

Sachbericht

Projekt:

Corona-bezogene Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

„Health Literacy Survey COVID-19“

Förderkennzeichen

Zuwendungen im Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit
aus Kapitel 1503 Titel 68403 für das Haushaltsjahr 2020

Leitung

Prof. Dr. Orkan Okan, Technische Universität München, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Professur Gesundheitskompetenz

Prof. Dr. Ullrich Bauer, Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, AG Sozialisation, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI)

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Hertie School Berlin, Public Health and Education

Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)

Projektmitarbeitende

Torsten Michael Bollweg, M.A., Technische Universität München, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Professur Gesundheitskompetenz

Kontaktdaten

Prof. Dr. Orkan Okan, Technische Universität München, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Uptown München-Campus D, Georg-Brauchle-Ring 60/62, 80992 München, Tel. 089 289 24 986, E-Mail: orkan.okan@tum.de

Laufzeit

31.07.2020 – 31.12.2020

Fördersumme

94.600,00€

Datum

06.04.2022

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Einleitung	2
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	3
4	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	7
5	Ergebnisse	8
6	Gender Mainstreaming Aspekte	32
7	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	33
8	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	39
9	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	39
10	Publikationsverzeichnis	41
11	Literaturverzeichnis	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Zeitplan und Arbeitspakete.....	7
Abbildung 2 - Coronaspezifische Gesundheitskompetenz in Deutschland	8
Abbildung 3 - Finden von Informationen über Coronavirus.....	10
Abbildung 4 - Verstehen von Informationen über Coronavirus	11
Abbildung 5 - Bewerten von Informationen über Coronavirus	12
Abbildung 6 - Anwenden von Informationen über Coronavirus	13
Abbildung 7 - Informationsstand zum Coronavirus	14
Abbildung 8 - Gesundheitskompetenz nach Grad der Informiertheit über Coronavirus.....	15
Abbildung 9 - Verunsicherung durch Informationsflut	16
Abbildung 10 - Verunsicherung durch Informationen nach Gesundheitskompetenz	17
Abbildung 11 - Nutzung von Informationsquellen.....	18
Abbildung 12 - Einschätzen der Vertrauenswürdigkeit von Informationsquellen.....	20
Abbildung 13 - Informationsverhalten prä-post Corona	21
Abbildung 14 - Präventionsverhalten.....	22
Abbildung 15 - Gesundheitskompetenz nach Anzahl präventiver Verhaltensweisen	23
Abbildung 16 - Bevölkerung nach Anzahl befolgter AHA-Regeln	24
Abbildung 17 - Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, die AHA-Regeln befolgt.....	25
Abbildung 18 - Einstellungen zum Impfen	26
Abbildung 19 - Impfbezogene Annahmen und Wissen über Coronavirus	27
Abbildung 20 - Einstellungen zum Impfen	29
Abbildung 21 - Sorgen hinsichtlich der Auswirkungen von Coronavirus	30
Abbildung 22 - Angst vor Ansteckung und Gefahreneinschätzung.....	31
Abbildung 23 - Zukunftsperspektive	32

1 Zusammenfassung

Die HLS-COVID-19 Studie ist eine online-repräsentative Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in Deutschland, die zu zwei Messzeitpunkten im Jahr 2020 erfolgte. Themen der Online-Befragung waren neben der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz auch Informations- und Präventionsverhalten, Impfeinstellungen, -annahmen und -bereitschaft, Wissen über COVID-19 sowie Sorgen, Ängste und die eigene Risikoeinschätzung und Zukunftsaussichten.

Die coronaspezifische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland lag im Jahr 2020 zwischen 34,8% und 50,1% und hat sich im Jahresverlauf signifikant verbessert. Einem großen Teil der Bevölkerung fällt es nicht immer einfach, mit Gesundheitsinformationen zu Covid-19 umzugehen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass seit Beginn der Pandemie auf vielen Informationskanälen kontinuierlich und umfangreich über das Coronavirus informiert wurde. Eine solche breite und dauerhafte Informationskampagne zu einem spezifischen Gesundheitsrisiko hat es zuvor noch nie gegeben. Mag sie stellenweise optimierungsbedürftig sein, so zeigen die vorliegenden Ergebnisse doch, dass die kontinuierliche Bereitstellung von Gesundheitsinformationen über ein spezifisches Gesundheitsrisiko wirkt und positive Effekte hat. Hinzu kommt, dass die Präventionsbotschaften wie z. B. die AHA-Regeln leicht verständlich und einfach praktikabel sind. Auch das dürfte sich positiv ausgewirkt haben. Gleichzeitig verfügt etwas mehr als ein Drittel der Bevölkerung über eine geringe coronaspezifische Gesundheitskompetenz – eine mit Blick auf die Herausforderungen bei der Eindämmung der Corona-Pandemie und Prävention von Infektionen eine zu hohe Zahl. Denn eine geringe coronaspezifische Gesundheitskompetenz ist mit zahlreichen Folgen verbunden. Die größte Herausforderung stellt die Beurteilung von Informationen dar. Die Ergebnisse deuten zudem auf einen sozialen Gradienten für niedrige coronaspezifische Gesundheitskompetenz hin.

Personen mit geringer coronaspezifischer Gesundheitskompetenz:

- fühlen sich signifikant weniger über die Corona-Pandemie informiert.
- haben insgesamt ein geringeres Vertrauen in alle Informationsquellen.
- sind signifikant häufiger durch die vielen Informationen zum Coronavirus verunsichert.
- informieren sich seit Beginn der Pandemie nicht in demselben Maße häufig über Gesundheitsthemen wie Menschen mit einer hohen Gesundheitskompetenz (46,6% mit hoher vs. 41,0% mit niedriger Gesundheitskompetenz).
- wenden signifikant seltener präventive Verhaltensweisen an, wie z. B. Abstandhalten, häufigeres Händewaschen und Tragen einer Alltagsmaske.
- bezweifeln deutlicher und häufiger die Wirksamkeit der AHA-Regeln (Abstandhalten, Hygiene/Händewaschen, Alltagsmaske) für den Infektionsschutz.
- haben eine negativere Einstellung zum Impfen und eine geringere Bereitschaft, sich gegen das Coronavirus impfen zu lassen.
- haben weniger Sorgen und Ängste, dass sie oder ein Familienmitglied sich mit dem Coronavirus ansteckt.
- denken häufiger, dass die Gefahren, die vom Coronavirus ausgehen, übertrieben sind.
- denken häufiger, dass mit Blick auf die Corona-Pandemie das Schlimmste schon vorüber sei.

2 Einleitung

Gesundheitskompetenz stellt eine Schlüsselkompetenz für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit dar (1). Sie umfasst im Wesentlichen die für den Umgang mit gesundheitsrelevanten Wissensbeständen, Informationen und Angeboten benötigten Fähigkeiten. Dabei nehmen das Finden, Verstehen und kritische Bewerten von Gesundheitsinformationen sowie die Überführung in alltägliche Praktiken und Verhaltensweisen eine zentrale Rolle ein (2, 3). Die Auseinandersetzung mit Wissen und der Umgang mit Informationen zum Coronavirus und COVID-19 verlangt den Menschen heute sehr viel ab, weswegen Gesundheitskompetenz ein unverzichtbares Rüstzeug für die Krisenbewältigung geworden ist (4, 5).

In der Corona-Pandemie unterstützt Gesundheitskompetenz Menschen dabei, Zugang zu Informationsquellen zu erschließen, sich neues Wissen über das Coronavirus anzueignen, Empfehlungen für Verhaltensweisen zu verstehen und anzuwenden, Risikoeinschätzungen vorzunehmen sowie vertrauenswürdige Gesundheitsratschläge zu erkennen und diese von Fehlinformationen und Falschnachrichten zu unterscheiden (6–9). Die Informationslage zu gesundheitlichen Themen und insbesondere online-bezogenen Informationsumgebungen haben sich bereits vor der Corona-Pandemie als hochkomplex dargestellt (10). Der Umgang mit Gesundheitsinformationen fällt insbesondere Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz schwer (3). Mit Ausbruch der Pandemie hat sich dieser Umstand verschärft, vor allem, weil digitale Kommunikationstechnologien und Übertragungswege eine rasante Verbreitung und Vermehrung von Informationen begünstigen. Dieser Umstand wird auch als Informationsepidemie – kurz: Infodemie – bezeichnet, welche die Corona-Pandemie begleitet und sich viel schneller in der Welt ausbreitet als das Coronavirus selbst (4, 7, 10). Dieser rasante Anstieg der zur Verfügung stehenden Onlineinformationen und der Berichterstattung zu Corona in traditionellen Medien wie TV, Radio und Printmedien führt zu komplexen und schwierig zu navigierenden Informationswelten.

Studien zur allgemeinen Gesundheitskompetenz nehmen in den Blick, wie leicht es der Bevölkerung fällt, mit Informationen über die gesamte Bandbreite der Krankheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung umzugehen. Hierbei muss beachtet werden, dass einige gesundheitliche Themen, Krankheiten und gesundheitsbezogene Fragestellungen mit spezifischen Anforderungen verbunden sind und besondere Wissensbestände und Kompetenzen erfordern. Dies kommt auch im besonderen Fall der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz zum Tragen, bei der ausschließlich der Umgang mit Informationen über das Coronavirus, entsprechende Präventionsmöglichkeiten und Risiken im Fokus stehen. Daher liegt nahe, dass sich Befunde zur allgemeinen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht notwendigerweise mit den Befunden decken, die wie in dieser Studie ausschließlich die coronaspezifische Gesundheitskompetenz beschreiben. Dies deutet nicht etwa auf einen Widerspruch hin, sondern trägt dem Umstand Rechnung, dass verschiedene gesundheitliche Themen und Krankheiten in der Bevölkerung unterschiedlich präsent sowie relevant sind und an unterschiedliche Wissensbestände anknüpfen.

Die Ergebnisse der ersten Erhebung der HLS-COVID-19 Studie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland zeigen, dass mit 50,1% mehr als die Hälfte der Befragten über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen (4, 7). Insbesondere die kritische Beurteilung von Informationen über Medienkanäle wird als herausfordernd betrachtet und fällt den Menschen schwer, während sie das Finden und Verstehen von Informationen zum Coronavirus und COVID-19 als eher leicht empfinden. Mit 90% gab gleichzeitig

eine überwiegende Mehrheit der Bevölkerung unabhängig von Geschlecht, Alter und Bildung an, sich gut oder sogar sehr gut über das Coronavirus informiert zu fühlen. Allerdings war die Mehrheit der Bevölkerung durch die Fülle und Vielfalt an Informationen zum Coronavirus verunsichert. Mit über 56% gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, nicht zu wissen, welchen Informationen sie im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie Vertrauen schenken könnten. Personen, die sich besser informiert fühlten, verspürten zudem weniger Verunsicherung (4, 7).

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch die Studie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz und die Studie zur digitalen Gesundheitskompetenz von Studierenden in Deutschland. Für die Schweiz konnte die Studie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz im Frühsommer 2020 für 47% der deutschsprachigen Bevölkerung eine niedrige Gesundheitskompetenz feststellen und einen mit 52% sehr hohen Anteil an Verunsicherung hinsichtlich der Verfügbarkeit und Menge von Informationen zum Coronavirus (11). Laut der bundesweiten Studie zur digitalen Gesundheitskompetenz in Deutschland (covid-hl.eu) verfügen Studierende zu einem überwiegenden Teil über eine hohe digitale Gesundheitskompetenz (10). Allerdings berichten auch sie von großen Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Zuverlässigkeit von Online-Informationen zum Coronavirus und dem Erkennen von kommerziellen Absichten hinter Informationen zur Gesundheit im Internet (10).

Mit diesen Studien liegen erste Querschnitterhebungen vor. Die Erfahrungen mit dem Verlauf der Corona-Pandemie zeigen jedoch, dass es notwendig ist, auch Längsschnitterhebungen zu implementieren, um Veränderungen über die Zeit und wichtige Zielgruppenbedarfe erkennen und weitere Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz, Verhalten und Gesundheit identifizieren und besser verstehen zu können. Hier setzt die vorliegende Trendstudie an. Ihr Ziel ist die Erfassung der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland zu drei Messzeitpunkten und die Analyse der Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz und dem Informations- und Präventionsverhalten.

Im Rahmen dieses Berichts wird auf die Ergebnisse zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland eingegangen. Dabei werden die Studiendaten beider Erhebungen detailliert dargestellt. Die Ergebnisse der ergänzenden Variablen werden allerdings nur für die erste Erhebung (September-Oktober 2021) im Detail dargestellt, weil sie nicht zu den zentralen Fragestellungen der Studie zählen. Der Vergleich der Handlungsschritte der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz wird zudem zwischen den Wellen 1 und 2 durchgeführt, weil die Unterschiede zwischen den Wellen 2 und 3 nur sehr marginal sind. Daher eignet sich der erste Vergleich eher, die Änderung im pandemischen Zeitverlauf im Jahr 2020 darzustellen. Weitere Analysen und Veröffentlichungen werden zeitnah erfolgen.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die HLS-COVID-19 Studie ist eine online-repräsentative Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in Deutschland, die zu drei Messzeitpunkten im Jahr 2020 erfolgte (Frühjahr, Herbst und Winter). Die erste Messung (Ausgangserhebung zwischen 31. März und 7. April) wurde bereits im Frühjahr abgeschlossen, die *zweite* Messung erfolgte im Zeitraum vom 22. September bis 5. Oktober 2020. Die *dritte* Messung wurde vom 24. November bis zum 7. Dezember 2020 durchgeführt. Die Datenerhebung wurde durch das Institut für Demoskopie Allensbach vorgenommen. In der HLS-COVID-19 Studie liegt der Schwerpunkt auf der

Frage, wie sich die coronaspezifische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (bzw. auch in Österreich und der Schweiz) entwickelt und wie einfach es den Menschen im Verlauf der Pandemie fällt, Informationen zur Coronavirus-Pandemie zu finden, zu verstehen, kritisch einzuschätzen und das eigene Gesundheitsverhalten danach auszurichten.

3.1 Erhebungsinstrumente

Die Erhebung der Gesundheitskompetenz wurde mit einem durch das Projektteam entwickelten Fragebogen HLS-COVID-Q22 gemessen (4, 7). Dieser Fragebogen basiert auf der deutschen Übersetzung des HLS-EU-Q16 (12) und HLS-EU-Q47 (3, 13), welche die *allgemeine* Gesundheitskompetenz erfassen, d.h. nicht mit Blick auf Informationen über das Coronavirus. Der HLS-COVID-Q22 umfasst 22 Fragen und misst auf der Basis von Selbsteinschätzungen, wie schwierig bzw. einfach das Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Informationen zum Coronavirus und COVID-19 ist.¹ Dazu wurden die Fragen des HLS-EU-Q vom Studienteam an den Umgang mit Informationen zum Coronavirus und COVID-19 angepasst. Der HLS-COVID-Q22 ist ein reliabler Fragebogen zur Messung der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz und weist eine sehr hohe interne Konsistenz auf (Cronbachs $\alpha = 0.94$). Die vier Subskalen haben ebenfalls eine hohe interne Konsistenz: Finden $\alpha = 0.814$; Verstehen $\alpha = 0.858$; Bewerten $\alpha = 0.823$; Anwenden $\alpha = 0.83$. In der Konstruktvalidität (d.h. in der Passung zwischen den Daten und dem zugrundeliegenden theoretischen Modell der Gesundheitskompetenz) zeigt sich zwar eine akzeptable Anpassungsgüte; die Daten sprechen aber eher gegen die Annahme, dass die vier Dimensionen der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz (Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Informationen) unabhängig voneinander sind.

Als ergänzende Variablen wurden neben dem Informations- und Präventionsverhalten, Impfeinstellungen, Impfannahmen, Impfbereitschaft, Wissen über COVID-19 sowie Sorgen, Ängste, Risikoeinschätzung und Zukunftsaussichten auch Variablen erhoben, die den Grad der Informiertheit über das Coronavirus und COVID-19 sowie die Verunsicherung durch die vorhandenen Informationen über dieses Thema erfassen. Neben dem HLS-COVID-Q22 und den ergänzenden Variablen wurden folgende soziodemografische Merkmale in den Fragebogen aufgenommen: Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Haushaltseinkommen, Anzahl und Alter von Kindern, Region, Migrationshintergrund, Ausbildung/Studium in einem Gesundheitsberuf, Beschäftigungsstatus und chronische Krankheiten.

3.2 Stichprobe, Rekrutierung und Erhebungsmodus

Im Rahmen dieser Trendstudie wurden in Deutschland zu zwei Messzeitpunkten im Jahr 2020 (22.9.-5.10.: $n=1030$; 24.11.-7.12.: $n=1036$) Internetnutzer ab 16 Jahren befragt. Die Studie wurde über einen Onlinefragebogen realisiert. Die Stichprobe war dabei repräsentativ für die Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung und Region. Hierzu hat die Studiengruppen den Fragebogen HLS-COVID-Q22 verwendet. Der HLS-COVID-Q22 enthält 22 Fragen und misst die coronaspezifische Gesundheitskompetenz in den Bereichen des Findens, Verstehens, Bewertens und Anwendens von coronaspezifischen Gesundheitsinformationen. Mit einem Cronbachs $\alpha = 0.94$ weist der Fragebogen eine sehr hohe interne Konsistenz auf (s. 2.1).

¹ Der HLS-COVID-Q22 wird gegenwärtig in verschiedene Sprache übersetzt und kommt in Studien in Europa, Nordamerika und Asien zum Einsatz.

Stichprobe	Anzahl	Anteil (in Prozent)
Befragte Erwachsene	1.021	100,0
Geschlecht		
Weiblich	491	48,1
Männlich	530	51,9
Alter		
16-29 Jahre	195	19,1
30-44 Jahre	212	20,8
45-59 Jahre	319	31,2
60+ Jahre	295	28,9
Bundesland		
Alte Bundesländer	839	82,2
Neue Bundesländer	182	17,8
Kinder		
Ja	556	54,5
Nein	465	45,5
Kinder unter 18 Jahre	216	21,2
Geboren in Deutschland		
Ja	970	95
Nein	51	5
Beide Elternteile nicht in DE geboren	82	8
Ein Elternteil in DE geboren	68	6,7
Beide Elternteile in DE geboren	871	85,3
Bildung		
Niedrig	325	31,8
Mittel	278	27,2
Hoch	418	40,9
Haushaltseinkommen		
bis 1.750€	294	28,8
1.750 - 2.999€	335	32,8
ab 3.000€	392	38,4
Ausbildung oder Studium in einem Gesundheitsbereich		
Ja	159	15,6
Nein	862	84,4
Beschäftigungsstatus		

Beschäftigte:r ²	490	48,0
Selbstständig	58	5,7
Arbeitslos, erwerbslos	48	4,7
Rentner:in, Pension, Ruhestand	221	21,6
Arbeitsunfähig	36	3,5
Schüler:in, Student:in	90	8,8
Hausfrau/-mann, Pflegende:r in Vollzeit	35	3,4
Militär- oder Bundesfreiwilligendienst	2	0,2
Anderes	41	4,0

Chronische Krankheit

Ja, eine	348	34,1
Ja, mehrere	258	25,3
Nein, keine	415	40,6

Tabelle 1 - Beschreibung der Studienstichprobe³

3.3 Datenanalyse

Nach der Datenprüfung und -bereinigung durch das Institut für Demoskopie Allensbach wurde der Datensatz an die Universität Bielefeld übermittelt, wo eine weitere Prüfung vorgenommen wurde. Im Anschluss wurden standardisierte Auswertungsroutinen entwickelt, die u.a. schon in der ersten Erhebung im Frühjahr zum Einsatz kamen (7).

Für den HLS-COVID-22 konnten die Teilnehmenden mit „sehr schwierig“ (Wert 1), „schwierig“ (Wert 2), „einfach“ (Wert 3) und „sehr einfach“ (Wert 4) antworten. Aus den Antworten auf die 22 Fragen wurde ein Mittelwert mit folgender Einteilung gebildet:

Mean Score	Cut-Off Grenzen	Bezeichnung Gesundheitskompetenz	Bezeichnung Niveau
Mittelwert	≤ 2.5	„Inadäquate Gesundheitskompetenz“	gering
Mittelwert	> 2.5 bis < 3.0	„Problematische Gesundheitskompetenz“	
Mittelwert	≥ 3.0	„Ausreichende Gesundheitskompetenz“	hoch

Tabelle 2 - Einteilung der Gesundheitskompetenzniveaus

² Abhängig beschäftigt / Unselbstständig erwerbstätig (hierzu zählt auch unbezahlte Arbeit für ein Familienunternehmen oder einen Betrieb, Lehre, betriebliche Ausbildung, Volontariat oder bezahltes Praktikum)

³ Der Übersicht halber wird hier nur die erste Erhebung im Rahmen der Projektförderung dargestellt

3.4 Ethikvotum

Diese Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität Bielefeld nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen einer Begutachtung unterzogen und als ethisch unbedenklich eingestuft. Das positive Ethikvotum wurde am 11. August 2020 unter der Antragsnummer: 2020-126 erteilt.

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Arbeitsschritte	Wochen	Monate (2020)																							
		August				September				Oktober				November				Dezember				Jan 21			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Vorbereitungsphase und Startphase: August und September 2020 Erhebungsvorbereitung, Rekrutierung Umfrageinstitut, Abstimmungen mit Partner:innen																									
Erhebung																									
Analysephase I: Datenprüfung und Datenanalyse																									
Berichtlegung: Interner Zwischenbericht																									
Erhebung																									
Analysephase II: Datenprüfung und Datenanalyse																									
Berichtlegung: Gesamtbericht																									
Dissemination: Öffentlicher Abschlussbericht, Veröffentlichungen																									

Abbildung 1 - Zeitplan und Arbeitspakete

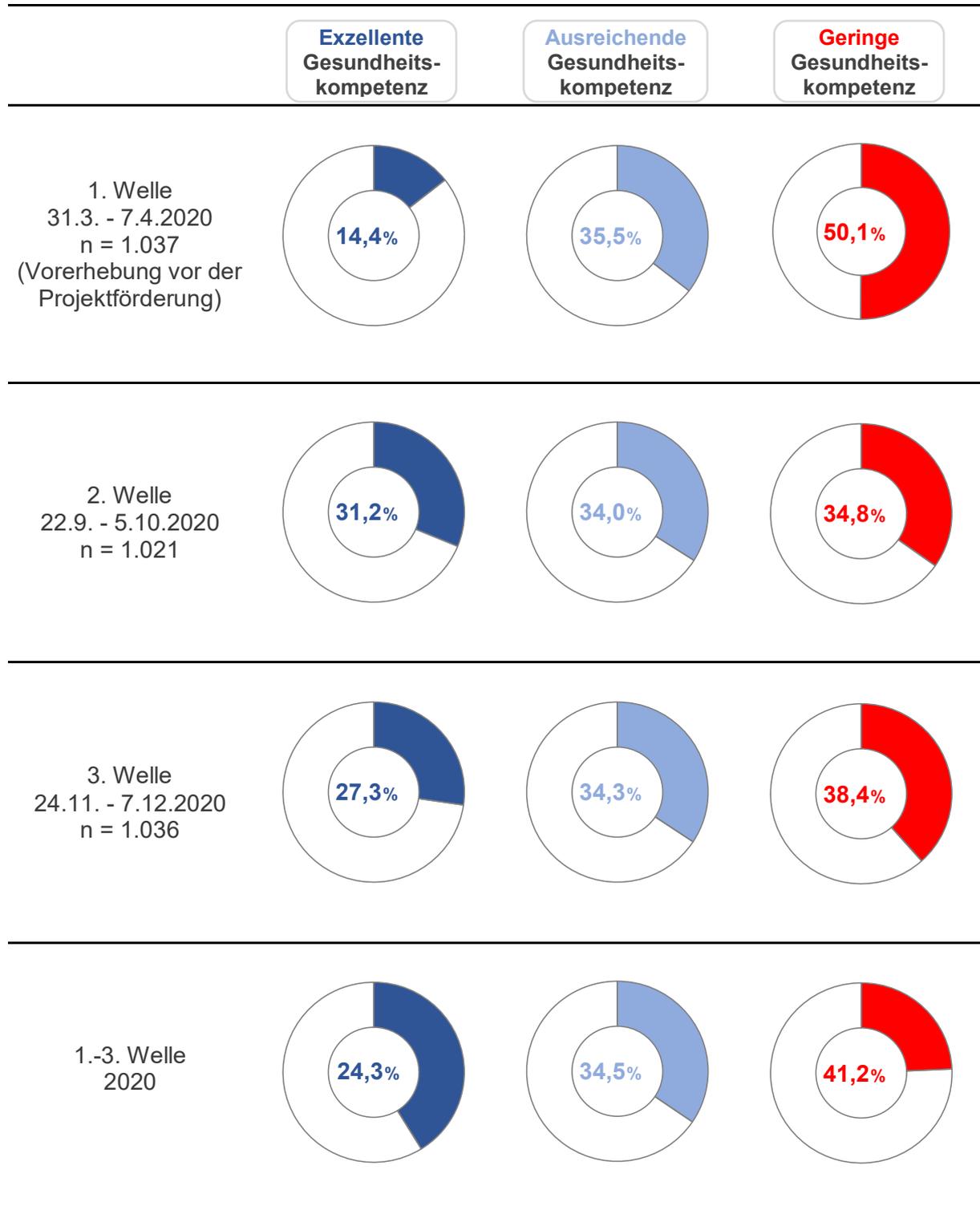
- M1: Fragebogen erstellt, Onlinefragebogen programmiert, Vertrag mit dem Umfrageinstitut geschlossen, Erhebung vorbereitet
- M2: Erhebung abgeschlossen
- M3: Analyse der Daten abgeschlossen
- M4: Berichtlegung erste Welle
- M5: Erhebung abgeschlossen
- M6: Analyse der Daten abgeschlossen
- M7: Berichtlegung zweite Welle
- M8: Projektende und Vorbereitung öffentlicher Bericht und Veröffentlichungen

Die Arbeiten haben sich im Vergleich zum ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan nicht verändert. Die für die Laufzeit definierten Ziele wurden ohne Abweichungen zur Planung erreicht.

5 Ergebnisse

5.1 Coronaspezifische Gesundheitskompetenz

Coronaspezifische Gesundheitskompetenz im Zeitverlauf 2020



HLS-COVID-19 | Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in Deutschland

Abbildung 2 - Coronaspezifische Gesundheitskompetenz in Deutschland

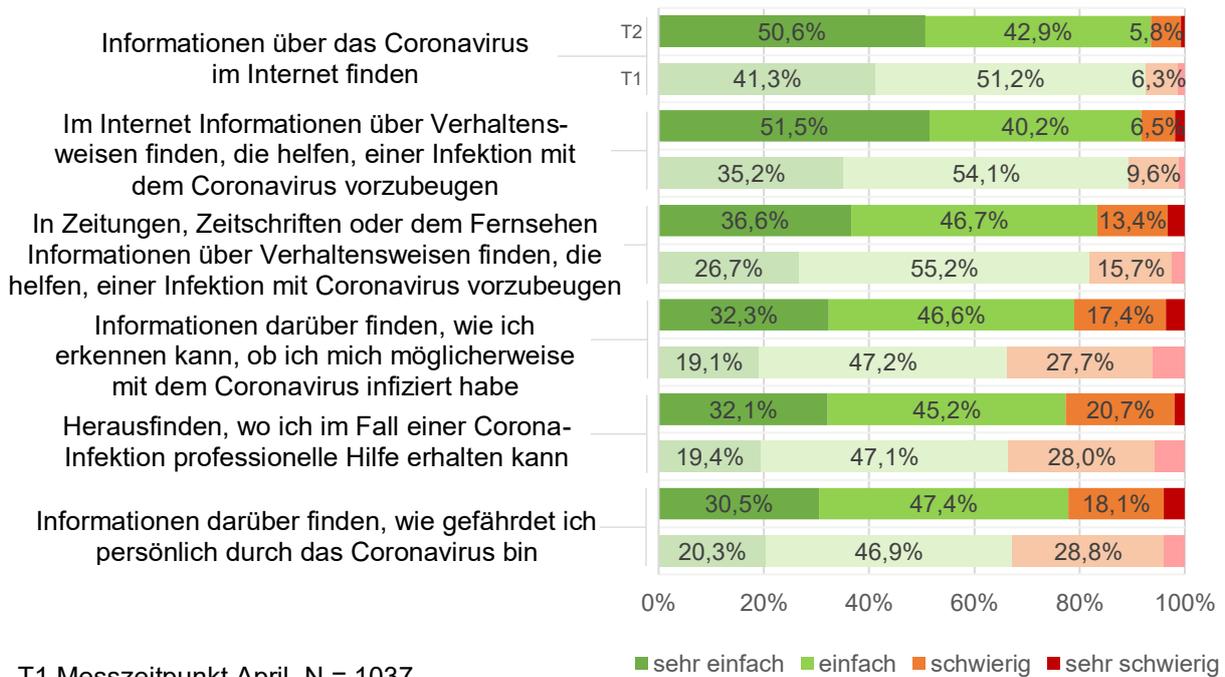
Der Anteil der Bürgerinnen und Bürger, denen es überwiegend leicht fällt, mit Corona-bezogenen Informationen umzugehen – die also eine hohe coronaspezifische Gesundheitskompetenz haben – ist zwischen den beiden Messzeitpunkten signifikant gestiegen (Abbildung 2). Während in der ersten Erhebung nur knapp jede zweite Person eine hohe Gesundheitskompetenz in diesem Bereich aufweisen konnte, sind es in der zweiten Erhebung annähernd zwei Drittel. Dies ist eine beachtliche Steigerung. Abzuwarten bleibt allerdings, ob und inwieweit sie zeitstabil sein wird. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in ihrer coronaspezifischen Gesundheitskompetenz. Ältere Menschen finden den Umgang mit Informationen über das Coronavirus jedoch signifikant schwieriger. Bei ihnen beträgt der Anteil ausreichender coronaspezifischer Gesundheitskompetenz 60,3%, gegenüber 69,7% bei den 16- bis 29-Jährigen.

Über drei Wellen hinweg wurden insgesamt $n=3094$ Personen ab 16 Jahren befragt (Tab. 1). Zum ersten Messzeitpunkt im Frühjahr 2020 konnte bei 14,4% ($n=150$) eine exzellente, bei 35,5% ($N=368$) eine ausreichende und bei 50,1% ($n=519$) eine geringe c-GK festgestellt werden ($MW=2,99$) (vgl. Abb. 2). Zum zweiten Messzeitpunkt ist eine signifikant verbesserte ($p<0,001$) c-GK beobachtbar: Der Anteil der Menschen mit einer hohen c-GK steigt auf gut das Doppelte (auf 31,2%), während der Anteil mit einer geringen c-GK um fast ein Drittel kleiner wird (auf 34,8%). Zum dritten Messzeitpunkt hin ergeben sich minimale Verschiebungen in der Verteilung, die jedoch gegenüber dem zweiten Messzeitpunkt nicht signifikant sind. Die Unterschiede zwischen dem Niveau der c-GK in der ersten ($M=2,99$; $SD=,49$) und der zweiten Welle ($M=3,18$; $SD=,54$) ist signifikant ($p<0,001$). Auch der Unterschied zwischen der ersten und dritten Welle ($M=3,14$; $SD=,56$) ist signifikant ($p<0,001$). Es konnte allerdings keine Signifikanz zwischen der zweiten und dritten Welle festgestellt werden. Über alle drei Messzeitpunkte hinweg ist das Bewerten (gegenüber dem Finden, Verstehen und Anwenden) von coronaspezifischen Gesundheitsinformationen für die Befragten am schwierigsten.

5.1.1 Finden von Informationen

Im Vergleich zum ersten Befragungszeitpunkt halten die Befragten der zweiten Erhebung es für signifikant einfacher, Informationen im Zusammenhang mit dem Coronavirus zu finden. Dies trifft auch auf die Gesundheitskompetenz älterer Bürgerinnen und Bürger zu, wobei diese die Informationssuche zum Coronavirus als etwas schwieriger einstufen als jüngere Menschen. Diese Tendenz lässt sich auch in anderen Studien zur allgemeinen Gesundheitskompetenz beobachten (14). Unterschiede mit Hinblick auf das Geschlecht, den Bildungsabschluss oder das Vorliegen einer chronischen Erkrankung sind nicht zu beobachten.

Wie schwierig ist es für Sie, etwas über das Coronavirus herauszufinden?



T1 Messzeitpunkt April, N = 1037
T2 Messzeitpunkt Oktober, N = 1021

HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

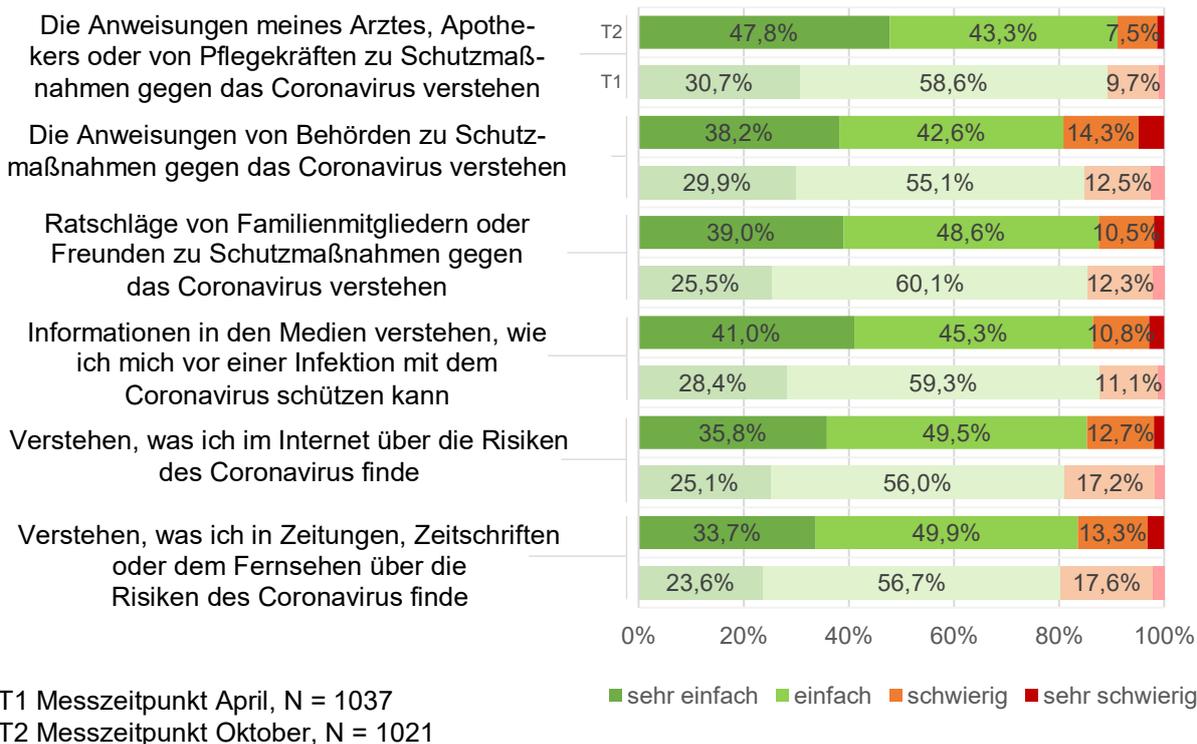
Abbildung 3 - Finden von Informationen über Coronavirus

Am einfachsten ist es für die Befragten, im Internet Informationen über das Coronavirus oder über Verhaltensweisen zum Umgang mit dem Virus zu finden. 93,5% bzw. 91,7% der Befragten fällt dies „einfach“ oder sogar „sehr einfach“ (Abbildung 3). Im Kontrast hierzu empfinden es nur 77,1% bzw. 77,9% der Befragten als einfach, herauszufinden, wo sie im Fall einer Corona-Infektion professionelle Hilfe erhalten oder wie gefährdet sie persönlich durch das Coronavirus sind.

5.1.2 Verstehen von Informationen

Auch im Bereich des Verstehens von Gesundheitsinformationen hat sich das Antwortverhalten der Befragten zwischen April und Oktober signifikant verändert: mehr Bürgerinnen und Bürger geben an, dass es einfach für sie ist, Informationen über das Coronavirus zu verstehen (Abbildung 4). Innerhalb der zweiten Erhebung ist es jedoch für Männer sowie ältere Menschen signifikant schwieriger, Informationen über das Coronavirus zu verstehen. Es lassen sich jedoch keinerlei Unterschiede mit Hinblick auf den Bildungsgrad, das Einkommen, die Region, einen Migrationshintergrund, das Vorhandensein einer chronischen Krankheit oder die Frage beobachten, ob die Befragten Kinder unter 18 Jahren haben.

Wie schwierig ist es für Sie, etwas über das Coronavirus zu verstehen?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

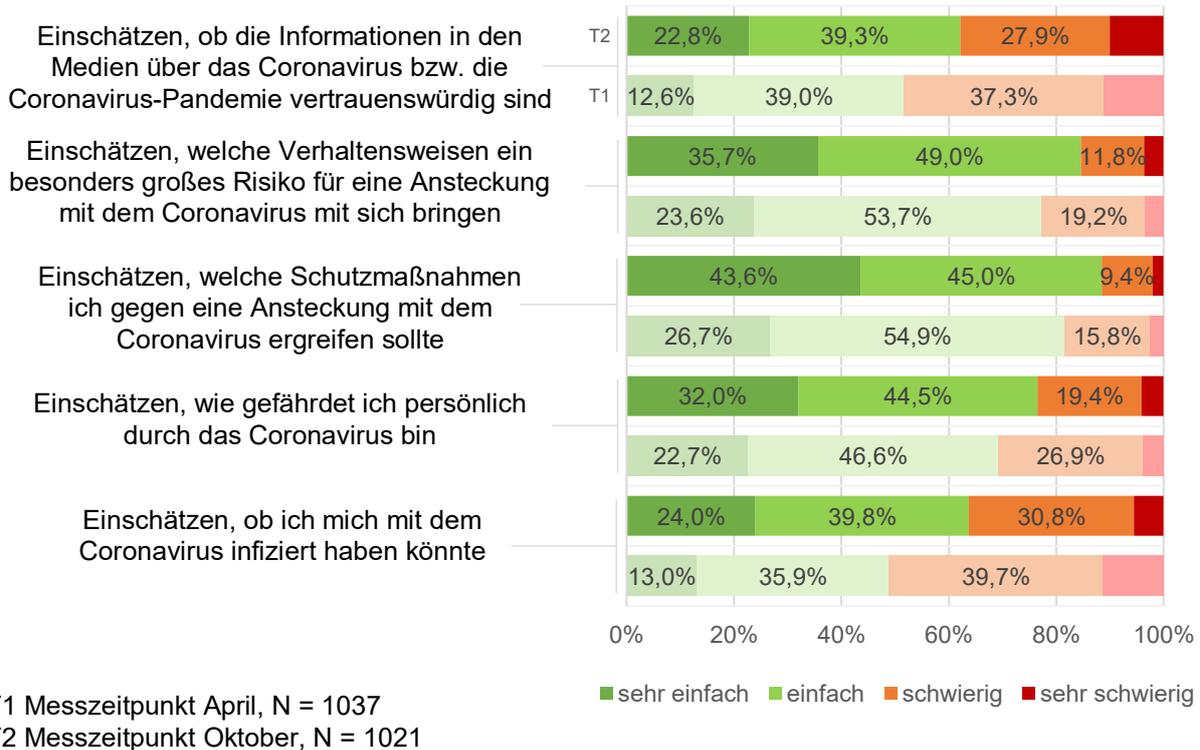
Abbildung 4 - Verstehen von Informationen über Coronavirus

Am einfachsten ist es für die Befragten, die Anweisungen von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern oder von Pflegekräften zu Schutzmaßnahmen zu verstehen (91,1% „einfach“). Ähnlich einfach fällt es der Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger, Informationen in den Medien oder Ratschläge von Familienmitgliedern oder befreundete Personen mit Hinblick auf Schutzmaßnahmen zu verstehen (86,3% bzw. 87,6% „einfach“). Etwas schwieriger ist es für die Befragten, die Anweisungen von Behörden (80,8% „einfach“) oder auch Informationen über die Risiken des Coronavirus in Zeitungen, Zeitschriften oder dem Fernsehen (83,6% „einfach“) zu verstehen.

5.1.3 Beurteilung von Informationen

Das Beurteilen von Informationen zum Coronavirus und COVID-19 bleibt über alle Bevölkerungsschichten hinweg die schwierigste Aufgabe im Umgang mit Coronavirus-bezogenen Informationen (Abbildung 5). Dies gilt nach wie vor, obwohl es die Befragten im Vergleich zur ersten Befragung signifikant einfacher finden, Informationen im Zusammenhang mit dem Coronavirus zu beurteilen. Der Grad an wahrgenommenen Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Informationen über das Coronavirus ist zum zweiten Erhebungszeitpunkt über fast alle Bevölkerungsgruppen hinweg konsistent. Einzig beim Alter ergeben sich signifikante Unterschiede, wobei mit zunehmendem Alter die empfundene Schwierigkeit im Umgang mit Informationen über das Coronavirus und COVID-19 zunimmt.

Wie schwierig ist es für Sie, Informationen zum Coronavirus zu bewerten?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

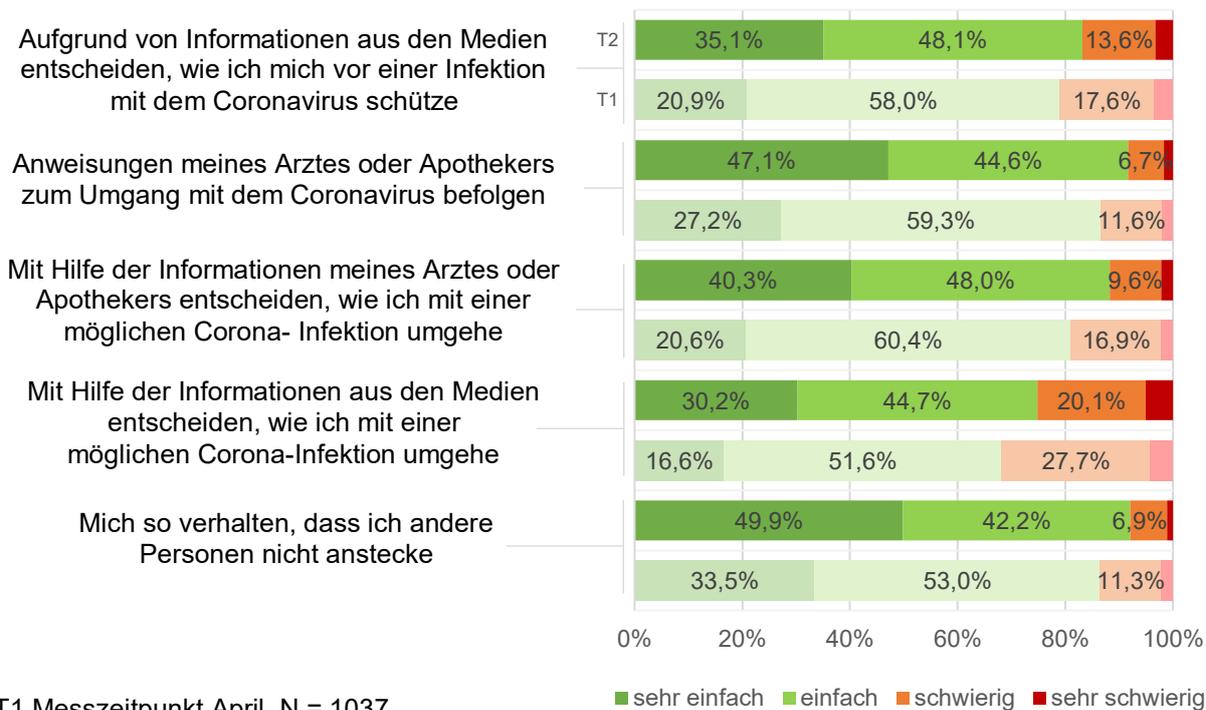
Abbildung 5 - Bewerten von Informationen über Coronavirus

Die wenigsten Schwierigkeiten haben die Befragten dabei, einzuschätzen, welche Schutzmaßnahmen gegen eine Ansteckung mit dem Coronavirus ergriffen werden sollten (88,6% „einfach“) bzw. welche Verhaltensweisen ein besonders großes Risiko für eine Ansteckung mit sich bringen (84,7% „einfach“). Schwieriger ist es dagegen für die Befragten, zu beurteilen, ob Informationen in den Medien über das Coronavirus vertrauenswürdig sind (62,1% „einfach“) oder ob eine eigene Infektion mit dem Coronavirus stattgefunden haben könnte (63,8% „einfach“).

5.1.4 Anwenden von Informationen

Die Anwendung von Informationen zum Coronavirus zählt auch in der zweiten Befragung zu den größeren Herausforderungen (Abbildung 6). Allerdings hat sich auch dieser Handlungsbereich gegenüber den Ergebnissen der ersten Befragung signifikant verbessert, d.h. den Befragten fällt es nun einfacher, Corona-bezogene Informationen im Alltag umzusetzen. Ältere Personen empfinden das Anwenden von Informationen zum Coronavirus jedoch als signifikant schwieriger als jüngere. Es wurden jedoch keine Unterschiede mit Hinblick auf andere soziodemografische Merkmale beobachtet.

Wie schwierig ist es für Sie, Informationen zum Coronavirus anzuwenden?



T1 Messzeitpunkt April, N = 1037
T2 Messzeitpunkt Oktober, N = 1021

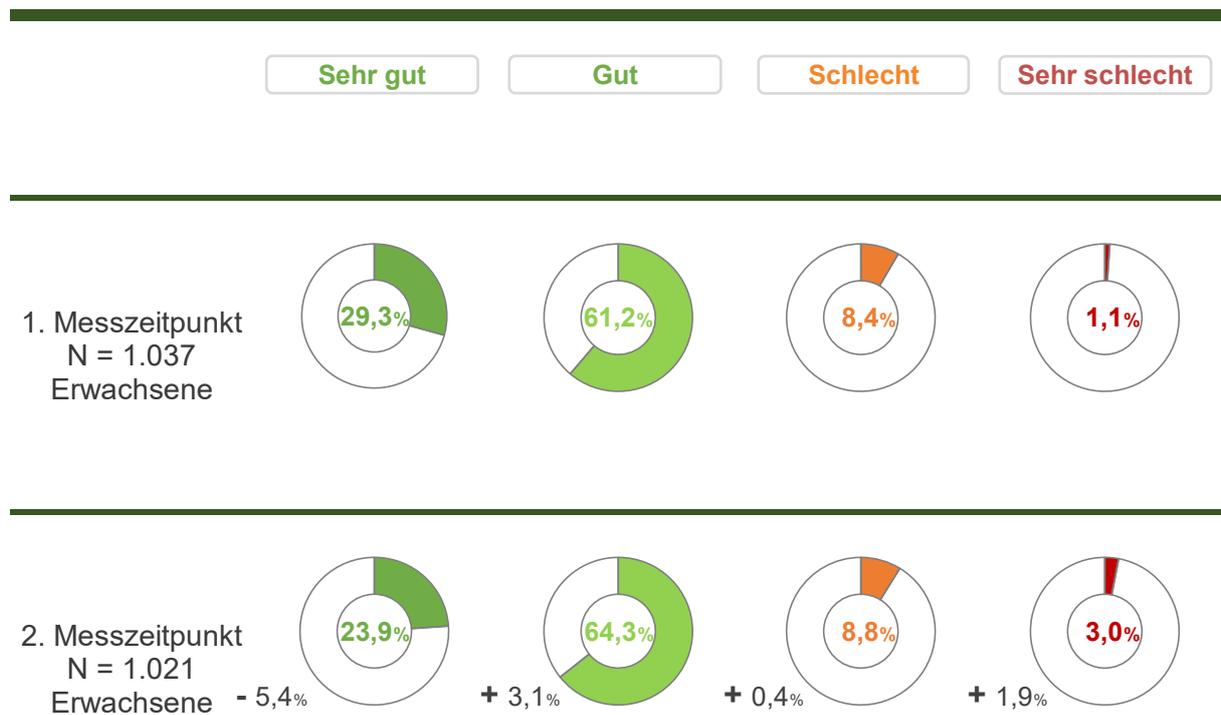
HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 6 - Anwenden von Informationen über Coronavirus

Am schwierigsten ist es für die Befragten, mit Hilfe von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie eine Coronavirus-Infektion vermieden werden kann (74,9% „einfach“) bzw. wie man sich vor einer Infektion schützt (83,2% „einfach“). Vergleichsweise einfach ist es für die Befragten dagegen, sich so zu verhalten, dass andere Personen nicht angesteckt werden (92,1% einfach) oder Anweisungen von Ärztinnen und Ärzten oder Apothekerinnen und Apothekern zum Umgang mit dem Coronavirus zu befolgen (91,7% „einfach“).

5.2 Informiertheit über Coronavirus und Pandemie

Wie gut fühlen Sie sich über das Coronavirus informiert?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 7 - Informationsstand zum Coronavirus

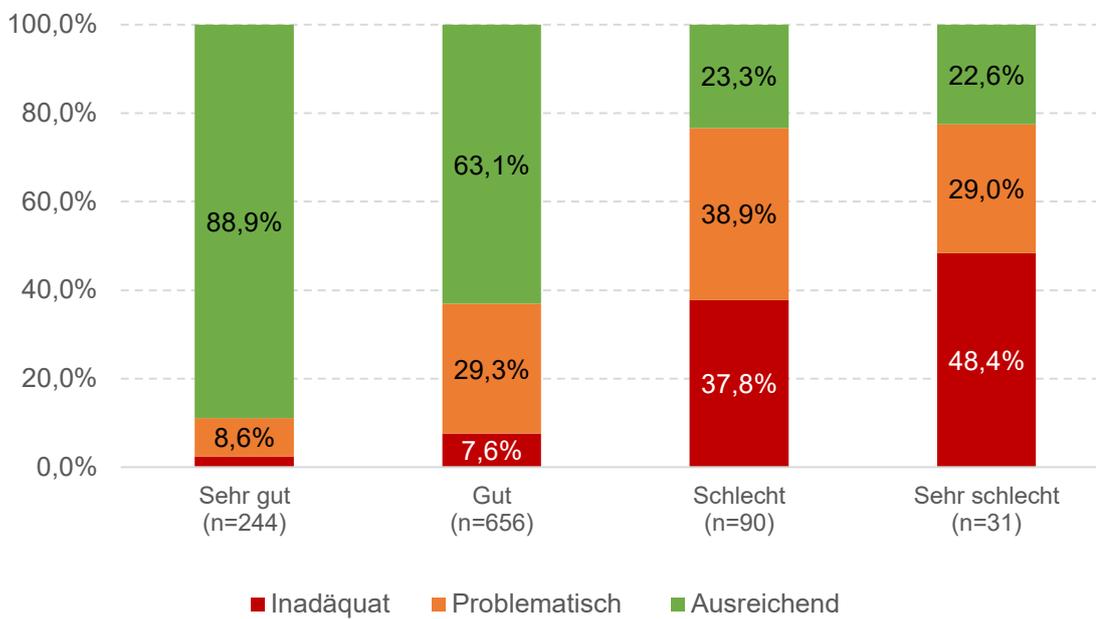
Die deutliche Mehrheit der Bevölkerung fühlt sich derzeit über das Coronavirus bzw. die Coronavirus-Pandemie gut oder sogar sehr gut informiert (Abbildung 7): 23,9% finden, dass sie sehr gut informiert sind und 64,3% fühlen sich immerhin noch gut informiert. Dahingegen sehen sich 8,8% der Befragten als schlecht und 3,3% als sehr schlecht informiert. Gesundheitskompetenz ist dabei statistisch signifikant mit der Informiertheit verknüpft, denn je höher die Gesundheitskompetenz der Befragten war, desto besser fühlten sie sich informiert.

Gegenüber der ersten Befragung hat der Anteil der sehr gut informierten Menschen um 5,4% abgenommen und der Anteil gut Informierter um 3,1% zugenommen. Die Anteile der schlecht und sehr schlecht Informierten haben um 0,4% und 1,9% zugenommen. Die Veränderungen des empfundenen Grades der Informiertheit gegenüber der ersten Befragung sind statistisch signifikant. Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale liegen keine Unterschiede in der Stichprobe vor.

Wie gut fühlen Sie sich über das Coronavirus informiert?: Gesundheitskompetenz nach Grad der Informiertheit über das Coronavirus

2. Messzeitpunkt
N = 1.021
Erwachsene

Sehr gut
Gut
Schlecht
Sehr schlecht



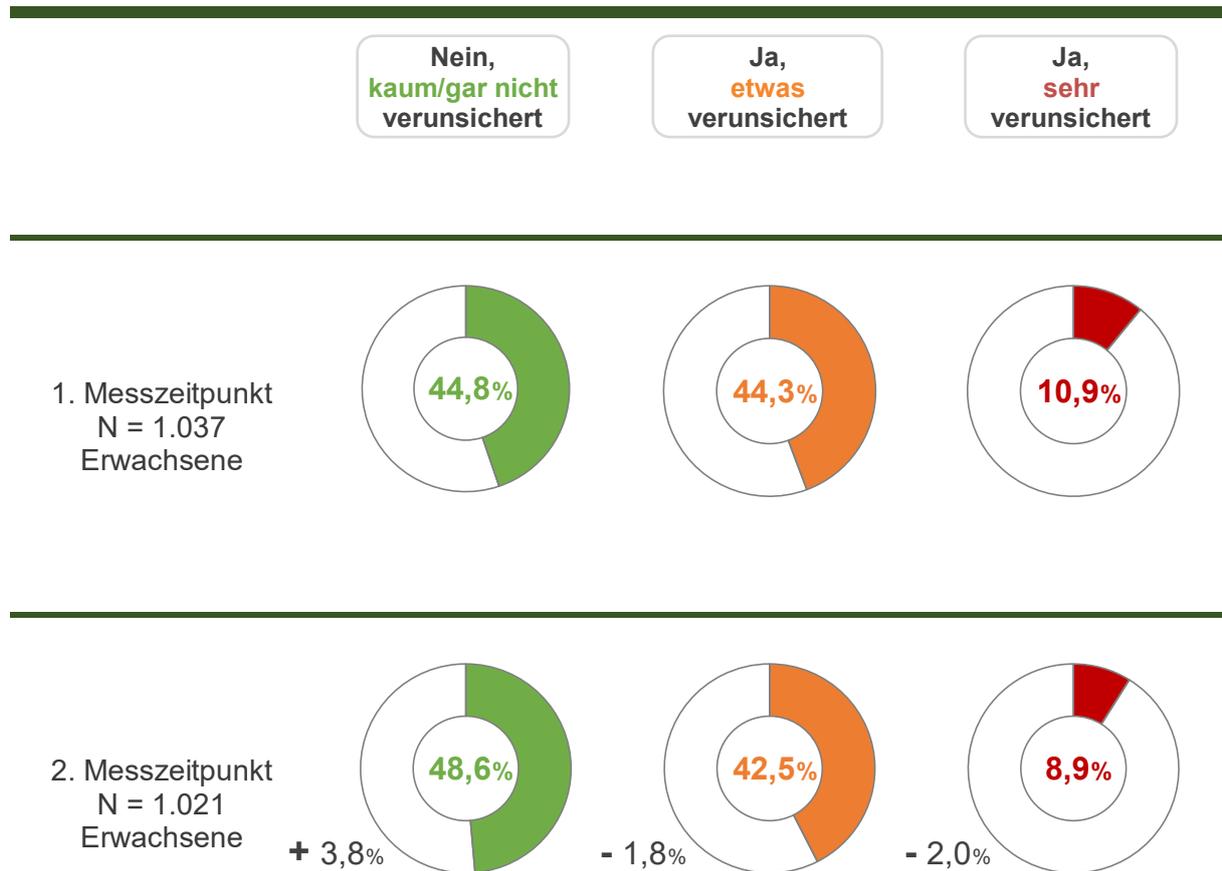
HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 8 - Gesundheitskompetenz nach Grad der Informiertheit über Coronavirus

Der signifikante Zusammenhang zwischen hoher Gesundheitskompetenz und besserer Informiertheit wird in Abbildung 8 veranschaulicht. Unter den sehr gut informierten (n=244; 23,9%) weisen 88,9% eine hohe und 11,1% eine geringe coronaspezifischen Gesundheitskompetenz auf (8,6% problematisch und 2,5% inadäquat). Dahingegen beträgt der Anteil der Bürgerinnen und Bürgern mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz unter den schlecht informierten 76,7% (38,9% problematisch und 37,8% inadäquat). Vergleichbar groß ist die Gruppe der Menschen mit einer geringen Gesundheitskompetenz auch unter denjenigen, die sich sehr schlecht informiert fühlen (29,0% problematisch und 48,4% inadäquat).

5.3 Verunsicherung durch zu viele Informationen

Sind Sie verunsichert durch die vielen Informationen zum Coronavirus?



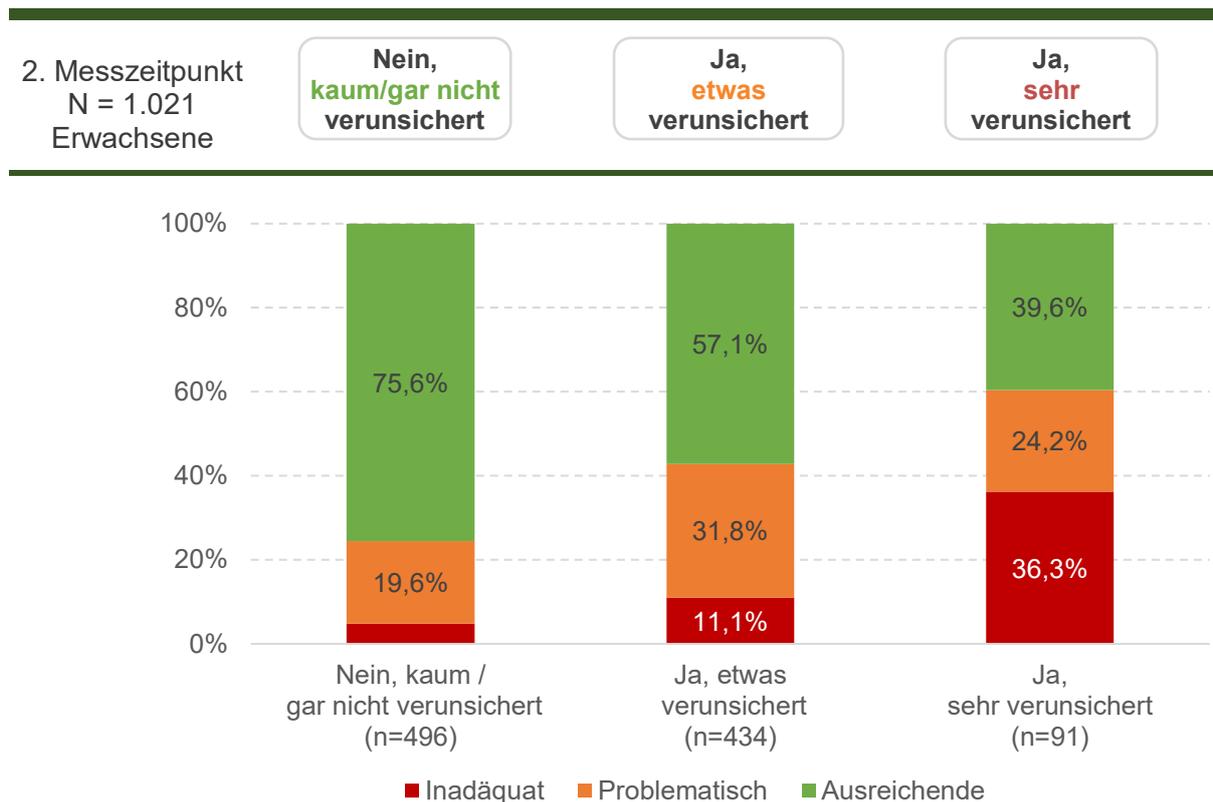
HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 9 - Verunsicherung durch Informationsflut

Etwa die Hälfte der Befragten in Deutschland gibt an, sich durch die vielen Informationen zum Thema Coronavirus verunsichert zu fühlen: 42,5% fühlen sich „etwas verunsichert“, 8,9% sogar „sehr verunsichert“ (Abbildung 9). Der Anteil der Bürgerinnen und Bürger, die sich „kaum bzw. gar nicht verunsichert“ fühlen, liegt bei 48,6% und damit 3,8% höher als zum ersten Erhebungszeitpunkt. Die Veränderungen im Antwortverhalten sind statistisch signifikant.

Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz sind auf einem statistisch signifikanten Niveau mehr verunsichert. Ältere Personen sind allerdings signifikant weniger verunsichert als jüngere. Während sich 57,6% der über-60-Jährigen kaum oder gar nicht durch die vielen Informationen zum Coronavirus verunsichert fühlen, sind es bei den 16- bis 29-Jährigen 37,9%. Zwischen Frauen und Männern sowie hinsichtlich weiterer soziodemografischer Merkmale lassen sich keinerlei Unterschiede beobachten.

Sind Sie verunsichert durch die vielen Informationen zum Coronavirus?: Gesundheitskompetenz nach Grad der Verunsicherung



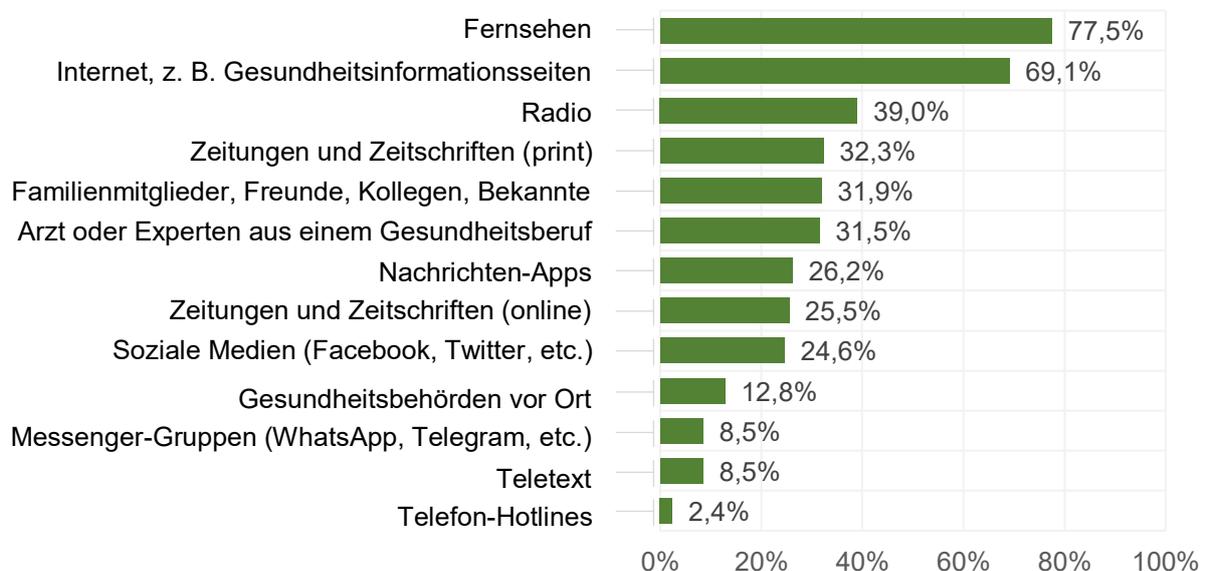
HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 10 - Verunsicherung durch Informationen nach Gesundheitskompetenz

Abbildung 10 zeigt den Zusammenhang zwischen coronaspezifischer Gesundheitskompetenz und dem Grad der Verunsicherung. Unter den Personen, die nicht oder nur kaum Verunsicherung durch die vielen Informationen zum Coronavirus empfinden (n=496; 48,6%), weisen 75,6% eine hohe und 24,4% eine geringe coronaspezifische Gesundheitskompetenz auf (19,6% problematisch und 4,8% inadäquat). Der Anteil der Menschen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz nimmt hierbei mit dem Grad der Verunsicherung deutlich zu: von 42,9% bei den „etwas“ Verunsicherten (31,8% problematisch und 11,1% inadäquat) zu 60,5% bei denjenigen, die sehr verunsichert sind (24,2% problematisch und 36,3% inadäquat).

5.4 Informationsquellen und deren Vertrauenswürdigkeit

Wo haben Sie sich bisher über das Coronavirus und damit verbundene Gesundheitsempfehlungen informiert?



T2 Messzeitpunkt Oktober, N = 1021

HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 11 - Nutzung von Informationsquellen

Für die Befragten ist das Fernsehen die wichtigste Informationsquelle für Informationen über COVID-19 (Abbildung 11). Mehr als drei Viertel der Befragten informieren sich über diesen Medienkanal. Dies ist auf den ersten Blick überraschend, weil in anderen Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz und zum Informationsverhalten meist Ärztinnen und Ärzte an erster Stelle der präferierten Informationsquellen stehen und das Fernsehen an rangniedriger Stelle positioniert ist (3, 15). Zu bedenken ist auch, dass die Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten (und auch die Möglichkeit zu solchen Kontakten) während der Pandemie zeitweise stark zurückgegangen sind. Kontakte waren dann teilweise gar nicht, weniger, nur erschwert oder teilweise auch nur unter Hinzunahme von digitalen Kommunikationstechnologien möglich. Diese Faktoren sind hinderlich hinsichtlich der Frequentierung von Ärztinnen und Ärzten als Informationsinstanzen für Coronavirus und COVID-19. Vergegenwärtigt man sich aber, dass seit Beginn der Corona-Pandemie die aktuellsten Informationen über Medien, also das Internet, Fernsehen, Radio oder die Printmedien verbreitet werden, ist dies einleuchtend bzw. fällt zunächst weniger ins Gewicht.

Das Internet wird als zweithäufigste Informationsquelle genutzt – zwei Drittel der Befragten gaben an, sich z. B. zum Thema Coronavirus und COVID-19 über Webseiten mit Gesundheitsinformationen zu informieren. Traditionelle Medien wie das Radio oder Printformate wie Zeitungen und Zeitschriften sowie auch Personen aus den eigenen sozialen Netzwerken, Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten aus Gesundheitsberufen werden immerhin noch von etwa einem Drittel der Befragten als Informationsquelle herangezogen. Nachrichten-

Apps, Onlineangebote von Zeitschriften oder Zeitungen sowie die sozialen Medien werden von etwa einem Viertel der Befragten als Informationsquelle genutzt. Zu den weniger häufig genutzten Quellen zählen somit die Gesundheitsbehörden vor Ort (13%), Messenger-Gruppen (9%), der Teletext (9%) sowie Telefon-Hotlines (2%).

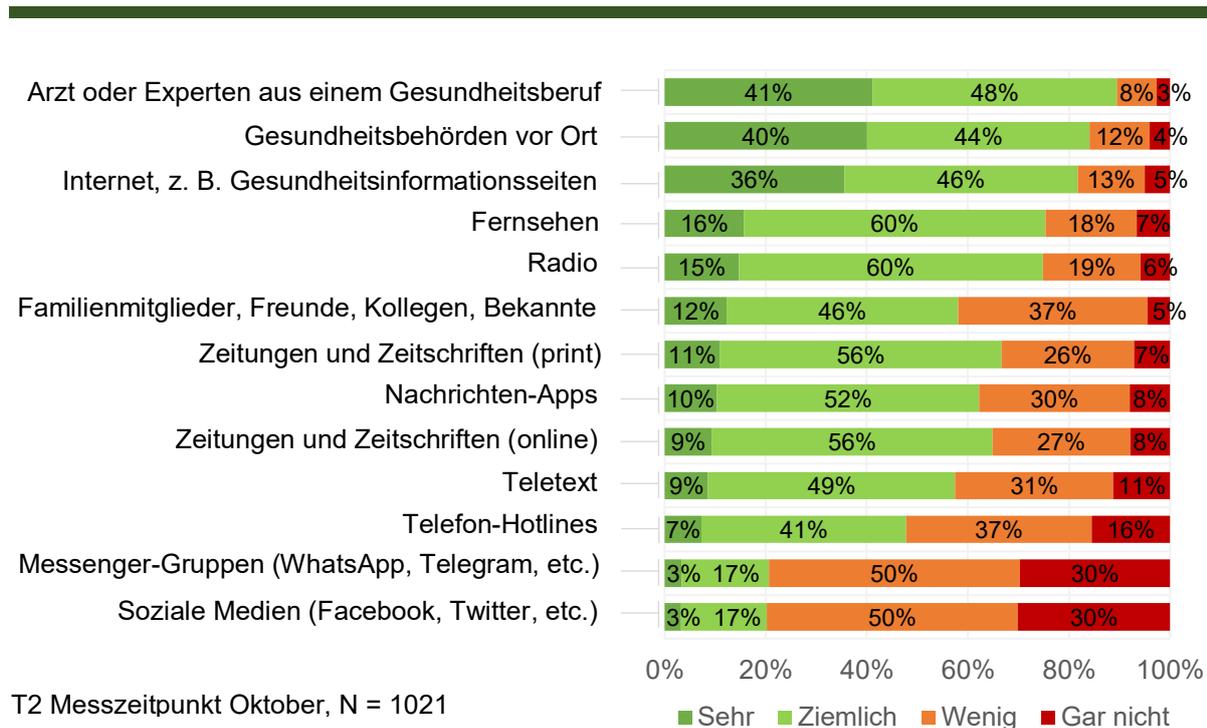
Hinsichtlich des Geschlechts der Befragten lassen sich meist keine Unterschiede im Nutzungsverhalten feststellen. Allerdings nutzen Männer signifikant häufiger den Teletext (11% vs. 6%) und Frauen beziehen ihre Informationen über das Coronavirus häufiger aus dem sozialen Umfeld (39% vs. 26%). Ältere Bürgerinnen und Bürger informieren sich signifikant häufiger über das Fernsehen, gedruckte Zeitungen oder Zeitschriften, Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten in Gesundheitsberufen über das Coronavirus, während jüngere Menschen häufiger das Internet, soziale Medien, Messenger-Gruppen sowie Telefon-Hotlines nutzen.

Personen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz suchen häufiger Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssektor, offizielle Internetseiten zu Gesundheitsinformationen, Internetseiten von Zeitungen und Zeitschriften und Nachrichten-Apps auf, um sich Informationen zu Corona zu verschaffen. Diese Zusammenhänge sind statistisch hoch signifikant.

Personen mit einem höheren Bildungsabschluss nutzen signifikant häufiger Gesundheitsinformationsseiten im Internet, Zeitungen und Zeitschriften (online sowie print), örtliche Gesundheitsbehörden sowie soziale Kontakte als Informationsquellen über das Coronavirus. Umso höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger werden das Radio, Gesundheitsinformationsseiten, gedruckte Zeitungen und Zeitschriften, sowie Gesundheitsbehörden vor Ort als Informationsquelle genutzt. Hinsichtlich der Region lassen sich praktisch keine Unterschiede im Informationsverhalten beobachten. Einzig Onlineangebote von Zeitungen und Zeitschriften werden in den alten Bundesländern signifikant häufiger als Informationsquelle über das Coronavirus genutzt (27% vs. 19%).

Bürgerinnen und Bürger mit einem Migrationshintergrund nutzen signifikant häufiger soziale Medien sowie Messenger-Gruppen als Informationsquellen, sowie auch die Gesundheitsbehörden vor Ort. Eltern von Kindern im Alter unter 18 Jahren nutzen signifikant häufiger die sozialen Medien sowie Messenger-Gruppen, um sich über das Coronavirus zu informieren. Zuletzt beziehen Menschen, die eine chronische Erkrankung haben, ihre Informationen häufiger über das Fernsehen (80% vs. 74%), gedruckte Zeitungen oder Zeitschriften (36% vs. 27%) und von Gesundheitsprofessionellen (36% vs. 25%) als nicht chronisch kranke Menschen, während nicht chronisch kranke Menschen häufiger Messenger Gruppen zur Informationssuche nutzen (11% vs. 7%).

Wie sehr vertrauen Sie den Informationsquellen im Zusammenhang mit dem Coronavirus?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 12 - Einschätzen der Vertrauenswürdigkeit von Informationsquellen

Die Vertrauenswürdigkeit der verschiedenen Informationsquellen wird von den Befragten als sehr heterogen wahrgenommen (Abbildung 12). Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten aus Gesundheitsberufen, die örtlichen Gesundheitsbehörden sowie Informationsseiten zu Gesundheitsthemen im Internet (z. B. von BMG, RKI, BZgA) werden jedoch von einer deutlichen Mehrheit der Befragten (82-89%) als vertrauenswürdig eingeschätzt. Hierbei setzen sich diese Quellen deutlich von anderen Quellen ab. Auch Fernsehen und Radio werden von etwa drei Viertel der Befragten als vertrauenswürdig eingeschätzt. Informationen aus dem sozialen Umfeld, aus Zeitungen und Zeitschriften (online sowie print), Nachrichten-Apps und dem Teletext vertrauen mehr als die Hälfte der Befragten. Messenger-Gruppen sowie soziale Medien werden überwiegend als nicht vertrauenswürdig beschrieben, nur eine von fünf Personen vertraut diesen Quellen.

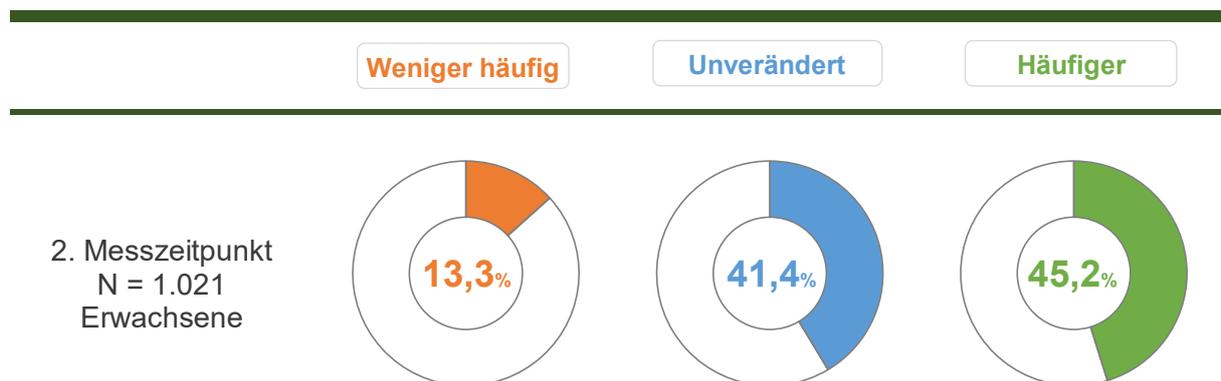
Diejenigen mit einer höheren coronaspezifischen Gesundheitskompetenz haben statistisch hochsignifikant ein größeres Grundvertrauen in Informationsquellen als Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz. Unabhängig von der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz stellt sich die Reihenfolge des Vertrauens in Informationsquellen abfallend wie folgt dar: ganz vorne liegen offizielle Internetseiten zu Gesundheitsinformationen, das Fernsehen, Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssektor, kommun-

len Behörden und Ämter sowie deren Webseiten, Radio, Printmedien, Online Medien, Nachrichten-Apps, Teletext, Telefon-Hotlines, Soziale Medien, Familie und soziale Kontakte sowie Messenger Gruppen.

Das Vertrauen in die wichtige Gruppe der Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten aus Gesundheitsberufen (z. B. Pflegekräfte) wird generell zwar durch die breite Bevölkerung zum Ausdruck gebracht, allerdings vertrauen Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss und Haushaltseinkommen dieser Berufsgruppe signifikant weniger.

5.5 Informationsverhalten

Im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, informieren Sie sich heute häufiger, weniger häufig, oder genauso häufig über Gesundheitsthemen?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 13 - Informationsverhalten prä-post Corona

Fast die Hälfte der Befragten (45,2%) gibt an, sich im Vergleich zu der Zeit vor der Corona-Pandemie nun häufiger über Gesundheitsthemen zu informieren (Abbildung 13). Bei etwa zwei von fünf (41,4%) der Befragten ergab sich keinerlei Änderung im Informationsverhalten, und etwa eine von acht Personen (13,3%) informiert sich weniger über Gesundheitsthemen als vor der Pandemie.

Die Änderungen im Informationsverhalten sind nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich. So geben ältere Menschen signifikant häufiger als jüngere an, sich seit Beginn der Pandemie mehr über Gesundheitsthemen zu informieren. In der Altersgruppe 60+ sind es 51,5% der Befragten, die sich häufiger informieren, während es bei den 16- bis 29-Jährigen ‚nur‘ 45,1% sind. Doch auch das ist viel, denn jüngere Erwachsene wurden in anderen Studien als Gruppe identifiziert, die sich bis zum Eintreten der Corona-Pandemie nicht sehr intensiv für Gesundheitsinformation interessiert hat (13, 14, 16).

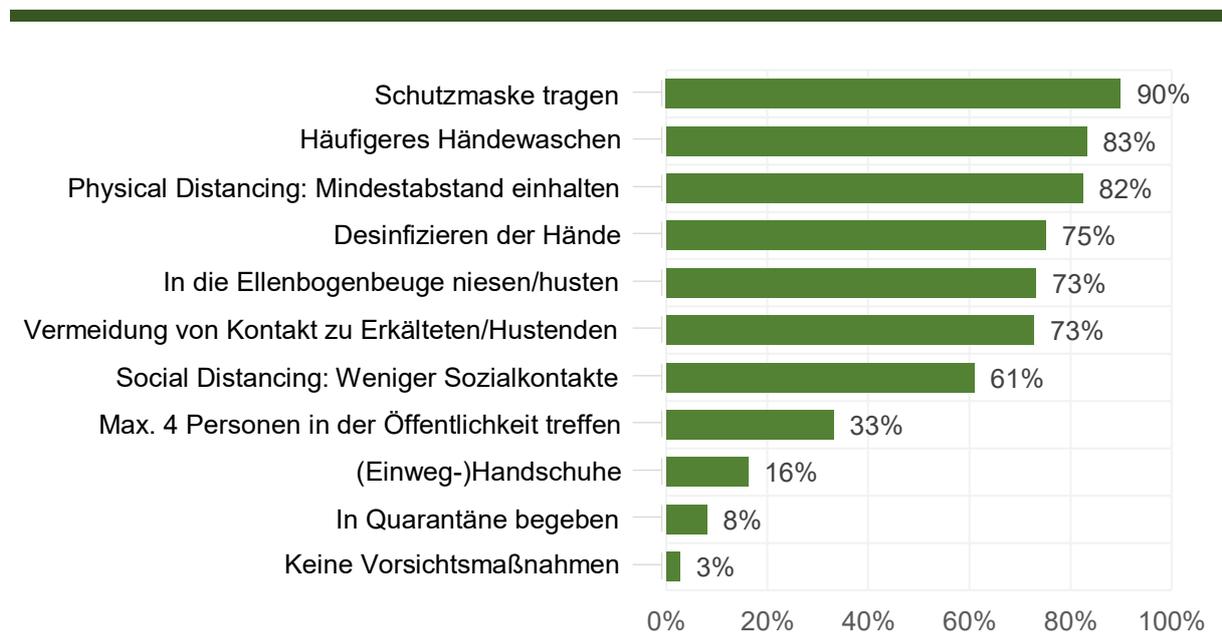
Auch bei dem Bildungsabschluss sind Unterschiede erkennbar. In der Gruppe mit einem niedrigen Bildungsabschluss geben 17,2% an, sich seit Beginn der Pandemie weniger häufig über Gesundheitsthemen zu informieren, während es in der Gruppe mit einem hohen Bildungsabschluss nur 10,5% sind. Analog hierzu ist bei den höher Ausgebildeten der Anteil derjenigen

größer, die sich nun häufiger informieren (45,2% vs. 37,8% bei den niedrig Ausgebildeten). Unterschiede liegen auch bei Personen mit einer chronischen Erkrankung vor, die nun häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen als noch vor der Pandemie, wobei dieser Zusammenhang statistisch signifikant ist. Wird der Migrationshintergrund in den Blick genommen, zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Diejenigen, die keinen Migrationshintergrund aufweisen, geben seltener an, sich seit der Pandemie weniger häufig über Gesundheitsthemen zu informieren (12,1% vs. 14,7% bei einseitigem Migrationshintergrund vs. 25,6% bei beidseitigem Migrationshintergrund).

Zuletzt lassen sich auch bei Personen mit einer höheren coronaspezifischen Gesundheitskompetenz größere Veränderungen beobachten. Unter den Bürgerinnen und Bürger mit einer ausreichenden coronaspezifischen Gesundheitskompetenz informieren sich 46,6% seit Beginn der Pandemie häufiger über Gesundheitsthemen, während es bei denen mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz nur 41,0% sind. Keine Unterschiede lassen sich mit Hinblick auf die Region sowie auf die Frage beobachten, ob die Befragten Kinder im Alter von weniger als 18 Jahren haben.

5.6 Angewandte Präventionsmaßnahmen

Welche dieser Maßnahmen haben Sie umgesetzt, um sich selbst und/oder andere vor dem Coronavirus zu schützen?



T2 Messzeitpunkt Oktober, N = 1021

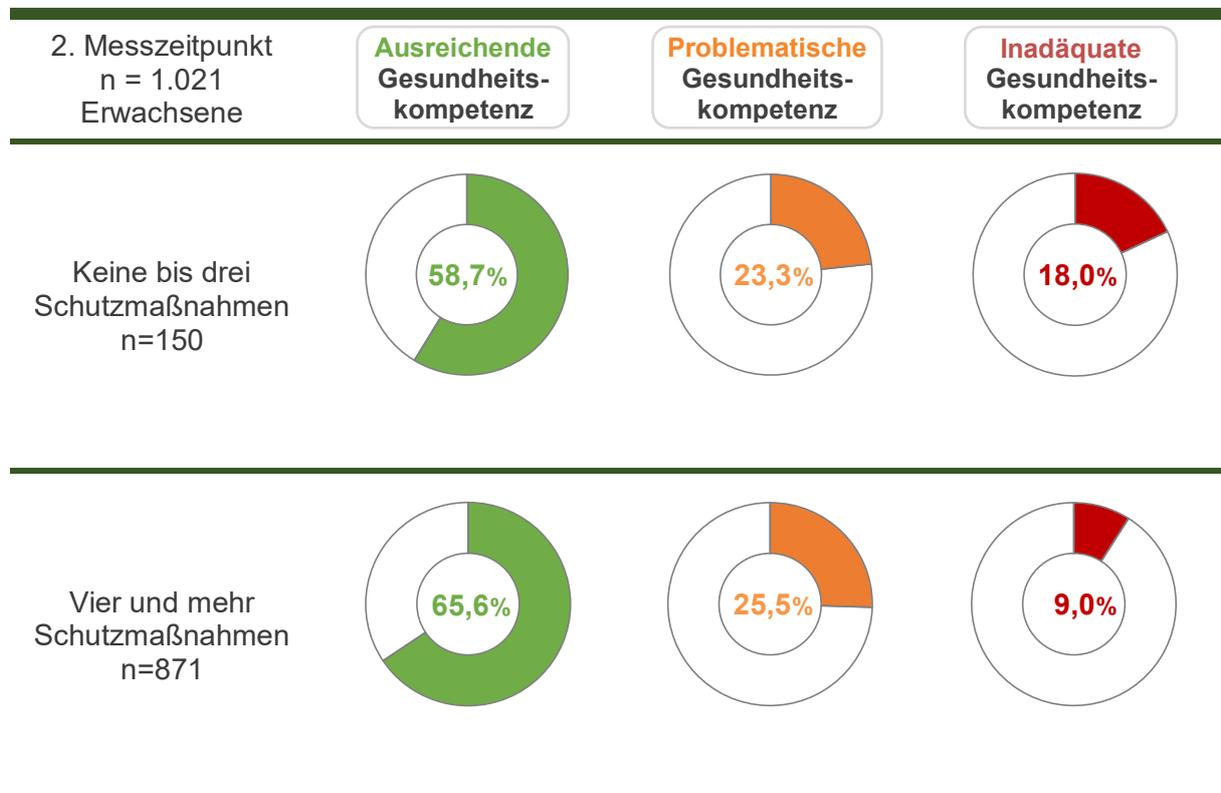
HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 14 - Präventionsverhalten

Wird das Präventionsverhalten der Bevölkerung in den Blick genommen, zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten zwar Maßnahmen wie das Tragen einer Schutzmaske (90%), häufigeres Händewaschen (83%) und das Einhalten des Mindestabstands zu anderen Personen

(82%) praktiziert (Abbildung 14). Allerdings ist bei solchen eindeutig und konsistent kommunizierten Präventionsmaßnahmen zum Infektionsschutz eigentlich eine Quote von annähernd 100% erstrebenswert. Dementsprechend kritisch ist der Befund zu betrachten, dass eine von zehn Personen laut eigener Angabe bisher keine Maske getragen hat. Ebenfalls bedenklich ist, dass 3% der Befragten bisher keine der genannten präventiven Verhaltensweisen praktiziert hat.

Gesundheitskompetenz nach Präventionsverhalten

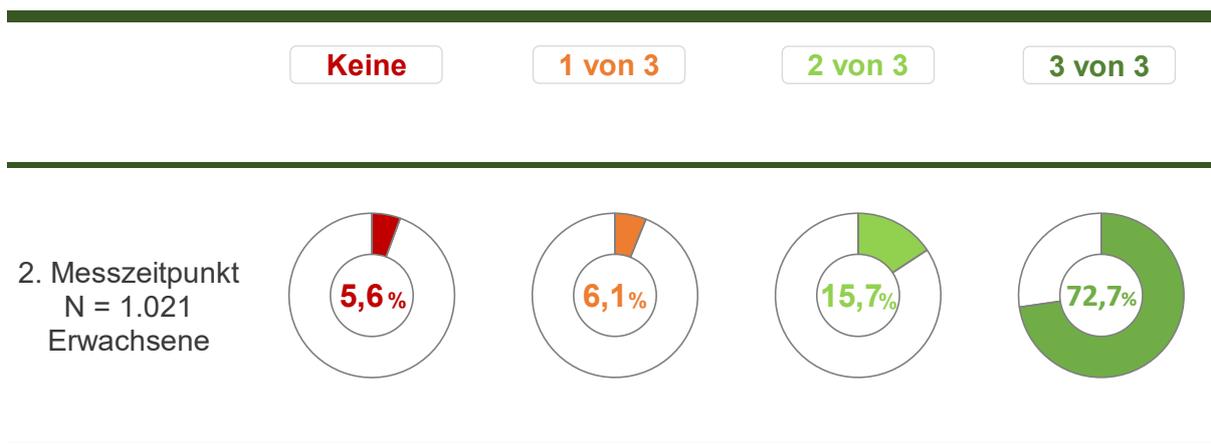


HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 15 - Gesundheitskompetenz nach Anzahl präventiver Verhaltensweisen

Eine hohe coronaspezifische Gesundheitskompetenz ist signifikant mit dem Praktizieren einer größeren Anzahl präventiver Verhaltensweisen verbunden (Abbildung 15). Je höher die coronaspezifische Gesundheitskompetenz der Befragten ist, desto mehr Schutzmaßnahmen wurden im Alltag umgesetzt. Von den Personen, die vier und mehr präventive Verhaltensweisen im Alltag umsetzen, haben annähernd zwei Drittel eine hohe coronaspezifische Gesundheitskompetenz, unter Personen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz ist dieses Präventivverhalten dementsprechend seltener.

Wie viele der empfohlenen AHA-Regeln wurden umgesetzt?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

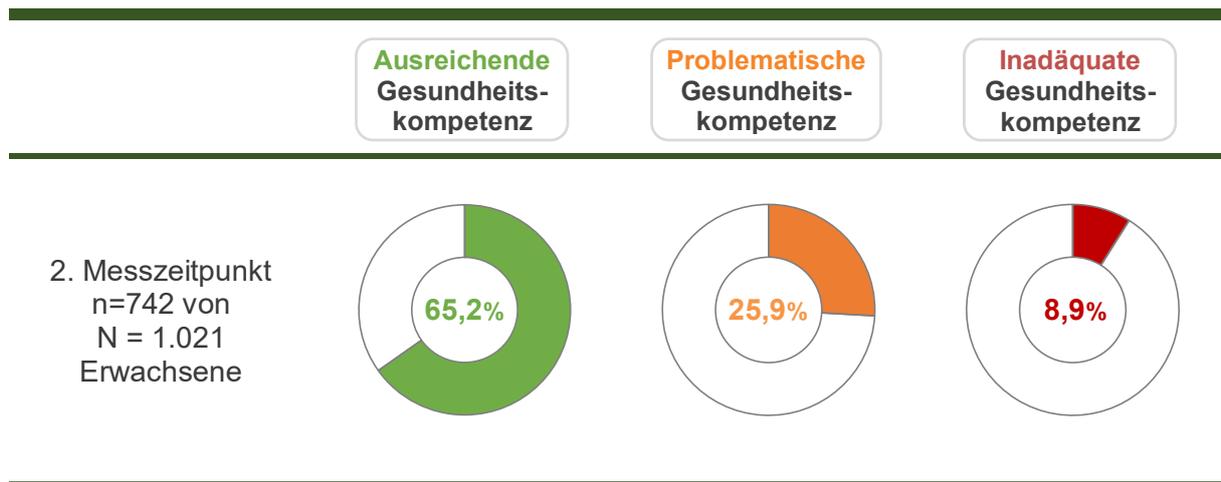
Abbildung 16 - Bevölkerung nach Anzahl befolgter AHA-Regeln

Annähernd drei Viertel der Befragten nutzen Abstandhalten, häufigeres Händewaschen und das Tragen einer Maske in Kombination (Abbildung 16). Diese Menschen setzen somit die AHA-Empfehlung (Abstandhalten, Hygiene/Händewaschen, Alltagsmaske) um. Allerdings geben die vorliegenden Daten keine Auskunft darüber, ob diese Präventivmaßnahmen auch regelmäßig in Kombination umgesetzt werden, weshalb hier ein eher optimistischer Schätzwert vorliegt. Etwa eine von sechs Personen (15,7%) setzt immerhin noch zwei der AHA-Empfehlungen um, bei jeweils gut einer Person von zwanzig sind es jedoch nur eine (6,1%) bzw. gar keine (5,6%)

Die Anzahl der befolgten AHA-Empfehlungen ist in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Bspw. berichten 78,4% der Frauen (vs. 67,4% der Männer), alle drei Regeln umgesetzt zu haben. Noch größere Unterschiede zeigen sich in den Altersgruppen: In der Altersgruppe 60+ geben 85,1% an, alle drei Regeln befolgt zu haben, in der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen sind es dagegen nur 59,0%. Auch das ist bemerkenswert, denn es deutet an, dass es dieser Gruppe deutlich schwerer fällt als anderen, die Regeln zur Prävention einer Corona-Infektion umzusetzen und einzuhalten.

Bei der Entwicklung von Interventionsmaßnahmen ist diesem Umstand Beachtung zu schenken. Die Anzahl der befolgten Empfehlungen ist zudem höher für Menschen mit höherem Bildungsabschluss sowie Haushaltseinkommen, Menschen in den alten Bundesländern, Menschen mit chronischer Erkrankung und Menschen, die keine Kinder unter 18 Jahren haben.

Gesundheitskompetenz nach Präventionsverhalten (Befolgung der AHA Regeln)



2. Messzeitpunkt
n=742 von
N = 1.021
Erwachsene

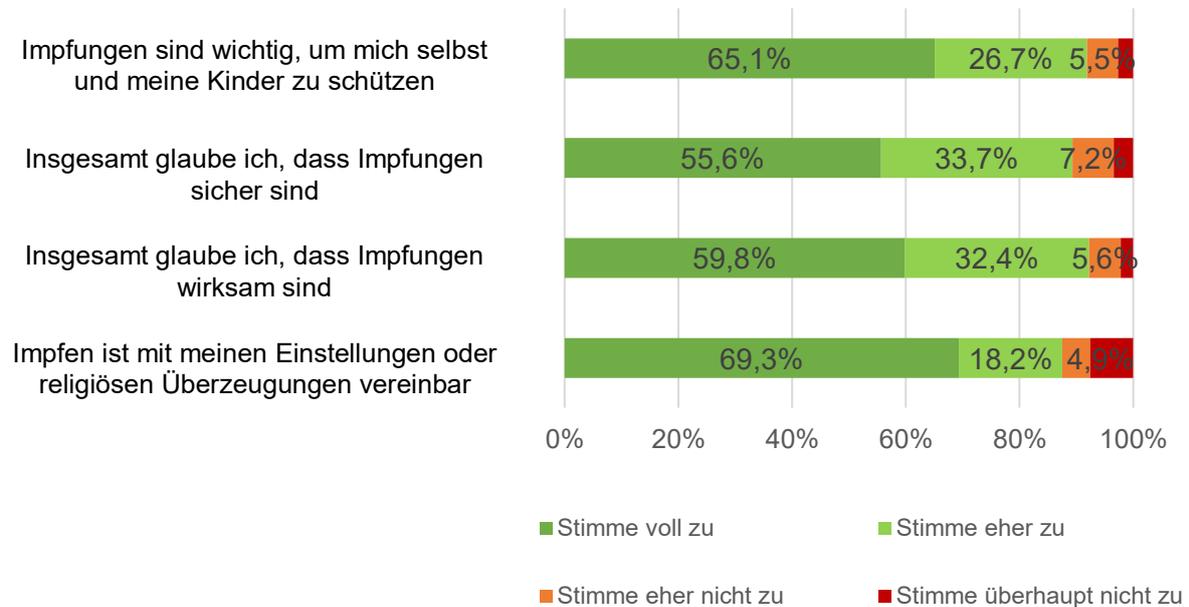
HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 17 - Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, die AHA-Regeln befolgt

Unter den Personen, die angeben, alle AHA-Regeln zu befolgen (n=742; 72,7% von N=1021), haben 65,2% eine hohe coronaspezifische Gesundheitskompetenz (Abbildung 17). Etwa ein Drittel dieser Gruppe (34,8%) verfügt über eine geringe coronaspezifische Gesundheitskompetenz (25,9% problematisch und 8,9% inadäquat). Insbesondere Menschen mit einer inadäquaten coronaspezifischen Gesundheitskompetenz befolgen selten alle AHA-Regeln.

5.7 Impfbezogene Einstellungen

Einstellungen zum Impfen



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 18 - Einstellungen zum Impfen

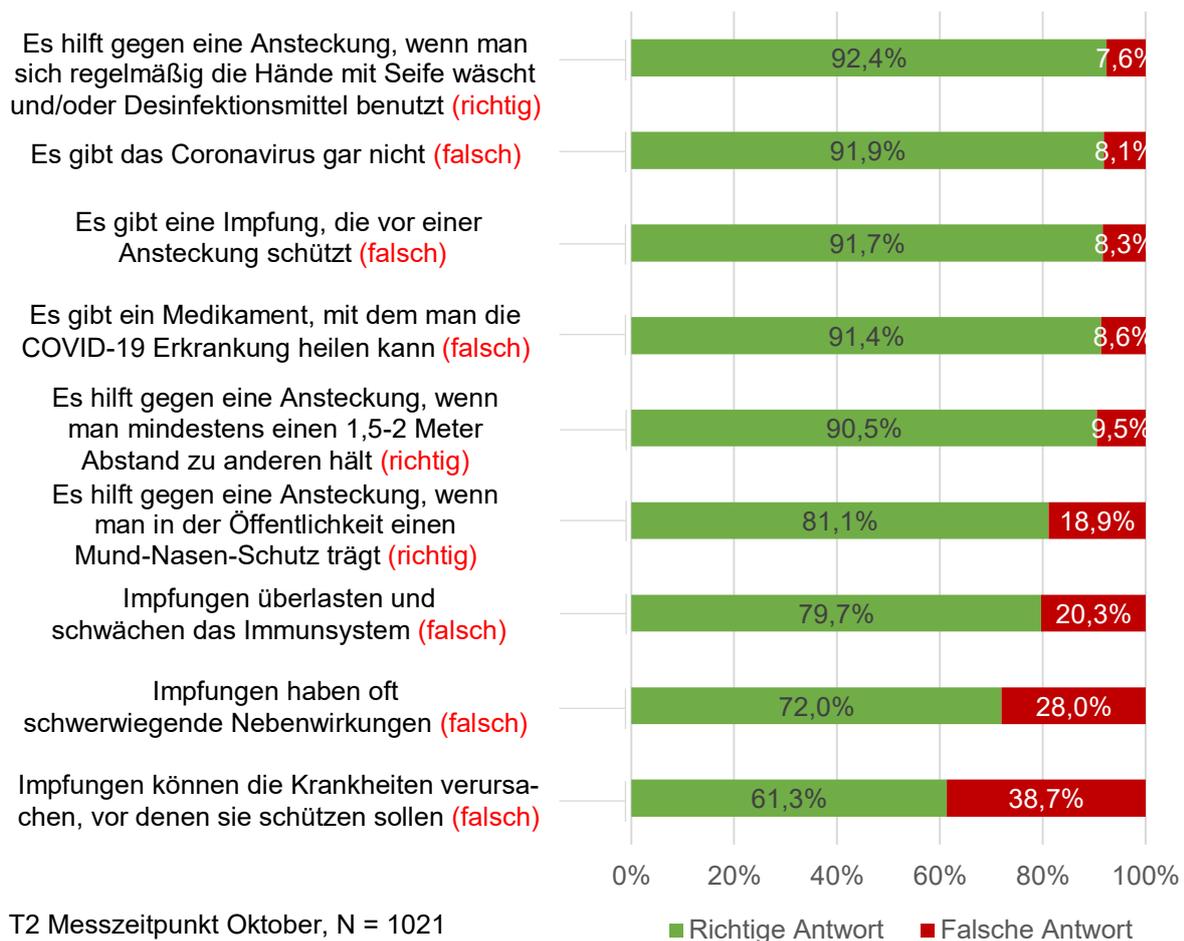
Werden die Einstellungen zum Impfen betrachtet (Abbildung 18), zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung glaubt, dass Impfungen sicher (89,3%), wirksam (92,2%) und wichtig sind, um sich und die eigenen Kinder zu schützen (91,8%). Die meisten Menschen sehen zudem keinen Konflikt zwischen Impfungen und ihren persönlichen Einstellungen oder religiösen Überzeugungen (87,5%). Allerdings liegt der Anteil derjenigen, die „nicht“ oder „überhaupt nicht“ zustimmen dennoch bei 10,7% („Impfen ist unsicher“), 7,8% („Impfen ist nicht wirksam“), 8,2% („Impfen ist für den Selbst- und den Kinderschutz nicht wichtig“) und 12,5% („Impfen ist nicht mit meinen Einstellungen oder religiösen Überzeugungen vereinbar“). Statistisch signifikante Zusammenhänge liegen für das Alter, den Bildungsstatus und Migrationshintergrund sowie für die coronaspezifische Gesundheitskompetenz vor. Hinsichtlich Geschlecht, Region und der Frage nach minderjährigen Kindern lassen sich keine signifikanten Unterschiede beobachten.

Jüngere Menschen stimmen signifikant häufiger zu, dass Impfungen wichtig sind, um sich selbst oder ihre Kinder zu schützen. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang liegt zwischen einem hohen Bildungsabschluss, sowie der Zustimmung zu allen vier Einstellungen vor. D.h. Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss haben ein höheres Vertrauen in Impfstoffe. Wenngleich die Bevölkerung Impfungen im Allgemeinen als wirksam, sicher und wichtig wahrnimmt, stimmen auch Personen mit einem beidseitigen Migrationshintergrund hier signifikant weniger stark zu.

Zwischen einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz und der Zustimmung zu allen vier impfbezogenen Einstellungsmerkmalen liegt ein statistisch signifikanter Zusammenhang vor. Je höher die coronaspezifische Gesundheitskompetenz der Befragten ist, desto mehr stimmen sie zu, dass Impfungen wichtig, wirksam, sicher und mit den eigenen Einstellungen und religiösen Überzeugungen vereinbar sind.

5.8 Impfantennen und Corona-Wissen

Corona-bezogenes Wissen und Annahmen zum Impfen



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 19 - Impfbezogene Annahmen und Wissen über Coronavirus

Die meisten Menschen besitzen richtiges Wissen zu verschiedenen Corona-bezogenen Themen (Abbildung 19). Mit 91,7% und 91,4% geben die Befragten richtig an, dass kein Impfstoff für einen Schutz vor einer Corona-Ansteckung und kein Medikament für die Behandlung der Corona-bedingten Erkrankung COVID-19 vorliegt (Stand September/Oktober 2020, bevor es einen Impfstoff gab). Ebenso bejahen 92,4%, 90,5% und 81,1% der Befragten, dass die AHA-Regeln helfen, um sich und/oder andere vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus zu schüt-

zen. Ferner geben 79,7% und 72% der Befragten an, dass Impfungen das Immunsystem weder überlasten, schwächen, noch schwerwiegende Nebenwirkungen haben. Die Frage, ob Impfungen Krankheiten verursachen können, gegen die sie eigentlich schützen sollen, bejahen 38,7%. Auffallend ist, dass annähernd ein Zehntel der Befragten (8,1%) nicht daran glaubt, dass es das Coronavirus gibt.

Frauen sind signifikant häufiger überzeugt davon, dass Impfungen schwerwiegende Nebenwirkungen haben, während Männer eher angeben, dass sie denken, dass es ein Medikament gibt, mit dem COVID-19 behandelt werden könne.

Jüngere Menschen geben signifikant häufiger an, dass Impfungen schädlich auf das Immunsystem wirken und dass ein Medikament für die Behandlung von COVID-19 sowie eine Impfung gegen das Coronavirus vorliegen. Jüngere Menschen glauben zudem signifikant häufiger als ältere Menschen, dass es das Coronavirus nicht gibt. Bei älteren Bürgerinnen und Bürgern hingegen sind die Zustimmungen zur Alltagsmaske und dem Abstandhalten signifikant höher ausgeprägt.

Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss geben signifikant öfter an, dass Impfungen das Immunsystem überlasten bzw. schwächen sowie mit schwerwiegenden Nebenwirkungen einhergehen. Ebenso lehnt diese Bevölkerungsgruppe signifikant häufiger die Aussage ab, dass Präventivmaßnahmen wirksam gegen eine Ansteckung sind. Weiterhin glauben sie signifikant häufiger, dass ein Medikament gegen COVID-19 und eine Impfung gegen das Coronavirus vorliegt. Zuletzt geben Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss häufiger an, dass es das Coronavirus nicht gibt.

Menschen mit einer niedrigeren coronaspezifische Gesundheitskompetenz glauben signifikant häufiger, dass Impfungen das Immunsystem überlasten bzw. schwächen oder schwerwiegende Nebenwirkungen haben. Ebenfalls bejahen sie signifikant häufiger die Aussage, dass Impfungen die Krankheiten verursachen, vor denen sie schützen sollen. Mit einer niedrigeren Gesundheitskompetenz ist ebenfalls die Tendenz zu beobachten, signifikant häufiger die Wirksamkeit der AHA-Regeln anzuzweifeln. Allerdings sind aber auch Menschen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz signifikant häufiger der Auffassung, dass es bereits einen Corona-Impfstoff gibt.

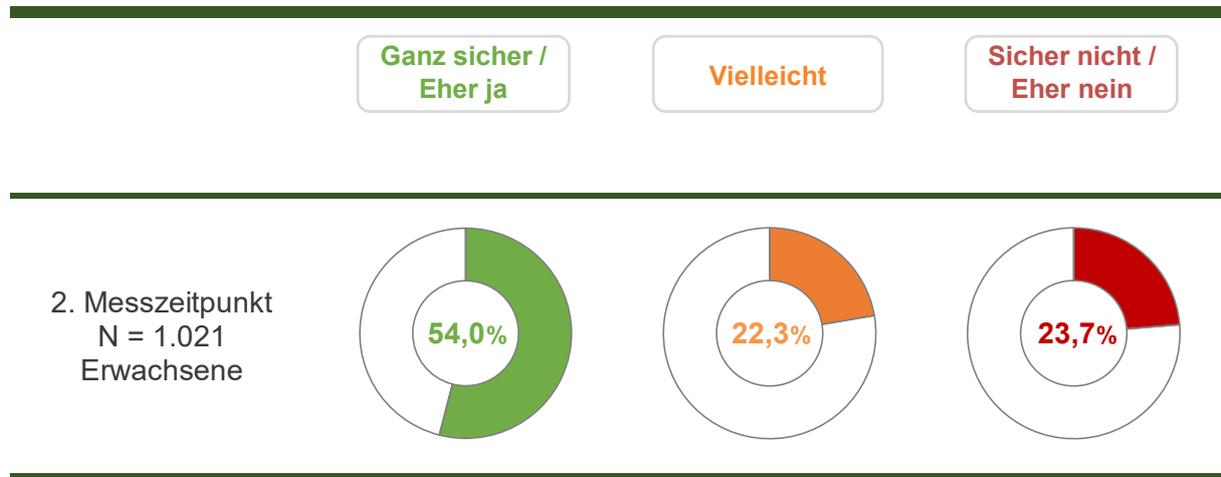
Eltern von Kindern unter 18 Jahren geben signifikant häufiger an, dass es weder ein Medikament für COVID-19 noch einen Impfstoff gegen das Coronavirus gibt. Allerdings gibt ebendiese Gruppe auch signifikant häufiger an, dass es das Coronavirus nicht gibt. Ebenso denken sie signifikant häufiger als Personen ohne Kinder unter 18 Jahren, dass präventive Verhaltensweisen nicht vor einer Ansteckung schützen.

Menschen aus den alten Bundesländern sind signifikant häufiger davon überzeugt, dass Impfungen schwere Nebenwirkungen haben, aber auch, dass das Abstandhalten vor einer Ansteckung schützen kann. Menschen aus den neuen Bundesländern geben dahingegen häufiger an, dass es das Coronavirus nicht gibt.

Bezüglich des Migrationshintergrundes gibt es kaum Unterschiede. Allerdings bejahen signifikant mehr Menschen mit beidseitigem Migrationshintergrund, dass bereits ein Medikament für die Behandlung von COVID-19 vorliegt.

5.9 Impfbereitschaft

Würden Sie sich gegen das Coronavirus (COVID-19) impfen lassen, wenn ein Impfstoff zur Verfügung steht?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

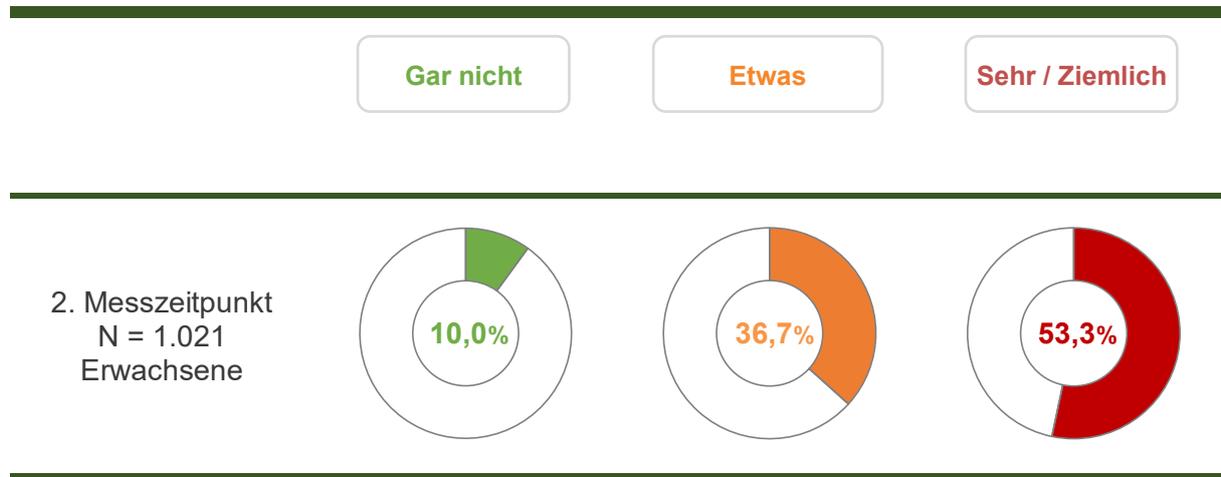
Abbildung 20 - Einstellungen zum Impfen

Angesichts des frühen Stadiums der Impfstoffentwicklung zum Zeitpunkt der Erhebung ist die Impfbereitschaft in der Bevölkerung relativ hoch (vgl. Abbildung 20). Mehr als die Hälfte der Bevölkerung gibt an (29,5% „Ganz sicher“; 24,5% „Sicher“), dass sie sich impfen lassen würden, sofern ein Impfstoff vorliegt. Ein weiteres Viertel der Bevölkerung (22,3%) ist noch unentschieden, während das letzte Viertel (23,7%) eine Impfung ablehnt (10,9% „Eher nicht“; 12,8% „Sicher nicht“). Menschen mit einer niedrigen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz zeigen eine signifikant geringere Impfbereitschaft.

Für die Merkmale „Kinder unter 18 Jahren“, Bundesland und Migrationshintergrund lassen sich keine Unterschiede in der Impfbereitschaft beobachten. Allerdings geben Männer, ältere Menschen sowie Menschen mit höherem Bildungsabschluss signifikant häufiger an, dass sie sich gegen das Coronavirus impfen lassen würden, sollte ein Impfstoff vorliegen. Die Impfbereitschaft ist zudem bei Menschen mit chronischer Erkrankung signifikant höher ausgeprägt.

5.10 Sorgen, Ängste, Gefahreinschätzung und Zukunftsaussichten

Wie sehr sind Sie persönlich besorgt über die Auswirkungen, die das Coronavirus ganz allgemein auf Ihr Leben und Ihren Alltag hat?



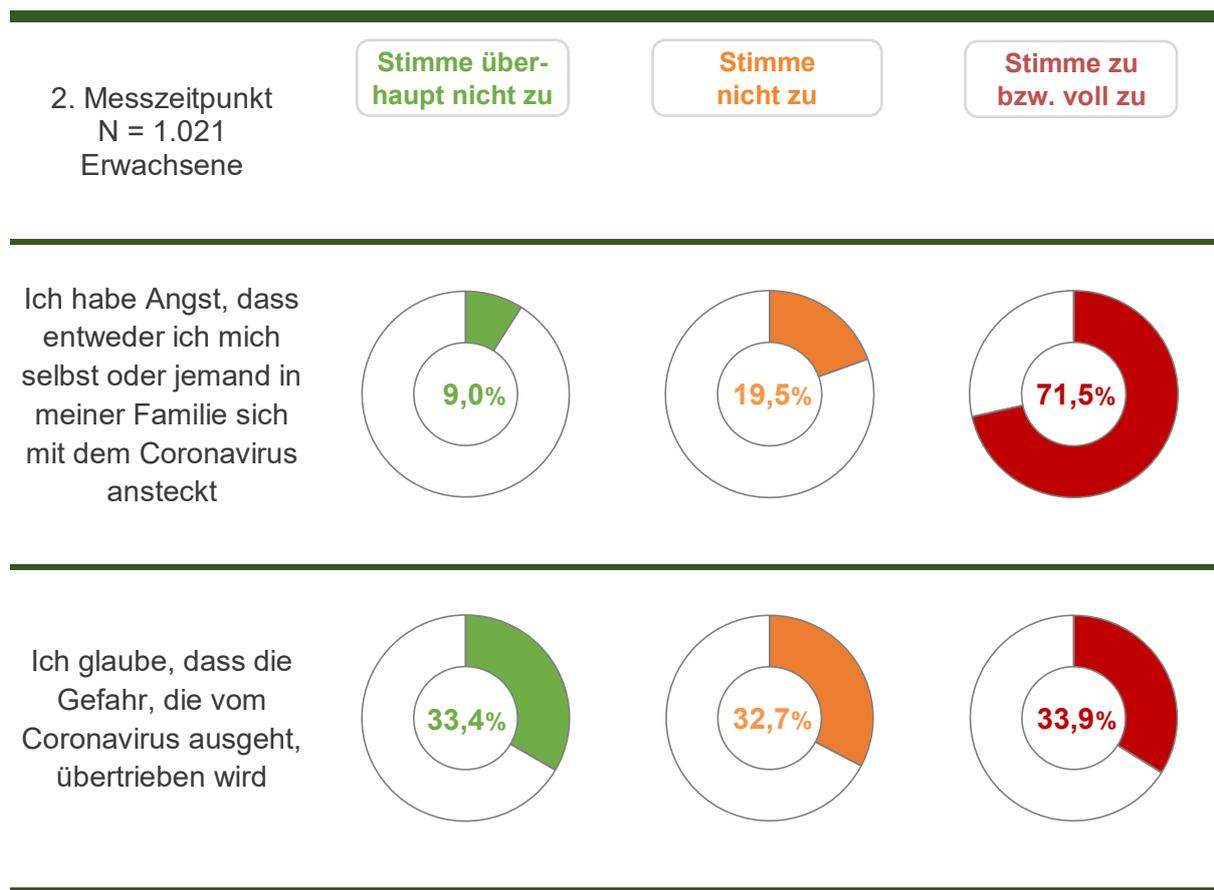
HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 21 - Sorgen hinsichtlich der Auswirkungen von Coronavirus

90% der Bevölkerung sind zumindest etwas besorgt über die Auswirkungen des Coronavirus auf das eigene Leben (Abbildung 21). Der Anteil derjenigen Personen, die „sehr“ oder „ziemlich“ besorgt sind, liegt bei 53,3% (sehr besorgt: 16,1%; ziemlich besorgt: 37,2%). Etwas, aber dennoch besorgt, sind 36,7% der Bevölkerung. Lediglich 10% geben an, dass sie keinerlei Besorgnis hinsichtlich der Corona-Pandemie empfinden.

Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale liegen keinerlei Unterschiede vor. Allerdings ist die Besorgnis unter den Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen signifikant höher als bei Menschen ohne chronische Erkrankungen.

Angst vor Ansteckung und Gefahreinschätzung



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 22 - Angst vor Ansteckung und Gefahreinschätzung

Die deutliche Mehrheit der Bevölkerung (71,5%) hat Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus (Abbildung 22, obere Zeile). Es sind 71,5% der Bürgerinnen und Bürger, die Angst um sich oder ein Familienmitglied haben (Zustimmung: 43,5%; Volle Zustimmung: 28%). Fast ein Drittel (28,5%) gibt jedoch auch an, dass sie weder um sich noch um Familienmitglieder Angst hätten (Stimme zu: 19,5%; Stimme überhaupt nicht zu: 9%).

Dabei äußern Frauen sowie Menschen mit einer chronischen Erkrankung signifikant häufiger, Angst vor einer Ansteckung zu haben. Menschen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz berichten dahingegen, signifikant weniger Angst vor einer Ansteckung zu haben. Für alle weiteren soziodemografischen Merkmale liegen keine signifikanten Unterschiede vor.

Hinsichtlich der Gefahreinschätzung (Abbildung 22, untere Zeile) gibt ein Drittel der Bevölkerung (33,9%) an, dass die Gefahr übertrieben wird, die vom Coronavirus ausgeht. Mit 66,1% ist es jedoch die deutliche Mehrheit der Bevölkerung, die die kommunizierte Gefahr des Coronavirus als angemessen empfindet.

Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss, einer geringeren coronaspezifischen Gesundheitskompetenz, Menschen mit Kindern unter 18 Jahren sowie Menschen, die keine chronische Erkrankung haben, sind signifikant häufiger der Meinung, dass die vom Coronavirus

ausgehenden Gefahren übertrieben werden. Hinsichtlich des Geschlechtes, Bundeslandes und des Migrationshintergrundes liegen keine Unterschiede vor.

Wenn Sie an das Coronavirus hier in Deutschland denken, was wird Ihrer Meinung nach am wahrscheinlichsten eintreten?



HLS-COVID-19 | Survey zur Coronaspezifischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland 2020

Abbildung 23 - Zukunftsperspektive

Bezogen auf die gegenwärtige, durch die Corona-Pandemie ausgelöste Situation in Deutschland, denkt mit 93,7% die Mehrheit der Bevölkerung (Abbildung 23), dass die Situation auf absehbare Zeit so bleiben wird, wie sie sich gegenwärtig darstellt (66,5%) oder es sogar noch schlimmer werden wird (26,7%).

Jüngere Menschen, Menschen mit einer geringeren coronaspezifischen Gesundheitskompetenz und Menschen ohne chronische Erkrankungen glauben signifikant häufiger, dass das Schlimmste schon vorüber wäre. Es liegen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, Bildungsabschlusses, Bundeslandes, Migrationshintergrundes oder der Frage vor, ob die Befragten minderjährige Kinder haben.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

Die Integration von Geschlechterperspektiven und Diversität in das Forschungsvorhaben war ein zentraler Baustein. Geschlechtsspezifische Aspekte wurden in der Datenerhebung, in den Datenanalysen und der Dissemination berücksichtigt und sind den vorangestellten Ergebnissen zu entnehmen.

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Zu allen Messzeitpunkten im Jahr 2020 gibt es einen erheblichen Anteil von Menschen, für die der Umgang mit coronaspezifischen Gesundheitsinformationen nicht immer einfach ist. Zwar wird dieser Anteil zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt kleiner, aber auch zum dritten Messzeitpunkt fallen deutlich mehr als ein Drittel der Befragten in die Kategorie geringe coronaspezifische Gesundheitskompetenz.

Die Beurteilung von Gesundheitsinformationen zum Coronavirus bleibt allerdings weiterhin die größte Herausforderung, denn vielen Menschen fällt es schwer, Informationen richtig zu beurteilen. Besonders schwierig ist es, *medienbezogene* Informationen zu bewerten und die eigene Gefährdung durch das Coronavirus richtig einzuschätzen. Dieses Ergebnis ist nicht neu, denn auch die früheren Ergebnisse zur allgemeinen Gesundheitskompetenz zeigen, dass die Beurteilung von Gesundheitsinformationen Menschen sehr schwer fällt (3, 17).

Ähnlich wie in vorangegangenen Studien zur Gesundheitskompetenz in Deutschland oder in Europa konnte auch in dieser Studie ein sozialer Gradient festgestellt werden, wobei niedrigere Bildung und niedrigeres Einkommen häufiger mit einer niedrigen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz einhergehen. Im Unterschied zu diesen Studien konnten aber in der HLS-Covid-19-Studie keine Assoziationen zwischen der coronaspezifischen Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht, Alter oder einer chronischen Vorerkrankung festgestellt werden und auch nicht hinsichtlich der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die sich bereits in der ersten Erhebung aus dem Frühjahr abzeichnende Tendenz (4, 7): Das Verstehen, Bewerten und Anwenden von Verhaltensregeln wie Abstandhalten, Mund-Nase-Maske tragen und Händewaschen fällt den Menschen im Moment relativ leicht (7). Das dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die zum Coronavirus, zur Prävention und zu Verhaltensempfehlungen vermittelten Informationen laienverständlich ausgedrückt und konkret nutzbar formuliert sind (z. B. AHA-Regeln). Verglichen mit den sonst teilweise hochkomplexen krankheitsspezifischen Informationen, sind Gesundheitsinformationen zum Thema Coronavirus und COVID-19 einfach gehalten und werden über die wichtigsten Kommunikationskanäle seit Einsetzen der Corona-Pandemie vor ca. 10 Monaten oft wiederholt. Daher kann angenommen werden, dass sich mittlerweile ein deutlicher Wissensanstieg zum Thema Coronavirus und COVID-19 vollzogen hat (siehe auch 14). Zudem besitzen die Botschaften eine hohe Alltagsrelevanz. Angenommen werden kann, dass diese Aspekte einen positiven Einfluss auf den Umgang mit Corona-bezogenen Informationen und somit die coronaspezifische Gesundheitskompetenz haben. Abzuwarten bleibt allerdings, ob und inwieweit dies zeitstabil sein wird.

Informiertheit

Obschon sich die Mehrheit der Bevölkerung gut über das Coronavirus bzw. die COVID-19 Pandemie informiert fühlt, ist in den absoluten Werten ein Rückgang gegenüber der ersten Erhebung zu beobachten: Waren es im Frühjahr noch 90,5%, die sich gut bis sehr gut informiert fühlen, sind es im Herbst nur noch 88,2%. Dahingegen hat der Anteil der schlecht bis sehr schlecht Informierten von 9,5% auf 11,8% zugenommen. In beiden Fällen handelt es sich um statistisch signifikante Veränderungen. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden,

dass die Bürgerinnen und Bürger in steigendem Maß mit widersprüchlichen oder unverständlichen Informationen konfrontiert sind oder aber, dass es zusehends schwieriger wird, mit aktuellen Entwicklungen schrittzuhalten.

Im Zuge der Pandemie zeigen sich sowohl das Potenzial einer gesundheitskompetenten Gesellschaft, aber ebenso die besonderen Herausforderungen, denen Menschen mit einer geringen Gesundheitskompetenz ausgesetzt sind. Unter denjenigen, die sich schlecht oder sehr schlecht über die derzeitige Lage informiert fühlen, weisen 76,7% bzw. 77,4% eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Sie sehen sich in Einklang damit vor große Schwierigkeiten gestellt, mit der Flut von Gesundheitsinformationen über das Coronavirus umzugehen – in der Folge auch dabei, adäquat informiert zu sein.

Verunsicherung durch Informationen

Das Spannungsverhältnis zwischen Aktualität und Glaubwürdigkeit von Informationen zur Corona-Pandemie zieht sich durch die gesamte Studie. Die Mehrheit der Bevölkerung fühlt sich in der gegenwärtigen Lage durch die Vielfalt an Informationen zum Thema COVID-19 verunsichert und diese Verunsicherung ist über alle Bevölkerungsschichten hinweg zu spüren. Personen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz machen mit 60,5% die Mehrheit unter den sehr Verunsicherten aus und stellen auch über 40% derjenigen, die etwas verunsichert sind. Dahingegen empfinden Personen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz deutlich weniger Verunsicherung durch die Fülle an Informationen als Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz.

Dass ein großer Anteil der Menschen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz zugleich auch Verunsicherungen mit der Fülle an Informationen spürt (etwas verunsichert: 57,1%; sehr verunsichert: 39,6%), ist allerdings nicht ungewöhnlich und setzt die sich in den Ergebnissen des ersten Messzeitpunktes zeigende Tendenz fort. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen zum einen, dass Personen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz häufiger nach Informationen suchen, besser informiert sind und deuten an, dass sie sich somit mehr mit dem Thema Coronavirus auseinandersetzen. Zum anderen geht ein hohes Maß an Informiertheit auch mit einem erhöhten Wissen über die realen Gefahren einher, die von der gegenwärtigen Krise auf das eigene Leben und die Gesellschaft ausgehen. Daher sind natürlicherweise auch Menschen mit einer höheren coronaspezifischen Gesundheitskompetenz verunsichert. Diese Annahme wird unterstützt von den Ergebnissen zu den Zukunftsaussichten, der Angst vor einer Ansteckung und der Einschätzung der Gefahren, die von der Corona-Pandemie ausgehen. Menschen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz geben an, dass sie mehr Angst empfinden, sie schätzen die Gefahren realistischer ein und reflektieren viel vorsichtiger auf die Zukunft und mögliche Veränderungen als diejenigen Menschen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz. Zu diesem Umstand kommt erschwerend hinzu, dass gegenwärtig sehr viele Informationen zum Coronavirus existieren und insbesondere im Internet kursieren. Einige davon sind verlässlich, andere widersprüchlich und viele sind einfach falsch und schüren zusätzliche Ängste und Verunsicherungen (18–20).

Ältere Personen sind signifikant weniger durch die vielen Informationen zum Coronavirus verunsichert als jüngere. Dieser Befund lässt sich u. a. vor dem Hintergrund des unterschiedlichen Informationsverhaltens der Altersgruppen interpretieren. Die dargestellten Daten zeigen, dass

jüngere Menschen signifikant häufiger das Internet, soziale Medien, Messenger-Gruppen sowie Telefon-Hotlines nutzen, um sich über das Coronavirus zu informieren. Gleichzeitig werden allerdings zwei dieser Informationsquellen – soziale Medien und Messenger-Gruppen – als die am wenigsten vertrauenswürdigen Quellen überhaupt eingestuft. Gerade einmal eine von fünf Personen vertraut diesen Quellen. Ältere Bürgerinnen und Bürger informieren sich zum Coronavirus dagegen signifikant häufiger über das Fernsehen, gedruckte Zeitungen oder Zeitschriften, Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten in Gesundheitsberufen. Dabei werden die in Gesundheitsberufen tätigen Professionellen von den Befragten als die verlässlichste Informationsquelle angesehen. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass insbesondere jüngere Menschen stärker durch die Flut an Informationen zum Coronavirus verunsichert sind, gerade auch wenn bedacht wird, in welchem zeitlichen Ausmaß z. B. soziale Medien von jüngeren Menschen genutzt werden. Um dieser Verunsicherung der jüngeren Bevölkerungsgruppen entgegenzuwirken, ist es sinnvoll, dass auch Behörden vermehrt soziale Medien als zentrales Mittel der Kommunikation verlässlicher Gesundheitsinformationen nutzen. Ferner muss allerdings diskutiert werden, welche Rolle eine effektivere Bekämpfung von Falschinformationen in den sozialen Medien bei der Vermittlung von konsistenten und verlässlichen Informationen über das Coronavirus an jüngere Bevölkerungsgruppen haben kann und sollte. In der kommenden Zeit muss darauf geachtet werden, dass die Bevölkerung gezielt informiert und Fehlinformationen in den Medien weniger Platz eingeräumt wird. Die Stärkung der personalen und organisationalen Gesundheitskompetenz ist dabei eine wichtige Maßnahme.

Informationsquellen

Die Ergebnisse dieser Studie zur Nutzung und Vertrauenswürdigkeit von Informationsquellen zum Coronavirus sind vor dem Hintergrund der akuten Krisensituation zu deuten, in der sich die Bevölkerung zurzeit befindet. Die Rangfolge der Quellen für Corona-bezogene Informationen fällt dabei besonders auf: Stehen allgemein bei den Informationsquellen für Gesundheit und Krankheit die Gesundheitsprofessionellen, vor allem die Ärztinnen und Ärzte, an erster Stelle (15), so sind es bei den coronaspezifischen Informationen die Massenmedien, allen voran das Fernsehen und das Internet. Ärztinnen und Ärzte hingegen spielen eine auffallend untergeordnete Rolle. Die Corona-Pandemie, so lässt sich dieses Ergebnis interpretieren, stellt eine akute Gesundheitskrise dar, und entsprechend sind es in erster Linie die tagesaktuellen Medien, die zur Information herangezogen werden. Auch bei Studierenden konnte ein ähnliches Ergebnis festgestellt werden hinsichtlich des online-bezogenen Informationsverhaltens (10). Allerdings ist es ebenfalls interessant, dass wenn im Gesundheitssektor tätige Professionelle sowie offizielle Internetseiten zu Gesundheitsinformationen aufgesucht werden, dies signifikant häufiger durch Personen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz geschieht.

Vertrauen in Informationsquellen

Trotz häufiger Nutzung von Medien zur Information über das Coronavirus, wird deren Vertrauenswürdigkeit bezweifelt. Das Vertrauen, dass beispielsweise Ärztinnen und Ärzten sowie Expertinnen und Experten aus Gesundheitsberufen und Gesundheitsbehörden entgegengebracht wird, ist deutlich höher. Unter Personen mit einer geringeren coronaspezifischen Gesundheitskompetenz ist ein geringer ausgeprägtes Grundvertrauen gegenüber allen Informationsquellen vorhanden, was auf eine skeptische Haltung schließen lässt. Personen mit einer

hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz haben ein insgesamt höheres Vertrauen in Informationsquellen, unabhängig davon, um welche Quellen es sich handelt. Dies zeugt jedoch nicht von einer geringeren Beurteilungsfähigkeit dieser Gruppe, sondern drückt eher ein größeres Grundvertrauen bzw. eine positivere Haltung gegenüber Informationsquellen aus. Dies ist ein wichtiges Ergebnis, das auch bei der Information von Menschen mit geringer coronaspezifischer Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen ist. Denn Vertrauen ist ein wichtiger Faktor, der im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz adressiert werden sollte.

Informationsverhalten

Bei dem Informationsverhalten fällt ein Punkt besonders auf: Der Informationsbedarf in der Bevölkerung hat seit dem Beginn der Corona-Pandemie sehr stark zugenommen. Mit 45,2% gibt fast die Hälfte der Bevölkerung an, dass sie sich im Vergleich zu der Zeit vor dem Ausbruch der Corona-Krise nun häufiger über Gesundheitsthemen informieren. Allerdings sind es auch 13%, die sich nun weniger informieren als vorher. Unter denjenigen, die nun vermehrt nach Gesundheitsinformationen suchen, sind deutlich weniger Personen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz als solche mit einer hohen. Zudem sind es auch Ältere, Personen mit einem höheren Bildungsabschluss, einer besseren Berufsausbildung und mit chronischen Erkrankungen, die nun häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen, während Personen mit einem Migrationshintergrund angeben, dass sie weniger nach Informationen suchen würden als vorher. Dass Menschen mit einer chronischen Erkrankung sowie ältere Bürgerinnen und Bürger nun häufiger nach Information suchen, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass sie zur Hochrisikogruppe für schwerere Verläufe gehören und daher ein hohes Informationsbedürfnis haben. Einerseits sollte auf den gestiegenen Bedarf an Gesundheitsinformationen reagiert werden und andererseits ist es wichtig, herauszufinden, warum bestimmte Gruppen weniger suchen und wie man ihnen dennoch die relevanten Informationen zur Verfügung stellen kann.

Präventionsverhalten

Die Mehrheit der Bevölkerung setzt viele der Verhaltensempfehlungen im Lebensalltag um. Das ist zunächst ein sehr positives Ergebnis. Allerdings gibt es sehr große Unterschiede zwischen den einzelnen Verhaltensweisen. Zudem geben 3% der Befragten an, noch keinerlei präventive Verhaltensweisen und 10% keine oder nur eine der AHA-Regeln angewendet zu haben. Dabei setzt besonders die Gruppe mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz signifikant weniger der zehn wichtigsten verhaltensbezogenen Schutzmaßnahmen im Alltag um. Das gilt auch für Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss und einem geringen Haushaltseinkommen, Menschen aus den neuen Bundesländern, Personen ohne chronische Erkrankung und Eltern von minderjährigen Kindern.

Mehr als ein Viertel der Befragten gibt an, die AHA-Regeln (Alltagsmaske, Hygiene, Abstandhalten) nicht anzuwenden. Im Sinne des effektiven Infektionsschutzes besteht hier daher deutlicher Verbesserungsbedarf. Besonders Männer und jüngere Menschen setzen die AHA-Regeln seltener um. Ähnlich die 16- bis 29-Jährigen; lediglich 59% von ihnen halten sich an alle AHA-Regeln. Scheinbar fällt es dieser Gruppe schwerer als anderen, die Regeln zur Prävention einer Corona-Infektion umzusetzen. Ebenso kann angenommen werden, dass sie sich vermeintlich sicher oder nicht betroffen fühlt (5) und sich deshalb nicht an die verschiedenen Hygiene- und Abstandsregeln und das Tragen einer Schutzmaske hält. Allerdings wird dabei übersehen, dass das Befolgen der AHA-Regeln kein reiner Selbstschutz ist, sondern auch

andere schützt. Daher muss bei Präventions- und Bildungsangeboten für Menschen im jüngeren Alter beachtet werden, bei dem Appell, Präventionsmaßnahmen einzuhalten, auch die soziale Verantwortung anzusprechen. Ähnliches gilt mit Blick auf die mehr als zehn Prozent der Bevölkerung, die zum Zeitpunkt der Befragung angaben, keine oder nur eine der AHA-Regeln umzusetzen. Auch hier besteht dringender Handlungsbedarf und auch hier sollte das Thema soziale Verantwortung eine Rolle spielen.

Corona-Wissen

Die meisten Menschen besitzen richtiges Wissen zu verschiedenen Corona-bezogenen Themen. Ein besorgniserregendes Ergebnis ist jedoch, dass fast ein Zehntel der Bevölkerung die Aussage bejaht, dass das Coronavirus gar nicht existiert. Menschen mit einem geringeren Bildungsabschluss, aus den neuen Bundesländern, jüngere Menschen und Menschen mit Kindern unter 18 Jahren gehören zur Gruppe derjenigen, die häufiger die Existenz des Coronavirus verneinen. Dass dieses Ergebnis in einem online-repräsentativen Querschnitt erwachsener Internetnutzende für Deutschland nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region erzeugt wurde, stimmt umso nachdenklicher. In den letzten Monaten sind Virusleugnende, Querdenkerinnen und Querdenker, Corona-Skeptikerinnen und Corona-Skeptiker, Verschwörungstheorien Anhängende sowie Impfgegnerinnen und Impfgegner auf dem Vormarsch und gefährden den allgemeinen Infektionsschutz (21–23). Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass deren Anzahl scheinbar höher ist als angenommen.

Interessant ist auch das Ergebnis, dass mit 92,4% (H: Hygiene), 90,5% (A: Abstand) und 81,1% (A: Alltagsmaske) ein Großteil der Bevölkerung angibt, dass das Anwenden der AHA-Regeln vor einer Infektion schützen kann. Allerdings führt das Wissen nicht unbedingt zur Anwendung der Verhaltensregeln, denn diese praktizieren nur 72,7% aller befragten Personen. Hier wird deutlich, dass mehr Wissen nicht automatisch auch Anwendung von Wissen bedeutet. Dazu müssen Information und Wissen auch nützlich sein und subjektiv sinnvoll erscheinen – ein Aspekt, der künftig intensiver zu beachten ist. Gesundheitskompetenz spielt hierbei eine wichtige Rolle, denn Menschen mit geringerer coronaspezifischer Gesundheitskompetenz zeigen sich sehr viel skeptischer hinsichtlich der Wirksamkeit der AHA-Regeln.

Einstellungen zum Impfen

Obwohl die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung Impfungen als sicher, wirksam und wichtig einschätzt, steht ihnen rund ein Zehntel gegenüber, die Impfungen als unsicher, unwirksam, unwichtig oder mit ihren Einstellungen oder religiösen Überzeugungen unvereinbar wahrnehmen. Auch im Bereich der impfbezogenen Einstellungen konnten eine niedrige coronaspezifische Gesundheitskompetenz sowie ein niedrigerer Bildungsstand als Risikofaktoren für eine ablehnende Haltung identifiziert werden. Jüngere Menschen stimmen eher zu, dass Impfungen wichtig sind als ältere Menschen. Auch Menschen mit einem Migrationshintergrund sind prinzipiell im Zustimmungsbereich zu verorten; allerdings drücken Menschen mit einem beidseitigen Migrationshintergrund diese weniger entschlossen aus. Interessanterweise liegen keine Geschlechterunterschiede vor: sowohl Frauen als auch Männer haben eine hohe Zustimmung zum Impfen. Einerseits deuten die Ergebnisse zur Impfeinstellung innerhalb der Bevölkerung eine positive Haltung zum Impfen an, andererseits weisen sie auch darauf hin, dass und wie wichtig es ist, auch diejenigen zu erreichen, die dem Impfen kritisch gegenüberstehen.

Impfannahmen

Menschen mit geringerer coronaspezifischer Gesundheitskompetenz befürworten öfter negative Annahmen über das Impfen. Dementsprechend sollten sie als Gruppe dezidiert bei Maßnahmen zur Stärkung des Vertrauens in Impfungen und Präventivmaßnahmen adressiert werden. Ähnliches gilt für Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss und jüngere Menschen. Auch sie äußern sich öfter negativ über Impfungen. Frauen geben häufiger an, dass Impfungen schwerwiegende Nebenwirkungen haben. Letzteres teilen auch Menschen mit einer höheren coronaspezifischen Gesundheitskompetenz häufiger. Dies kann mit der internationalen Berichterstattung über Impfstoffentwicklungsverfahren im Zusammenhang stehen, mit der sich diese Bevölkerungsgruppe möglicherweise häufiger auseinandersetzt.

Impfbereitschaft

Fast ein Viertel der Befragten lehnt eine mögliche Impfung mit einem Corona-Impfstoff ab und ungefähr ein weiteres Viertel ist noch unentschlossen. Mehr als die Hälfte der Bevölkerung gibt allerdings auch an, sich impfen lassen zu wollen, sofern ein Impfstoff vorliegt. Männer, ältere Menschen, Menschen mit höherem Bildungsabschluss sowie Menschen mit einer chronischen Erkrankung zeigen eine höhere Impfbereitschaft. Eine niedrige coronaspezifische Gesundheitskompetenz steht mit niedrigerer Impfbereitschaft im Zusammenhang, d.h. auch vor diesem Hintergrund scheinen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sinnvoll. Die gegenwärtig geringe Impfbereitschaft wird vielleicht auch dadurch befördert, dass der Impfstoff erst neu entwickelt bzw. eingeführt und dabei medial vermehrt über verkürzte Testverfahren berichtet wird. Dies ist sicherlich wenig zuträglich für das Vertrauen in einen Impfstoff. Daher ist es wichtig, mit Informationsmaßnahmen aufzuklären und hierbei mit empirisch gesicherten Befunden zur Wirksamkeit und Sicherheit zu arbeiten, um das Vertrauen der Bevölkerung zu werben.

Sorgen, Ängste, Gefahreinschätzung und Zukunftsaussichten

Mit 90% ist die Mehrheit der Bevölkerung besorgt hinsichtlich der Corona-Auswirkungen auf ihr Leben, 71,5% haben Angst vor einer Ansteckung bei sich selbst oder einem Familienmitglied, 66,1% nehmen die Gefahren durch das Coronavirus auf Leben und Gesellschaft sehr ernst und 93,7% glauben, dass sich die Gesamtsituation auf absehbare Zeit nicht verändert oder sogar noch verschlechtern wird. Sorgen, Ängste, Einschätzung der Gefahrensituation und negative Zukunftsaussichten sind insbesondere bei Menschen mit chronischen Erkrankungen sehr hoch, was einen Trend darstellt, der sich mit den übrigen Ergebnissen dieser Studie deckt. Allerdings ist die Anzahl derer, die keine Angst vor einer Ansteckung haben, mit fast einem Drittel aller Befragten ebenfalls sehr hoch. Ängste sind zudem bei Frauen weiter verbreitet als bei Männern. Personen mit einer hohen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz haben mehr Angst und schätzen die Zukunftsaussichten weniger positiv ein als Personen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz. Letztere sind zudem häufiger der Meinung, dass die vom Coronavirus ausgehende Gefahr übertrieben wird, was häufiger auch von Personen mit einer niedrigeren Bildung und Eltern von minderjährigen Kindern artikuliert wird

Die Ausprägung dieser Dispositionen in der Gesellschaft deutet darauf hin, dass die Gefühlslagen und Ängste der Menschen durch die Politik ernst genommen werden müssen. Gerade bezüglich der Umsetzung präventiver Verhaltensweisen kann z. B. die Wahrnehmung, dass

die vom Coronavirus ausgehende Gefahr übertrieben würde, als bedingender Faktor angenommen werden. Dementsprechend müssen auch solche Zweifel adressiert werden, um die Akzeptanz für Einschränkungen und Schutzmaßnahmen in der breiten Bevölkerung zu steigern und langfristig sicherzustellen.

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Projektergebnisse wurden im Rahmen von Projektberichten und Zeitschriftenartikeln veröffentlicht. Zudem wurden die Ergebnisse bei nationalen und internationalen Fachtagungen vorgestellt, z. B. bei der European Public Health Conference der European Public Health Association (EUPHA, 2020, 2021), der European Public Health Week 2021, European Conference der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE, 2021), dem Global Health Literacy Summit der International Health Literacy Association (IHLA, 2021), bei verschiedenen Fachtagungen und Fortbildungen der VHS (2020, 2021), der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (2021) und der Tagung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (2021). Im Jahr 2022 werden die Ergebnisse bei der Globalen Konferenz der IUHPE und der EUPHA Konferenz vorgestellt und zudem sind Vorträge im Rahmen von weiteren Veranstaltungen geplant. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse über Pressemitteilungen, die Sozialen Medien und auf unseren Internetseiten disseminiert.

9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Welche Erfahrungen/Ergebnisse sind für den Transfer, ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG geeignet?

Mit den Ergebnissen können Fördermaßnahmen für die Stärkung der Gesundheitskompetenz in allen Altersgruppen ab 16 Jahren entwickelt werden. Interventionen können auch für die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Gesundheitsprofessionen verwendet werden sowie für die Entwicklung von Maßnahmen für die Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz von Gesundheits- und Bildungseinrichtungen. Diese sind insbesondere anschlussfähig an den § 20k Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz im SGB V, der ebenso wie das Präventionsgesetz die Stärkung der Gesundheitskompetenz vorsieht. Gleichzeitig sind die vorliegenden Ergebnisse relevant für den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) und die BMG Allianz Gesundheitskompetenz und die dort skizzierten Ziele zur Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft. Da insbesondere das Beurteilen von Informationen vielen Menschen in Deutschland schwerfällt, können im Besonderen Maßnahmen zur Stärkung der kritischen Gesundheitskompetenz entwickelt werden.

Die Ergebnisse können auch im Rahmen von Kommunikationskampagnen und zu gesundheitlichen Aufklärung (Internet, Soziale Medien, TV, Radio, etc.) verwendet werden. Einzelne Ergebnisse (z.B. Informationsverhalten, Impfverhalten und Impfeinstellungen) können in spezifischen Programmen herangezogen werden.

Die hier generierten Ergebnisse eignen sich für die Praxis und Gesundheitspolitik im weiteren Verlauf der Covid-19 Pandemie und stellen zugleich Erkenntnisse für die Bekämpfung von zukünftigen Pandemien bereit. Insbesondere für die Bereiche Digital Health und eHealth können nützliche Hinweise aus den Daten der Studie gezogen werden. Die Digitalisierung war ein katalysierender Faktor für das Aufkommen und die Verbreitung von Falschinformationen während der Pandemie. Die Ergebnisse dieser Studie sensibilisieren für diesen Umstand, für dessen erfolgreiche Bewältigung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung dringend gestärkt werden muss.

Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege aus?

Die Ergebnisse suggerieren, dass der Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung und Pflege ein hochrangiger Stellenwert beizumessen ist. Die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen können durch Fachkräfte aufgefangen werden, die zum einen die Gesundheitskompetenz von Patienten einschätzen können und zum anderen deren niedrige Gesundheitskompetenz auffangen können.

Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren?

Im Rahmen der Projektdurchführung ist eine Kooperation zwischen der Universität Bielefeld und des dort ansässigen Interdisziplinären Zentrums für Gesundheitskompetenzforschung und der Hertie School Berlin entstanden. Durch diese Kooperation werden die Partnerinnen und Partner auch in Zukunft gemeinschaftlich am Thema Gesundheitskompetenz forschen. Orkan Okan wurde in der Zwischenzeit auf die Professur für Gesundheitskompetenz an der Technischen Universität München berufen, womit ein weiterer Partnerstandort hinzugekommen. Die nun bundesweite Kooperation wird als Forschungsnetzwerk für die weitere Erforschung von Gesundheitskompetenz agieren. Neben gemeinsamen Publikationen und Tagungsauftritten sind auch Förderanträge geplant (national und EU) sowie Summer Schools für Nachwuchsforscherinnen und Nachwuchsforscher. Zudem sind Partnerschaften mit Gesundheit Österreich GmbH und der Careum Stiftung in der Schweiz entstanden, die den Fragebogen der Studie adaptiert und in ihren jeweiligen Ländern eingesetzt haben. Auch hier sind gemeinsame Publikationen und weitere Studien geplant.

Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)?

Die Studienergebnisse deuten an, dass Gesundheitskompetenz mit dem Gesundheitsverhalten – insbesondere Präventionsverhalten und Impfverhalten – näher zu untersuchen ist. Hierbei ist es insbesondere herauszufinden, ob durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz auch das Impfverhalten und die Adhärenz mit empfohlenen Schutzmaßnahmen verbessert werden können. Es zeigen sich zudem Unterschiede hinsichtlich des Alters und des sozioökonomischen Status. Daher sollten in zukünftige Studien diese Merkmale verstärkt in den Blick genommen werden sowohl im Rahmen von Erhebungen als auch Interventions- und Evaluationsstudien. Die Ergebnisse deuten auch auf einen Bedarf für Grundlagenforschung hin.

10 Publikationsverzeichnis

Zeitschriftenartikel und Buchkapitel

Okan, O., Bollweg, T.M., Eva-Maria Berens, Bauer, U., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy in Germany: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic. *Int J Environ Res Public Health*. 17(15), 5503. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>.

Okan, O., de Sombre, S., Hurrelmann, K., Berens, E.-M., Bauer, U., Schaeffer, D (2020). Covid-19-Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/20), S. 40-45. doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2222.

Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. (2022). Coronaspezifische Gesundheitskompetenz zu drei Messzeitpunkten. *Public Health Forum*. Themenheft Gesundheitskompetenz. (submitted)

Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. (2022). Coronaspezifische Gesundheitskompetenz zu drei Messzeitpunkten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In Rathmann, K., Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M. (2021). *Gesundheitskompetenz*. Springer Reference. Springer. Doi: 10.1007/978-3-662-62800-3. (In Vorbereitung)

Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. (2022). Trend study on Corona-specific health literacy at five measurement points in Germany. (In Vorbereitung)

Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. (2022). Vaccine Hesitancy and Health Literacy during the Covid-19 Pandemic in Germany, Austria and Switzerland. (In Vorbereitung)

Berichte

Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Janner, C., Schaeffer, D. (2021). Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz: Ergebnisse der zweiten Erhebung der HLS-COVID-19 Studie. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950307>.

Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Janner, C., Schaeffer, D. (2021). Corona-specific Health Literacy in Germany: Second survey of the HLS-COVID-19 trend study. English Summary Report. Bielefeld: Interdisciplinary Centre for Health Literacy Research. Bielefeld University. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2951266>.

Okan, O., de Sombre, S., Hurrelmann, K., Berens, E.-M., Bauer, U., Schaeffer, D (2020). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Umgang mit der Coronavirus-Pandemie. Abschlussbericht. Online.: https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/downloads/Ergebnisbericht_GK_Corona_IZGK_2020.pdf.

Vorträge und Tagungsabstracts

Okan, O., Bollweg, T.M., Hurrelmann, K., Schaeffer, D., Bauer, U. (2021). COVID-19 und Gesundheitskompetenz: Implikationen für Bildung und Schule. In: M. von Salisch, K. Dad-

aczynski. Symposium: Generation Corona? Coronabedingte Zukunftsängste, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden. Digitale Tagung der Gesellschaft für Empirische Bildungsforschung. Corona und Bildung – Herausforderungen und Chancen aus Sicht der Bildungsforschung. 22. und 23. April 2021.

Okan, O., Bollweg, T.M., Schaeffer, D., Bauer, U., Vogt, D., Griebler, R., de Gani, S., Dadaczynski, K., Rathmann, K., Hurrelmann, K., Messer, M. (2021). Health Promotion in times of COVID-19: Health Literacy, infodemic and behaviour. Pre-Conference Workshop. 11th IUHPE European Conference on Health Promotion: Health Promotion: Transformative action in a changing Europe. 15 – 16 June 2021, Girona, Spain (as virtual event).

Okan, O., Bollweg, T.M., Griebler, R., de Gani, S., Bauer, U., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. (2021). HLS-COVID-19: A representative trend study on COVID-19-specific health literacy in three European countries. Workshop. Global Health Literacy Summit of IHLA, 3 – 5 October 2021, Taipei, Taiwan (as virtual event).

Okan, O., Bollweg, T.M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. (2021). HLS-COVID-19: A representative longitudinal trend study on health literacy in relation to COVID-19. Deutscher Kongress Versorgungsforschung. Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern. 6. – 8. Oktober.

Okan, O. (2021). Rising to the challenge of the COVID-19 Pandemic: Health Literacy, Health Information seeking and COVID-19 to inform future efforts connected to this field. International Webinar “Infodemic, misinformation, fake news, health literacy: an interdisciplinary perspective” during the European Public Health Week. Organized by Public Health and Wellbeing Observatory at Canterbury Christ Church University, May 17, 2021.

Okan, O. (2021). COVID-19 und Gesundheitskompetenz: Implikationen für Bildung und Schule. Digitale Tagung der Gesellschaft für Empirische Bildungsforschung. Corona und Bildung – Herausforderungen und Chancen aus Sicht der Bildungsforschung. 22. und 23. April 2021.

Okan, O. (2020). Die Rolle der Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft für den Umgang mit Informationen zu Covid-19. Online Vortragsreihe am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS: Forschungsnetzwerk Primärprävention und Gesundheitsförderung. COVID-19 und die Bevölkerung - Von Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Gesundheitskompetenz. 27. Oktober 2020.

11 Literaturverzeichnis

1. Nutbeam D: Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259–67.
2. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, et al.: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
3. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften 2016.
4. Okan O, Sombre S de, Hurrelmann K, Berens E-M, Bauer U, Schaeffer D: COVID-19-Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. *Monitor Versorgungsforschung* 2020; 13(3:20): 40–45.
5. Paakkari L, Okan O: COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health* 2020; 5(5): e249-e250.
6. Schaeffer D, Hurrelmann K, Schmidt-Kahler S: Gesundheitsbildung: Corona zeigt Lücken auf. <https://www.apotheken-umschau.de/Coronavirus/Gesundheitsbildung-Corona-zeigt-Luecken-auf-558045.html> (last accessed on 8 April 2020).
7. Okan O, Bollweg TM, Berens E-M, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D: Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(15): 5503.
8. Okan O, Sørensen K, Messer M: COVID-19: a guide to good practice on keeping people well informed. <https://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046> (last accessed on 25 March 2020).
9. Sentell T, Vamos S, Okan O: Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research Around the World: More Important Than Ever in a Time of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(9).
10. Dadaczynski K, Okan O, Messer M, Rathmann K: Digitale Gesundheitskompetenz von Studierenden in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung. Fulda und Bielefeld 2020.
11. Vogt D, Gehrig S, Kocher J: Corona-bezogene Gesundheitskompetenz: Zusatzerhebung im Rahmen des «Schweizer Health Literacy Survey 2019-2021». Careum Stiftung, Zürich, Schweiz 2020.
12. Jordan S, Hoebel J: Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58(9): 942–50.
13. Messer M, Vogt D, Quenzel G, Schaeffer D: Health Literacy bei vulnerablen Zielgruppen. *Praev Gesundheitsf* 2016; 11(2): 110–6.
14. Schaeffer D, Berens E-M, Sombre S de, et al.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie. Bielefeld: Universität Bielefeld 2020.

15. Baumann E, Czerwinski F, Rosset M, Seelig M, Suhr R: Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2020; 63(9): 1151–60.
16. Quenzel G, Schaeffer D, Messer M, Vogt D: Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher: Einflussfaktoren und Folgen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58(9): 951–7.
17. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D: Health Literacy in the German Population. Dtsch Arztebl Int 2017; 114(4): 53–60.
18. Cuan-Baltazar JY, Muñoz-Perez MJ, Robledo-Vega C, Pérez-Zepeda MF, Soto-Vega E: Misinformation of COVID-19 on the Internet: Infodemiology Study. JMIR Public Health Surveill 2020; 6(2): e18444.
19. Nielsen RK, Fletcher R, Newman N, Brennen JS, Howard PN: Navigating the ‘infodemic’: How people in six countries access and rate news and information about coronavirus. UK 2020.
20. Hernández-García I, Giménez-Júlvez T: Assessment of Health Information About COVID-19 Prevention on the Internet: Infodemiological Study. JMIR Public Health Surveill 2020; 6(2): e18717.
21. Handelsblatt: Seehofer warnt Corona-Leugner: „Die Sicherheitsbehörden haben einen genauen Blick darauf“. Bundesinnenminister im Interview. <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/bundesinnenminister-im-interview-seehofer-warnt-corona-leugner-die-sicherheitsbehoerden-haben-einen-genauen-blick-darauf/26672790.html> (last accessed on 7 December 2020).
22. Bangel C: Corona-Leugner: Wasser marsch! <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2020-11/corona-leugner-staat-demokratie-berlin-demonstration-bundestag-stoerer> (last accessed on 6 December 2020).
23. Correctiv: Coronavirus-Faktenchecks: Diese Behauptungen hat CORRECTIV geprüft. <https://correctiv.org/faktencheck/hintergrund/2020/12/04/coronavirus-faktenchecks-diese-behauptungen-hat-correctiv-geprueft/> (last accessed on 7 December 2020).

