterstützung bei psychischen Problemen zu finden.

Zuletzt erklären auch die Ergebnisse des Ernährungsverhaltens die Auswahl der Zielgruppe. Wie bereits erwähnt, gaben über 90% der Befragten an, weniger als fünf Stück Obst und Gemüse täglich zu essen, wie von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlen.

Insgesamt deckt die Befragung auf, dass bei der Hälfte (50,6%) der 25-44-Jährigen im Landkreis Hameln-Pyrmont die Gesundheitskompetenz inadäquat (16,8%) oder problematisch (33,8%) ausgeprägt ist.

ÄRZT:INNEN UND APOTHEKER:INNEN

Die dritte Zielgruppe sind Ärzt:innen und Apotheker:innen. Denn diese sind laut Umfrage eine wichtige Informationsquelle für gesundheitsrelevante Informationen. Zudem verfügt die Gruppe über eine große Reichweite. Deshalb ist sie von großer Bedeutung für das Gesundheitsinformationsverhalten der Bevölkerung im Landkreis Hameln-Pyrmont.



hohe Bedeutung/
Reichweite



Beratung/
Aufklärung



Informations-
formate/-umfang

Die Umfrage zeigt: Ärzt:innen sowie Apotheker:innen sind für die Bevölkerung eine der wichtigsten Informationsquellen zum Thema Gesundheit. Diese Bedeutung wächst mit dem Lebensalter der Menschen im Landkreis Hameln-Pyrmont. Sie erreichen demnach vermehrt ältere Menschen. Aus dieser hohen Bedeutung lässt sich zugleich ableiten, dass Ärzt:innen sowie Apotheker:innen über eine hohe Reichweite im Landkreis Hameln-Pyrmont verfügen. Sie sind erste Ansprechpartner:innen im Falle einer (möglichen) Erkrankung. Sie beraten und unterstützen Patient:innen dabei, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Dem Gespräch bzw. dem Informieren kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Durch ausführliche Beratungen und Aufklärungen erhalten Patient:innen umfassende Informationen, auf dessen Basis sie gesundheitsförderliche bzw. krankheitsbewältigende Entscheidungen treffen können. Denn Gesundheitskompetenz umfasst das Finden, Verstehen, kritische Beurteilen und die Anwendung auf die eigene Lebenssituation von Informationen (Schmidt-Kaehler et al. 2017). Dabei kann ein ausführliches Beratungsgespräch und Informationsmaterial für zuhause unterstützen und die Gesundheitskompetenz von Patient:innen stärken.

Ferner ist interessant, welche Formate neben dem klassischen „Arzt/Ärztin-Patient-in-Gespräch“ zur gesundheitlichen Aufklärung genutzt werden (könnten). Dabei sollte hinterfragt werden, ob die genutzten Formate zeitgemäß und altersentsprechend sind. Ebenfalls, wie es gelingen kann, vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen. Denn wie die Ergebnisse verdeutlichen, nutzen diese Personengruppen eher die sozialen Medien oder Internetseiten, die Google zuerst anzeigt als Informationsquellen.

Es gilt zu diskutieren, wie umfangreich derzeit Aufklärungs- und Beratungsgespräche sind und wie ein Gleichgewicht zwischen Bedarf und Angebot entstehen kann, so dass es für Ärzt:innen und Apotheker:innen leistbar bleibt. Ebenfalls, auf welchem Kommunikationsweg das jeweilige Angebot die Menschen erreicht.

FAZIT

Zusammenfassung und Ausblick

43

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Fähigkeit für unseren Alltag und unsere Lebensqualität. Sie ermöglicht uns, Gesundheitsinformationen zu finden und zu verstehen und sie für unsere Gesundheit zu nutzen. Gesundheitskompetenz ist aber nicht bloß theoretisches Wissen, sondern wirkt sich darauf aus, wie wir uns im Alltag verhalten. Genau genommen stehen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten in engem Zusammenhang: Je gesundheitskompetenter eine Person ist, desto gesundheitsförderlicher verhält sie sich auch. Mit Hilfe einer Bevölkerungsumfrage im Landkreis Hameln-Pyrmont wurde erhoben, wie stark die Gesundheitskompetenz vor Ort ausgeprägt ist.

Die Ergebnisse der Umfrage entsprechen den jüngsten Studienergebnissen von Schaeffer et al. (2021). Zwar weisen in den Ergebnissen zur Region Hameln-Pyrmont „nur“ etwa 45% eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf - deutschlandweit sind es etwa 58% - dennoch ist auch im Landkreis die Gesundheitskompetenz ungleich verteilt. Neben dem allgemeinen Bedarf diese zu stärken, gilt es vor allem bestimmte Gruppen in den Blick zu nehmen. Denn auch im Landkreis Hameln-Pyrmont sind Risikofaktoren für eine schlechtere Gesundheitskompetenz wie ein geringes Bildungsniveau, ein niedriger Sozialstatus, chronische Krankheit oder ein Migrationshintergrund zu erkennen. In der jüngsten Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland zeigte sich zudem die Entwicklung, dass bei immer mehr Jüngeren die Gesundheitskompetenz schlecht ausgeprägt ist (Schaeffer et al., 2021).

Auch diese Entwicklung ist im Landkreis Hameln-Pyrmont klar zu erkennen. Neben dem Bedarf, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Landkreis Hameln-Pyrmont zu stärken, zeigt sich auch ein ganz klarer Handlungsbedarf bezüglich des Ernährungs-, Bewegungs- und Informationsverhaltens. Umso wichtiger sind also die formulierten Ziele, die Gesundheitskompetenz im Landkreis zu verbessern und mögliche Barrieren abzubauen.

In einem nächsten Schritt werden die Handlungsbedarfe verifiziert, um den nachhaltigen Erfolg des Projektes sicherzustellen. Hierzu werden zum Ende des Jahres 2022 und Beginn des Jahres 2023 Bürger:innenbeteiligungsrunden initiiert, bei denen die Ideen und Meinungen der Bürger:innen zu den zielgruppenspezifischen Themen Ernährungskompetenz, Bewegungskompetenz und Erreichbarkeit der Bewohner:innen des Landkreises Hameln-Pyrmont gesammelt und dokumentiert werden sollen. Die aus dem gemeinsamen Austausch entstandenen Erkenntnisse fließen in den weiteren Projektverlauf ein und dienen als Grundlage für die zielgruppenspezifische Maßnahmenplanung. Nach Sichtung, Gliederung und Priorisierung der Ergebnisse im "Runden Tisch Gesundheitskompetenz" werden diese in den beiden weiteren Bürger:innen-Beteiligungsrunden vertieft. Nach ausgiebiger Analyse erfolgt die Präsentation der Ergebnisse im Sozial- und Gesundheitsausschuss. Ebenfalls werden diese der Öffentlichkeit präsentiert. Anschließend werden praktische Vorhaben zur Stärkung der Gesundheitskompetenz entwickelt und umgesetzt.

Aus den Ergebnissen zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitskompetenz wurden folgende Zielgruppen für das weitere Projektvorgehen benannt:

1: Schüler:innen und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 24 Jahren

Begründung:

- Kritisches Mediennutzungsverhalten
- Bewegungsmangel
- Ernährungsverhalten
- Psychische Belastung

2: Junge Familien, Paare und Singles im Alter von 27 bis 44 Jahren

Begründung:

- Kritisches Mediennutzungsverhalten
- Bewegungsmangel
- Ernährungsverhalten
- Psychische Belastung

3: Ärzt*innen und Apotheker*innen

Begründung:

- Hohe Bedeutung/Reichweite als Informationslieferant:innen
- Beratung/Aufklärung: in allen Altersgruppen gibt es Informationsdefizite zu den Themen:
 - Ernährung,
 - Stressmanagement,
 - Vorsorgeuntersuchungen sowie
 - Sport und Gesundheit

QUELLENVERZEICHNIS

Adam, Y., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Zeeb, H., Schaeffer, D. (2019): Strategiepapier #6 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken: Fokus Migration. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020)(a): „Die Corona-Pandemie hat mir wertvolle Zeit genommen!“. Jugendltag 2020. Universitätsverlag Hildesheim. URL: <https://doi.org/10.18442/163> [letzter Zugriff: 17.01.2023]

Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020)(b): Erfahrungen und Perspektiven von jungen Menschen während der Corona-Maßnahmen. Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie JuCo. Universitätsverlag Hildesheim. URL: <https://dx.doi.org/10.18442/120> [letzter Zugriff: 17.01.2023]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. URL: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjxu52X79X8AhWQcvEDHUtuA80QFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bundesgesundheitsministerium.de%2Ffileadmin%2FDateien%2F5_Publikationen%2FPraevention%2FBroschueren%2FBewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf&usg=AOvVaw2-Wq9ddX3GmENDy_sA8J1e [letzter Zugriff: 20.01.2023]

DGE (2012): Ein hoher Gemüse- und Obstverzehr fördert die Gesundheit. DGE stellt wissenschaftliche Datenlage vor. URL: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj5vS77tX8AhU-R_EDHTidAXQQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.dge.de%2Fuploads%2Fmedia%2FDGE-Pressmeldung-AdW-01-2012-Gemuese-Obst.pdf&usg=AOvVaw0kb2UDKyTylymUqvX3rq6S [letzter Zugriff: 20.01.2023]

Jacob, R., Heinz, A. & Décieux, J. (2013). Umfrage: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 1-291.

Jordan, S. & Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

QUELLENVERZEICHNIS

Kolpatzik, K. & Zaunbrecher, R. (Hrsg.) (2020): Ernährungskompetenz in Deutschland (AOK). URL: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiD0sajjt38AhUEiv0HHVNHDdbQQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.aok-bv.de%2Fimperia%2Fmd%2Faokbv%2Fpresse%2Fpressemitteilungen%2Farchiv%2F2020%2Fpk_food_literacy_studienbericht_160620.pdf&usg=AOvVaw0jBjyHXwPMAoLV2AFYg2iF [letzter Zugriff: 23.01.2023]

Landesamt für Statistik Niedersachsen (2021): Regionalmonitoring Niedersachsen. URL: <https://www..regionalmonitoring-statistik.niedersachsen.de/index.html> [letzter Zugriff: 20.02.2023]

Pöge K, Rommel A, Starker A, Prütz F, Tolksdorf K., Öztürk, I., Strasser, S., Born, S. & Saß, A.-C. (2022): Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *J Health Monit* 7(2): 52–71. DOI 10.25646/9957 [letzter Zugriff: 20.01.2023]

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2022): Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 879–889. URL: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5> [letzter Zugriff: 19.01.2023].

Röthlin, F., Pelikan J.M. & Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH

Schaeffer, D., Berens, E.-M.; Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305> [letzter Zugriff: 20.01.2023]

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D. (2017): Health literacy in the German population— results of a representative survey. *Deutsches Ärzteblatt* int 2017, 114: 5360. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0053 [letzter Zugriff: 19.01.2023]

QUELLENVERZEICHNIS

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

Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E-M., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten – Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld: Universität Bielefeld

Sörensen, 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 (2012). DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80> [letzter Zugriff: 20.01.2023]

Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld