



SACHBERICHT

Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS)

1 Titel und Verantwortliche

Titel

Sachbericht zur Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS)

Förderkennzeichen

ZMVI1-2516FSB410

Projektleitung

Dr. Kerstin Horch

Susanne Jordan

ProjektfINANZIerte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (jeweils nur Teilzeiträume und Teilzeitstellen)

Wissenschaftlerinnen: Christiane Firnges, Dr. Julia Truthmann

Dokumentar/-in: Silke Beyhl, Christian Gojdka

Weitere am Projekt beteiligte Wissenschaftlerin

Anne Starker

Kontaktdaten

Dr. Kerstin Horch, Susanne Jordan

Robert Koch-Institut, General-Pape-Straße 62-66, 12101 Berlin

Tel.: 030 18754 - 3344, - 3670

E-Mail: horchk@rki.de / jordans@rki.de

Laufzeit

01.10.2016 – 31.12.2018

Fördersumme

327.157 Euro

ROBERT KOCH-INSTITUT, BERLIN 2019

2 Inhaltsverzeichnis

1 Titel und Verantwortliche	2
2 Inhaltsverzeichnis	3
3 Zusammenfassung	5
4 Einleitung	6
5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	8
5.1 Fragebogenentwicklung	8
5.2 Studiendesign und Stichprobenziehung.....	11
5.3 Datenerhebung	11
5.4 Datenprüfung, Datenaufbereitung und Qualitätssicherung	13
5.5 Statistische Methoden und Stichprobenbeschreibung.....	13
6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	15
7 Ergebnisse	18
7.1 Gesundheitsinformationssuche und Informationsbedarfe der Bevölkerung	18
7.1.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung.....	18
7.1.2 Ergebnisse.....	21
7.1.3 Diskussion	27
7.2 Gesundheitskompetenz	32
7.2.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung.....	32
7.2.3 Ergebnisse.....	33
7.2.4 Diskussion	43
7.3 Patientensicherheit	48
7.3.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung.....	48
7.3.2 Ergebnisse.....	56
7.3.3 Diskussion	72
7.4 Ärztliche Beratung.....	80
7.4.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung.....	80
7.4.2 Ergebnisse.....	81
7.4.3 Diskussion	86
7.5 Informierte Entscheidung bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	88
7.5.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung.....	88
7.5.2 Fragestellung	89
7.5.3 Ergebnisse.....	90
7.5.4 Diskussion	96

8 Diskussion der Ergebnisse	99
9 Gender Mainstreaming Aspekte	100
10 Verbreitung der Projektergebnisse	101
11 Verwertung der Projektergebnisse	101
12 Publikationsverzeichnis	101
Literaturverzeichnis	104
Anhang	114
Fragebogen der KomPaS-Studie.....	114
Annex-Tabellen Kapitel 7.1	121
Annex-Tabellen Kapitel 7.2	132
Annex-Tabellen Kapitel 7.3	146
Annex-Tabellen Kapitel 7.4	166
Annex-Tabellen Kapitel 7.5	173

3 Zusammenfassung

Ziel des Projekts „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS) war es, verschiedene Bereiche des Informations-, Entscheidungs- und Kommunikationsverhaltens von Patientinnen und Patienten sowie der Arzt-Patient-Beziehung aus Bevölkerungssicht zu beschreiben. Hierfür wurde eine telefonische Befragung von 5.053 Erwachsenen vom 23. Mai 2017 bis zum 22. September 2017 in Deutschland realisiert. Es wurden Fragen zu den Themenbereichen Informationsbedarfe, Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit, informierte Entscheidung und ärztliche Beratung gestellt. Für die Analyse wurden soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren (Geschlecht, Alter, Sozial- und Migrationsstatus) sowie weitere gesundheitsrelevante Themenbereiche, wie Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten (sportliche Aktivität), Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung berücksichtigt.

Wesentliche Arbeitsschritte des Projektes bis zur Durchführung der Datenerhebung waren die Erstellung und Abstimmung eines Datenschutzes, die Entwicklung und Programmierung des Fragebogens sowie dessen Validierung nach quantitativem und qualitativem Pretest sowie Stichprobenziehung und -steuerung. Um repräsentative Aussagen für die Gesamtheit der deutschen Wohnbevölkerung treffen zu können, erfolgte eine Anpassung an die Verteilung der Haushaltsgrößen in der realisierten Stichprobe an die bekannte Verteilung in der Grundgesamtheit. Es schlossen sich eine Designgewichtung und zusätzlich Anpassungsgewichtungen für die Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung sowie Wohnort an. Nach verschiedenen Schritten der Datenaufbereitung und Qualitätssicherung wurden die bivariaten Datenanalysen durchgeführt.

Die Auswertungen machen deutlich, dass die Bevölkerung ein hohes Interesse an gesundheitlichen Themen hat und, dass erwartungsgemäß das Internet als **Informationsquelle** an Bedeutung deutlich zugenommen hat. Entsprechend sollten aufgrund der unterschiedlichen Nutzung von Medien in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen die Inhalte von Gesundheitsinformationen und deren Vermittlung auf die jeweiligen Bedarfslagen ausgerichtet werden. Die Ermittlung der Verteilung der selbsteingeschätzten allgemeinen **Gesundheitskompetenz** ergab etwa für die Hälfte der Bevölkerung eine niedrige oder eher niedrige Gesundheitskompetenz. Dabei gab es keine geschlechtsbezogenen Unterschiede. In der Gruppe der Personen mit niedrigem Sozialstatus war der Anteil derer mit hoher Gesundheitskompetenz am kleinsten. Diese Befunde bestärken den Bedarf in Deutschland, Gesundheitskompetenz zu fördern. Hinsichtlich einer aktiven Mitgestaltung von Patientinnen und Patienten bei der Verbesserung von **Patientensicherheit** zeigten sich Stärken aber auch Defizite. So gab nur knapp die Hälfte der Studienteilnehmenden an, Bedenken/Fragen hinsichtlich des Sicherheitsgefühls gegenüber einem Arzt/einer Ärztin oder gegenüber anderen Personen des Behandlungsteams tatsächlich auch angesprochen zu haben – Frauen häufiger als Männer. Insgesamt ist der Anteil derjenigen, die einen Anlass zur Beschwerde hatten, zurückgegangen und der Anteil von Patientinnen und Patienten, die aktiv im Sinne ihrer Selbstbestimmung sowie Übernahme von Verantwortung für ihre Gesundheit wirksam geworden sind, ist gestiegen. Ein kleiner Anteil von Patientinnen und Patienten gab an, **ärztlich zu ihrem Gesundheitsverhalten beraten** worden zu sein, aber fast die Hälfte der Beratenen gaben anlässlich dieser Beratung eine Änderung ihres Gesundheitsverhaltens an. Die Ergebnisse zur **informierten Entscheidung bei der Früherkennung von Darmkrebs** weisen darauf hin, dass das Wissen der Bevölkerung zum Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen weiter verbessert werden sollte. Insgesamt liefert die KomPaS-Studie verschiedene Ansatzpunkte zur Förderung von Kommunikation und der Informationsvermittlung im deutschen Gesundheitswesen.

4 Einleitung

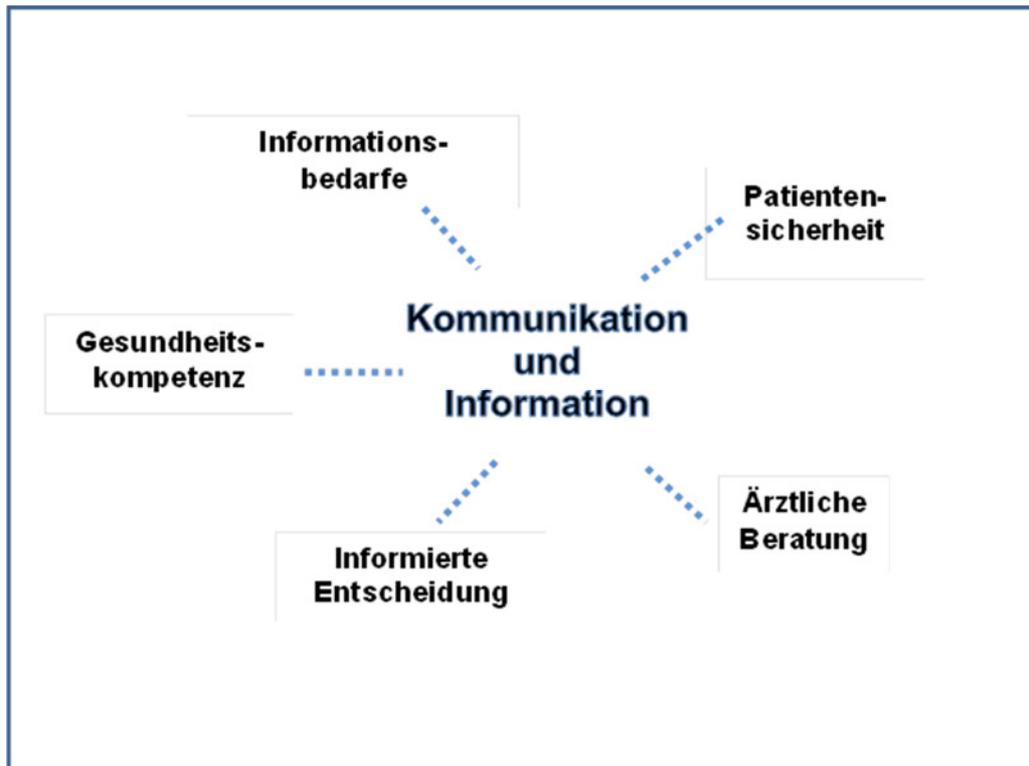
Versicherte besorgen sich zunehmend selbständig Gesundheitsinformationen und nehmen verstärkt die Rolle von „mündigen“ Patientinnen und Patienten ein [1]. Zugleich lassen sich Defizite in der Versorgung und hinsichtlich der Therapietreue als Folge nicht gelungener Arzt-Patient-Kommunikation beobachten. Folglich haben die Vermittlung von Informationen und die Kommunikation im Gesundheitswesen wachsende Bedeutung [2]. Auch gesundheitspolitische Akteure erachten eine stärkere Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen als notwendig. Informations-, Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten von Patientinnen und Patienten und die Arzt-Patient-Beziehung sind jedoch unzureichend beforscht. Die Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung – Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS) sollte einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke leisten. Die Ergebnisse sollten dazu beitragen, Ansatzpunkte zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und ihren Patientinnen/Patienten zu liefern sowie Gesundheitskompetenz, ärztlichen Beratung, informierter Entscheidung und Patientensicherheit in Deutschland durch gesundheitspolitische und Public-Health-Maßnahmen zu fördern.

Das Ziel der KomPaS-Studie war es, eine Beschreibung spezifischer Aspekte von Information und Kommunikation im Gesundheitswesen Deutschlands aus der Sicht der Bevölkerung vorzunehmen. Im Zentrum standen die fünf Themenbereiche Informationsbedarfe, Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit, informierte Entscheidung und ärztliche Beratung.

Mittels einer telefonischen Befragung von 5.053 Erwachsenen vom 23. Mai 2017 bis zum 22. September 2017 in Deutschland wurden bevölkerungsweite Daten über „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen“ erhoben und zentrale Einflussfaktoren ermittelt. Dabei wurden bevölkerungsweite Daten zu wichtigen Bereichen des Informations-, Entscheidungs- und Kommunikationsverhaltens von Patientinnen und Patienten und der Arzt-Patient-Beziehung erhoben. Diese thematischen Komplexe wurden im Hinblick auf Aspekte der Prävention und Versorgung unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Einflussfaktoren sowie bezüglich weiterer gesundheitsrelevanter Themenbereiche, wie Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten (sportliche Aktivität), Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung u.a. (siehe Tabelle 5.1) untersucht.

Das Projekt KomPaS wurde in der Abteilung „Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring“ des Robert Koch-Instituts vom Oktober 2016 bis Dezember 2018 durchgeführt. Für den qualitativen Pretest wurde das GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften e.V. und für die Durchführung der Erhebung das Markt- und Sozialforschungsinstitut USUMA GmbH (Unabhängiger Service für Umfragen, Methoden und Analysen) beauftragt.

Abbildung 4.1: Themenbereiche der Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS)



Der hier vorgelegte Sachbericht beschreibt die verschiedenen Projektschritte und -ergebnisse. Die Methodik inklusive Fragebogenentwicklung und -validierung, Studiendesign und Stichprobenziehung, Datenerhebung, Datenprüfung, Datenaufbereitung sowie Qualitätssicherung werden in Kapitel 5 beschrieben. Zur Durchführung der Studie sowie zum Arbeits- und Zeitplan berichtet Kapitel 6. Es folgen die Ergebnisse der einzelnen Themenbereiche der KomPaS-Studie in Kapitel 7, wobei die Ergebnisse themenbezogen auch hinsichtlich ihrer Einordnung in den jeweiligen Stand der Forschung diskutiert werden. Kapitel 8 umreißt ein Gesamtbild bezüglich der Erkenntnisse der KomPaS-Studie zum Informations-, Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten von Patientinnen und Patienten und zur Arzt-Patient-Beziehung. Bezugnehmend auf die Ergebnisse wird in Kapitel 9 auf Gender Mainstreaming Aspekte eingegangen. Abschließend beschreiben die Kapitel 10 und 11 Verbreitung und Verwertung der Projektergebnisse, und in Kapitel 12 sind bisher erstellte Publikationen und Kongressbeiträge aufgeführt.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Fragebogenentwicklung

Im Zentrum der KomPaS-Studie stehen die fünf Themenbereiche: Informationssuche und Informationsbedarfe, Gesundheitskompetenz, ärztliche Beratung und Präventionsempfehlungen, Patientensicherheit und informierte Entscheidung. Dafür wurde ein Fragebogen entwickelt (siehe Anhang). Dieser besteht aus einem Kernfragebogen mit Fragen zu den genannten zentralen Themenbereichen sowie weiteren Fragen zur Soziodemografie, zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zum Migrationshintergrund, die stratifizierte Analysen ermöglichen. Bei der Erstellung des Fragebogens wurde einerseits auf bereits etablierte Fragebogenelemente zurückgegriffen, andererseits, aufgrund der neuen Fragestellungen, auch auf noch nicht validierte Instrumente.

Der Fragebogenkomplex zu Informationssuche und Informationsbedarfe erfasste das Informationsverhalten zu gesundheitlichen Themen und die Einschätzung der eigenen Informiertheit. Die Gesundheitskompetenz wurde anhand einer Auswahl von 19 Fragen eines etablierten Fragebogens zur Erfassung der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q47) ermittelt. Die Fragen zur ärztlichen Beratung betrafen verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens und damit im Zusammenhang stehende Verhaltensänderungen. Im Komplex Patientensicherheit wurden drei relevante Bereiche erfasst – die Zufriedenheit mit dem letzten ärztlichen Kontakt, die Kommunikation beim letzten Kontakt im Gesundheitswesen und Angaben zu Aspekten des Beschwerdemanagements. Bei der informierten Entscheidung waren die Dimensionen Wissen, persönliche Einstellung und Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie Inhalte des Fragebogens.

Darüber hinaus wurden Alter, Geschlecht, allgemeiner Gesundheitszustand, Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung, Patientenbeteiligung, körperliche Aktivität, Gesundheitsbewusstsein und Kontrollüberzeugung von den Teilnehmenden der KomPaS-Studie erhoben. Ebenso wurden Angaben zur Bestimmung des sozioökonomischen Status, des Migrationshintergrundes und der Art der Krankenversicherung erfasst (siehe Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1: Übersicht der Fragebogeninhalte der KomPaS-Studie

Themenbereich	Gegenstand	Anzahl Items	Quelle
Informationssuche	Informationssuchverhalten	7	Items aus dem „Telefonischen Gesundheitssurvey“ 2003 (GSTel03) [3]
		1	Item neu entwickelt
Informationsbedarf	Einschätzung der eigenen Informiertheit	9	Items aus der Zusatzbefragung „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009) [4]
Gesundheitskompetenz	Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden	16	Items aus der Kurzform des „European Health Literacy Survey Questionnaire“ (HLS-EU-Q16) [5, 6]
		3	Items aus der Langform des „European Health Literacy Survey Questionnaire“ (HLS-EU-Q47) [6, 7]
Patientensicherheit	Zufriedenheit	5	Items adaptiert aus der Zusatzbefragung „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009) [4]
		4	Items neu entwickelt
	Kommunikation	15	Items neu entwickelt
	Beschwerdeverhalten	8	Items aus der Zusatzbefragung „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009) [4]
10		Items adaptiert aus der Zusatzbefragung „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009) [4]	
Ärztliche Beratung	Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten und erfolgte Verhaltensänderung	17	Items adaptiert aus der Studie „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“, DEGS1 (2008-2011) [8, 9]
Informierte Entscheidung (Darmspiegelung zur Krebs-früherkennung)	Inanspruchnahme und Anlass der Untersuchung	3	Items aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2010) [10]
	Einstellung zu Teilnahme/Wiederteilnahme	2	Items neu entwickelt
	Wissen	3	Items neu entwickelt
	Hauptgrund für die Nicht-Teilnahme	1	Item aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2010) [10]
	Hauptgrund für die Teilnahme	1	Item neu entwickelt
	Beratung zur Darmspiegelung	4	Items aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2010) [10]
		3	Items neu entwickelt
Zusätzliches Einholen von Information	1	Item neu entwickelt	

Fortsetzung Tabelle 5.1

Themenbereich	Gegenstand	Anzahl Items	Quelle
Gesundheitszustand	Subjektiver Gesundheitszustand	1	Items aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) [11-13]
	Chronisches Kranksein	1	
	Gesundheitliche Einschränkungen	1	
Inanspruchnahme	Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung	2	Items adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) [14]
Hausärztin/-arzt	Vorhandensein Hausarzt	1	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) [15]
Patientenbeteiligung	Einstellung zur Behandlungsentscheidung	1	Item adaptiert aus dem Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2014 [16]
Sportliche Aktivität	Sportliche Aktivität	2	Items aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) [13]
Gesundheitsbewusstsein	Achten auf Gesundheit	1	Item aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA2014/2015-EHIS) [17]
Kontrollüberzeugung	Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung	1	Item aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ GEDA 2009 [18]
Krankenversicherung	Art der Krankenversicherung	1	Item aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) [17]
Soziodemografie	Familienstand	1	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) [15]
	Partnerschaft	2	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) [15]
	Haushaltszusammensetzung	5	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) [15]
	Schulabschluss	1	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) [17]
	Beruflicher Abschluss	2	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) [17]
	Erwerbsstatus	1	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA2014/2015-EHIS) [17]
	Aktuelle/frühere berufliche Stellung	4	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA2014/2015-EHIS) [17]
	Haushaltsnettoeinkommen	1	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA2014/2015-EHIS) [17]
	Hauptverdiener im Haushalt	3	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA2014/2015-EHIS) [17]
Migrationsstatus	Staatsangehörigkeit	2	Items aus den Studien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ aus 2014/2015 (GEDA2014/2015-EHIS) [17] (Staatsangehörigkeit deutsch) und aus 2012 (GEDA 2012) [15]
	Geburtsland	2	Items aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) [17]
Wohnortgröße	Urbanisationsgrad des Wohnortes	2	Item adaptiert aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) [15]

Fragebogenvalidierung: Qualitativer Pretest

Für einen qualitativen Pretest des Fragebogens wurde das GESIS-Institut (Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften; Mannheim) beauftragt. In einem ersten Schritt wurde der Gesamtfragebogen hinsichtlich seines Aufbaus, der Verständlichkeit der Fragen sowie der Einleitungs- bzw. Überleitungstexte und der möglichen Antwortkategorien überprüft. Daraus leiteten sich konkrete Änderungsvorschläge ab, die sich auf die Reihenfolge der Themen im Fragebogen, die Formulierung von Ein- und Überleitungen, die Formulierung von Items und die Angabe von Antwortkategorien bezogen.

Der zweite Schritt umfasste die Prüfung ausgewählter Einzelitems des Kernfragebogens auf ihre Verständlichkeit (kognitive Interviews mit 12 Probandinnen und Probanden). Es wurden 20 Fragen und drei Einleitungstexte getestet. Dabei konnten Probleme, die bei der Beantwortung der Fragen auftraten, identifiziert und Empfehlungen hinsichtlich der Frageformulierung und Wortwahl sowie der Auswahl der Antwortkategorien gegeben werden. Für die Einleitungstexte wurde empfohlen, Begriffsdefinitionen vorzunehmen und die Texte zu fokussieren. Die Beschreibung sowie die Ergebnisse des kognitiven Pretests sind auf der GESIS-Pretest-Datenbank abrufbar:

http://pretest.gesis.org/pretestProjekt/showPr?project=50&lang=de_en&lang_projects=de_enhttps://portal.rki.local/sso/ [19]. Auf der Grundlage der Begutachtung des Gesamtfragebogens und der Ergebnisse der kognitiven Interviews wurde der Fragebogen überarbeitet und finalisiert.

5.2 Studiendesign und Stichprobenziehung

Die KomPaS-Studie ist eine repräsentative Querschnittsstudie für die deutschsprachige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, die in einem privaten Haushalt in Deutschland lebt, über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt und telefonisch erreichbar ist.

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte auf Basis des sogenannten ADM-Telefonstichprobensystems, das der Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM) zur Verfügung stellt [20]. Dieses System ermöglicht es, repräsentative Telefonproben sowohl von Festnetz- als auch von Mobilfunknummern der Bevölkerung in privaten Haushalten zu entnehmen. Die Stichprobe für die KomPaS-Studie wurde im Dual-Frame-Verfahren mit einem Verhältnis von 60% Festnetznummern zu 40% Mobilfunknummern gezogen; sie ist für alle potenziell telefonisch erreichbaren Privathaushalte in Deutschland repräsentativ. Eine ausführliche Beschreibung der Methodik der telefonischen Ad-hoc-Studien am RKI ist an anderer Stelle publiziert [21].

Für die Zufallsauswahl der Zielperson aus Haushalten mit mehreren Personen wurde der Kish-Selection-Grid („Schwedenschlüssel“) verwendet. Bei diesem Verfahren haben alle Zielpersonen die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit. Eine Person wird anhand eines mathematischen Algorithmus zufällig vom Computer ausgewählt.

Als Zielgröße für die Nettostichprobe der KomPaS-Studie wurden etwa 5.000 Befragte festgelegt. Dieser Festlegung lagen Kalkulationen zu Grunde, die Analysen für vier Alters- und zwei Geschlechtsgruppen mit hinreichender Präzision ermöglichen.

5.3 Datenerhebung

Die KomPaS-Studie ist eine Ad-hoc-Studie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI). Ad-hoc-Studien sind telefonische Erhebungen zu spezifischen Themen, die in Ergänzung zu den langfristig geplanten Untersuchungs- und Befragungssurveys des RKI durchgeführt werden. Der

Fokus liegt dabei auf solchen Themen, die in den großen Gesundheitsstudien nicht ausreichend abgebildet werden können [21]. Für die Durchführung der Ad-hoc-Studien am RKI wurde im Jahr 2017 die USUMA GmbH Markt- und Sozialforschungsinstitut für die Dauer von vier Jahren beauftragt.

Für die KomPaS-Studie wurde ein Datenschutzantrag erstellt und mit der USUMA GmbH und dem Datenschutzbeauftragten des RKI abgestimmt. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erteilte dem Datenschutzantrag am 21.06.2017 ein positives Votum, wonach aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie in der geplanten Art und Weise bestehen. Die Teilnehmenden der Studie wurden über Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihr Einverständnis zur Studienteilnahme.

Fragebogenprogrammierung und Pretest

Der Fragebogen für die telefonische Befragung mittels Computerunterstützung (Computer Assisted Telephone Interview – CATI) wurde von dem beauftragten Markt- und Sozialforschungsinstitut USUMA GmbH programmiert und vom RKI getestet. Die Programmierung erfolgte mit der Marktforschungssoftware VOXCO.

Um den Fragebogen hinsichtlich der Gütekriterien für quantitative Erhebungen zu prüfen (Verständlichkeit, Logik, Filterführung, Fragereihenfolge etc.), fand im Anschluss an die Programmierung ein Pretest statt. Dieser wurde anschließend anhand vorgegebener Parameter (Programmierung, Filterführung, Häufigkeitsauszählungen, fehlende Werte/Angaben, Dauer der Themenblöcke, Analyse des Feedbacks von Interviewerinnen und Interviewern sowie von Befragten) sowohl statistisch als auch inhaltlich ausgewertet. Insgesamt wurden im Pretest 252 Interviews geführt.

Als Ergebnis wurde die zu lange Befragungsdauer von 39 Minuten durch Streichung von einzelnen Fragen reduziert. Die Analyse der Verständlichkeit, Filterführung, Fragereihenfolge und Logik sowie der Fragebogenkonstruktion und Fragestellung ergab keinen großen Handlungsbedarf. Ein zusätzlicher Überleitungstext für den besseren Fragebogenfluss wurde hinzugefügt sowie einige Formulierungen etwas konkretisiert.

Feldphase

In der Feldphase vom 23. Mai 2017 bis zum 22. September 2017 wurden insgesamt 5.053 Interviews realisiert. 429 Interviews mussten beendet werden, da 122 Personen nicht mitgeteilt hatten, wie viele Personen im Haushalt leben (notwendige Gewichtungvariable) und 307-mal wurde eine Mobilfunknummer angerufen, bei der der Gesprächspartner nicht Teil der zu befragenden Grundgesamtheit war (Gesprächspartner oder -partnerin war jünger als 18 Jahre).

81 Interviewerinnen und Interviewer (50 Frauen, 31 Männer) führten die durchschnittlich 32 Minuten dauernden Interviews durch. Zur Qualitätssicherung (Minimierung möglicher Interviewer-Effekte), wurde auf einen heterogenen Interviewerstab geachtet und die Feldarbeit permanent von Supervisorinnen und Supervisoren betreut.

Response

Für die KomPaS-Studie liegt die nach internationalen Standards (American Association for Public Opinion Research (AAPOR)) berechnete Responserate bei 17,2% [22], die den Anteil der realisierten Interviews im Verhältnis zu allen wahrscheinlichen Haushalten der Grundgesamtheit wiedergibt (Response Rate 3). Für diejenigen Telefonnummern, bei denen zum Ende des Erhebungszeitraumes unklar blieb, ob sie

Elemente der Grundgesamtheit sind oder nicht, wurde dabei eine Schätzung vorgenommen, wie viele von diesen der Grundgesamtheit angehören. Diese Schätzung wurde den erhobenen Daten entnommen, und zwar als Anteil der Haushalte der Grundgesamtheit an allen Nummern, für die der Status, ob sie der Grundgesamtheit angehören oder nicht, festgestellt werden konnte (eligibility rate). Der Anteil der realisierten Interviews an allen erreichten Haushalten der Grundgesamtheit lag für Festnetznummern bei 19,6% und für Mobilfunknummern bei 23,9% (Kooperationsrate auf Haushaltsebene). Bezieht man den Anteil der Interviews auf die Zielpersonenkontakte, so konnte bei 75,1% (Festnetz: 82,1%, Mobilfunk: 58,1%) der zu befragenden Personen ein Interview durchgeführt werden.

Gewichtung

Bei der Auswertung der Befragungsergebnisse sollten Aussagen getroffen werden, die als repräsentativ für die Grundgesamtheit der deutschen Wohnbevölkerung angesehen werden können. Hierfür erfolgte eine Anpassung an die Verteilung der Haushaltsgrößen in der realisierten Stichprobe an die bekannte Verteilung in der Grundgesamtheit. Daran schloss sich eine Designgewichtung nach dem Standard-Berechnungsverfahren für das hier vorliegende Dual-Frame-Design an, das vom ADM empfohlen wird. Den Abschluss des Gewichtungsprozesses bildet die Anpassungsgewichtung für die Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung sowie Wohnort (Bundesland) beruhend auf den Werten in aktuellen Veröffentlichungen des statistischen Bundesamtes in der Datenbank GENESIS-Online (<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>).

5.4 Datenprüfung, Datenaufbereitung und Qualitätssicherung

Der finale Datensatz wurde am 25.09.2017 von der USUMA GmbH an das RKI übermittelt. Es folgten verschiedene Schritte der Datenaufbereitung und Qualitätssicherung unter Federführung des epidemiologischen Datenzentrums (EDZ) am RKI. Zunächst wurden die Variablen entsprechend der am RKI geltenden Vorschriften umbenannt und gelabelt. Daran schloss sich eine Konsistenzprüfung der KomPaS-Daten an, die formale und inhaltliche Aspekte umfasste. Dazu gehörten die Prüfung der Einhaltung der Filterführung sowie möglicher Implausibilitäten im Antwortverhalten. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens wurden allgemeine Regeln zur Datenprüfung abgesprochen und alle Editieranweisungen in einer Datenbank dokumentiert. Die Gewichtung erfolgte durch die USUMA GmbH, die vom EDZ ausführlich geprüft und zusammen mit der USUMA GmbH an die Grundgesamtheit angepasst wurde. Als Ergebnis der Datenqualitätssicherung liegt ein geprüfter Datensatz vor.

5.5 Statistische Methoden und Stichprobenbeschreibung

Die Analysen basieren auf Daten von 5.053 Teilnehmenden im Alter ab 18 Jahren (56,7% Frauen, 43,3% Männer). Aufgrund der eingesetzten Filterführung wurden den Teilnehmenden nur die Fragen gestellt, die für sie relevant sind. Daraus ergeben sich unterschiedliche Stichprobengrößen bei den einzelnen Fragestellungen.

Die Ergebnisse werden stratifiziert nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES) anhand von Prävalenzen (Häufigkeiten) mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) dargestellt. Alle Analysen wurden mit Stata 15.1 durchgeführt [23]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist. Zur näheren Stichprobenbeschreibung hinsichtlich soziodemografischer Faktoren und Aspekten der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens siehe Tabelle 5.2.

Tabelle 5.2: Stichprobenbeschreibung der KomPaS-Studie (N=5.053, gewichtet)

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI
Altersgruppen						
18-29 Jahre	16,1	14,4-17,9	14,4	12,1-17,0	17,8	15,4-20,5
30-44 Jahre	22,8	21,0-24,6	22,5	20,2-25,0	23,0	20,4-25,8
45-64 Jahre	35,8	34,1-37,6	35,1	32,8-37,4	36,6	34,1-39,2
65 Jahre und älter	25,4	24,0-26,8	28,0	26,0-30,1	22,6	20,7-24,6
Sozioökonomischer Status						
Niedrig	15,1	13,5-16,9	15,9	13,6-18,4	14,3	12,1-16,8
Mittel	59,8	57,9-61,7	62,3	59,7-64,8	57,2	54,4-59,9
Hoch	25,1	23,7-26,6	21,8	20,0-23,7	28,5	26,3-30,8
Krankenversicherung						
GKV	85,3	83,4-87,0	91,9	90,8-92,9	88,7	87,6-89,7
PKV	14,7	13,0-16,6	8,1	7,1-9,2	11,3	10,3-12,4
Wohnortgröße						
Ländlich	30,1	28,3-31,9	32,4	30,0-35,0	27,8	25,3-30,4
Kleinstädtisch	20,3	18,8-21,9	20,5	18,4-22,8	20,1	17,9-22,5
Mittelstädtisch	22,7	21,1-24,4	21,2	19,1-23,5	24,2	21,8-26,8
Großstädtisch	26,9	25,3-28,6	25,8	23,7-28,1	28,0	25,5-30,5
Migrationshintergrund						
Nein	89,4	87,9-90,7	89,9	87,9-91,6	88,8	86,6-90,7
Ja	10,6	9,3-12,1	10,1	8,4-12,1	11,2	9,3-13,4
Subjektiver Gesundheitszustand						
Sehr gut - gut	69,7	67,9-71,4	67,6	65,2-70,0	71,8	69,2-74,2
Mittelmäßig - schlecht	30,3	28,6-32,1	32,4	30,0-34,8	28,2	25,8-30,8
Chronische Krankheit						
Ja	42,0	40,1-43,8	45,5	42,9-48,0	38,4	35,7-41,1
Nein	58,0	56,2-59,9	54,5	52,0-57,1	61,6	58,9-64,3
Gesundheitliche Einschränkung						
Erheblich eingeschränkt	11,8	10,6-13,0	12,1	10,5-13,9	11,4	9,8-13,2
Eingeschränkt, aber nicht erheblich	23,4	21,9-24,9	24,8	22,8-27,0	21,8	19,7-24,2
Nicht eingeschränkt	64,9	63,1-66,6	63,0	60,6-65,4	66,7	64,1-69,3
Konsultat. Haus-/Fachärztin, -arzt						
In d. letzten 12 Monaten	84,3	82,7-85,7	87,8	85,9-89,5	80,6	78,1-82,8
Vor mehr als einem Jahr	14,3	13,0-15,7	10,9	9,4-12,6	17,8	15,7-20,2
Nie	1,4	1,0-2,2	1,3	0,6-2,6	1,6	1,0-2,6
Frequent Attender*						
Ja	91,1	89,8-92,3	92,3	90,5-93,7	89,8	87,6-91,7
Nein	8,9	7,7-10,2	7,7	6,3-9,5	10,2	8,3-12,4
Vorhandensein Hausärztin/-arzt						
Ja	93,4	92,2-94,3	94,0	92,5-95,1	92,7	90,9-94,2
Nein	6,6	5,7-7,8	6,0	4,9-7,5	7,3	5,8-9,1
Achten auf Gesundheit						
Gar nicht/wenig	8,6	7,4-10,0	5,9	4,5-7,8	11,4	9,5-13,5
Mittelmäßig	38,6	36,7-40,5	36,5	34,0-39,1	40,8	38,0-43,6
Stark/sehr stark	52,8	50,9-54,7	57,6	55,0-60,2	47,8	45,0-50,7
Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung						
Nichts/wenig	2,6	1,9-3,5	2,1	1,2-3,5	3,1	2,1-4,4
Einiges	20,9	19,4-22,5	22,3	20,2-24,5	19,5	17,4-21,8
Viel/sehr viel	76,5	74,8-78,1	75,7	73,3-77,9	77,4	75,0-79,7
Sportliche Aktivität						
Kein Sport	29,1	27,4-30,9	29,4	27,0-32,0	28,8	26,3-31,4
Bis zu 2h/Woche	22,7	21,1-24,3	24,8	22,7-27,1	20,4	18,2-22,8
Mehr als 2h/Woche	48,2	46,3-50,1	45,7	43,2-48,3	50,8	47,9-53,6

95%-KI = 95%-Konfidenzintervall

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, PKV = Private Krankenversicherung/Beihilfe

* = Frequent attender: verteilungsbasiert die zehn Prozent der Befragten (alters- und geschlechtsstratifiziert) mit den meisten Arztkontakten

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Zur Erreichung des Ziels des Forschungsvorhabens der KomPaS-Studie, mit einer eigenen Datenerhebung neue Ergebnisse über die Informationsbedürfnisse der Bevölkerung, Gesundheitskompetenz, ärztliche Beratung, Patientensicherheit und informierte Entscheidung zu berichten, waren verschiedene **Arbeitspakete** notwendig, auf deren Umsetzung nachfolgend kurz eingegangen wird.

Zunächst wurde aufbauend auf dem aktuellen Forschungsstand ein **Fragebogen** entwickelt der aus neuen und bereits etablierten Fragen (Items) bestand (siehe Kapitel 5). Berücksichtigt wurden dabei Ergebnisse einer Literaturrecherche und bereits durchgeführter Studien zu den genannten Themen. Der Fragebogen sollte darüber hinaus Fragen zur Soziodemografie, zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten, zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, zum Gesundheitsbewusstsein sowie zur gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung beinhalten.

Zur Verbesserung der Frageformulierungen des Erhebungsinstruments für die geplante telefonische Befragung von ca. 5000 Erwachsenen wurde vorab ein qualitativer Pretest durchgeführt. Für beide Aufträge (Pretest und Durchführung der Befragung) mussten geeignete Auftragnehmer gefunden werden. Die **Vergabe der Aufträge** erfolgte nach den Regeln der VOL/A für den Pretest an das GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften e.V. und für die Erhebung an das Markt- und Sozialforschungsinstitut USUMA GmbH (Unabhängiger Service für Umfragen, Methoden und Analysen), wobei sich von Vorteil erwies, dass die Erhebung innerhalb eines Rahmenvertrags des RKI mit dem Auftragnehmer möglich war.

Vor der Durchführung des qualitativen Pretests und der Erhebung wurde der **Datenschutz** sichergestellt. GESIS arbeitet nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und allen anderen anwendbaren datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Das Vorgehen im Pretestlabor wurde von einem externen Datenschutzbeauftragten überwacht. Darüber hinaus unterzeichneten alle Testpersonen vor jedem Interview eine Einwilligungserklärung. Aus diesen Gründen benötigte GESIS für einzelne Pretests keine gesonderten Datenschutz-Anträge. Der Datenschutzantrag für die telefonische Erhebung wurde mit USUMA und dem RKI-Datenschutzbeauftragten abgestimmt. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erteilte dem Datenschutzantrag am 21.06.2017 ein positives Votum. Damit bestanden aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie in der geplanten Art und Weise.

Der **qualitative Pretest** des Fragebogens umfasste neben der Durchführung von kognitiven Interviews auch die Begutachtung des Gesamt-Fragebogens durch Expertinnen und Experten telefonischer Befragungen (CATI). Die Änderungsvorschläge bezogen sich auf Aspekte wie die Reihenfolge der Themen im Fragebogen, die Formulierung von Ein- und Überleitungen, die Formulierung von Items, die Angabe von Antwortkategorien. In den kognitiven Pretests wurden die Verständlichkeit der Fragen getestet, Probleme der Befragten bei der Beantwortung identifiziert und danach behoben. Da in dem Fragebogen auf noch nicht validierte Instrumente zurückgegriffen werden musste, wurden diese in einem Pretest auf ihre Geeignetheit für die Zielgruppe getestet. Es erfolgte eine kognitive Testung von 20 Items und 3 längeren Einleitungstexten. Die Quoten-Stichprobe (N=12) setzte sich aus jeweils 2 weiblichen und 2 männlichen Probanden der Altersgruppen 18-38 Jahre, 39-59 Jahre und 60-80 Jahre zusammen. Von diesen Probanden nahm eine hinreichend große Zahl von Testpersonen mindestens ein verschreibungspflichtiges Medikament ein, einige Testpersonen auch mehr als 3 Medikamente, da dies eine Vorausset-

zung für die Beantwortung von Fragen zur Patientensicherheit darstellte. Auf der Grundlage der Ergebnisse der kognitiven Interviews [1] und der Expertenbegutachtung wurden die Items des Fragebogens überarbeitet und fertiggestellt.

Nach der Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser für die telefonische Befragung mittels Computerunterstützung (Computer Assisted Telephone Interview – CATI) programmiert und vom Robert Koch-Institut (RKI) getestet. Die **Programmierung** erfolgte mit der Marktforschungssoftware VOXCO. Für die Zielpersonenauswahl wurde von USUMA ein Schwedenschlüssel zur Zielpersonenauswahl programmiert und die Ausfallgründe für die Ausschöpfungsberechnung wurden nach der „American Association for Public Opinion Research“ (AAPOR) modifiziert.

Im Anschluss an die Programmierung erfolgte ein **quantitativer Pretest**, um den Fragebogen hinsichtlich der Gütekriterien quantitativer Erhebungen zu prüfen (Verständlichkeit, Logik, Filterführung, Fragereihenfolge etc.). Der Pretest wurde anhand vorgegebener Parameter (Programmierung, Filterführung, Häufigkeitsauszählungen, Fehlende Werte/Angaben, Dauer der Themenblöcke, Analyse des Interviewer- und Probanden-Feedbacks) sowohl statistisch als auch inhaltlich ausgewertet. Insgesamt wurden 252 Pretestinterviews geführt. Als Ergebnis des Pretests konnte die zu lange Befragungsdauer von 39 Minuten durch Streichung von einzelnen Fragen reduziert werden. Die Analyse der Verständlichkeit, Filterführung, Fragereihenfolge und Logik sowie der Fragebogenkonstruktion und Fragestellung ergab keinen großen Handlungsbedarf. Ein zusätzlicher Überleitungstext für einen besseren Fragebogenfluss wurde hinzugefügt sowie einige Formulierungen etwas konkretisiert. Der Abschnitt zur Behandlungsentscheidung (Erklärvariable) wurde überarbeitet und das **Erhebungsinstrument fertiggestellt** und anschließend der **Auftragnehmer für die Interviewdurchführung** durch das RKI **geschult**.

Für die **Durchführung der Datenerhebung** wurde eine Stichprobe in einem Verhältnis von 60% Festnetznummern und 40% Mobilfunknummern gezogen. Der Stichprobensystem-Auswahlrahmen des Arbeitskreises deutscher Marktforschungsinstitute (ADM) bestand aus 127.708.000 Festnetznummern und 340.205.000 Mobilfunknummern. Insgesamt wurden 208.330 Telefonnummern kontaktiert. Um die benötigte Anzahl an Telefonnummern für die Feldarbeit zur Verfügung zu stellen, wurden Teilstichproben gezogen. Die Ziehung erfolgte in Abhängigkeit der realen Responseraten je Bundesland. So wurde gewährleistet, dass die unterschiedliche Teilnahmebereitschaft der Bundesbürgerinnen und -bürger in den Regionen berücksichtigt wurde. Die Zielzahlen pro Land wurden über den Mikrozensus bevölkerungsproportional berechnet. Da die Mobilfunknummern nicht eindeutig den Ländern zuzuordnen sind, blieb USUMA in diesem Fall bei einer deutschlandweiten Teilstichprobe. Die dynamische Anpassung erfolgte nur über die Festnetzbruttoteilstichproben. In den Ländern mit höherer Ausschöpfung wurde die Festnetz-Bruttoteilstichprobe reduziert, in Ländern mit geringerer Ausschöpfung aufgestockt. Dieses Vorgehen sicherte die bestmöglichen Resultate im Sinne der Repräsentativität.

In der **Feldphase** vom 23. Mai 2017 bis zum 22. September 2017 wurden insgesamt 5.053 Interviews realisiert. 429 Interviews mussten beendet werden, da 122 Personen nicht mitgeteilt hatten, wie viele Personen im Haushalt leben (notwendige Gewichtungvariable) und 307-mal wurde eine Mobilfunknummer angerufen, bei der der Gesprächspartner nicht Teil der zu befragenden Grundgesamtheit (jünger als 18 Jahren) war. 81 Interviewer (50 Frauen, 31 Männer) führten die durchschnittlich 32 Minuten dauernden Interviews durch. Um Interviewereffekte zu minimieren, wurde auf einen heterogenen Interviewerstab geachtet sowie zur weiteren Qualitätssicherung die Feldarbeit permanent von Supervisoren betreut.

Der finale Datensatz wurde Ende Oktober von der USUMA GmbH an das RKI übermittelt. Es folgten verschiedene Schritte der **Datenaufbereitung und Qualitätssicherung** (Datenmanagement) unter Federführung des epidemiologischen Datenzentrums (EDZ) am RKI. Zunächst wurden die Variablen entsprechend der geltenden Vorschriften des RKI umbenannt und gelabelt. Daran schloss sich eine Konsistenzprüfung der KomPaS-Daten an, die formale und inhaltliche Aspekte umfasste. Dazu gehörten die Prüfung der Einhaltung der Filterführung sowie möglicher Implausibilitäten im Antwortverhalten. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens wurden allgemeine Regeln zur Datenprüfung abgesprochen und alle Editieranweisungen in einer Datenbank dokumentiert. Die Gewichtung erfolgte durch die USUMA GmbH, die vom EDZ ausführlich geprüft und zusammen mit der USUMA GmbH an die Grundgesamtheit angepasst wurde. Als Ergebnis der Datenqualitätssicherung liegt ein geprüfter Datensatz vor.

Die **Datenauswertungen** konnten ab April 2018 erfolgen, nachdem die Datenaufbereitung und Qualitätssicherung abgeschlossen war. Im Zentrum standen die deskriptive und wo möglich nach Geschlechtern differenzierte Berechnung von Häufigkeiten und Assoziationsanalysen. Eine besondere Berücksichtigung fand die Darstellung nach Unterschieden im Hinblick auf den Sozialstatus. Auf dieser Grundlage wurden dann die umfangreichen Darstellungen zu den fünf verschiedenen Themenbereichen (Informationsbedarfe, Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit, informierte Entscheidung und ärztliche Beratung) erstellt und der Endbericht geschrieben, den das BMG im Dezember 2018 erhielt.

In der Laufzeit des Projektes traten einige Hindernisse auf, die zu zeitlichen Verzögerungen bei der Projektbearbeitung führten. Eine wissenschaftliche Dokumentarin konnte erst später angestellt werden, aber die für sie vorgesehenen verwaltenden und administrativen Aufgaben wurden mit RKI-Stammpersonal und durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin erfolgreich bewältigt. Die wissenschaftliche Projektmitarbeiterin verließ Ende 2017 das Projekt veranlasst durch die BMG-haushaltsbedingte späte Mittelzuweisung, da dadurch kein lückenloser Anschlussvertrag abgeschlossen werden konnte. Zusätzlich stellte sich krankheitsbedingt und aufgrund neuer interner Prozesse am RKI die Qualitätssicherung zu Anfang 2018 als aufwändiger heraus als geplant und benötigte deutlich mehr Zeit. Durch die vom BMG erteilte kostenneutrale Verlängerung konnte eine neue wissenschaftliche Projektmitarbeiterin eingestellt werden, die aber nur mit einem begrenzten Stundenumfang arbeiten konnte und auch eine Einarbeitungszeit benötigte, so dass der Endbericht zwar umfangreich, aber später als geplant erst im Dezember 2018 fertiggestellt wurde. Trotz der oben beschriebenen Hindernisse konnten die Ziele „Durchführung einer Studie zur „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen“ mit der „Datenauswertung hinsichtlich zentraler Forschungsfragen““ erfolgreich durchgeführt werden.

7 Ergebnisse

7.1 Gesundheitsinformationssuche und Informationsbedarfe der Bevölkerung

7.1.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung

7.1.1.1 Gesundheitsinformationssuche

Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf umfassende Gesundheitsinformationen, die ihnen in verständlicher Weise zur Verfügung stehen [24]. Informiertheit und Transparenz sind wesentliche Voraussetzungen für die Stärkung der Rolle der Nutzerinnen und Nutzer im Gesundheitswesen sowohl bei der Wahl von Gesundheitsleistungen als auch im Rahmen der Mitverantwortung für die Erhaltung und Wiedergewinnung ihrer Gesundheit [3]. Das Angebot an Informationen zu Gesundheits- und Krankheitsfragen ist jedoch sehr vielfältig, zum Teil unüberschaubar und von unterschiedlicher Qualität. Eine Differenzierung zwischen „guten“ und „weniger guten“ Informationen ist für die Verbraucherinnen und Verbraucher deshalb oftmals nur schwer möglich. Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass Informationen generell einen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses haben [25], z.B. bei der informierten Entscheidung in Gesundheitsfragen.

Gesundheit ist ein elementares Gut für den einzelnen Menschen und die Gesellschaft. Für 80% der Bürgerinnen und Bürger steht Gesundheit bei der Bewertung der Lebensqualität an erster Stelle [26]. Auch im Rahmen der Erhebungen des deutschen Werte-Index rangiert Gesundheit unter den ersten drei wichtigsten Werten der deutschen Internet-Userinnen und -User ab 14 Jahren [27]. Dementsprechend hoch ist das Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsthemen [3, 4, 28-34]. Wichtige Quellen sind dabei Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten sowie in der Familie und mit Freunden, kostenlose Broschüren und Zeitschriften [4, 35, 36] sowie zunehmend das Internet [37, 38]. Zugleich sind eine verstärkte Forschung und steigende Anzahl von Aktivitäten zum Thema „Gesundheitsinformationen“ zu beobachten [4, 34, 39-44]. In diesem Zusammenhang wurde auch das Thema Health Literacy zunehmend in Deutschland aufgegriffen [5, 45-47] (siehe Kapitel 7.2)

Die Bedeutung des Internets als Informationsquelle nimmt im Trendvergleich zu [35, 48, 49]. Waren es in der Studie des RKI (2009) [4] noch 36% der deutschen Bevölkerung, die das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen nutzten, so stieg deren Anteil in einer Studie der Bertelsmann Stiftung (2017) auf 46% [38]. Auch wenn die beiden Studien hinsichtlich ihrer Methodik nicht direkt vergleichbar sind, lässt sich im Zusammenhang mit Ergebnissen anderer Untersuchungen eine empirische Trendrichtung ausmachen. Gleichzeitig stieg auch das Angebot an gesundheitsbezogenen Online-Inhalten [50]. Online Health Information Seeking Behavior (OHISB) ist mittlerweile ein weit verbreitetes Verhalten, das als wichtige Voraussetzung für Empowerment und Gesundheitskompetenz beschrieben wird. Obwohl demographische Faktoren wie sozioökonomischer Status (SES), Alter und Geschlecht als wichtige Determinanten des OHISB identifiziert wurden, ist die Forschung bezüglich der geschlechtsbezogenen Motivationsfaktoren des OHISB und der Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei der Nutzung von Online-Ressourcen für Gesundheitsinformationen begrenzt. Um den potenziellen Nutzen des Internets für Gesundheitskompetenz und Patientenbefähigung zu steigern, bedarf es jedoch einer nutzergerechten und geschlechtsbezogenen Gesundheitskommunikation sowie entsprechender Medien- und Informationsstrategien [43, 50-52].

Sich in der zunehmenden Informationsflut zurechtzufinden, erfordert spezifische Kompetenzen seitens der Nutzerinnen und Nutzer, wie z.B. Gesundheits- und Medienkompetenz, um die Qualität von Gesundheitsinformationen einschätzen zu können. Das ist gerade im Hinblick auf Online-Informationen von zentraler Bedeutung, da diese von sehr unterschiedlichen Interessengruppen, z.B. Laien, anderen Betroffenen, Fachverbänden, Stiftungen oder Pharmakonzernen stammen. Hintergrund und Qualität der

Informationen sind jedoch nicht immer auf den ersten Blick zu erkennen. In diesem Zusammenhang stehen die Erarbeitung und Etablierung von Anforderungen, Voraussetzungen und Strukturen, die qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen gewährleisten, zunehmend im Vordergrund [26, 30, 53-64].

Zusammenfassend lässt sich aus der Analyse deutsch- und englischsprachiger Überblickswerke sowie einer umfassenden Literaturrecherche schlussfolgern, dass die Suche nach Gesundheitsinformationen neben soziodemographischen Faktoren auch von gesundheitsbezogenen Merkmalen beeinflusst wird, wie dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein und der Gesundheitskompetenz der Nutzerinnen und Nutzer [34, 35, 38, 40]. Zudem spielen auch der aktuelle Gesundheitszustand und wahrgenommene Informationsdefizite eine Rolle. Des Weiteren wird deutlich, dass ein Bedarf an standardisierten Repräsentativbefragungen besteht, die das Gesundheitsinformationsverhalten der Bevölkerung unter Berücksichtigung klassischer und digitaler Informationskanäle sowie zentraler Determinanten (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status) in regelmäßigen Abständen erheben. Nur so lassen sich Veränderungen im Informationsverhalten beobachten, z.B. in Bezug auf soziale und mobile Medien. Dies ist wiederum eine Voraussetzung dafür, in geeigneter Weise auf die Ausgestaltung von Informationsangeboten, z.B. mit entsprechender Zielgruppenorientierung und -spezifität („Targeting“ und „Tailoring“), agieren zu können. Dabei sollte auch das Gesundheitsinformationsverhalten im Krankheitsfall berücksichtigt werden.

7.1.1.2 Gesundheitsinformationsbedarf

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, gibt es zahlreiche Studien zur Informationssuche in verschiedenen Medien zu unterschiedlichen Inhalten und zunehmend auch zu den Anforderungen an evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Informationen. Im Vergleich dazu analysieren weitaus weniger Untersuchungen spezielle Informationslücken bei Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten, d.h. den Bedarf an Informationen, die ein souveränes Handeln im Zusammenhang mit dem Erhalt der Gesundheit und im Krankheitsfall ermöglichen und Voraussetzung für eine Stärkung von Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel 7.2) sind.

In einer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2015 wurden Studien analysiert, die gesundheitsbezogene Informationsbedarfe von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und der Allgemeinbevölkerung untersuchten [65]: Die meisten dieser Studien gehen auf krankheitsbezogene Informationsdefizite ein, vorrangig bei Krebs- und rheumatischen Erkrankungen. Neben allgemeinen Themen wie Behandlung, Diagnose, Prävention, Gesundheitsförderung, Ätiologie und Prognose, wurden größere Informationsbedarfe bezüglich spezifischerer Themen benannt, wie komplementäre und alternative Medizin sowie Ernährung. In einer der eingeschlossenen Studien, die die Allgemeinbevölkerung adressiert, gaben 35% von ca. 3.000 Befragten einen Bedarf an spezifischen gesundheitsbezogenen Informationen an, während 48% keinen Bedarf sahen. In einer weiteren Studie dieser Zielgruppe wurde ein hoher Bedarf an Informationen über die Qualität der Gesundheitsdienstleister und medizinischen Spezialisten und Krankenhäuser genannt. Bezüglich der meisten weitverbreiteten Krankheiten in Deutschland fehlen jedoch Erkenntnisse über Informationsbedarfe von Patientinnen und Patienten, auch über bevorzugte Formate für gesundheitsbezogene Informationsquellen.

Um souverän im Gesundheitswesen auftreten und kompetente Entscheidungen treffen zu können, müssen sich Patientinnen und Patienten sowie Nutzerinnen und Nutzer in der Vielfalt des Gesundheitswesens zurechtfinden. Dieses Wissen und die entsprechenden Fähigkeiten, die in der Literatur auch als Systemkompetenz bezeichnet werden [66], finden bislang kaum Berücksichtigung in Bevölkerungs- oder Patientenstudien. Untersuchungen, die sich mit diesem Aspekt befassen, wie beispielsweise die Studie

„Gesundheit in Deutschland aktuell“ aus dem Jahr 2009, zeigen jedoch einen hohen Bedarf an Informationen zu Handlungsorientierungen und zur Entscheidungsfindung im Gesundheitssystem auf. Dazu gehören insbesondere Informationsdefizite in der Bevölkerung, die den Bereich der Qualitätstransparenz von Gesundheitsanbietern betreffen [4, 67, 68], zur Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Betreuung (z.B. Zeit, Informationen, Kommunikation), zur Kenntnis und Wahrnehmung von Rechten [4] und zum Umgang mit Beschwerden [4] (siehe auch Kapitel 7.3).

Unzulängliche Qualitätsinformationen für Patientinnen und Patienten werden schon seit vielen Jahren thematisiert. Eine Studie zu den Qualitätsberichten deutscher Krankenhäuser zeigte, dass diese nur für Patientinnen und Patienten lesbar sind, die über überdurchschnittliche Lese- und Sprachfähigkeiten verfügen. Um diese Texte zu verstehen, bedarf es gemäß Lesbarkeitsindizes mindestens der Allgemeinen Hochschulreife. Somit sind die Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser für die meisten Patienten nicht lesbar und nachvollziehbar [69]. Mit Einführung der „Weissen Liste“ sollte mehr Transparenz über Qualitätsdaten geschaffen werden (www.weisse-liste.de). Tiefergehende Analysen, ob dieser Ansatz gelungen ist, fehlen. Nach Erkenntnissen der Bertelsmann Stiftung [70] wird jedoch deutlich, dass nach wie vor ein hoher Bedarf an Qualitätsinformationen von Verbraucherinnen und Verbrauchern bzw. Patientinnen und Patienten gesehen wird. 81% der Befragten gaben an, dass mehr Qualitätsangaben im Gesundheitswesen ihnen helfen würden, einen passenden Leistungsanbieter zu finden. Auch schätzten die Befragten aus ihrer Sicht den Wert solcher Daten für die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen als sehr hoch ein. In einer aktuellen Umfrage von 2018 fürchtet immer noch jede vierte Person, wegen fehlender Informationen nicht die richtige Ärztin bzw. den richtigen Arzt zu finden [68].

Aus den oben beschriebenen Problemlagen lässt sich Forschungsbedarf hinsichtlich folgender Frage ableiten: Wie hat sich der Informationsbedarf der Bevölkerung zu Gesundheits- und Orientierungsfragen im Gesundheitssystem seit 2009, seit der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ aus dem Jahr 2009 entwickelt?

Um Entwicklungen hinsichtlich des Informationsbedarfs der Bevölkerung zu Gesundheits- und Orientierungsfragen im Gesundheitssystem gegenüber 2009 feststellen zu können, sollten nach einem Zeitabstand von fast zehn Jahren die Fragen der Zusatzbefragung der GEDA-Studie2009 wiederholt werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil der Bürgerinnen und Bürger, die sich bezüglich der im Jahr 2009 erhobenen Items „eher gut“ informiert gefühlt haben, erhöht hat. Die gewonnenen gesundheitspolitischen und Public-Health-relevanten Informationen können Entwicklungen hinsichtlich einer „Patientenorientierung“ aufzeigen und auch der Evaluation des nationalen Zieleprozesses dienen. Über diese Forschungsfrage hinausgehend können mit den Ergebnissen der KomPaS-Studie weitere Erkenntnisse zum Gesundheitsinformationsverhalten der Bevölkerung auch im Vergleich zu einer weiteren vorangegangenen Studie des RKI (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003) dargestellt werden.

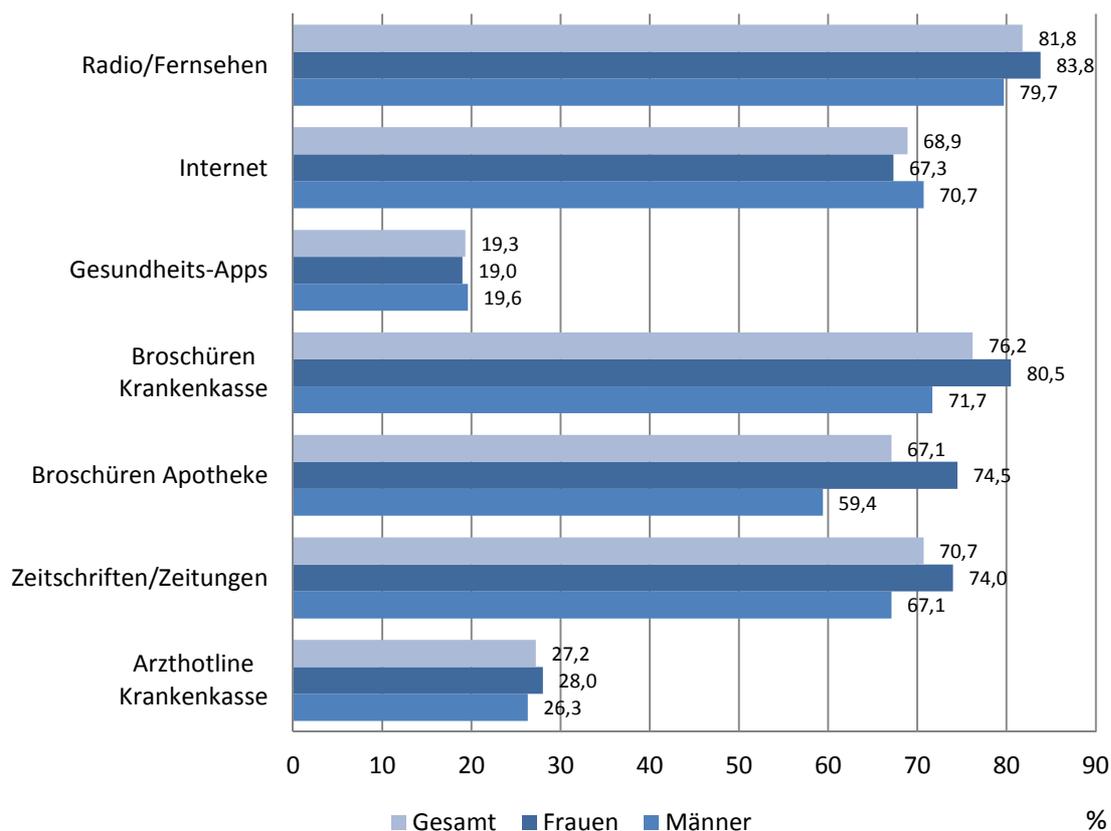
7.1.2 Ergebnisse

7.1.2.1 Mediennutzung in der Bevölkerung zu gesundheitlichen Themen - Gesundheitsinformationssuche

Die Daten der KomPaS-Studie belegen ein hohes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen. Lediglich 1,9% der befragten Personen (1,4% der Frauen, 2,5% der Männer) nutzen keine der angegebenen Informationsquellen. Von den Mediennutzerinnen und -nutzern werden im Mittel vier verschiedene Medien zur Gesundheitsinformationssuche verwendet.

Die Häufigkeit der Mediennutzung pro Medium wurde in den Kategorien „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ erfasst. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Die Ergebnisse dazu finden sich im Anhang (Annex-Tabelle 7.1.1 bis 7.1.7). Um eine Aussage darüber treffen zu können, wieviel Prozent der Befragten ein Medium überhaupt nutzen (unabhängig von der Häufigkeit dieser Nutzung), wurden die Kategorien „selten“, „manchmal“, „häufig“ zusammengefasst. Abbildung 7.1.1 zeigt dementsprechend die Nutzung von Informationsquellen nach den im Fragebogen angegebenen Medien, differenziert nach Frauen und Männern.

Abbildung 7.1.1: Nutzung unterschiedlicher Medien zur Gesundheitsinformationssuche (insgesamt: „häufig“, „manchmal“ und „selten“) nach Geschlecht (in %) (Mehrfachnennungen möglich), n = 5.043



Demnach nutzen 81,8% der Befragten Radio und Fernsehen als Quelle für Gesundheitsinformationen, es folgen Broschüren von Krankenkassen mit 76,2%, Zeitschriften/Zeitungen (70,7%), das Internet (68,9%) und Broschüren von Apotheken mit 67,1%. Über die Arzthotline der Krankenkassen informieren sich 27,2% der Bevölkerung und 19,3% über Gesundheits-Apps. Tabelle 7.1.1 gibt zusätzliche Informationen zur Signifikanz der Unterschiede zwischen Frauen und Männern (p-Wert) und zum statistischen Vertrauensintervall (95%-KI).

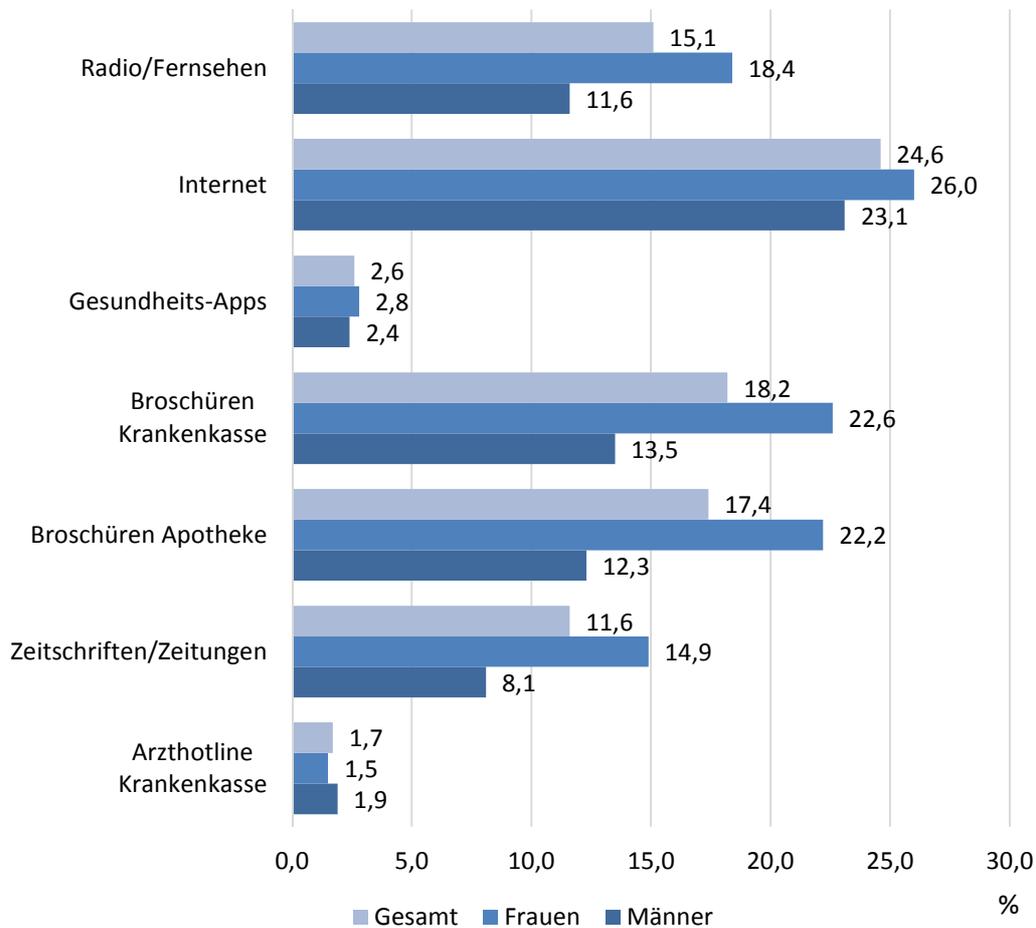
Tabelle 7.1.1: Angaben zur Nutzung von Medien für Gesundheitsinformationssuche (insgesamt: „häufig“, „manchmal“ und „selten“) nach Geschlecht (in %), n=5.043

	Gesamt		Frauen		Männer		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Radio/Fernsehen	81,8	[80,2-83,3]	83,8	[81,7-85,7]	79,7	[77,3-82,0]	*
Internet	68,9	[67,2-70,6]	67,3	[64,9-69,6]	70,7	[68,1-73,2]	
Gesundheits-APPs	19,3	[17,7-21,0]	19,0	[16,9-21,4]	19,6	[17,3-22,1]	
Broschüren Krankenkasse	76,2	[74,4-77,9]	80,5	[78,0-82,7]	71,7	[69,0-74,3]	***
Broschüren Apotheke	67,1	[65,2-69,0]	74,5	[72,0-76,8]	59,4	[56,6-62,2]	***
Zeitschriften/Zeitungen	70,7	[68,8-72,5]	74,0	[71,6-76,3]	67,1	[64,3-69,8]	***
Arzthotline der Krankenkasse	27,2	[25,5-29,0]	28,0	[25,7-30,5]	26,3	[23,8-28,9]	

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Betrachtet man die Nutzung von Medien geschlechterbezogen (Aggregation über die Kategorien „häufig“, „manchmal“ und „selten“) zeigt sich, dass konventionelle Informationsmedien (Radio/Fernsehen, Printmedien) von Frauen signifikant häufiger genutzt werden als von Männern (Abbildung 7.1.1). Hinsichtlich der Verwendung elektronischer Medien zur Gesundheitsinformationssuche gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Tabelle 7.1.1). Dies stellt sich jedoch anders dar, wenn man nur die Kategorie „häufig“ der Mediennutzung betrachtet. Dann zeigt sich, dass Frauen in dieser Kategorie bei allen Medien (statistisch signifikant) vor den Männern liegen, mit Ausnahme „Arzthotline der Krankenkassen“ (siehe Abbildung 7.1.2).

Abbildung 7.1.2: Angaben zur Nutzung von Medien für Gesundheitsinformationen (Kategorie „häufig“) nach Geschlecht (in %) (Mehrfachangaben möglich), n= 5.043



Über Freitextangaben konnten die Teilnehmenden zusätzlich angeben, welche weiteren Informationsquellen für Gesundheitsthemen sie verwenden. Danach informieren sich insgesamt 30,8% der Teilnehmenden, die eine Freitextangabe machten, auch bei Ärztinnen und Ärzten und 26,6% durch persönliche Gespräche mit Freundinnen und Freunden sowie Bekannten.

Tabelle 7.1.2 verdeutlicht, dass Erwachsene in den höheren Altersgruppen eher auf konventionelle Informationsmedien (Radio/Fernsehen, Printmedien etc.) zurückgreifen als Jüngere; ebenso Personen mit niedriger Bildung versus höhere Bildung (siehe Annex-Tabelle 7.1.1 bis 7.1.6.) Die hier untersuchten e-Health-Angebote (Internet und Gesundheits-Apps) werden in den Altersgruppen 18-44 Jahre sowohl von Frauen als auch von Männern am häufigsten zur Gesundheitsinformationssuche genutzt. Dabei stellt das Internet mit seinen Informationsangeboten das Medium erster Wahl für diese Altersgruppen dar. Erwähnenswert ist jedoch auch, dass inzwischen immerhin fast ein Drittel der über 65-Jährigen auf Gesundheitsinformationssuche im Internet geht. Gesundheits-Apps spielen für diese Altersgruppe kaum eine Rolle. Informationsmaterialien der Krankenkassen und Apotheken, aber auch Zeitungen und Zeitschriften, werden von allen Altersbereichen zu großen Anteilen (ansteigend mit dem Alter) nachgefragt. Die Arzthotline der Krankenkassen wird insgesamt von knapp einem Drittel der Bevölkerung für Informationen zu Gesundheitsthemen genutzt, dabei zu etwa gleichen Anteilen von Frauen und Männern und allen Altersgruppen.

Relevanz für die Gesundheitsinformationssuche hat auch der sozioökonomische Status (siehe Annex-Tabelle 7.1.1 bis 7.1.7). Es zeigt sich, dass Gesundheitsinformationen in Heften oder Broschüren von Krankenkassen und/oder Apotheken insgesamt häufiger Frauen und Männer der unteren und mittleren

sozialen Statusgruppe erreichen. Gesundheitliche Themen in anderen Zeitschriften oder Zeitungen werden etwas häufiger von Personen der oberen sozialen Statusgruppe gesucht. Für die Informationssuche im Internet zeigt sich für Frauen und Männer ein Anstieg mit steigendem Sozialstatus (die Unterschiede sind signifikant).

Tabelle 7.1.2: Angaben zur Nutzung von Medien für Gesundheitsinformationen nach Altersgruppen und Geschlecht (in %) (Mehrfachnennungen von Medien möglich), n=5.043

Medium	Geschlecht	Altersgruppen				p-Wert
		18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-64 Jahre	65+ Jahre	
		% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]	
Radio/TV	Gesamt	72,4 [66,6-77,5]	75,2 [71,0-79,0]	83,9 [81,8-85,9]	90,7 [89,0-92,2]	***
	Frauen	75,4 [66,4-82,7]	76,8 [71,1-81,7]	85,3 [82,6-87,7]	91,7 [89,4-93,5]	***
	Männer	69,8 [61,9-76,7]	73,5 [67,1-79,0]	82,5 [79,1-85,5]	89,5 [86,7-91,8]	***
Internet	Gesamt	90,5 [86,0-93,7]	88,1 [84,3-91,1]	73,3 [70,6-75,9]	31,8 [29,3-34,4]	***
	Frauen	97,1 [91,8-99,0]	88,8 [83,2-92,7]	75,0 [71,4-78,3]	24,7 [21,9-27,7]	***
	Männer	85,0 [77,6-90,3]	87,3 [81,6-91,4]	71,6 [67,4-75,4]	40,9 [36,7-45,2]	***
Apps	Gesamt	27,2 [21,9-33,2]	25,4 [21,3-29,9]	19,3 [17,1-21,6]	8,8 [7,4-10,5]	***
	Frauen	27,4 [19,7-36,9]	28,5 [22,6-35,2]	18,6 [15,9-21,7]	7,5 [5,9-9,6]	***
	Männer	27,0 [20,2-35,1]	22,2 [17,0-28,5]	19,9 [16,6-23,6]	10,5 [8,2-13,4]	***
Krankenkasse	Gesamt	56,5 [50,3-62,6]	68,8 [63,9-73,3]	81,6 [79,4-83,6]	87,7 [85,9-89,4]	***
	Frauen	66,1 [56,5-74,5]	71,9 [64,9-78,0]	84,7 [81,9-87,1]	89,5 [87,2-91,4]	***
	Männer	48,5 [40,4-56,7]	65,6 [58,6-72,0]	78,5 [75,0-81,6]	85,4 [82,2-88,1]	***
Apotheke	Gesamt	41,9 [35,8-48,2]	59,5 [54,7-64,0]	69,5 [66,9-71,9]	86,7 [84,7-88,4]	***
	Frauen	45,8 [36,5-55,5]	68,8 [62,5-74,5]	78,2 [75,1-81,0]	89,1 [86,7-91,2]	***
	Männer	38,5 [30,8-46,9]	49,9 [43,0-56,8]	60,7 [56,7-64,7]	83,4 [80,0-86,4]	***
Zeitungen/ Zeitschriften	Gesamt	63,6 [57,4-69,4]	67,9 [63,1-72,3]	73,7 [71,1-76,1]	73,4 [70,7-75,9]	**
	Frauen	75,3 [66,4-82,4]	67,0 [60,1-73,2]	77,9 [74,7-80,7]	74,2 [70,8-77,4]	**
	Männer	53,8 [45,5-61,9]	68,8 [62,0-74,9]	69,4 [65,4-73,2]	72,3 [67,9-76,3]	***
Arzthotline der Krankenkasse	Gesamt	30,3 [24,6-36,6]	23,5 [19,8-27,7]	28,2 [25,7-30,8]	27,1 [24,5-29,8]	
	Frauen	31,8 [23,2-41,9]	25,9 [20,8-31,8]	29,1 [25,7-32,6]	26,5 [23,2-30,2]	
	Männer	29,0 [21,9-37,1]	21,1 [16,0-27,3]	27,3 [23,8-31,2]	27,8 [23,9-32,0]	

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; KI=Konfidenzintervall

In der KomPaS-Studie konnten Aspekte des Gesundheitszustandes („subjektiver Gesundheitszustand“ und „chronisch krank“), des Gesundheitsverhaltens (körperliche Aktivität), der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16, auch Einzelitems (siehe Kapitel 7.2)), gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung und „Achten auf Gesundheit“ zur Mediennutzung in Beziehung gesetzt werden. Dabei wurden bivariate Datenanalysen vorgenommen, die den Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen wiedergeben. Die statistische Analyse (Chi-Quadrat-Tests) ergab, dass die Informationssuche neben soziodemographischen Faktoren auch von den genannten individuellen gesundheitsbezogenen Eigenschaften der Befragten beeinflusst wird.

7.1.2.2 Gesundheitsinformationsbedarf in der Bevölkerung

Bürgerinnen und Bürger wünschen sich häufig mehr Informationen über bestimmte Aspekte der Gesundheit und/oder Bereiche des Gesundheitswesens. In der KomPaS-Studie wurden die Befragten um eine Einschätzung ihrer Informiertheit zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Wissensgebieten (Kategorien: „eher gut“/„eher schlecht“ informiert) gebeten.

Wie Tabelle 7.1.3 zeigt, sind Gesundheitsinformationen zu Möglichkeiten der Vorbeugung von Krankheiten in der Bevölkerung relativ gut angekommen. Dies trifft für Frauen und Männer gleichermaßen zu. Ältere Menschen fühlen sich zu einem höheren Anteil zu diesem Aspekt besser informiert als jüngere Personen (statistisch signifikanter Unterschied). Dies kann wesentlich durch einen mit dem Alter zunehmend schlechteren Gesundheitszustand und damit durch eine entsprechend höhere Interessenlage zu dieser Thematik bedingt sein. Über Behandlungsalternativen fühlen sich fast 57,2% der befragten Männer und Frauen gut, im Umkehrschluss aber auch 42,8% der Bevölkerung schlecht informiert. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Altersgruppen wird hier sowie bei den übrigen in Tabelle 7.1.3 aufgezeigten Informationsbereichen deutlich.

Mit einem Anteil von 74,5% (Anlaufstellen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler) und 48,2% (Rechte als Patient/in) artikuliert eine recht große Gruppe der Bevölkerung den Bedarf an Informationen, die ihnen einen selbstbestimmten Umgang im Gesundheitssystem ermöglichen. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der Wunsch nach Auskunft über Kosten einer ärztlichen Behandlung und zur Qualität von Gesundheitseinrichtungen zu sehen. Die Betrachtung über fast alle in Tabelle 7.1.3 aufgeführten Bereiche zeigt, dass sich gesetzlich Versicherte signifikant häufiger schlecht informiert fühlen. Eine Ausnahme stellt die Kenntnis zu Anlaufstellen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler dar. Hierbei zeigen gesetzlich und privat Versicherte mit 74,5% und 74,0% einen annähernd gleich großen Anteil hinsichtlich einer schlechten Informationslage auf. Besonders auffallend ist der Unterschied zwischen diesen beiden Versichertengruppen bei der Informationslage bezüglich der Kosten einer ärztlichen Behandlung. Hier sind gesetzlich Versicherte mit einem signifikant höheren Anteil in einer schlechteren Informationssituation gegenüber privat Versicherten.

Tabelle 7.1.3: Anteil der Personen (in%), die sich „eher schlecht“ über einzelne Gesundheitsbereiche informiert fühlen, n=5.043

	Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten	Behandlungsalternativen im Krankheitsfall	Rechte als Patient	Anlaufstellen bei Verdacht auf Behandlungsfehler	Kosten einer ärztlichen Behandlung
	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]
Geschlecht					
Frauen	31,8 [29,4-34,4]	41,8 [39,2-44,5]	49,6 [47,0-52,3]	75,1 [72,5-77,6]	65,9 [63,3-68,4]
Männer	31,4 [28,7-34,2]	43,7 [40,8-46,7]	46,7 [43,8-49,6]	73,8 [71,0-76,5]	66,6 [64,0-69,2]
Gesamt	31,6 [29,8-33,5]	42,8 [40,8-44,7]	48,2 [46,2-50,1]	74,5 [72,6-76,3]	66,2 [64,4-68,1]
Altersgruppen	***	***	***	***	***
18-29	32,2 [26,7-38,4]	43,3 [37,2-49,6]	47,6 [41,4-53,8]	69,1 [62,2-75,2]	65,9 [59,4-71,9]
30-44	41,1 [36,5-45,9]	52,3 [47,5-57,1]	59,6 [54,8-64,1]	80,7 [76,6-84,2]	72,1 [68,0-75,9]
45-64	30,2 [27,7-32,9]	45,2 [42,4-48,1]	51,9 [49,1-54,7]	77,4 [74,8-79,8]	68,1 [65,4-70,6]
65+	24,5 [21,9-27,2]	30,2 [27,5-33,1]	33,1 [30,3-36,1]	67,9 [64,7-71,0]	58,4 [55,4-61,4]
Sozialstatus					***
niedrig	33,7 [27,9-40,1]	39,7 [33,6-46,2]	44,6 [38,4-51,0]	69,4 [62,4-75,6]	64,4 [57,9-70,5]
mittel	32,6 [30,2-35,0]	43,6 [41,0-46,2]	48,5 [46,0-51,1]	75,4 [72,9-77,7]	70,6 [68,2-72,8]
hoch	27,6 [24,9-30,6]	42,0 [38,9-45,2]	48,3 [45,3-51,4]	76,4 [73,7-78,9]	56,4 [53,4-59,4]
Krankenversicherung	*	*	*		***
gesetzlich	32,0 [30,0-34,1]	43,3 [41,1-45,5]	48,9 [46,7-51,0]	74,5 [72,4-76,5]	70,0 [68,0-72,0]
privat	26,5 [22,3-31,2]	36,3 [31,6-41,3]	42,1 [37,5-46,9]	74,0 [69,2-78,2]	35,7 [31,1-40,7]

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; KI=Konfidenzintervall

Der Wunsch nach Qualitätsinformationen spiegelt ein hohes Selbstverständnis von Patientinnen und Patienten wider, die sich als souveräne Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen im Sinne einer kompetenten Entscheidung für oder gegen eine Gesundheitseinrichtung entscheiden wollen (Tabelle 7.1.4). Am wenigsten gut informiert fühlen sich Frauen und Männer zur Qualität von Alten- und Pflegeheimen sowie zur Qualität von ambulanten Pflegediensten. Über die Qualität von Ärztinnen und Ärzten fühlen sich 37,2% und die Qualität von Krankenhäusern 43,6% der Bevölkerung eher schlecht informiert. In Abhängigkeit vom Sozialstatus wird deutlich, dass sich Personen der höheren sozialen Statusgruppe gegenüber den anderen beiden Statusgruppen eher schlecht zu den betrachteten Qualitätsbereichen informiert fühlen. Mit diesem Ergebnis könnten unterschiedliche Erwartungshaltungen an die Qualität von Versorgungseinrichtungen aber auch an die Informationslage zu Qualitätsaspekten von Gesundheitseinrichtungen widerspiegelt sein. Die Tabellen im Anhang zeigen zusätzlich die Informationslage „eher gut informiert“ zu den hier aufgeführten Aspekten der Gesundheit und/oder zu Bereichen des Gesundheitswesens auch differenziert nach dem Migrationsstatus (Annex-Tabelle 7.1.8.-7.1.16).

Tabelle 7.1.4: Anteil der Personen (in %), die sich „eher schlecht“ über die Qualität von Gesundheitseinrichtungen informiert fühlen, n=5.043

	Qualität von Ärzten	Qualität von Krankenhäusern	Qualität von Alten- und Pflegeheimen	Qualität von ambulanten Pflegediensten
	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]
Geschlecht				
Frauen	37,5 [34,9-40,1]	43,8 [41,2-46,6]	64,7 [61,9-67,5]	54,4 [51,5-57,2]
Männer	36,9 [34,2-39,7]	43,4 [40,5-46,3]	73,1 [70,2-75,8]	64,4 [61,2-67,4]
Gesamt	37,2 [35,3-39,1]	43,6 [41,6-45,6]	68,8 [66,8-70,7]	59,2 [57,1-61,3]
Altersgruppen	***	***	***	***
18-29	36,2 [30,4-42,4]	41,9 [35,7-48,2]	71,4 [64,2-77,6]	59,2 [52,3-65,8]
30-44	46,5 [41,8-51,2]	51,1 [46,2-55,9]	74,9 [70,3-79,1]	68,2 [63,1-72,9]
45-64	40,7 [38,0-43,4]	48,7 [45,9-51,6]	70,9 [68,0-73,6]	62,2 [59,2-65,1]
65+	24,5 [22,0-27,1]	30,4 [27,7-33,2]	58,3 [55,0-61,6]	46,6 [43,4-49,9]
Sozialstatus	***	***	***	***
niedrig	30,0 [24,4-36,2]	36,9 [30,8-43,5]	64,1 [57,3-70,4]	48,3 [41,5-55,1]
mittel	35,1 [32,7-37,6]	42,3 [39,7-44,9]	66,9 [64,2-69,5]	57,7 [54,9-60,4]
hoch	46,3 [43,2-49,5]	50,5 [47,4-53,6]	76,0 [73,2-78,6]	70,9 [67,8-73,7]
Krankenversicherung			*	***
gesetzlich	36,6 [34,5-38,6]	43,0 [40,9-45,2]	68,2 [66,0-70,4]	57,1 [54,7-59,4]
privat	40,5 [35,7-45,4]	46,9 [42,1-51,7]	73,5 [68,7-77,8]	71,1 [66,1-75,6]

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; KI=Konfidenzintervall

7.1.3 Diskussion

Kapitel 7.1.2 des vorliegenden Berichts beschreibt die Daten der KomPaS-Studie zur „Mediennutzung zu gesundheitlichen Themen“ und zum „Gesundheitsinformationsbedarf“ der Bevölkerung. Dabei konnten nach einem Zeitabstand von fast zehn Jahren positive Entwicklungen hinsichtlich der Informationssuche der Bevölkerung zu Gesundheits- und Orientierungsfragen im Gesundheitssystem gegenüber 2009 (GEDA - Zusatzstudie) festgestellt werden. Auch hat sich der Anteil der Bürgerinnen und Bürger, die sich bezüglich der im Jahr 2009 erhobenen Items „eher gut“ informiert gefühlt haben, erhöht. Die gewonnenen gesundheitspolitischen und Public-Health-relevanten Informationen zeigen günstige Entwicklungen einer „Patientenorientierung“. Darüber hinausgehend können mit den Ergebnissen der KomPaS-Studie eine Vielzahl weiterer Erkenntnisse zum Gesundheitsinformationsverhalten der Bevölkerung auch im Vergleich zu weiteren vorangegangenen Studien des RKI (GSTel03) dargestellt werden.

7.1.3.1 Gesundheitsinformationssuche

Das mit den Ergebnissen der KomPaS-Studie deutlich erkennbare hohe Interesse an gesundheitlichen Themen in der Bevölkerung (nur 1,9% der Befragten nutzen keines der angegebenen Medien) zeigte sich bereits im Telefonischen Gesundheitssurvey des Jahres 2003 (GSTel03) des RKI [3]. Eine aktuelle Studie der Bertelsmann Stiftung [38] ergibt, dass nur etwa 12% der Befragten kein Interesse an Gesundheitsin-

formationen (in den letzten zwölf Monaten) hatten, während 88% erklärten, Informationen zu Gesundheitsfragen gesucht zu haben. Andere Studien, z.B. [48], belegen ein weitaus geringeres Interesse an Gesundheitsinformationen. Die genannten Studien sind jedoch, Stichprobengröße und Erhebungsmethodik betreffend, nicht mit den RKI-Studien (GSTel03 und KomPaS) vergleichbar. Ein Vergleich der Ergebnisse ist lediglich zwischen den genannten Studien des RKI sinnvoll. Die Daten wurden zu beiden Erhebungszeitpunkten mit einer identischen Fragestellung und jeweils über ein telefonisches Interview erhoben. Aufgrund des Vergleichs der Ergebnisse der beiden RKI-Studien kann davon ausgegangen werden, dass sich das generelle Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsinformationen im Zeitraum 2003-2017 nicht geändert hat.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern stehen zu beiden Befragungszeitpunkten Radio und Fernsehen an erster Stelle der Informationsmedien zu Gesundheitsfragen. Danach (Platz 2) zeigt sich für beide Untersuchungszeitpunkte und beide Geschlechter eine Präferenz für Printmedien der Krankenkassen, die im Jahr 2017 jedoch nicht mehr so deutlich ausgeprägt ist wie im Jahr 2003 [3]. Auf Platz 3 stehen im Jahr 2003 Printmedien der Apotheken, im Jahr 2017 Zeitschriften und Zeitungen und auf Platz 4 wie bereits ausgeführt das Internet. Die Arzthotline der Krankenkassen wurde sowohl 2003 als auch 2017 am wenigsten zur Gesundheitsinformationssuche genutzt. Für den betrachteten Zeitraum von 15 Jahren zeigt sich jedoch ein Anstieg, so dass 2017 bereits knapp ein Drittel der Befragten dieses Informationsmedium nutzte. Die Ergebnisse der aktuellen Befragung der Bertelsmann Stiftung [38] stellen ebenfalls dar, dass traditionelle Medien wie Radio und Fernsehen und auch Printmedien von der Bevölkerung zur Gesundheitsinformationssuche priorisiert werden (mit 62% der Nennungen). Nach persönlichen Gesprächen (mit Ärzten/Therapeuten und mit Familienangehörigen) steht in dieser Studie ebenfalls das Internet an vierter Stelle der genutzten gesundheitsbezogenen Informationsquellen (46%).

Die KomPaS-Studie zeigt, dass die Bedeutung des Internets als Informationsquelle zu gesundheitlichen Fragen im Zeitraum 2003-2017 deutlich zugenommen hat. Sie ist in der Rangfolge der genutzten Medien von Rang 6 im Jahr 2003 auf Rang 4 im Jahr 2017 gestiegen. Besonders auffallend ist dieser Anstieg in der Gruppe der „Häufignutzenden“ von Medien zu Gesundheitsfragen. Hier gab es sogar einen Anstieg von Rang 6 (12%) im Jahr 2003 auf Rang 1 (24,6%) im Jahr 2017 und somit eine Verdoppelung der Nutzungshäufigkeit in diesem Zeitraum.

Angaben zur Häufigkeit der Internetsuche in der Bertelsmann-Studie [38] zeigen, dass sich etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53%) mindestens einmal im Monat im Netz informiert, jeder Sechste (16%) sogar einmal oder öfter pro Woche. Nach Motiven bei der Internetsuche zu gesundheitlichen Fragen wurde in KomPaS nicht gefragt. Diese sind jedoch ausführlich in [38] analysiert worden.

Das Gesundheitsinformationsverhalten umfasst verschiedene Verhaltensweisen (vgl. im Überblick [71]). Es kann sich sowohl um ein allgemeines, grundsätzliches Interesse zur Aufnahme von Gesundheitsinformationen handeln als auch um eine bewusste, aktive Suche nach Informationen. Diese Verhaltensweisen wurden mit der KomPaS-Studie nicht explizit untersucht. Theoretische Modelle der Gesundheitsinformationssuche, die das Gesundheitsinformationsverhalten der breiten Bevölkerung beschreiben, werden ausführlich in [34] dargestellt. Danach ist das Gesundheitsinformationsverhalten ein komplexer Prozess, der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Es stellt einen zirkulären Vorgang dar, in dem einzelne Suchsequenzen die wahrgenommene Informiertheit, die Informationsbedürfnisse sowie den weiteren Suchverlauf beeinflussen. Die verschiedenen Komponenten der theoretischen Modelle umfassen:

- A) situationsübergreifende individuelle Faktoren, zu denen neben allgemeinen persönlichen Merkmalen und der Soziodemographie auch spezifische gesundheitsbezogene Merkmale zählen;
- B) situative individuelle Faktoren, wie etwa der aktuelle gesundheitliche und emotionale Zustand, die Risiko- und Selbstwahrnehmung sowie das wahrgenommene Informationsdefizit;
- C) Umfeld- und Kontextfaktoren, die sich auf das soziale Umfeld und auf verfügbare Informationsquellen und -techniken beziehen; Eigenschaften des Mediums bzw. der Botschaft [34].

Folgende individuelle Faktoren wurden in der KomPaS-Studie erfasst: Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein.

Ob generell Gesundheitsinformationen gesucht werden, ist unabhängig vom Geschlecht. Das zeigt sich sowohl in den Erhebungen des RKI (2003 und 2017) als auch in zahlreichen anderen Studien zur Nutzung von Gesundheitsinformationen in Deutschland, u.a. [72, 73]. Das Geschlecht spielt jedoch für die Nutzungshäufigkeit im Allgemeinen und für die der verschiedenen Medien eine Rolle. Frauen setzen sich stärker mit den Themen Gesundheit und Krankheit auseinander und übernehmen oft die Rolle der primären Gesundheitsinformantin für die Familie [73]. Die Ergebnisse der KomPaS-Studie zeigen deutlich, welche Informationsmedien von Frauen und welche von Männern bevorzugt für Gesundheitsinformationen genutzt werden. Diese geschlechtsbezogenen Ergebnisse werden auch in anderen Studien beobachtet [48, 74, 75]. Speziell hinsichtlich der Nutzung von e-Health-Angeboten zur Informationssuche kommen jedoch beispielsweise, Dutta-Bergmann (2006) [76] sowie Marstedt (2018) zu anderen Ergebnissen [38]. Nach ihren Untersuchungen nutzen Frauen diese Möglichkeiten häufiger als Männer, Marstedt [38] spricht von intensiverer Nutzung. Eine detailliertere Betrachtung der Ergebnisse von KomPaS zur Mediennutzung, differenziert nach den Kategorien „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“, zeigt weitere interessante geschlechtsspezifische Unterschiede (siehe Annex-Tabellen 7.1.1 bis 7.1.7). Wird beispielsweise nur die Kategorie „häufig“ betrachtet wird deutlich, dass Frauen alle angegebenen Informationsmedien, mit Ausnahme „Arzthotline der Krankenkassen“ häufiger nutzen als Männer. Dabei steht sowohl für Frauen als auch für Männer das Internet an erster Stelle aller Medien für eine häufige Nutzung. Baumann et al. (2017) [72] gehen umfassend auf geschlechtsspezifische Determinanten und Muster des „Online Health Information Seeking Behavior“ (OHISB) ein. Allgemeine Motive bei der Internetsuche werden ausführlich bei Marstedt (2018) [38] ausgeführt.

Die Auswertungen der KomPaS-Studie hinsichtlich der betrachteten Altersgruppen zeigen übereinstimmende Ergebnisse zu einem allgemeinen Altersverlauf der Informationssuche, der auch in verschiedenen anderen Studien dokumentiert wird [34, 77-79]. Ein Vorteil der KomPaS-Studie ist, dass Aussagen für die vier Altersgruppen („18-29“, „30-44“, „45-64“, „65+“) und zur jeweiligen Häufigkeit der Nutzung nach Kategorien („häufig“, „manchmal“, „selten“, „nie“) möglich sind.

Der sozioökonomische Status hat ebenfalls großen Einfluss auf das Gesundheitsinformationsverhalten. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status suchen seltener nach Gesundheitsinformationen und nutzen e-Health-Angebote weniger häufig [3, 4, 38, 48, 72, 77, 80]. Diese Ergebnisse werden mit der KomPaS-Studie bestätigt. Darüber hinaus gehend können in KomPaS die Aussagen zu Sozialstatusgruppen und genutzten Medien nach Geschlecht und den erfassten Kategorien der Nutzungshäufigkeit („häufig“, „manchmal“, „selten“, „nie“) verifiziert werden.

Neben sozioökonomischen Merkmalen werden in einigen wenigen Studien auch „Health Literacy“ bzw. „e-Health Literacy“ und das Gesundheitsbewusstsein als Einflussfaktoren für das Gesundheitsinformati-

onsverhalten genannt [34]. Sie wurden ebenfalls in der KomPaS-Studie erfasst und ermöglichen die Analyse potenzieller Wirkungszusammenhänge zwischen Mediennutzung und den genannten gesundheitsbezogenen Merkmalen sowie situativen individuellen Faktoren (z.B. subjektiver aktueller Gesundheitszustand) und anderen Kontextfaktoren (z.B. Gesundheitsverhalten). Darüber hinaus konnte auch das Informationsverhalten von chronisch Erkrankten berücksichtigt werden. Um die ermittelten Zusammenhänge jedoch hinsichtlich ihrer Richtung statistisch eindeutig bewerten zu können, werden hierzu weitergehend Korrelationsanalysen/Regressionsanalysen durchgeführt und ergänzend dazu mehr als zwei Variablen in die Analyse miteinbezogen (multivariate Auswertungen).

Es ist anzunehmen, dass für Personen, die insgesamt einen gesunden Lebensstil führen, auch die Suche nach Gesundheitsinformationen dazu gehört. Möglicherweise hat dies zugleich einen sich gegenseitig verstärkenden Effekt.

Dazu gehören auch die Ergebnisse, die Auskunft zum Gesundheitsinformationsbedarf der Bevölkerung in Deutschland geben. Anlass für eine Informationssuche zu gesundheitlichen Fragen ist in der Regel ein wahrgenommenes Informationsdefizit. Auch Unzufriedenheit mit Leistungen und oder Informationen des behandelnden Arztes oder der Ärztin können einen Informationsbedarf begründen und die Informationssuche anregen [81].

7.1.3.2 Gesundheitsinformationsbedarf

Zu den Themenbereichen, in denen sich die Mehrheit der Bevölkerung zum Zeitpunkt der GEDA-Zusatzbefragung von 2009 „schlecht informiert“ fühlte, zählen Anlaufstellen bei Verdacht auf Behandlungsfehler, die Qualität von Alten- und Pflegeheimen sowie von ambulanten Pflegediensten und zu Kostenaspekten. Diese sind nach Ergebnissen der KomPaS-Studie im Jahr 2017 nach wie vor die vorrangigsten unter allen erfassten Themenbereichen, in denen der größte Informationsbedarf bei Frauen und Männern in Deutschland besteht. Der Anteil der Personen, die sich zu folgenden Bereichen „schlecht informiert“ fühlen, hat sich jedoch gegenüber 2009 verringert: Anlaufstellen bei Verdacht auf Behandlungsfehler von 88% auf 74,5% (um 13,5 Prozentpunkte), Qualität von Alten- und Pflegeheimen von 83% auf 69% (um 14% Prozentpunkte), Qualität von ambulanten Pflegediensten von 81% auf 59% (um 22% Prozentpunkte) sowie zu Kostenaspekten von 78% auf 66% (um 12% Prozentpunkte).

Eine wesentliche Grundlage der Stärkung von Patienten- bzw. Nutzerkompetenz ist die Kenntnis von Rechten. Zu ihren Rechten als Patient/in fühlen sich im Jahr 2017 von allen Befragten 52% „eher gut informiert“. Das sind 25% Prozentpunkte mehr als 2009 – nur 27% der Bevölkerung fühlten sich zu diesem Zeitpunkt „eher gut“ über Patientenrechte informiert und im Umkehrschluss 73% „eher schlecht“ informiert.

„Eher gut informiert“ fühlen sich Bürgerinnen und Bürger zu „Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten“ (68,4%), dabei zu etwa gleichen Anteilen Frauen und Männer sowie in den betrachteten Altersgruppen. Dieser Anteil hat im Zeitraum 2009 – 2017 ebenfalls zugenommen insgesamt um 6,2% Prozentpunkte, dabei nicht so deutlich, wie bei allen anderen Informationsbereichen.

Informationsbedarf zu Behandlungsalternativen besteht bei 42,8% der Bevölkerung im Jahr 2017 gegenüber 65,5% im Jahr 2009. Dabei hat sich der Anteil derjenigen, die sich zu diesem Informationsgebiet eher gut informiert fühlen um 19,7 Prozentpunkte erhöht.

Nach umfangreicher Literaturrecherche gibt es sowohl im deutschen als auch im angloamerikanischen Sprachraum keine Studie, die den Informationsbedarf der Bevölkerung so detailliert erfasst hat und zudem auch einen Zeitvergleich ermöglicht. Die Angaben zur Nachfrage von Gesundheitsinformationen können dem Design der Studie entsprechend auch nach Altersgruppen, Geschlecht, Sozial- und Krankenversicherungsstatus gezeigt werden.

Die vorliegenden Auswertungen der Daten der KomPaS-Studie geben Anhaltspunkte dafür, dass Menschen aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen Aspekte der Bürger- und Patientenorientierung in unterschiedlicher Weise realisieren. Entsprechend unterschiedlich ist die Bewertung der Versorgungspraxis und des eigenen Informationsstandes. Die vorliegenden Auswertungen machen deutlich, dass auch die Inhalte von Gesundheitsinformationen und deren Vermittlung auf die Bedarfslagen verschiedener Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden sollten. Nur so können individuelle und soziale gesundheitliche Überzeugungsprozesse angestoßen sowie Motivation und Handlungskonsequenzen erreicht werden. Dabei geht es jedoch nicht nur um vermehrte Informationsmöglichkeiten, sondern auch um deren Verlässlichkeit, d.h. also Qualität. Informationen müssen korrekt, leicht zugänglich und für medizinische Laien gut verständlich sein.

Methodische Limitationen zur Vergleichbarkeit der GEDA-Zusatzbefragung (2009) mit KomPaS (2017)

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der beiden Befragungen KomPaS (2017) und GEDA-Zusatzbefragung (2009) nur eingeschränkt möglich ist. Die KomPaS-Studie wurde als telefonische Befragung durchgeführt, die GEDA-Zusatzbefragung mit einem schriftlichen Fragebogen. Aus methodischer Sicht ist es schwierig, pauschal telefonische Befragungen mit schriftlichen Befragungen zu vergleichen. Ein wichtiger Unterschied zwischen beiden Befragungsarten ist die Zeit für die Beschäftigung mit der einzelnen Frage. Im Vergleich zur schriftlichen Befragung erlaubt es die Schnelligkeit und Spontanität der telefonischen Gesprächssituation den Befragten eher weniger, genauer über die Einschätzung nachzudenken. Zudem kann man davon ausgehen, dass die Erinnerungsleistung im Telefonsurvey vermindert ist, da die Befragten meist ohne visuelle Hilfsmittel sowohl die Frage als auch die Antwort verstehen und behalten müssen. Dieser sogenannte Recency-Effekt führt dazu, dass das zuletzt Gesagte besser im Gedächtnis bleibt und entsprechend häufiger gewählt wird. Deshalb erfolgen in dem Bericht weder ein direkter Vergleich noch eine konkrete Einschätzung zu Trendentwicklungen.

7.2 Gesundheitskompetenz

7.2.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung

In modernen Informationsgesellschaften hat die Bevölkerung einen hohen Bedarf an Informationen, Orientierungsmaßstäben sowie an kognitiven und sozialen Kompetenzen beim Treffen von gesundheitsrelevanten Entscheidungen. Beispiele für diese Entscheidungen sind die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung oder an einer spezifischen Therapie, insbesondere wenn mehrere Optionen zur Verfügung stehen. Die verschiedenen kognitiven und sozialen Fähigkeiten für den Umgang mit Gesundheitsinformationen und für die Orientierung im Gesundheitswesen werden international als „Health Literacy“ bezeichnet, im deutschsprachigen Raum wird von „Gesundheitskompetenz“ gesprochen [82]. Dabei wird Gesundheitskompetenz als Passung zwischen Individuen und System verstanden, die sich auf der individuellen Ebene als Outcome erfassen lässt [83, 84].

Unter Public-Health-Gesichtspunkten ist ein breites Verständnis von Gesundheitskompetenz erforderlich, das nicht nur die Gesundheitskompetenz einzelner, sondern der gesamten Bevölkerung im Blick hat und die Befähigung (Empowerment) zu gesundheitsfördernden Entscheidungen umfasst [85, 86]. Frühere Konzeptionen von Gesundheitskompetenz fokussierten auf die Fähigkeit des Lesens, Verarbeitens und Verstehens von gesundheitsbezogenen Informationen. Nach neueren Konzeptionen umfasst Gesundheitskompetenz neben kognitiven und funktionalen Kompetenzen auch die Motivation sowie die kritische Bewertung und Anwendung von Gesundheitsinformationen [6, 82, 87, 88]. Auch wird Gesundheitskompetenz nicht mehr nur als individuelle Fähigkeit oder als Resultat von Eigenverantwortung betrachtet, sondern als Ergebnis „kollektiver Sozialisation“ und als „Indikator realer Handlungsmöglichkeiten“ [89]. Das bedeutet, Kontextfaktoren wie Bildungsmöglichkeiten, Komplexität des Gesundheitswesens, Zugang und Zugänglichkeit von Angeboten der Prävention und Versorgung beeinflussen maßgeblich, wie gut Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene ausgeprägt ist.

Eine verbreitete Definition von allgemeiner Gesundheitskompetenz, die auf der Synthese von 17 Gesundheitskompetenz-Definitionen beruht, beschreibt Gesundheitskompetenz wie folgt:

„Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern“ [90], S. 4 nach [82].

Eine eingeschränkte allgemeine Gesundheitskompetenz ist häufig mit einem höheren Auftreten von Risikofaktoren und Gesundheitsproblemen assoziiert und hat Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [90, 91], wenngleich die Studienlage auch Inkonsistenzen für die Assoziation zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitsrelevanten Outcomes findet [92-95]. Dies mag auch darin begründet liegen, dass Längsschnittstudien zur Gesundheitskompetenz noch fehlen, die einen Zusammenhang abbilden können. In verschiedenen bevölkerungsweiten, zielgruppen- oder kontextspezifischen Studien wurden Assoziationen zwischen soziodemografischen Merkmalen und Gesundheitskompetenz gefunden [90, 91]. Dabei waren zumeist weibliches Geschlecht, höheres Lebensalter oder höhere Bildung mit einem höheren Gesundheitskompetenzlevel assoziiert [88, 90, 91]. Für Deutschland konnten verschiedene Studien zeigen, dass jeweils circa die Hälfte der Frauen und Männer angibt, Schwierigkeiten bei dem Treffen gesundheitsrelevanter Entscheidungen zu haben [5, 7, 90, 96, 97].

Da Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und Kommunikation von Gesundheitsinformationen spielt, sind Fragen zur Einschätzung der Gesundheitskompetenz in die KomPaS-Studie aufgenommen worden. Hierbei interessiert nicht nur die Verteilung des Gesundheitskompetenz-Gesamtindexwertes in der Bevölkerung, sondern auch die Auswertung der Einzelitems des eingesetzten Befragungsinstruments, anhand derer Hinweise zur Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung abgeleitet werden können. Darüber hinaus wird die Verteilung der Gesundheitskompetenzlevel unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands, individueller Einflussfaktoren und des Gesundheitsverhaltens untersucht. Da bislang Informationen fehlen, wie sich Gesundheitskompetenz auf die Informationsvermittlung und Kommunikation im Gesundheitswesen auswirkt, soll die KomPaS-Studie das Verhältnis zwischen Gesundheitskompetenz und Informationsbedürfnissen im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation sowie Aspekte der Patientensicherheit analysieren. Hieraus lassen sich Hinweise für Maßnahmen ableiten, welche die Kommunikationssituation im Gesundheitswesen für Prävention und Versorgung verbessern kann. Außerdem soll dieses Kapitel einen kurzen Einblick zur Gesundheitskompetenz im Kontext von informierter Entscheidung zur Darmkrebsfrüherkennung geben.

7.2.3 Ergebnisse

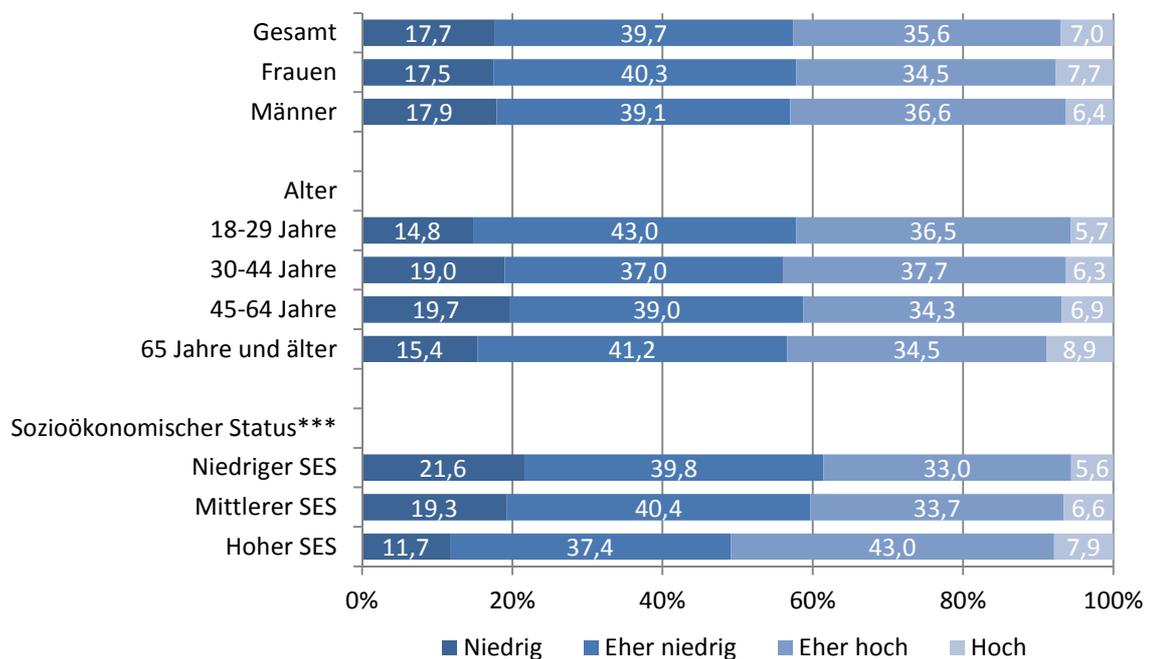
Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur allgemeinen Gesundheitskompetenz aus der KomPaS-Studie anhand zentraler Einflussfaktoren vorgestellt. Die allgemeine Gesundheitskompetenz wurde mit dem Fragebogeninstrument des Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) erhoben (HLS-EU-Q47) [6, 91]. Dieses Erhebungsinstrument wurde bereits in vielen Bevölkerungsstudien eingesetzt, wobei häufig die Kurzform mit 16 Items (HLS-EU-Q16) verwendet wird [5, 97-99]. In der KomPaS-Studie wurde auch die Kurzskala HLS-EU-Q16 eingesetzt. Die Befragten sollten in 16 Fragen einschätzen, wie einfach oder schwer es ihrer Meinung nach ist, gesundheitsrelevante Informationen zu verschiedenen Themen der Krankenversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen oder anzuwenden. Die vier Antwortkategorien reichten von „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“ bis „sehr schwierig“. Für die Einschätzung des Gesundheitskompetenzniveaus wurde ein Gesamtwertindex gebildet, der vier Gesundheitskompetenzlevel unterscheiden lässt: niedrige Gesundheitskompetenz (0 bis 25 Punkte), eher niedrige Gesundheitskompetenz (über 25 bis 33 Punkte), eher hohe Gesundheitskompetenz (über 33 bis 42 Punkte) und hohe Gesundheitskompetenz (über 42 bis 50 Punkte)¹ [100].

¹ Aufgrund methodischer Diskussionen und mittlerweile verschiedener Forschungsergebnisse zum HLS-EU-Q haben wir uns dafür entschieden, den Gesamtindex in folgender Weise zu berechnen: Für die einzelnen Antwortkategorien werden die folgenden Punkte vergeben: sehr einfach = 4, ziemlich einfach = 3, ziemlich schwierig = 2, sehr schwierig = 1; fehlende Werte/weiß nicht = 0. Zur Ergebnisdarstellung wird ein Gesamtindex berechnet. Dieser wird nach der Formel „Item 1 + Item 2 + ... + Item 16)/Summe der Items -1) x (50/3) berechnet, wenn Befragte mindestens 14 der 16 Fragen beantwortet haben. Abweichend von der empfohlenen Auswertung durch die Entwickler werden die errechneten Werte des Gesamtindex hier folgendermaßen kategorisiert: niedrig ≤ 25 Punkte, eher niedrig > 25-33 Punkte, eher hoch > 33-42 Punkte, hoch > 42 Punkte.

7.2.3.1 Soziodemografische und -ökonomische Faktoren

In der KomPaS-Studie zeigt sich auf der Grundlage der Selbsteinschätzung der Befragten für 17,7% eine niedrige und für 39,7% eine eher niedrige Gesundheitskompetenz. Demgegenüber weisen 35,6% ein eher hohes und 7,0% ein hohes Gesundheitskompetenzniveau auf. Es zeigen sich weder signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern noch zwischen den Altersgruppen. Deutliche Unterschiede in der Gesundheitskompetenz werden hingegen beobachtet, wenn der sozioökonomische Status (SES) der Befragten herangezogen wird. 21,6% der Personen mit einem niedrigen SES haben eine geringe Gesundheitskompetenz, im Vergleich zu 19,3% mit einem mittleren und 11,7% mit einem hohen SES (Abbildung 7.2.1, Annex-Tabelle 7.2.1).

Abbildung 7.2.1: Verteilung von Gesundheitskompetenz nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), Anteil in %, n=4.680



p-Wert: *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001. Unterschied Frauen und Männer: p-Wert=0,511.

Bei der Betrachtung von geschlechtsspezifischen Ergebnissen (d. h., es werden die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen oder der Männer separat betrachtet) wird deutlich, dass sich die Verteilung der Gesundheitskompetenzlevel sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status dahingehend unterscheidet, dass Frauen bzw. Männer mit niedrigem SES zu einem höheren Anteil eine niedrigere Gesundheitskompetenz als Frauen bzw. Männer mit mittlerem und hohem SES haben. Hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Abbildung 7.2.2 und 7.2.3, Annex-Tabelle 7.2.2 und 7.2.3).

Abbildung 7.2.2: Verteilung der Gesundheitskompetenz von Frauen nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), Anteil in %, n=2.645

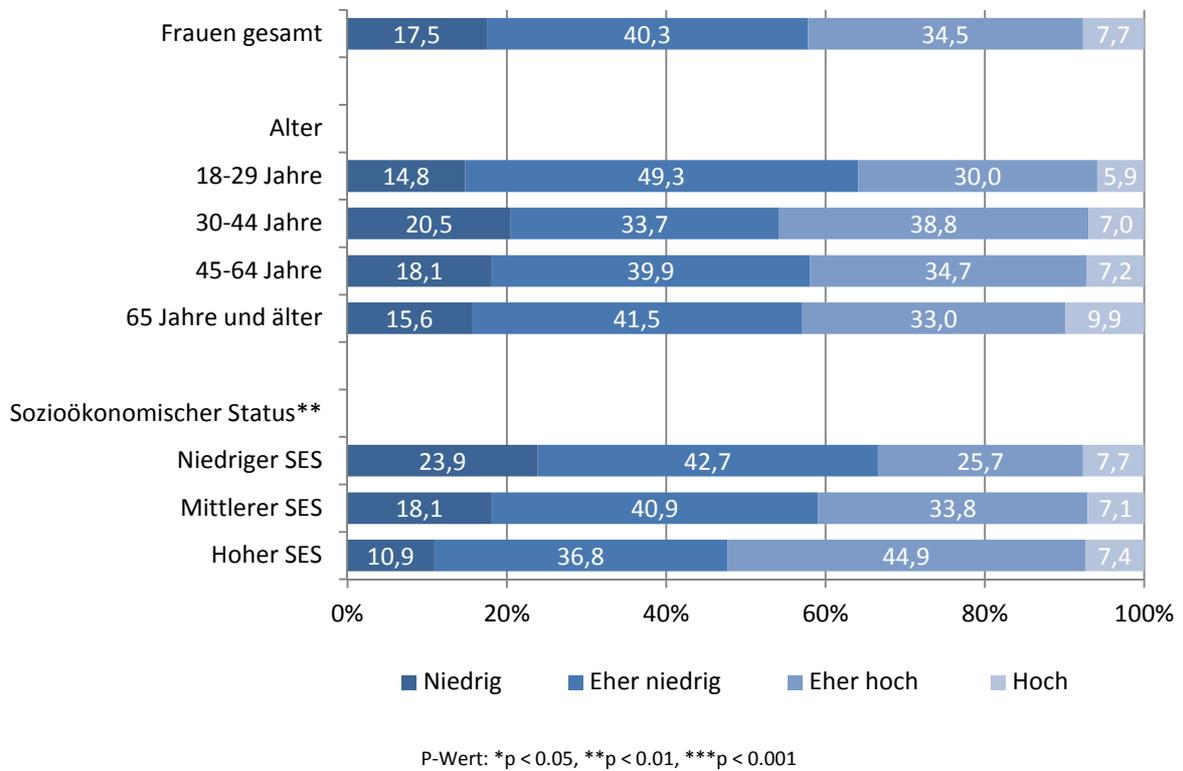
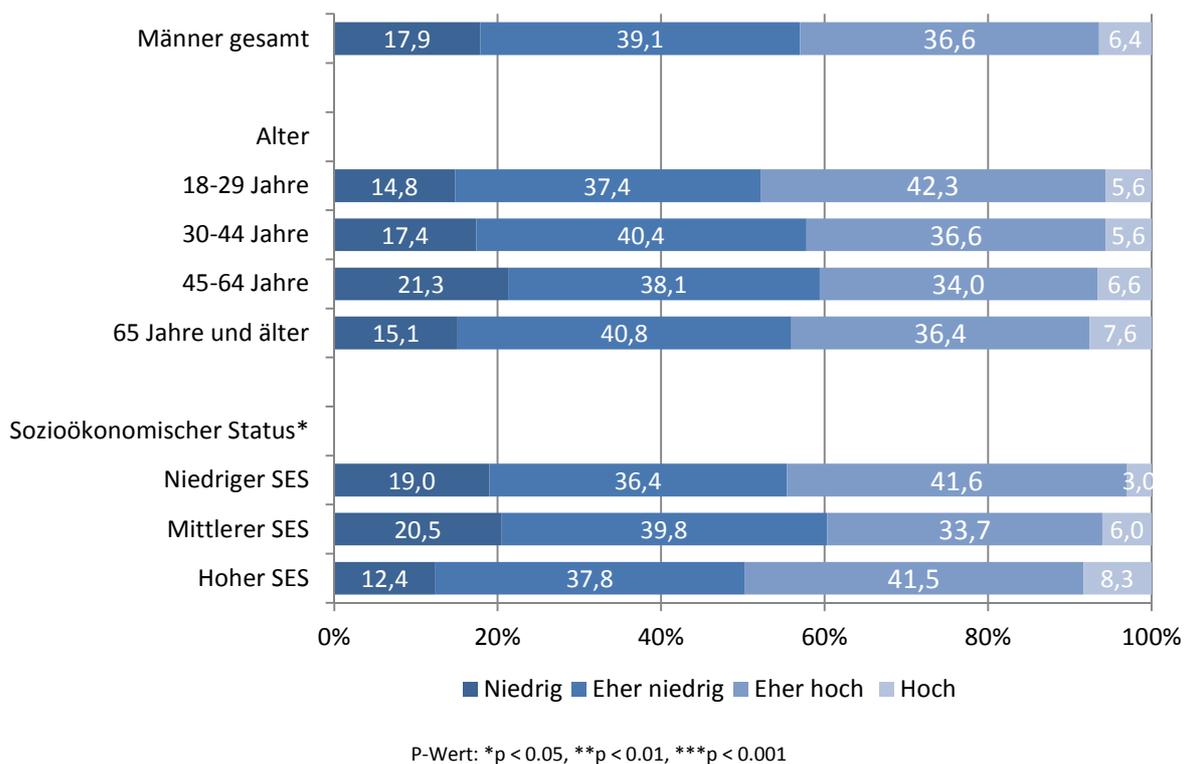


Abbildung 7.2.3: Verteilung der Gesundheitskompetenz von Männern nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), Anteil in %, n=2.035

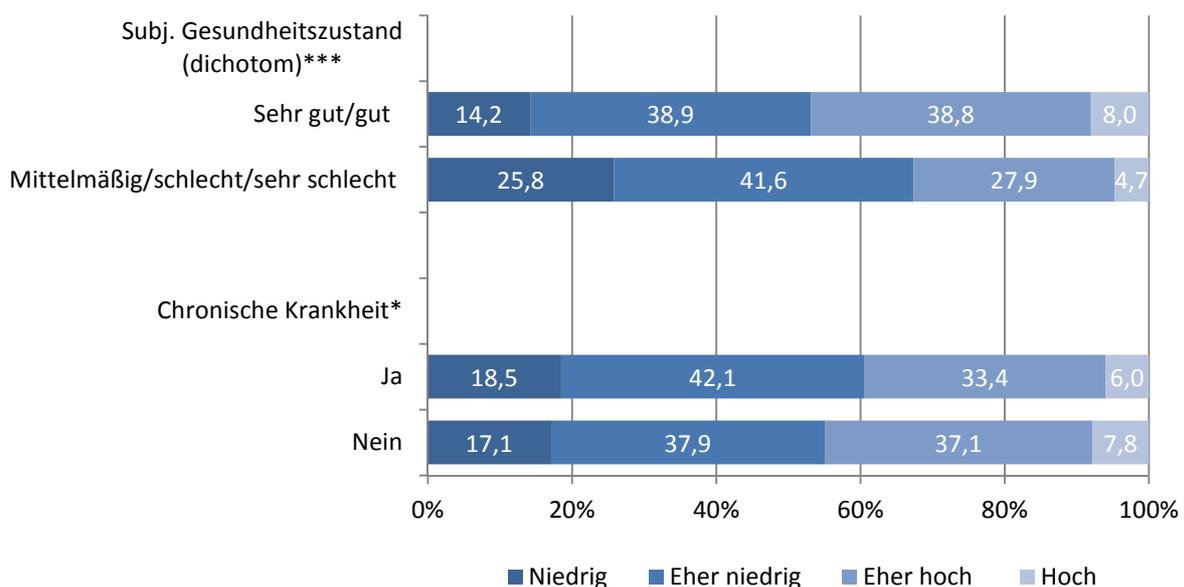


In der KomPaS-Studie wurde auch nach der Staatsangehörigkeit gefragt. Hier findet sich nur ein signifikanter Unterschied der Gesundheitskompetenzlevel zwischen Männern mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit, aber nicht zwischen Frauen dieser beiden Gruppen (Annex-Tabelle 7.2.4). Im Hinblick auf unterschiedliche sozialräumliche Strukturen, d. h. ländliche, kleinstädtische, mittelstädtische oder großstädtische Gemeindegrößen, zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede (Annex-Tabelle 7.2.5).

7.2.3.2 Gesundheitszustand

In der KomPaS-Studie ist bei Menschen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht bewerten der Anteil mit niedriger Gesundheitskompetenz deutlich höher (25,8%) als in der Gruppe mit einem guten und sehr guten Gesundheitszustand (14,2%). Bei Personen mit einer chronischen Erkrankung ist der Anteil mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz (18,5%) nur geringfügig höher als ohne chronische Erkrankung (17,1%) (Abbildung 7.2.4). Der Unterschied zwischen dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand und der Gesundheitskompetenz zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Im Gegensatz dazu zeigt sich jedoch kein signifikanter Unterschied bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung zwischen chronisch Kranken und Personen ohne chronische Erkrankung (Annex-Tabelle 7.2.6).

Abbildung 7.2.4: Verteilung von Gesundheitskompetenz nach Gesundheitszustand und chronischer Krankheit, Anteil in %, n=4.674

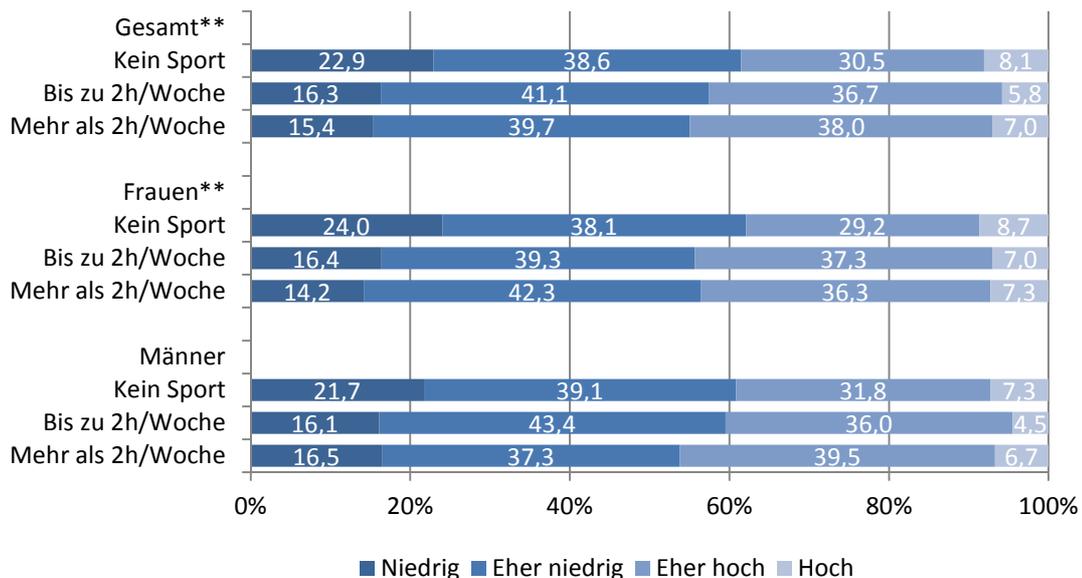


p-Wert: *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001. Unterschied zwischen Frauen und Männern: p-Wert = 0,000.

7.2.3.4 Gesundheitsverhalten und Prozesse der Verhaltenssteuerung

Zur Untersuchung der Beziehung zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz wird das Ausmaß der sportlichen Aktivität betrachtet. Bei Frauen, die keinen Sport treiben ist der Anteil mit niedriger Gesundheitskompetenz fast um die Hälfte größer als bei Frauen, die bis zu zwei oder mehr Stunden in der Woche sportlich aktiv sind (22,9% vs. 16,3% bzw. 15,4%) (Abbildung 7.2.5, Annex-Tabelle 7.2.7). Bei Männern zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 7.2.5: Verteilung der Gesundheitskompetenz nach Geschlecht und sportlicher Aktivität, Anteil in %, n=4.676

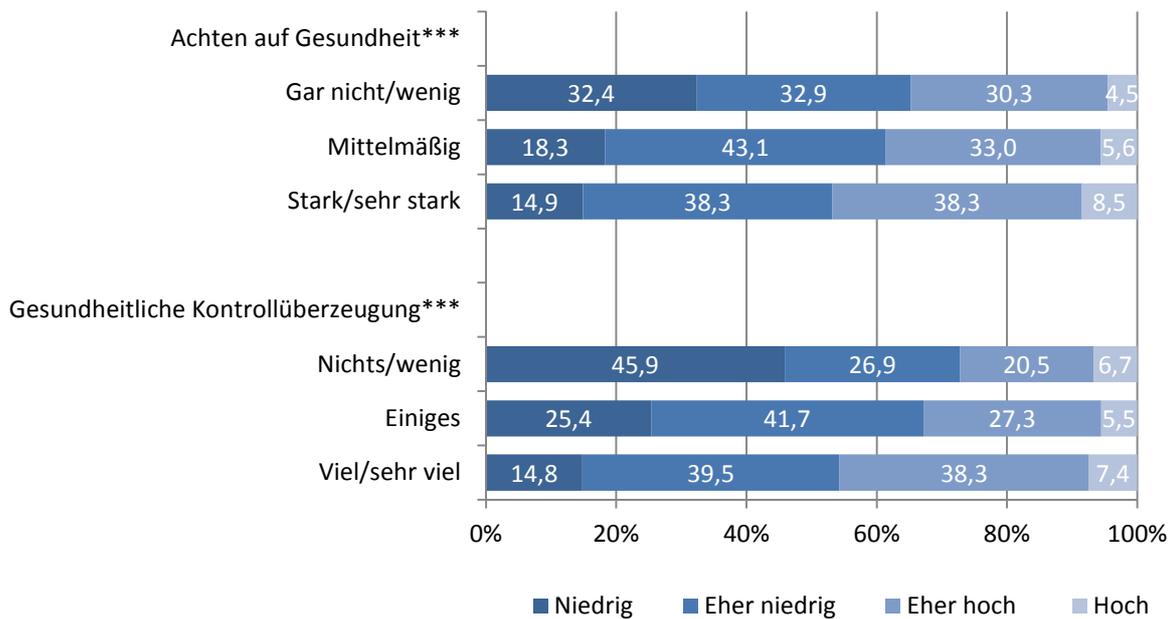


p-Wert: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001. Unterschied zwischen Frauen und Männern: p-Wert = 0,001.

Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen beeinflussen das Gesundheitsverhalten [101, 102]. Kontrollüberzeugungen unterstützen gesundheitsförderndes Gesundheitsverhalten beziehungsweise eine Verhaltensänderung durch die Annahme, dass sich das eigene Handeln positiv auf die Gesundheit auswirkt. Zur Einschätzung des Gesundheitsbewusstseins wurden in der KomPaS-Studie die Teilnehmenden gefragt, wie stark sie auf ihre eigene Gesundheit achten. Kontrollüberzeugungen wurden mit der Frage „Was denken Sie, wie viel kann man selbst tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?“ erfasst.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede bei der Beantwortung beider Fragen, sowohl in der Gesamtbeurteilung wie auch in der geschlechtsspezifischen Analyse (Abbildung 7.2.6, Annex-Tabelle 7.2.8). Während sich bei nur 14,9% der Befragten, die „sehr stark“ oder „stark“ auf ihre Gesundheit achten, ein niedriges Gesundheitskompetenzniveau aufweisen, ist der Anteil bei denjenigen, die angeben, dies „gar nicht“ oder „weniger stark“ zu tun, mehr als doppelt so hoch (32,4%). Noch deutlicher wird der Unterschied bei der Betrachtung der Kontrollüberzeugungen im Hinblick auf eine niedrige Gesundheitskompetenz. Fast die Hälfte (45,9%) der Bevölkerungsgruppe mit gering ausgeprägter Kontrollüberzeugung hat, gemessen mit dem HLS-EU-Q16-Befragungsinstrument, eine niedrige Gesundheitskompetenz, wohingegen es nur 14,8% der Gruppe mit stark ausgeprägter Kontrollüberzeugung sind.

Abbildung 7.2.6: Verteilung von Gesundheitskompetenz nach Gesundheitsbewusstsein und Kontrollüberzeugung, Anteil in %, n=4.679



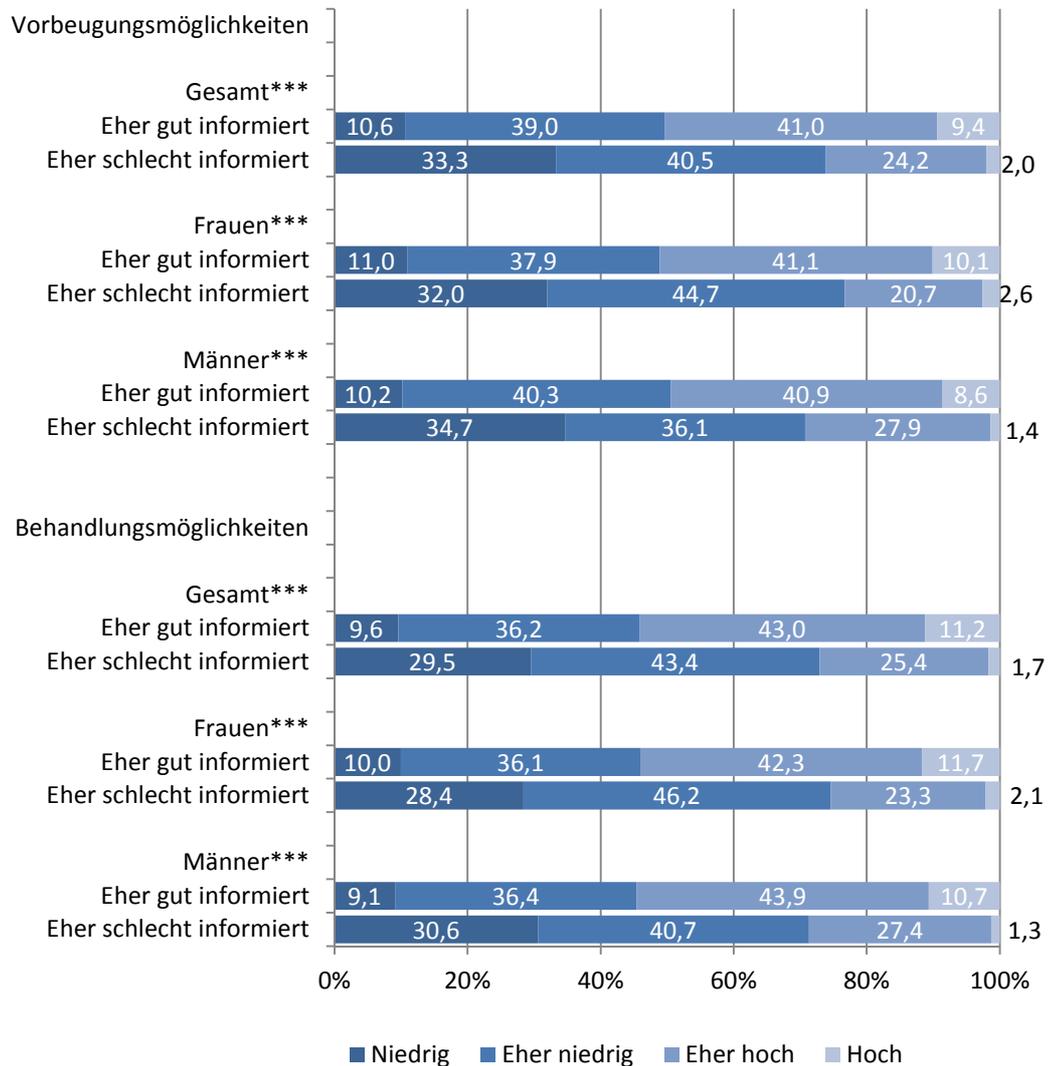
p-Wert: *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001. Unterschied zwischen Frauen und Männern: p-Wert = 0,000.

7.2.3.5 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Informationsbedürfnisse und Patientensicherheit

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitskompetenz zwischen den Bevölkerungsgruppen, die in den letzten 12 Monaten eine Hausarzt- bzw. Facharztpraxis nutzten, und denjenigen, die vor über einem Jahr das letzte Mal in einer Praxis waren oder Befragten ohne Inanspruchnahme. Gleiches gilt für die überdurchschnittlich häufige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Hierfür wurde die Gesundheitskompetenz der „Frequent attender“ untersucht. „Frequent attender“ sind verteilungsbasiert die 10% der Patientinnen und Patienten, die in den letzten 12 Monaten am häufigsten eine Haus- oder Facharztpraxis genutzt haben. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Gesundheitskompetenz zwischen „Frequent attenders“ und Personen, die weniger häufig das Gesundheitswesen nutzen. Ebenso verhält es sich bei dem Vergleich von Befragten mit und ohne eine Hausärztin, beziehungsweise einem Hausarzt (Annex-Tabelle 7.2.9).

Ein Aspekt einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation ist, wenn Informationsbedürfnisse/-bedarfe von Patientinnen und Patienten ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 7.1). In der KomPaS-Studie wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und der individuell wahrgenommenen Informiertheit (Informationsbedürfnisse) nach den „Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten“ und nach „verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall“ untersucht. Bei einem Drittel (33,3%) der Bevölkerungsgruppe, die sich eher schlecht zu Möglichkeiten der Vorbeugung von Krankheiten informiert fühlt, findet sich eine niedrige Gesundheitskompetenz, im Vergleich zu 10,6%, die sich eher gut informiert fühlen. Ein ähnlicher Unterschied ist bei der individuell wahrgenommenen Informiertheit (Informationsbedürfnisse) zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall zu beobachten (29,5% versus 9,6%). Diese Assoziation findet sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern dahingehend, dass Personen, die angeben, sich eher schlecht informiert zu fühlen, etwa um das Dreifache häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen als Personen, die sich eher gut informiert fühlen (Abbildung 7.2.7, Annex-Tabelle 7.2.10).

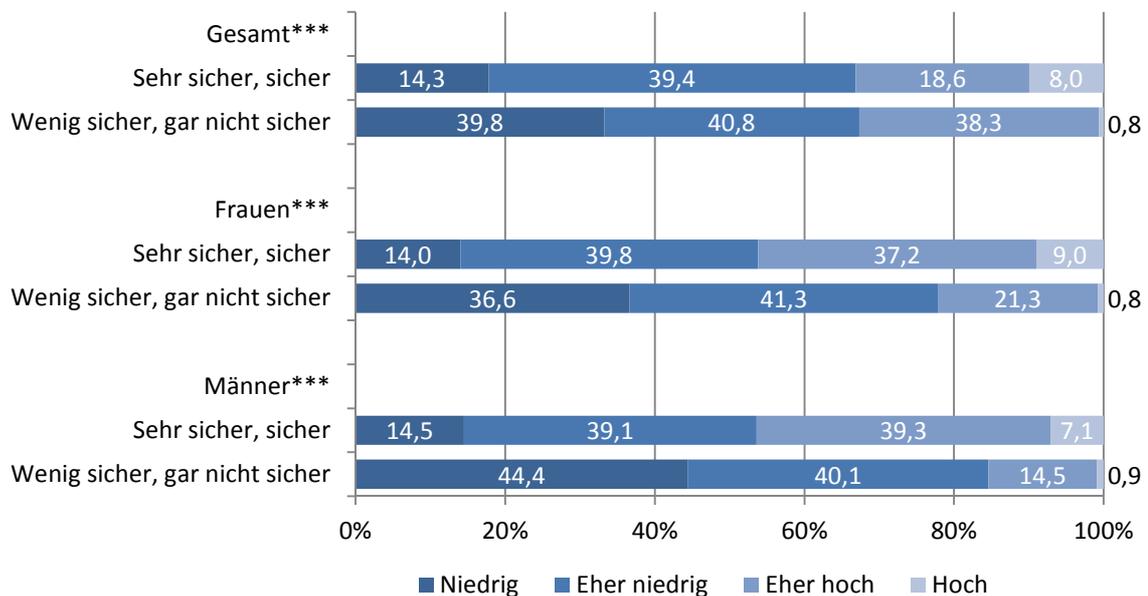
Abbildung 7.2.7: Verteilung von Gesundheitskompetenz nach Informationsbedürfnissen (Informationsbedarf), Anteil in %, n=5.053



P-Wert: *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001. Unterschied zwischen Frauen und Männern: p-Wert = 0,000.

Um das Verhältnis zwischen Gesundheitskompetenz und Patientensicherheit (vgl. Kapitel 4) besser zu verstehen, wird die selbsteingeschätzte Patientensicherheit beim letzten Kontakt im Gesundheitswesen herangezogen, der ambulant, stationär oder in der Rehabilitation erfolgt sein kann. Sowohl Frauen als auch Männer, die sich dabei wenig oder gar nicht sicher fühlten, haben mehr als doppelt so häufig eine niedrige Gesundheitskompetenz im Vergleich zu Personen, die sich sicher oder sehr sicher fühlten. Dieser Unterschied ist für beide Geschlechter signifikant (Abbildung 7.2.8, Annex-Tabelle 7.2.11).

Abbildung 7.2.8: Verteilung von Gesundheitskompetenz nach Geschlecht und selbsteingeschätzter Patientensicherheit beim letzten Arztkontakt, Anteil in %, n=4.645



p-Wert: *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001. Unterschied zwischen Frauen und Männern: p-Wert = 0,384.

7.2.3.6 Ergebnisse aus den Einzelitems

Neben der Untersuchung des Gesamtindexwertes für allgemeine Gesundheitskompetenz gibt auch die Analyse der Einzelitems, aus denen der Index berechnet wird, wichtige Hinweise für Ansatzpunkte zur Verbesserung des Umgangs mit Gesundheitsinformationen im Gesundheitswesen. Der bislang dargestellte Gesamtindexwert gibt ein Konstrukt wieder, das zwar umfassend, aber deswegen unspezifisch und aus diesem Grund weniger gut geeignet ist, einzelne Aspekte der Prävention oder Versorgung im Hinblick auf Gesundheitskompetenz näher zu analysieren. Das ist auch ein Grund, weshalb zunehmend Messinstrumente zur Gesundheitskompetenz entwickelt werden, die sich auf ein spezifisches Gesundheitsthema konzentrieren, z.B. Food Literacy [103]. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Einzelitems des Gesamtinstruments sowie auffallende Ergebnisse einiger Einzelitems im Hinblick auf spezifische Gesundheitsthemen berichtet.

Auffallend ist die große Spannbreite bei der Beantwortung der Fragen des Messinstrumentes hinsichtlich der selbsteingeschätzten Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen (Abbildung 7.2.9 und Annex-Tabelle 7.2.12). So reicht der Anteil der Befragten, der nach eigener Einschätzung angibt, den Umgang mit bestimmten Gesundheitsinformationen „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ zu finden, je nach Frage von 5,1% bis 73,8%. Besonders große Schwierigkeiten machen demnach der Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien (Vertrauenswürdigkeit: 73,8% bzw. als Grundlage für Entscheidungen zur Prävention: 54,7%), das Abwägen von Therapieentscheidungen (Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten: 61,8%, „zweite Meinung“: 50,5%) und Fragen zum Umgang mit Gesundheitsinformationen im Bereich psychische Probleme (56,0%). Einfacher werden Fragen eingeschätzt, die Themen ansprechen wie, den Anweisungen des medizinischen Fachpersonals in einer Praxis und einer Apotheke zu folgen (nur 5,8% bzw. 8,4% fällt das „ziemlich schwer“ oder „sehr schwer“), das Verstehen von Gesundheitswarnungen (5,1%) und zu verstehen, warum Vorsorgeuntersuchungen benötigt werden (8,8%).

Abbildung 7.2.9: Relative Häufigkeiten der Einzelitems zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q), (Antwortkategorie „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“), in %, n = 5.053



Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigt sich bei etwa der Hälfte der Einzelitems (sieben Items). Bei diesen sieben Fragen ist kein geschlechtsbezogenes Muster zu erkennen: bei drei der sieben Items hatten Männern, und bei vier der sieben Items hatten Frauen häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Unter diesen sieben Items kommen alle vier Dimension des Gesundheitskompetenzkonstrukts (Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen) vor wie auch die ganze Bandbreite an Items im Hinblick auf den selbsteingeschätzten Schwierigkeitsgrad. Es kommen also Items vor, die Allgemeinen als eher weniger schwierig empfunden

werden und welche, die als eher leicht empfunden werden. Weitere auffallende Ergebnisse bei der Untersuchung der Einzelitems betreffen alters-, geschlechts- und soziallyagenbezogene Unterschiede: Frauen geben häufiger als Männer an, Schwierigkeiten zu haben, „Informationen über Therapien für Krankheiten, die sie betreffen“ zu finden (37,4% vs. 30,5%). Innerhalb der Gruppe der Frauen und der Männer fällt es Personen mit niedrigem SES deutlich schwerer als Personen mit mittleren oder hohem SES und beiden Geschlechtern, älteren schwerer als jüngeren (Annex-Tabelle 3.13). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Analysen des Items „Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?“, wobei hier der Unterschied zwischen den Geschlechtern gering und nicht signifikant ist (Annex-Tabelle 7.2.14).

Für Frauen scheint es in der Praxis nicht immer einfach zu sein, die Ärztin/den Arzt zu verstehen, insbesondere wenn sie einen niedrigen (29,5%) oder mittleren (27,8%) SES haben im Vergleich zu Frauen mit hohem SES (18,6%) (Annex-Tabelle 7.2.15). Die selbsteingeschätzten Schwierigkeiten beim Einholen einer Zweitmeinung scheint für beide Geschlechter mit steigendem Alter zu sinken, so schätzen z.B. 66,3% der 18- bis 29-jährigen Frauen das als „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ ein, aber nur 41,7% der Frauen ab 65 Jahren (Annex-Tabelle 7.2.16).

Je älter Frauen sind und je höher ihr SES ist, umso seltener wurde es als „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ empfunden, Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für das eigene psychische Wohlbefinden sind (Annex-Tabelle 7.2.17).

Ein weiteres Ergebnis ist, dass chronisch kranke Frauen und Männer im Vergleich zu nicht chronisch Erkrankten häufiger Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Vor- und Nachteilen von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten haben (Annex-Tabelle 7.2.18).

7.2.3.7 Einzelitems zur Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen

Um Gesundheitskompetenz und die Einstellung zu Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen zu analysieren, wurden zwei Items aus der Langfassung des Erhebungsinstruments zu diesem Thema herangezogen sowie die Gründe für die Nicht-Teilnahme an einer Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs und die Wissensfragen zur Darmkrebsfrüherkennung (siehe Kapitel 7.5).

Etwa ein Fünftel gibt an, dass sie das Finden von „Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen“ als „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ einschätzen (Annex-Tabelle 7.2.19). Bei Frauen ab 65 Jahren ist der Anteil mit Schwierigkeiten (14,8%) deutlich kleiner als in der jüngsten Frauengruppe zwischen 18- und 29 Jahren (25,6%).

Ein Altersgradient findet sich auch bei der vorsorgespezifischen Frage „Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?“. Von den Befragten schätzen 26,7% der Frauen und 29,9% Männer dies als „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ ein. Während etwa jede zweite Frau zwischen 18 und 29 Jahren (51,3%) dies als schwierig einschätzt, sind es nur 30,1% der 30- bis 44-Jährigen, 23,3% der 45- bis 64-Jährigen und 15,1% der Frauen ab 65 Jahren. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei dem Anteil der Männer, der das als schwierig empfindet: 43,3% (18-29 Jahre), 36,6% (30-44 Jahre), 27,5% (45-64 Jahre) und 16,2% (ab 65 Jahren) (Annex-Tabelle 7.2.20).

Personen ab 55 Jahren, die bislang keine Früherkennungssuchung von Darmkrebs (Darmspiegelung) in ihrem Leben hatten durchführen lassen, wurden nach den Gründen für die Nicht-Teilnahme an dieser Früherkennungssuchung gefragt. Der am häufigsten genannte Grund für eine Nichtteilnahme war „weil

ich keine Probleme mit dem Darm habe“ (46,7%), obwohl dieser Grund medizinisch gesehen kein Argument gegen eine Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken ist (ausführlich in Kapitel 6, Tabelle 6.3). Bei der Untersuchung der Angaben der Befragten, die diesen Grund angekreuzt haben, fällt auf, dass aber insgesamt 79,6% angeben, dass es „sehr einfach“ (27,8%; 85%-KI 22,8-33,5) bzw. „ziemlich einfach“ (51,8%; 95%-KI 45,9-57,7) sei, zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie durchführen lassen sollten (n =423).

Bei der Beantwortung der drei Wissensfragen zum Thema Darmkrebsfrüherkennung werden die Antworten von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden an einer Darmspiegelung ab 55 Jahren herangezogen (ausführlich in Kapitel 7.5, Tabellen 7.5.8 bis 7.5.10). Hier zeigt sich nur für die Frage, ob die Darmspiegelung das Risiko an Darmkrebs zu erkranken verringere, ein signifikanter Unterschied: der Anteil, der diese Frage falsch beantwortet (Antwort „nicht zutreffend“), gibt häufiger Schwierigkeiten an, zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie durchführen lassen sollten. Bei den beiden anderen Wissensfragen ist dieser Unterschied auch zu sehen, aber nicht signifikant (Tabelle 7.2.1).

Tabelle 7.2.1: Relative Häufigkeiten von drei Einzelitems (Beurteilung Vorsorgeuntersuchungen) aus dem HLS-EU-Fragebogen zur Gesundheitskompetenz nach drei Wissensfragen zur Früherkennung von Darmkrebs (Personen ab 55 Jahren), in %

	„Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?“ (HLS-EU-Item)								p-Wert
	Sehr einfach		Ziemlich einfach		Ziemlich schwer		Sehr schwer		
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
„Die Darmspiegelung verringert das Risiko an Darmkrebs zu erkranken.“									0,002
n = 2.718									
Zutreffend*	33,8	31,3-36,4	50,3	47,6-53,0	14,1	12,4-16,0	1,8	1,2-2,7	
Nicht zutreffend	30,4	26,2-35,0	45,8	40,9-50,8	20,0	16,5-24,1	3,7	2,3-5,9	
„Bei der Darmspiegelung können Darmpolypen oder krebsverdächtiges Gewebe übersehen werden.“									0,082
n = 2.082									
Zutreffend	31,1	28,1-34,2	51,2	47,9-54,5	14,9	12,8-17,2	2,9	2,0-4,2	
Nicht zutreffend*	36,4	32,8-40,3	47,9	44,0-51,8	14	11,6-16,8	1,6	0,9-3,1	
„Bei der Darmspiegelung können Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten.“									0,192
n = 2.301									
Zutreffend*	32,4	29,8-35,0	50,8	48,1-53,6	14,6	12,9-16,5	2,2	1,5-3,1	
Nicht zutreffend	35,6	29,3-42,5	44,6	37,9-51,4	15,8	11,4-21,5	4,1	2,1-7,9	

*richtige Antwort

7.2.4 Diskussion

In der KomPaS-Studie wird die Verteilung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland untersucht, da sie für die Kommunikation und Information in unterschiedlichen Kontexten der Prävention und Krankenversorgung ein wichtiger Faktor ist [90]. Die dabei gefundene Verteilung der selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitskompetenz ist mit den Ergebnissen anderer Bevölkerungsstudien, die das gleiche Erhebungsinstrument verwendet haben, für Deutschland [5, 7, 97] bzw. Nordrhein-Westfalen [91] vergleichbar. Demnach ergibt sich etwa für die Hälfte der Bevölkerung eine niedrige oder eher niedrige Gesundheitskompetenz. Es zeigen sich keine geschlechtsbezogenen Unterschiede, aber Unterschiede im Hinblick auf den sozioökonomischen Status (Sozialstatus). Beim Vorliegen eines hohen Sozialstatus ist die Gruppe mit niedriger Gesundheitskompetenz bei Frauen wie auch Männern am kleinsten. Diese Befunde fügen sich in die Ergebnisse der Studien aus den Jahren 2012-2014 mit dem gleichen

Messinstrument [5, 96, 97] ein und bestärken den Bedarf in Deutschland, Gesundheitskompetenz zu fördern [104]. Dabei sollte das sogenannte „grundlegende Prinzip: soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringern“, wie es auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz formuliert wurde [104], beachtet werden. Hierbei ist aufgrund der Daten zu den Einzelitems aus der KomPaS-Studie ein besonderer Handlungsbedarf bei den folgenden Themen zu erkennen: (1) Für den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien – und das trifft auf Printmedien ebenso zu wie auf elektronische Medien. Aspekte sind hierbei Zugänglichkeit, Geeignetheit für bestimmte Zielgruppen, Qualität und Evidenzbasierung der Information und Informationsaufbereitung. (2) Für das Bereitstellen von Gesundheitsinformationen für Therapieentscheidungen und für den Bereich psychische Belastungen und Erkrankungen. In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass webbasierte Gesundheitsportale unterstützende Maßnahmen benötigen, wenn sie auch zur Verringerung von Ungleichheit beim Umgang mit Gesundheitsinformationen beitragen sollen [105].

Im Nationalen Aktionsplan und in der Studie von Schaeffer et al. [106] werden neben einem geringem Bildungsgrad oder niedrigem Sozialstatus noch weitere Faktoren genannt, die auf Bevölkerungsgruppen mit besonderem Bedarf hinweisen; zu diesen Faktoren gehören Migrationshintergrund, höheres Lebensalter und chronische Erkrankung [104]. Für diese Faktoren findet sich in der KomPaS-Studie nur teilweise eine Bestätigung dieses Handlungsbedarfs, was in der unterschiedlichen Erhebungsmethode der Studien begründet sein könnte. Auch andere Studien [107, 108] weisen darauf hin, dass ein höheres Alter, das Vorliegen eines Migrationshintergrunds oder eine chronische Erkrankung nicht per se einen besonderen Bedarf für die Förderung von Gesundheitskompetenz bedingen. Vielmehr sind es Einflüsse von Bildung, Sozialstatus, Gesundheitszustand, Sprachkenntnisse, Vorerfahrungen mit dem Gesundheitswesen im Herkunftsland oder andere soziokulturelle Merkmale, die in bestimmten Konstellationen mit den oben genannten Faktoren einen besonderen Bedarf bestimmen [108-110]. In spezifischen Studien, z. B. einer bevölkerungsweiten Studie zu chronisch Kranken könnte die Heterogenität dieser Faktoren innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen zukünftig abgebildet werden. Mit dem KomPaS-Studienziel, verschiedene Aspekte zur „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen“ in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands abzubilden, sind derartige Subgruppenanalysen jedoch nicht möglich.

Der Bevölkerungsanteil mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz ist in der Gruppe mit einem selbst eingeschätzten mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand fast doppelt so hoch wie in der Gruppe mit guter oder sehr guter Gesundheit. Die Daten der KomPaS-Studie bestätigen hier andere Studienergebnisse aus Deutschland und anderen Ländern [5, 7, 91, 97]. Für die oben beschriebene Beobachtung werden zwei Gründe diskutiert. Zum einen kann ein eingeschränkter Gesundheitszustand mit geringeren kognitiven oder psychosozialen Kompetenzen einhergehen. Zum anderen haben Menschen mit einem schlechteren Gesundheitszustand häufig mehr Erfahrung mit dem Gesundheitswesen und damit mit den Herausforderungen, die bei Therapieentscheidungen oder der Arztwahl in einem sehr ausdifferenzierten und segregierten Gesundheitssystem auftreten können. Bei diesen Personen wird die mit dem HLS-EU-Q16 gemessene Gesundheitskompetenz eher unterschätzt, denn sie geben Schwierigkeiten an, die nicht auf ihren Kompetenzen, sondern auf den hohen Anforderungen des Gesundheitssystems beruhen. Aus diesem Grund wird an Instrumenten zur Erhebung der Gesundheitskompetenz, die auf Selbsteinschätzung beruhen, kritisiert, dass sie nur die wahrgenommenen Schwierigkeiten erfassen, aber keine „objektive“ Auskunft zum einen über die Systembedingungen und zum anderen über die individuellen Fähigkeiten der Befragten geben [111-113]. Aus der wissenschaftlichen Diskussion über das hier und in anderen Studien eingesetzte Erhebungsinstrument lässt sich für Deutschland die Notwendigkeit ableiten, weitere Erhebungsinstrumente zu entwickeln und einzusetzen, und zwar erstens

sogenannte leistungsorientierte Erhebungsinstrumente (performance-based), welche die „objektiven“ Fähigkeiten der Individuen messen [114]; und zweitens Instrumente, die gesundheitskompetenzfördernde Bedingungen von Organisationen des Gesundheitswesens und anderen Sektoren erfassen [83]. Letztere sind noch wenig entwickelt, aber es gibt bereits einige Beispiele [115, 116], und die Notwendigkeit für derartige Erhebungsinstrumente wird zunehmend adressiert [83, 104].

Die Ergebnisse zu Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten sind in verschiedenen Studien uneinheitlich. Gleichwohl geht häufig eine niedrige Gesundheitskompetenz mit einem weniger ausgeprägten gesundheitsförderlichen Gesundheitsverhalten einher, wobei diese Beobachtung zumeist nicht für alle untersuchten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Subgruppen in der jeweiligen Studie gilt [91, 97]. Dieses Bild bestätigt sich auch in der KomPaS-Studie, da es signifikante Unterschiede in der Gesundheitskompetenz hinsichtlich der sportlichen Aktivität bei Frauen gibt, nicht aber bei Männern. Es ist hier wie auch bei anderen Gesundheitsverhaltensweisen davon auszugehen, dass eine Vielzahl von individuellen und externen Faktoren in den Lebenswelten das Gesundheitsverhalten beeinflussen [101, 102, 117]. Dabei spielen auch das Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen eine Rolle [101, 102].

In der KomPaS-Studie zeigt sich, dass ein gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und keine oder geringe gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen häufig mit niedriger Gesundheitskompetenz einhergehen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass mit der KomPaS-Studie Querschnittsdaten vorliegen, die keine Schlussfolgerungen erlauben, ob Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen die Gesundheitskompetenz beeinflussen kann oder umgekehrt. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass Gesundheitsbewusstsein als Voraussetzung für Motivationsprozesse gilt, die ein gesundheitskompetentes Verhalten initiieren können [118]. Gesundheitsbewusstsein ist zugleich ein Bestandteil von Gesundheitskompetenz [82] und bietet somit auch einen Ansatzpunkt für Interventionen. Allerdings erzielen diese aufgrund von Erfahrungen aus anderen Bereichen der Gesundheitsförderung nur dann eine bevölkerungsweite Wirkung, wenn sie an mehreren Ebenen ansetzen und die übergeordneten allgemeinen Lebensbedingungen und strukturellen Rahmenbedingungen (Verhältnisse) mit einbeziehen [119].

Bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens fällt auf, dass sich für keine der untersuchten Gruppen, wie z. B. die sogenannten „Frequent attenders“ (Vielnutzerinnen und -nutzer des Gesundheitssystems) [120] signifikante Unterschiede im Hinblick auf Gesundheitskompetenz zeigen, woraus geschlossen werden kann, dass die Häufigkeit der Nutzung nicht von dem Gesundheitskompetenzlevel bestimmt wird, sondern von Faktoren wie z.B. einem schlechtem Gesundheitszustand [121]. Ein anderer Aspekt bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ist eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation. Sie soll auch den Informationsbedürfnissen/-bedarfen von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen ausreichend Rechnung tragen (siehe Kapitel 7.1) sowie der Patientensicherheit (siehe Kapitel 7.3). Hier weisen die Ergebnisse der KomPaS-Studie darauf hin, dass mit dem Gefühl, schlecht informiert zu sein, etwa drei Mal häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz einhergeht – sowohl bezüglich Möglichkeiten zur Prävention und Therapie von Erkrankungen. Hierbei ist zu beachten, dass über 40% der Befragten angeben, sich schlecht zu Behandlungsmöglichkeiten informiert zu fühlen. Ein ähnliches Bild zeigen die Daten zur Patientensicherheit: Ein selbsteingeschätztes Gefühl der Unsicherheit beim letzten Arztkontakt geht doppelt so häufig mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz einher wie bei einem positiven Sicherheitsgefühl. Auch bei diesen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass es sich

um bivariate Querschnittsdaten handelt und auch denkbar ist, dass ein niedriges Gesundheitskompetenzniveau das individuelle Gefühl der Sicherheit beeinflusst. Hier bedarf es weiterer Studien und Analysen, um die Wirkrichtung der Faktoren zu klären.

Gesundheitskompetenz spielt auch eine Rolle bei der informierten Entscheidung im Kontext von Früherkennungs- bzw. Vorsorgeuntersuchungen (siehe Kapitel 7.5) [122]. Informationen über Früherkennungs- bzw. Vorsorgeuntersuchungen zu finden und zu beurteilen, fällt erwartungsgemäß jungen Bevölkerungsgruppen schwerer als älteren, wobei sich geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen. Hier könnten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zielgruppenspezifische Informationsinhalte und Vermittlungsmethoden eingesetzt werden. Die weiteren Ergebnisse in diesem Themenkomplex zeigen, dass die Entscheidung für eine Nichtteilnahme an der Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung häufig mit einem medizinisch nicht zutreffenden Argument begründet wird. Einerseits geben über drei Viertel derjenigen, die das medizinisch nicht zutreffende Argument als Hauptgrund angeben, an, dass es einfach sei, zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie durchführen lassen sollten. Andererseits sind nur bei einer von den drei hier untersuchten Wissensfragen zur Darmkrebsfrüherkennung relevante Gruppenunterschiede bezüglich der Gesundheitskompetenz zu erkennen. An diesen Ergebnissen ist zu erkennen, dass es einen Informationsbedarf im Hinblick auf die genannten Früherkennungsuntersuchungen in der Bevölkerung ab 55 Jahren gibt, wobei es hier vor allem um Angebote geht, die eine informierte Entscheidung ermöglichen.

Die hier vorgestellten Ergebnisse der KomPaS-Studie liefern einige wichtige Hinweise, wo bei der Förderung von Gesundheitskompetenz in Deutschland angesetzt werden sollte. Es konnten Ergebnisse aus früheren Studien zur Gesundheitskompetenz bestätigt oder ergänzt und außerdem neue Erkenntnisse für die Informationsbedürfnisse, Patientensicherheit und informierte Entscheidung vorgestellt werden. Gerade für diese drei Bereiche konnte die Relevanz der Förderung von Gesundheitskompetenz aufgezeigt und Hinweise für Handlungsbedarf abgeleitet werden. Zugleich ist bei den hier dargestellten Ergebnissen der KomPaS-Studie zu berücksichtigen, dass es sich um bivariate Analysen einer Querschnittsstudie handelt, die keine Aussagen über die Wirkrichtung der beobachteten Ergebnisse erlauben und die durch weitere Studien und Analysen – z.B. Längsschnittstudien – ergänzt werden sollten. Darüber hinaus deuten die in Teilen leicht voneinander abweichenden Ergebnisse der Studien in Deutschland darauf hin, dass beim Vergleich von bevölkerungsweiten Ergebnissen zur Gesundheitskompetenz der Erhebungsmodus eine Rolle spielt, d. h. ob persönliche Interviews, eine Telefonbefragung, Papier- oder webbasierten Fragebögen eingesetzt wurden.

Der in dieser und anderen Studien benannte Handlungsbedarf zur Gesundheitskompetenzförderung wurde in Deutschland durch verschiedenen Aktivitäten aufgegriffen, z. B. die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierte „Allianz für Gesundheitskompetenz“, verschiedene Ausschreibungen von Projekten zur Gesundheitskompetenz (BMG, Innovationsfonds) oder der von einer Expertengruppe aus Wissenschaft und Praxis formulierte Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Zukünftig wird es darauf ankommen, dass geplante Maßnahmen und Interventionen auch einen umfassenden Ansatz von Gesundheitskompetenz verfolgen, der kritische Gesundheitskompetenz und Empowerment auf der individuellen Ebene verfolgt [123, 124] und verstärkt Methoden der Gesundheitserziehung und -kommunikation aufgreift [125]. Darüber hinaus muss die Evidenzlage für Maßnahmen, sei es bei lokalen Interventionen oder nationalen Politiken und Programmen, deutlich verbessert werden [125], damit bei knappen Ressourcen die Mittel für die wirksamen Maßnahmen eingesetzt werden.

7.3 Patientensicherheit

7.3.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung

Patientensicherheit, bislang definiert als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse, hat eine hohe Relevanz für die Gesundheit aller Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens und ist ein vorrangiges Qualitätsmerkmal der gesundheitlichen Versorgung eines jeden Landes. Diese einfache Definition von Kohn wurde konzeptionell vielfach weitergedacht [126] und in Deutschland ganz aktuell unter Einbeziehung des internationalen Wissensstandes neu formuliert:

„Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen Zustand aufweisen, in dem unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. über die Eigenschaft verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und
3. in der Lage sind, ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen.“ [127]

Diese Begriffsneubestimmung geht einher mit einer umfassenden Analyse des Status quo der Patientensicherheitsforschung im In- und Ausland und ermöglicht es, Sicherheit in der Gesundheitsversorgung neu zu denken und gezielt zu verbessern.

Die Relevanz des gesundheitspolitischen Querschnittsthemas „Patientensicherheit“ ergibt sich zunächst aus der epidemiologischen Situation. Angaben zur Häufigkeit unerwünschter Ereignisse und vermeidbarer Schäden wurden weltweit nach wissenschaftlichen und abgestimmten Kriterien in einer großen Zahl von Studien erarbeitet. Für Deutschland berechnete bereits 2006 eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebene Studie auf der Grundlage eines umfassenden Reviews die Häufigkeit von Behandlungsfehlern [128, 129]. Diese Ergebnisse wurden von Schrappe (2018) in einer aktuellen Analyse bestätigt [127]. Danach erleiden in Deutschland jährlich 5 bis 10% der Krankenhauspatientinnen und -patienten ein unerwünschtes Ereignis und 2 bis 4% ein auf einen Fehler zurückgehendes, vermeidbares unerwünschtes Ereignis. Die auf dieser Grundlage geschätzte vermeidbare Mortalitätsrate beträgt 0,1% aller im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten. Hochgerechnet auf die rund 20 Mill. jährlichen Krankenhauspatientinnen und -patienten bedeutet dies 20.000 vermeidbare Todesfälle pro Jahr. Bei rund 420.000 Sterbefällen im Krankenhaus pro Jahr ist demnach ca. jeder 20. Todesfall im stationären Bereich in Deutschland als vermeidbar (auf einen Fehler zurückführbar) einzustufen. Schrappe (2018) schätzt ein, dass die genannten Zahlen schon 2006 sehr konservativ gerechnet wurden und die Situation auch heute noch gut abbilden [127]. Morbidität und Mortalität durch Behandlungs- und Pflegefehler sind somit zahlenmäßig vergleichbar mit den Folgen der wesentlichen Volkskrankheiten der westlichen Länder und zählen ethisch und gesundheitsökonomisch zu den relevantesten Gesundheitsproblemen. Basierend auf diesen Fakten wurde Patientensicherheit im Jahr 2014 als nationales Gesundheitsziel für Deutschland ausgewählt [130].

Die Europäische Kommission hat bereits 2009 in ihren „Empfehlungen zur allgemeinen Patientensicherheit“ die hohe vermeidbare Morbidität und Mortalität im Gesundheitswesen der europäischen Länder bestätigt. Zugleich haben zwei Umfragen der EU-Kommission (2009 und 2014) ergeben, dass dieses Thema europaweit für die Bürgerinnen und Bürger von Relevanz ist [131, 132]. Bekräftigt wird diese

Einschätzung durch Studien, die deutlich machen, dass zwischen dem Wissen über Strategien für Patientensicherheit und der Praxis gravierende Abweichungen bestehen und dass ein erheblicher Teil der europäischen Bevölkerung infolgedessen der Gefahr einer suboptimalen Versorgung ausgesetzt ist. Davon ausgehend fordert die Europäische Kommission ihre Mitgliedstaaten auf, Patientensicherheit als vorrangiges Thema in ihre gesundheitspolitischen Strategien aufzunehmen [133]. In diesem Kontext wird auch eine Kooperation auf internationaler Ebene als wichtig erachtet, zu der sich inzwischen der Global Ministerial Summit on Patient Safety etabliert hat (London 2016, Bonn 2017, Tokio 2018).

Patientensicherheit ist aufgrund der Vulnerabilität der Patientinnen und Patienten und der möglichen Invasivität der Eingriffe ein besonders relevantes Thema im Krankenhaus [134]. Studien zur Häufigkeit unerwünschter Ereignisse bestätigen dies (siehe oben) und benennen die ökonomischen Auswirkungen. So kommt eine aktuelle Analyse der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) zu dem Ergebnis, dass rund 15% der Ausgaben in Krankenhäusern genutzt werden, um Komplikationsfolgen und Fehlbehandlungen zu kompensieren [135]. Die wichtigste Grundlage für das klinische Management zur Patientensicherheit ist die Fach- und Berufsgruppen überschreitende Perspektive unter Berücksichtigung von Systemfaktoren und menschlichen Handlungsfehlern [136]. Dabei stehen die Möglichkeiten der Fehlervermeidung und der Sicherheitskultur im Fokus – und nicht allein die Frage der Schuld.

Eine sichere Patientenversorgung ist jedoch nicht nur aus dem Blick der klinischen Qualitätssicherung zu betrachten, sondern stellt einen Prozess dar, der durch die Innovationsbereitschaft der Akteure des Gesundheitswesens gestaltet wird: „die Experten vor Ort, deren Teams, die Organisationen und Institutionen sowie die Verbände genauso wie das gesamte Gesundheitssystem...“ [127]. Dabei wird zur Gewährleistung einer nachhaltigen Patientensicherheit international und national von einem neuen Interventionsstyp ausgegangen, den man als Komplexe Mehrfachintervention (Complex Multicomponent Intervention (CMI)) bezeichnet [127, 137]. Die Basis hierfür bildet der patientenorientierte Zugang, der zugleich der überarbeiteten Definition von Patientensicherheit (siehe Definition am Anfang) zugrunde liegt und Ausgangspunkt eines modernen Verständnisses von Patientensicherheit ist.

Eine Vielzahl von Publikationen widmet sich bereits seit einigen Jahren dem komplexen Thema „Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ [138-143]. Darunter wird die Fokussierung auf die spezifische Rolle der Patientinnen und Patienten, ihre (subjektiven) Bedürfnisse, Rechte und (objektiven) Interessen verstanden [138, 144].

Mit dem Patientenrechtegesetz (2013) wurden erstmals die im ärztlichen Berufsrecht vorgesehenen und von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Einwilligung und Aufklärung gesetzlich verankert. Patientinnen und Patienten haben danach einen gesetzlichen Anspruch auf Information und Aufklärung über sämtliche wesentliche Umstände einer Behandlung und somit auch über deren Risiken und sicherheitsrelevanten Aspekte. Vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme muss der/die Versorgende Patientinnen und Patienten rechtzeitig und in verständlicher Weise über Folgen, Risiken und mögliche Alternativen aufklären. Im Fokus steht somit der Austausch von Informationen zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten. Zahlreiche Hinweise belegen, dass Behandlungsempfehlungen besser umgesetzt werden, wenn diese zuvor ausreichend erklärt wurden [145-148].

Zugleich ist es möglich, dass Patientinnen und Patienten selbst zu ihrer eigenen Sicherheit beitragen. Sie können bspw. Auskunft über persönliche Risiken geben, ihre Behandlung beobachten sowie auf Gefahren und Risiken im Behandlungsprozess aufmerksam machen, die ihnen auffallen [149]. Auch sind sie

zusammen mit ihren Angehörigen oftmals die einzigen Personen, die den gesamten Versorgungsprozess durchlaufen und sicherheitsrelevante Informationen über Sektorengrenzen hinweg zur Verfügung stellen können. Bislang werden diese aber nicht systematisch bei der Gewährleistung von Patientensicherheit einbezogen [150]. International wird die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der Sicherheit zunehmend anerkannt. Erste Erfahrungen zeigen, dass dieser Ansatz zu positiven Effekten auf die Patientensicherheit führen kann [151]. So ist auch eine Grundidee des „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ (APS) „Betroffene zu Beteiligten machen“ [152]. In diesem Kontext wird vom (APS) aktuell die Entwicklung von fünf wesentlichen Bereichen vorgeschlagen[127] :

- Patientensicherheit aus Patientenperspektive
- Patientensicherheit und Nutzen
- Patientensicherheit auf Populationsebene
- Sicherheitskompetenz
- Organisatorisches Lernen

Vom Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses „gesundheitsziele.de“ wurden einige dieser Punkte bereits in ihre Zielformulierungen aufgenommen. Mit der Etablierung der Arbeitsgruppe „Patientensicherheit“ stehen neben der Verbesserung der Sicherheitskultur im Gesundheitswesen die Steigerung von Patientensicherheitskompetenz sowohl der Professionellen als auch der Patientinnen und Patienten selbst sowie ihrer Angehörigen im Blickpunkt der Zielbestimmungen. Darunter werden Einzelziele gefasst, die als Teilkomponenten einer Complex Multicomponent Intervention (CMI) angesehen werden können. Wesentliche Voraussetzung hierfür ist ein Bewusstsein für das Vorhandensein von Risiken, die sich aus arbeitsteiligen Prozessen, Kommunikation, Technik, Medizinprodukten, Arzneimitteln und subjektivem Handeln ergeben können.

Da Patientensicherheitskompetenz eng mit der Gesundheitskompetenz verbunden ist, sollte sie bei deren Stärkung und Vermittlung einbezogen werden (siehe Kapitel 7.2). Es ist zu bedenken, dass oftmals eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten und kulturbedingte Unterschiede in der Auffassung von Gesundheit und Krankheit sowie im Umgang mit dem Gesundheitswesen bestehen. Deshalb ist besonders die Chancengleichheit aller Patientinnen und Patienten bei der Aneignung und Anwendung von Patientensicherheitskompetenz zu berücksichtigen.

7.3.1.1 Kommunikation und Patientensicherheit

Grundlage von Behandlung und Pflege ist der direkte Kontakt und die direkte Kommunikation von Menschen miteinander. Deshalb bilden der Austausch und die Sicherstellung von Informationen den Schwerpunkt vieler Interventionen zur Verbesserung von Patientensicherheit. Kommunikationsprobleme werden in Studien zu Fehlerursachen als wichtigster menschlicher Fehlerfaktor genannt [6, 7, 28-34].

Eine Analyse von stationären Fällen der HELIOS Kliniken aus dem Jahr 2012 zeigt, dass in vielen Schadensfällen eine nicht angemessene Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften oder zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen und Patienten die wesentliche Fehlerquelle darstellt [9]. Ausgehend von seinen umfassenden Untersuchungen zu Patientensicherheit und Risikomanagement formulierte Schrappe bereits 2010, dass gelingende Kommunikation im Mittelpunkt stehen sollte und Teamfunktion sowie die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten verbessert werden sollten [35].

Zwischenmenschliche Kommunikation ist ein wechselseitiger Vorgang, in dessen Verlauf Informationen von einer Person an eine oder mehrere andere Personen mittels Sprache und sprachbegleitendem Ausdrucksverhalten übermittelt werden [36]. Die dabei anteilig kognitiven Prozesse lassen sich in Sprachproduktion und Sprachverstehen untergliedern [37]. Wenn Personen miteinander kommunizieren werden Gedanken, Erfahrungen, Sachverhalte oder Empfindungen in Worte gefasst und von nonverbalen (Körpersprache, Mimik) und paraverbalen Phänomenen (stimmlicher Ausdruck) begleitet. Es geht also um Sprechen, gegenseitiges Zuhören und Verstehen [38]. Gelingende Kommunikation ist inzwischen ein anerkannter Faktor für medizinische Qualität und Patientensicherheit [34, 39-43]. Das gegenseitige Verständnis ist eine unmittelbare Voraussetzung, um gemeinsam (Arzt, Behandlungspersonal/Patient) gesundheitliche Ziele im Rahmen der Krankheitsbehandlung zu erreichen. „Klinik- und Praxisalltag belegen jedoch: Patienten verstehen ihren Arzt oftmals nicht wirklich.“ [44]. Darunter leidet häufig das Arzt-Patient-Verhältnis. Für die arbeitsteilige Krankenversorgung bedeutet dies auch eine Verständigung hinweg über Grenzen von Fachdisziplinen und Berufsgruppen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Kommunikation entwickelte sich somit zu einem zentralen Handlungsfeld der Patientensicherheit [24]. Schon kleine Kommunikationsmängel können im Gesundheitswesen gravierende Folgen für die Gesundheit von Patientinnen und Patienten nach sich ziehen [34]. Daraus ergibt sich die dringliche Herausforderung, solchen Erkenntnissen nachzugehen und den Informationsaustausch (z.B. in Kliniken) zu verbessern. Bisher liegen jedoch nur wenige evidenzbasierte Untersuchungen zur Schnittstelle Patientensicherheit und Kommunikationswissenschaften vor, die die Gesundheitsversorgung unmittelbar sicherer und qualitätsgerechter gestalten können [45].

Die Gesundheitspolitik hat bereits verschiedene Aktivitäten zur Verbesserung von Patientensicherheit initiiert. Eine davon ist die Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) zum 1.10.2016 [46] zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit [47-49]. Arzneimitteltherapiesicherheit ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für die Patientin und den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern [2].

Die Umsetzung des Medikationsplanes kann als Teilkomponente einer Complex Multicomponent Intervention (CMI) angesehen werden und nur durch das Zusammenwirken der verschiedenen maßgeblichen Akteure erfolgen. Dazu gehören Ärztinnen und Ärzte sowie ihre entsprechenden Selbstverwaltungen, Patientinnen und Patienten, die gesetzlichen Krankenversicherungen, Apothekerinnen und Apotheker sowie auch betreuende Personen. Die inhaltlichen und strukturellen Vorgaben zum BMP basieren auf einer patientenbezogenen Version, die im Rahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland (AMTS) unter Federführung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erarbeitet wurde. „Der BMP ist ... als ein erster Schritt zur Entwicklung eines vollständig elektronischen Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu sehen“ [50].

Eine höhere Patientensicherheit mit Hilfe des BMP wird vorrangig über Verbesserungen der Information von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Ärztinnen und Ärzte und durch eine Optimierung der Arzt-Patient-Kommunikation erreicht [51]. Damit soll für mehr Therapiesicherheit bei der Einnahme von Arzneimitteln, insbesondere bei Polypharmazie gesorgt werden [52, 53]. Vor allem für ältere, chronische und mehrfach Erkrankte ist das eine große Hilfe [54-56]. Die KomPaS-Studie soll einen ersten Überblick darüber geben, wie der BMP aus Bevölkerungssicht wahrgenommen wird und Hinweise dazu liefern, ob eine entsprechende Informationsweitergabe der Ärztinnen und Ärzte an ihre Patientinnen und Patienten erfolgt.

Inbesondere kranke Menschen vermissen, das haben viele Studien wiedergegeben, umfassende und verständliche Informationen [22, 34]. Sie fühlen sich mit ihren Fragen und Ängsten von den Akteuren des professionellen Gesundheitssystems oftmals alleingelassen [57] und kritisieren häufig die fehlende kommunikative Kompetenz ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Patientinnen und Patienten möchten bei der Behandlung bzw. bei möglichen Behandlungsalternativen im Sinne des Shared Decision Making (SDM) mitentscheiden. Inzwischen stellt SDM den Kernpunkt des wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Interesses der Kommunikation Arzt/Patient dar – national und international [58] und wird als Good-Practice-Ansatz für die Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung propagiert [59-64] (siehe auch Kapitel 7.5). Oftmals hilft es, ein zweites ärztliches Urteil über die individuelle Krankengeschichte und ein optimales Behandlungskonzept in Erfahrung zu bringen und einzuleiten. Eine fachliche Zweitmeinung stärkt die Entscheidungskompetenz der Patientinnen und Patienten [65]. Das Einholen einer zweiten ärztlichen Meinung ist juristisch in der Charta der Patientenrechte festgeschrieben und sichert damit das Recht aller Patientinnen und Patienten auf ihre Gesundheit. Das 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht im neuen § 27 b Sozialgesetzbuch V vor, dass Versicherte von Ärztinnen und Ärzten bei bestimmten planbaren Eingriffen über ihr Recht aufgeklärt werden sollen, eine Zweitmeinung einzuholen. Ziel einer zweiten fachärztlichen Meinung ist zusammenfassend die Stärkung der Patientin bzw. des Patienten [65].

Als Ergebnis eines unzureichenden kommunikativen Austauschs zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten im Anschluss an Arztgespräche oftmals schlecht bis gar nicht über ihre gesundheitlichen Probleme und die verordnete Therapie berichten können, was sich ungünstig auf die Einhaltung therapeutischer Empfehlungen (Adhärenz) auswirken kann. Zahlreiche Studien belegen die nachteiligen Auswirkungen einer unzureichenden Arzt-Patient-Bindung auf psychischer und somatischer Ebene, wie z.B. mangelnde Adhärenz, häufige Arztbesuche oder Arztwechsel, schlechtere Behandlungsergebnisse sowie Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung (siehe auch Kapitel 7.3.1.3). Defizitäre Kommunikation kann sich negativ auf den gesamten Krankheits- und Heilungsprozess auswirken. Die Fachliteratur zeigt einhellig, dass Behandlungsergebnisse besser sind, wenn das ärztliche Personal in Kliniken mit Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten „gut“ kommunizieren [20, 22, 23, 34, 66]. Der Information folgt demnach idealerweise eine gelingende Kommunikation, aus der sich kompetentes Handeln ergibt.

Zur Patientensicherheit aus Patientensicht gehört ebenso das „sicher sein“, Geborgenheit, Vertrauen, Transparenz, Sicherheit vor Übergriffen und Ausnutzung. Verlässliche und gute Informationen, die Einhaltung von Patientenrechten und ethischen Grundsätzen sind ebenso wichtig wie die eigene Kompetenz sowie auch die Möglichkeit, „Nein“ sagen zu können und „auf Augenhöhe“ mit den Professionellen im Gesundheitswesen zu sein. Zugleich ist eine faire und offene Kommunikation bei unerwünschten oder unerwarteten Ereignissen ein unabdingbarer Bestandteil der Sicherheit aus Patientensicht (Entwurf AG11, gesundheitsziele.de).

7.3.1.2 Beschwerdemanagement

Ein effektives Beschwerdemanagement im Gesundheitswesen hilft die Patientensicherheit zu erhöhen, Kosten zu senken und die Wettbewerbsfähigkeit zu steigern. Es dient dazu, die Erwartungen des Endverbrauchers (Patientinnen und Patienten) gegenüber dem Unternehmen bzw. den Dienstleistungen zu erkennen, Schwachstellen zu identifizieren und schließlich zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten [67, 68]. Für Gesundheitsunternehmen bzw. Gesundheitssysteme stellt das Beschwerdemanagement ein geeignetes Instrument dar, um die Patientenzufriedenheit (siehe Kapitel 7.3.1.3) genauso wie die Patientensicherheit durch unmittelbare Beschwerdebearbeitung zu optimieren [69]. Doch die

Etablierung eines systematischen Beschwerdemanagements in bestehenden Organisationsstrukturen ist bislang noch unzureichend [29, 70].

Ein funktionierendes Beschwerdemanagement hat zum Ziel, den Erfahrungshorizont auf Patientinnen und Patienten auszuweiten. Dabei geht es darum, diejenigen Fehler im Klinikalltag zu bemerken, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht wahrnehmen können oder nicht als Fehler oder kritisches Ereignis bewerten. Als ein Instrument des Risiko-Managements im Gesundheitswesen lassen sich Beschwerden als Indizien für Sicherheitslücken und für die Aufdeckung potentieller Fehler nutzen, um schnellstmöglich adäquate Präventionsmaßnahmen einleiten zu können.

„Insofern ist es notwendig,... Patientinnen und Patienten und deren Angehörige dazu [zu] motivieren, Beschwerden wahrnehmbar zu äußern“ [69]. Die Chance, aus Fehlern zu lernen und eine nachhaltige Optimierung von Prozessen und/oder Handlungen zu realisieren, besteht jedoch nur dann, wenn Meldungen über kritische Vorkommnisse und Beschwerden von der jeweiligen Organisation ernst genommen und von Beginn an effizient gelenkt und behandelt werden.

Ziele einer Beschwerde für Patientinnen und Patienten sind zumeist:

- Korrektur eines Fehlers,
- Revision einer Entscheidung,
- Erstatte von Aufwendungen und Ersatz von Schäden,
- Entschuldigung für ein unangemessen empfundenes Verhalten.

Eine Beschwerde ist somit die Artikulation von Unzufriedenheit mit dem Zweck, auf ein subjektiv nicht befriedigendes Verhalten aufmerksam zu machen, Wiedergutmachung für erlittene Beeinträchtigungen zu erreichen und/oder eine Änderung des kritisierten Verhaltens zu bewirken [71]. Beschwerden sind Ausdruck hoher Unzufriedenheit und damit ein Bestandteil der Patientenzufriedenheitsmessung (siehe Kapitel 7.3.1.3). Im Vergleich zu anderen Branchen beschweren sich Klientinnen und Klienten im Gesundheitswesen bislang seltener. Hauptgrund hierfür ist, dass Beschwerden nicht umfassend als wertvolle Impulse zur Minderung von Qualitätsmängeln eingeschätzt werden und es noch keine entwickelte und selbstverständliche Beschwerde-Kultur gibt. Auch stellen Beschwerden für Patientinnen und Patienten oftmals eine große emotionale Belastung dar. Insofern ist davon auszugehen, dass hinter jeder artikulierten Beschwerde eine weitaus größere Zahl von nicht artikulierten Beschwerden steht. Die Kenntnis von Beschwerden ist jedoch eine wertvolle Ressource. Sie hilft, Prozesse zu optimieren, Patienten- bzw. Nutzerzufriedenheit zu verbessern und Risiken zu identifizieren [72].

7.3.1.3 Zufriedenheit mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen

Im angelsächsischen Raum stellt die Analyse der Patientenzufriedenheit bereits seit Jahrzehnten ein bewährtes Mittel des Qualitätsmanagements und der Standortbestimmung in einem wettbewerbsorientierten Markt dar. In Deutschland steht die Evaluation von Patientenzufriedenheit erst seit wenigen Jahren im Fokus der Forschung. Gefördert wird dieser Wandel durch politische und wirtschaftliche Veränderungen des Gesundheitsmarktes sowie ein neues Verständnis der Patientenrolle. In diesem Zusammenhang verändern Patientinnen und Patienten ihre Erwartungen an die medizinische Einrichtung und das Behandlungs- und Betreuungspersonal. Sie fordern mehr Integration in den medizinischen Entscheidungsprozess, mehr angemessene und verständliche Informationen und eine stärkere Berücksichtigung der Persönlichkeitsrechte.

Ergebnisse von Untersuchungen zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten dienen zusätzlich zu anderen Parametern der Überwachung der Qualität der Gesundheitsversorgung aus der Perspektive derjenigen, die die Leistungen in Anspruch nehmen und oftmals als Einzige am gesamten Prozess der Versorgung beteiligt sind [73, 74]. Aus der Sicht von Krankenhäusern und Arztpraxen gilt Patientenzufriedenheit als beste Werbung für eine Gesundheitseinrichtung [44, 75].

Der Begriff der Patientenzufriedenheit unterliegt bisher keiner wissenschaftlich allgemein anerkannten Definition. In der Literatur wird dieser Terminus bevorzugt durch Theorien der Zufriedenheitsforschung und Kundenorientierung erklärt [76, 77]. Allerdings ist eine Patientin bzw. ein Patient nur bedingt als übliche Kundin bzw. Kunde anzusehen, da sie/er im medizinisch indizierten Falle eine Leistung beansprucht, die sie/er eigentlich nicht beanspruchen will und somit in der Entscheidung für oder gegen eine Leistung nicht frei ist [78]. Es wird angenommen, dass Patientinnen /Patienten bzw. Klientinnen/Klienten des Gesundheitswesens eine Erwartung bezüglich unterschiedlicher Leistungsaspekte einer medizinischen Behandlung oder allgemein eines Kontaktes im Gesundheitswesen haben und diese anhand ihrer Erfahrungen, Erlebnisse und Wahrnehmungen bewerten. Die Bilanz führt entweder zur Zufriedenheit oder zur Unzufriedenheit. Zufriedenheit stellt hier ein Differenzmaß zwischen einem kognitivem Soll-/Ist-Vergleich dar [74, 79, 80]. „Durch überhöhte Soll-Erwartung, zu schwache Ist-Leistung oder eine Kombination der beiden Möglichkeiten entsteht Unzufriedenheit in dem Maße, wie die Soll-Leistung von der Ist-Leistung entfernt ist“ [75]. Patientenzufriedenheit lässt sich sowohl als abhängige als auch als unabhängige Variable verstehen: als abhängige Variable ist sie neben anderen Behandlungszielen ein Aspekt des Behandlungserfolgs; als unabhängige Variable wirkt sie selbst über das Verhalten des Patienten (z.B. Adhärenz) auf den Versorgungsprozess ein, der dann wiederum die Effektivität der Behandlung beeinflusst [81, 82]. In Studien konnte gezeigt werden, dass eine Erwartungserfüllung der Patientinnen und Patienten mit einer höheren Adhärenz und in der Folge mit besseren Behandlungsergebnissen assoziiert ist [83, 84].

„Ein grundlegendes Problem ist die Multidimensionalität des Begriffs Patientenzufriedenheit.“ Blum und Buck [85] unterscheiden bei der Messung der Patientenzufriedenheit drei Qualitätsebenen: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Um die verschiedenen Parameter zu erfassen, eignen sich Patientenbefragungen. In den bisher publizierten Arbeiten zu derartigen Befragungen zeigten sich ähnliche Ergebnismuster: Patientinnen und Patienten bewerteten die medizinische Behandlung als positiv und waren gewillt, sie weiterzuempfehlen, äußern aber deutliche Detailkritik hinsichtlich mangelnder Informationen über den Ablauf oder an einem zu geringen empathischen Entgegenkommen seitens der Ärztinnen und Ärzte [80, 86]. Weiterhin wurde in Bezug auf die Visite als intimster und beständigster Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten festgestellt, dass gerade diese Möglichkeit zur Vertiefung eines Arzt-Patienten-Verhältnisses bei Patientinnen und Patienten oft zu Ratlosigkeit und Enttäuschung führt. Der Patient/die Patientin werden hier in ihrer erwarteten Soll-Leistung nicht befriedigt. Der Visitenbesuch erscheint ihnen zu kurz und verwirrende medizinische Fakten werden nicht ausreichend erklärt. Dies führt zu einem Gefühl des „Ausgeliefertseins“ in einem Prozess, der nicht beeinflusst werden kann. Solange jedoch im Laufe der Behandlung keine dramatischen Ereignisse eintreten, fügen sich Patientinnen und Patienten in eine zufriedene Patientenrolle [87].

Wie bereits ausgeführt korrelieren besonders die Adhärenz und somit die aktive Mitarbeit am Heilungsprozess des Patienten/der Patientin mit der Patientenzufriedenheit. Weiterhin wird Patientenzufriedenheit durch ökonomische, politische, ethische und medizinische Aspekte unterstützt [88]. Die psychologische Bedeutung eines zufriedenen Patienten für den Heilungsverlauf und die dadurch sinkende Non-Compliance bzw. Non-Adhärenz ist jedoch das Hauptargument der Medizin [89].

Aus den oben beschriebenen Problemlagen lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

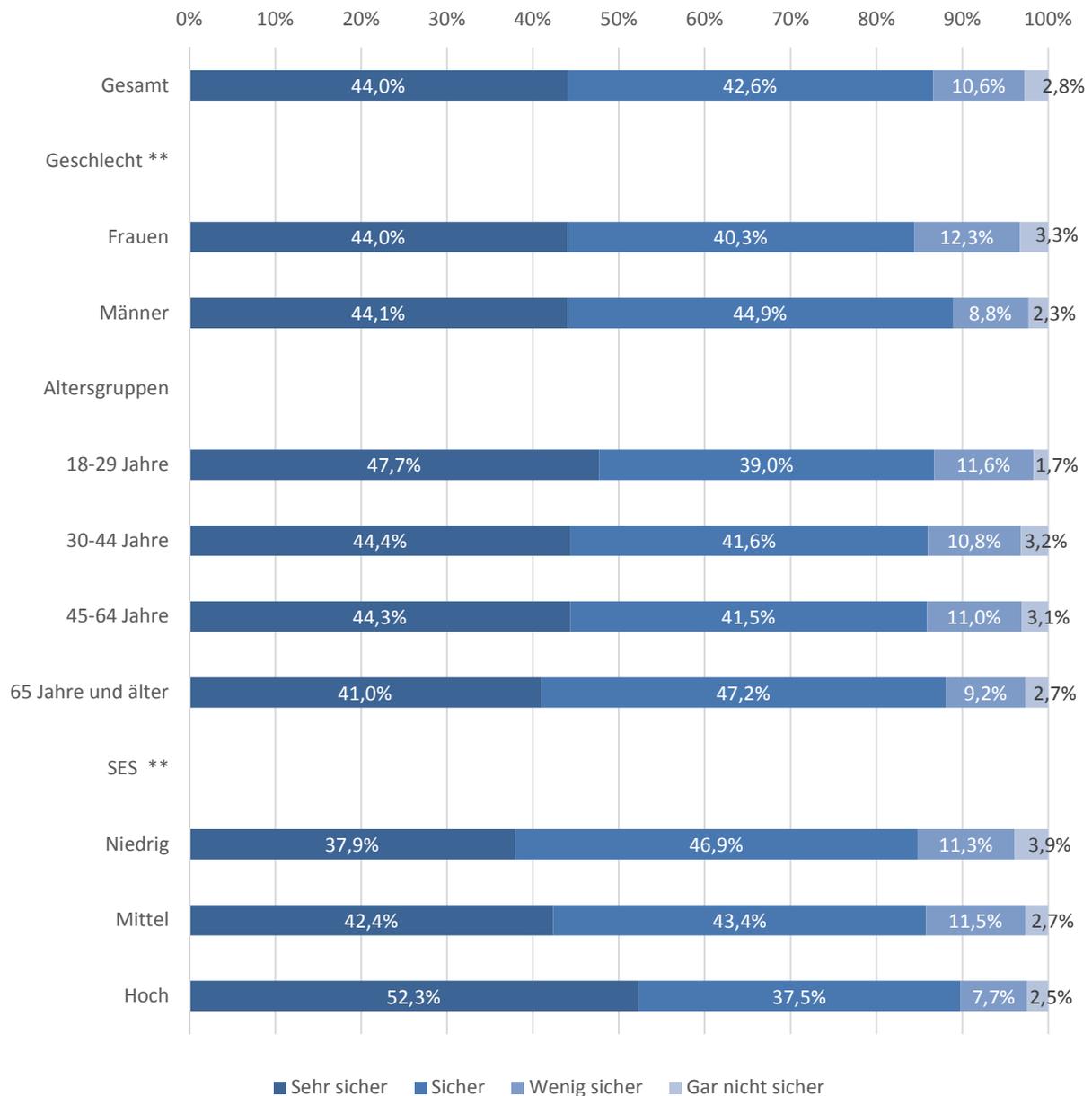
- Wie sicher fühlen sich Frauen und Männer im Gesundheitswesen? Haben sie gegebenenfalls sicherheitsrelevante Bedenken oder Befürchtungen gegenüber ärztlichem oder anderem Gesundheitspersonal angesprochen und haben sie sich dabei ernst genommen gefühlt? In diesem Zusammenhang ist auch der Aspekt des subjektiv wahrgenommenen respektvollen Verhaltens von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens gegenüber Patientinnen und Patienten von Interesse.
- Im Hinblick auf Patientensicherheit wird des Weiteren untersucht, ob die Befragten im Gespräch mit ihrer/m behandelnden Ärztin/Arzt alle Informationen sowie die angesprochene weitere Vorgehensweise in der Therapie verstanden haben. Relevant dabei ist auch die Kenntnis von aktivem Handeln, d.h. Wissen darüber zu erlangen, ob Patientinnen und Patienten im Fall von Unklarheiten Fragen gestellt und/oder auch eine Zweitmeinung eingeholt haben.
- Bezüglich einer Einschätzung der Entwicklung des Beschwerdemanagements wird der Frage nachgegangen, ob sich über einen Zeitraum von fast zehn Jahren eine Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens von Beschwerdeanlässen gegenüber der GEDA-Zusatzbefragung 2009 [90] beobachten lässt und ob es einen Wandel des Beschwerdeverhaltens von Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens im Beobachtungszeitraum gegeben hat.
- Des Weiteren wird untersucht, in welchem messbaren Ausmaß Veränderungen der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen in der Bevölkerung zu den im Jahr 2009 erhobenen Items stattgefunden haben. Dabei soll zusätzlich die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Kommunikation erfasst werden.

7.3.2 Ergebnisse

7.3.2.1 Patientensicherheit: Kommunikation

Die Ergebnisse der KomPaS-Studie ermöglichen eine Einschätzung darüber, wie sicher sich Patientinnen und Patienten bei ihrem letzten Kontakt im Gesundheitswesen fühlten (Abbildung 7.3.1) und ob sie mögliche Unsicherheiten kommuniziert haben (Tabelle 7.3.1).

Abbildung 7.3.1: Einschätzung des Sicherheitsgefühls beim letzten Kontakt im Gesundheitswesen nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES) (in %), n=4.998



*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Beim letzten Kontakt im Gesundheitswesen fühlten sich 44,0% der Bevölkerung bei ihrem letzten Kontakt im Gesundheitswesen sehr sicher, 42,6% sicher, 10,6% wenig und 2,8% gar nicht sicher – Männer fühlten sich sicherer als Frauen. Frauen sprechen Unsicherheiten jedoch signifikant häufiger an als Männer (siehe Tabelle 7.3.1). Signifikante Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Sozialstatus. Je niedriger der Sozialstatus, desto größer die subjektive Unsicherheit (Abbildung 7.3.1), das zeigt sich insbesondere für Frauen mit niedrigem SES (Annex-Tabelle 7.3.1). Diese sprechen Ungewissheiten am häufigsten an (Tabelle 7.3.1). Im Altersgang fühlen sich ältere Menschen tendenziell unsicherer als jüngere (siehe Tabelle 7.3.1). Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Tabelle 7.3.1: Anteil der Personen (in %), die Bedenken/Fragen hinsichtlich ihres Sicherheitsgefühls gegenüber einem Arzt oder gegenüber anderen Personen des Behandlungsteams angesprochen haben, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.014

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	47,9	[46,0-49,8]	51,0	[48,4-53,6]	44,7	[41,9-47,5]
Altersgruppen						
18-29 Jahre	43,4	[37,3-49,8]	47,9	[38,5-57,5]	39,6	[32,0-47,8]
30-44 Jahre	47,4	[42,7-52,1]	50,7	[44,3-57,0]	44,1	[37,3-51,1]
45-64 Jahre	51,4	[48,7-54,2]	55,5	[51,9-59,1]	47,4	[43,3-51,5]
65 Jahre und älter	46,2	[43,3-49,1]	47,1	[43,3-51,0]	45,0	[40,6-49,5]
SES	**		**		*	
Niedrig	47,7	[41,5-53,9]	57,4	[49,1-65,2]	36,5	[28,2-45,6]
Mittel	48,4	[45,8-50,9]	50,3	[47,1-53,6]	46,1	[42,2-50,1]
Hoch	45,9	[43,0-48,9]	46,6	[42,3-51,0]	45,4	[41,4-49,4]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,003

Als ein Qualitätsmerkmal der gesundheitlichen Versorgung wird inzwischen Patientenorientierung angesehen (siehe Kapitel 7.3.1). Eine Versorgung gilt u.a. dann als patientenorientiert, wenn Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte bei der Entscheidungsfindung bezüglich medizinischer Behandlungswege respektvoll auf die Wünsche, Bedürfnisse und Werte der Patientinnen und Patienten eingehen. In der KomPaS-Studie wurden diejenigen Befragten, die Bedenken/Fragen hinsichtlich ihrer Sicherheit gegenüber medizinischem Personal angesprochen hatten, gefragt, ob sie das Gefühl hatten, dass sie dabei ernst genommen wurden (siehe Tabelle 7.3.2). Diese Frage beantworteten insgesamt 87,3% der Bevölkerung mit „Ja“. Differenzen zwischen Frauen und Männern, hinsichtlich der betrachteten Altersgruppen und des Sozialstatus sind gering und statistisch nicht signifikant.

Tabelle 7.3.2: Anteil der Personen (in %), die angeben, dass Bedenken/Fragen hinsichtlich ihrer Sicherheit ernst genommen wurden, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=2.442

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	87,3	[85,2-89,0]	85,8	[82,9-88,2]	89,1	[86,0-91,5]
Altersgruppen						
18-29 Jahre	86,6	[79,3-91,6]	85,9	[75,5-92,3]	87,3	[75,4-94,0]
30-44 Jahre	84,4	[78,3-89,0]	82,4	[73,6-88,7]	86,7	[77,6-92,4]
45-64 Jahre	86,5	[83,7-88,9]	84,5	[80,4-87,8]	88,8	[84,6-92,0]
65 Jahre und älter	91,6	[88,9-93,7]	90,6	[86,5-93,5]	93,0	[89,1-95,6]
SES						
Niedrig	84,9	[76,4-90,7]	80,5	[68,7-88,6]	92,7	[80,5-97,5]
Mittel	87,8	[85,4-90,0]	88,3	[85,3-90,7]	87,3	[82,9-90,8]
Hoch	89,2	[86,3-91,6]	85,3	[80,6-89,0]	92,4	[88,4-95,1]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,093

Zum Sicherheitsgefühl gehört auch eine respektvolle Behandlung (siehe Kapitel 7.3.1). Es wird deutlich, dass sich insgesamt 96,3% der Frauen und Männer während ihres letzten Kontaktes im Gesundheitswesen respektvoll behandelt gefühlt haben (siehe Tabelle 7.3.3). Dieser hohe Anteil betrifft in etwa gleichmaßen alle Alters- und Sozialstatusgruppen.

Tabelle 7.3.3: Anteil der Personen (in %), die angeben, während des letzten Kontaktes im Gesundheitswesen respektvoll behandelt worden zu sein, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.029

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	96,3	[95,5-97,0]	95,8	[94,4-96,8]	96,8	[95,7-97,7]
Altersgruppen						
18-29 Jahre	96,7	[93,9-98,3]	96,2	[91,3-98,4]	97,2	[92,8-98,9]
30-44 Jahre	95,3	[92,4-97,1]	94,1	[88,8-96,9]	96,6	[93,4-98,2]
45-64 Jahre	96,0	[94,8-97,0]	95,2	[93,3-96,6]	96,9	[95,1-98,0]
65 Jahre und älter	97,3	[96,2-98,1]	97,8	[96,3-98,6]	96,8	[94,8-98,1]
SES			*			
Niedrig	94,0	[89,6-96,7]	92,0	[84,2-96,2]	96,4	[92,1-98,4]
Mittel	96,7	[95,8-97,5]	96,4	[95,0-97,5]	97,1	[95,6-98,0]
Hoch	96,6	[95,2-97,7]	96,7	[95,0-97,8]	96,6	[94,1-98,1]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,176

Einen hohen Stellenwert für eine sichere gesundheitliche Versorgung haben umfassende und verständliche Informationen, kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten sowie die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten im Sinne des Shared Decision Making (SDM) (siehe auch Kapitel 7.3.1). In diesem Kontext ist die Beantwortung der entsprechenden Fragen, dargestellt in Tabelle 7.3.4 und 7.3.5, zu bewerten. Nur knapp 7% der Bevölkerung gaben an, dass Ihnen Informationen zu ihrer Behandlung nicht verständlich vermittelt wurden. Und die Mehrheit der Befragten gibt an, dass die Ärztin/der Arzt sie in Entscheidungen, die ihre Behandlung betrafen, einbezogen hat (85,9%).

Tabelle 7.3.4: Anteil der Personen (in %), die angeben, dass Informationen ihre Behandlung betreffend, verständlich und nachvollziehbar durch Ärztin/Arzt vermittelt wurden, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.019

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	93,1	[92,0-94,0]	92,2	[90,6-93,5]	94,0	[92,5-95,3]
Altersgruppen			*			
18-29 Jahre	93,3	[89,6-95,7]	92,3	[86,6-95,7]	94,1	[88,3-97,1]
30-44 Jahre	92,1	[88,9-94,4]	88,3	[82,8-92,2]	96,0	[92,5-97,9]
45-64 Jahre	92,9	[91,3-94,3]	93,0	[91,1-94,6]	92,8	[90,0-94,8]
65 Jahre und älter	94,1	[92,6-95,4]	94,2	[92,1-95,8]	94,0	[91,5-95,8]
SES						
Niedrig	90,2	[85,4-93,5]	89,9	[82,4-94,4]	90,5	[83,5-94,7]
Mittel	93,5	[92,2-94,6]	92,8	[90,9-94,3]	94,3	[92,3-95,9]
Hoch	93,9	[92,2-95,2]	92,2	[89,4-94,3]	95,2	[92,9-96,8]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,074

Tabelle 7.3.5: Anteile der Personen (in %), die in Entscheidungen, ihre Behandlung betreffend von ihrer Ärztin/Arzt miteinbezogen wurden, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=4.929

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	85,9	[84,5-87,3]	86,8	[84,8-88,5]	85,0	[82,7-87,1]
Altersgruppen	**		*			
18-29 Jahre	80,6	[75,3-85,0]	81,3	[73,3-87,4]	80,0	[72,4-85,9]
30-44 Jahre	83,9	[79,9-87,2]	84,1	[78,6-88,4]	83,7	[77,5-88,4]
45-64 Jahre	86,8	[84,7-88,7]	88,1	[85,6-90,3]	85,5	[82,0-88,4]
65 Jahre und älter	89,9	[88,0-91,6]	90,2	[87,7-92,3]	89,6	[86,5-92,1]
SES						
Niedrig	84,5	[79,0-88,8]	85,8	[78,1-91,1]	83,1	[74,4-89,3]
Mittel	86,2	[84,3-88,0]	87,3	[84,8-89,4]	85,0	[81,8-87,8]
Hoch	86,3	[84,0-88,3]	86,8	[83,8-89,4]	85,8	[82,3-88,7]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,223

In den folgenden Tabellen 7.3.6 und 7.3.7 geht es um die Wahrnehmung von Rechten. Die Kenntnis und Orientierung an Patientenrechten bestimmt zu einem großen Teil die Souveränität und Kompetenz von Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens. Das „Recht auf Einsichtnahme in ihre Patientenakte“ (Tabelle 7.3.6) hat mit 22,8% nur ein sehr geringer Teil der Patientinnen und Patienten wahrgenommen. Signifikante Unterschiede ergeben sich für die Altersgruppen – mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derjenigen, die von diesem Recht Gebrauch gemacht haben.

Tabelle 7.3.6: Anteil der Personen (in %), die Recht auf Einsichtnahme in Patientenakte wahrgenommen haben, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.033

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	22,8	[21,3-24,5]	23,9	[21,8-26,1]	21,7	[19,5-24,1]
Altersgruppen	**		**			
18-29 Jahre	14,3	[10,5-19,3]	13,0	[7,8-20,9]	15,5	[10,4-22,3]
30-44 Jahre	24,2	[20,4-28,5]	25,6	[20,5-31,6]	22,8	[17,5-29,2]
45-64 Jahre	23,8	[21,5-26,2]	24,9	[21,9-28,3]	22,7	[19,4-26,2]
65 Jahre und älter	25,6	[23,2-28,2]	26,8	[23,6-30,3]	24,0	[20,4-28,1]
SES						
Niedrig	25,3	[20,4-30,9]	26,6	[20,2-34,1]	23,9	[16,9-32,6]
Mittel	21,4	[19,5-23,5]	22,9	[20,3-25,7]	19,8	[16,9-23,0]
Hoch	24,3	[21,9-26,8]	24,1	[20,9-27,6]	24,5	[21,1-28,2]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,174

In diesem Zusammenhang wurde zusätzlich gefragt, warum der/die Befragte von diesem Recht keinen Gebrauch gemacht hat. Dafür standen im Fragebogen drei Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „Habe nicht von diesem Recht gewusst“, „Hatte keinen Bedarf“ und „Habe mich nicht getraut“. Die Werte in Tabelle 7.3.7 zeigen das Antwortverhalten der Studienteilnehmenden zum Ausdruck.

Tabelle 7.3.7: Angegebene Gründe (in %) warum das Recht auf Einsichtnahme in Patientenakte nicht wahrgenommen wurde, nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=3.748

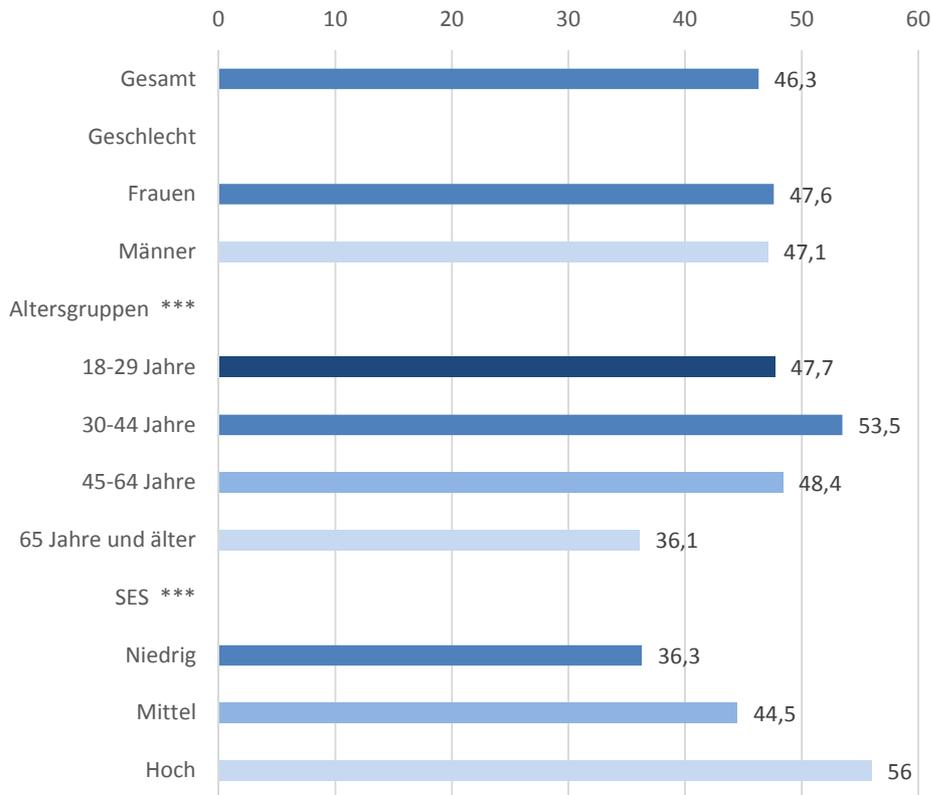
	Unwissenheit		Kein Bedarf		Kein Mut	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	19,9	[18,1-21,8]	75,1	[73,0-77,0]	5,0	[4,0-6,2]
Geschlecht						
Frauen	19,8	[17,4-22,3]	74,9	[72,1-77,5]	5,3	[4,0-7,0]
Männer	20,0	[17,4-23,0]	75,3	[72,1-78,1]	4,7	[3,4-6,5]
Altersgruppen	**					
18-29 Jahre	26,3	[20,8-32,7]	70,7	[64,1-76,5]	3,0	[1,3-6,9]
30-44 Jahre	21,8	[17,6-26,7]	74,2	[69,0-78,9]	4,0	[2,0-7,7]
45-64 Jahre	19,4	[16,8-22,1]	75,2	[72,1-78,0]	5,5	[4,0-7,4]
65 Jahre und älter	14,2	[12,0-16,7]	79,0	[76,0-81,7]	6,8	[5,2-8,9]
SES	***					
Niedrig	20,3	[15,2-26,5]	69,5	[62,4-75,9]	10,2	[6,2-16,2]
Mittel	21,0	[18,6-23,6]	74,1	[71,3-76,6]	5,0	[3,9-6,4]
Hoch	16,5	[14,0-19,4]	81,4	[78,4-84,1]	2,1	[1,3-3,4]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Zum überwiegenden Teil (75%) der Patientinnen und Patienten gab es keinen Bedarf für eine Einsichtnahme in ihre Patientenakte, ca. 20% aller Befragten war dieses Recht unbekannt. Die Unterschiede für Frauen und Männer sind in Annex-Tabelle 7.3.2 dargestellt; diese sind jedoch nicht signifikant.

Das Einholen einer „Zweitmeinung“ steht in Interaktion mit einer informierten Entscheidung, fördert die Arzt-Patienten-Kommunikation und ist somit ein Aspekt von Patientenorientierung im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 7.3.1). Abbildung 7.3.2 zeigt, dass 46,3% der Studienteilnehmenden eine zusätzliche Meinung bei einem anderen Arzt („Zweitmeinung“) eingeholt haben. Weitergehende Informationen nach Geschlecht, Altersgruppen und SES finden sich im Anhang (Annex-Tabelle 7.3.3).

Abbildung 7.3.2: Anteil von Patientinnen und Patienten (in %), die bereits einmal eine "Zweitmeinung" eingeholt haben, nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.042



*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Medikamenteneinnahme/Medikationsplan

Auf die Frage: „Nehmen Sie dauerhaft verschreibungspflichtige Medikamente ein?“, antworten insgesamt 51,7% der Befragten mit „Ja“, dabei signifikant mehr Frauen als Männer (Tabelle 7.3.8). Erwartungsgemäß steigt der Konsum dieser Medikamente für beide Geschlechter deutlich mit dem Alter an. Auffallend sind auch statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich des Sozialstatus: Angehörige der oberen Statusgruppe nehmen insgesamt weniger verschreibungspflichtige Medikamente ein als diejenigen der beiden anderen Statusgruppen.

Tabelle 7.3.8: Anteil der Personen (in %), die dauerhaft verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.048

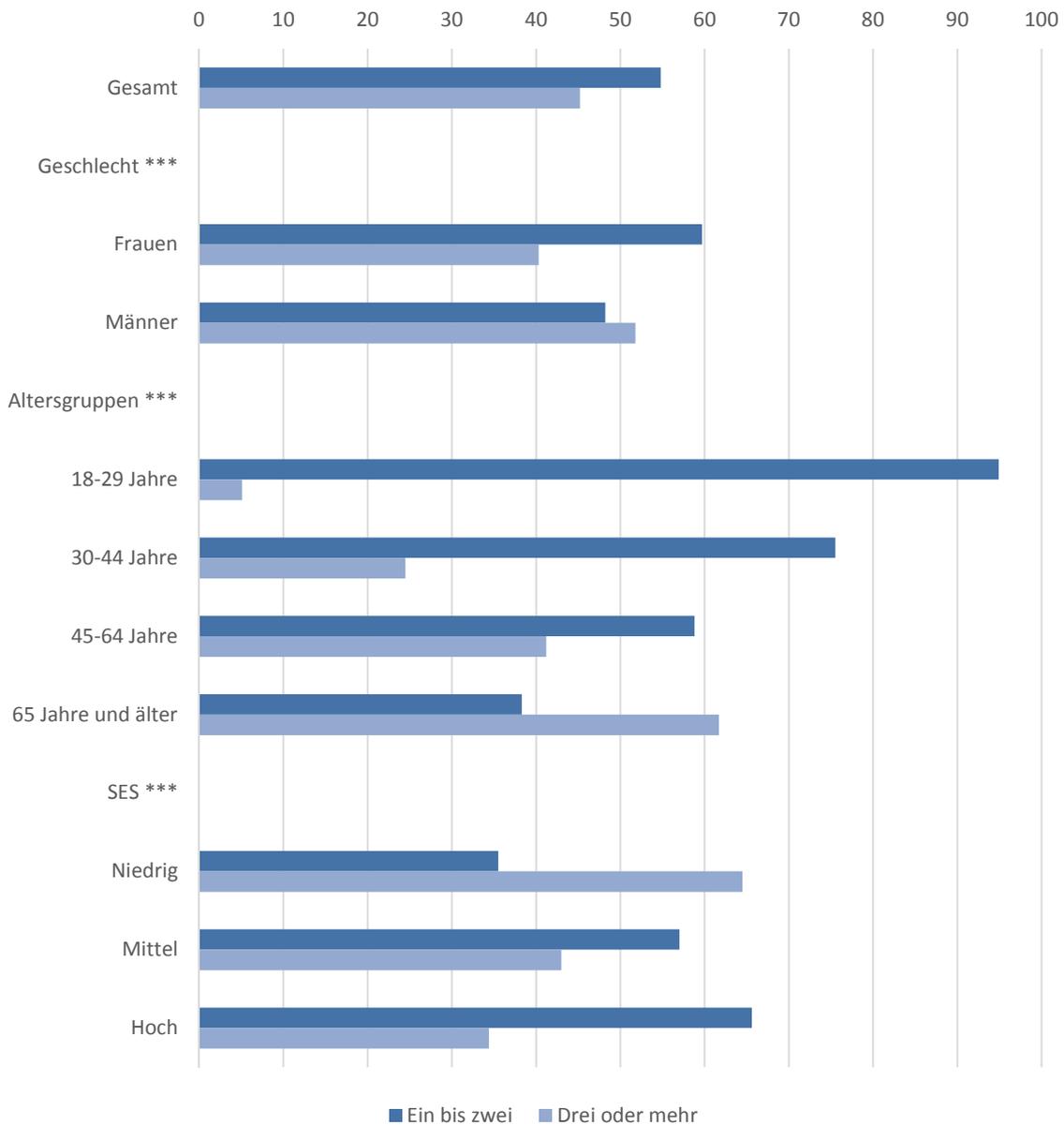
	Gesamt	Frauen	Männer
	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]
Gesamt	51,7 [49,8-53,6]	58,5 [55,8-61,1]	44,6 [41,9-47,4]
Altersgruppen	***	***	***
18-29 Jahre	18,9 [14,8-23,9]	31,4 [23,8-40,2]	8,3 [4,9-13,7]
30-44 Jahre	31,6 [27,4-36,0]	39,3 [33,4-45,4]	23,7 [18,1-30,4]
45-64 Jahre	56,6 [53,9-59,3]	61,6 [58,1-65,0]	51,6 [47,6-55,7]
65 Jahre und älter	83,6 [81,4-85,6]	83,9 [81,0-86,5]	83,3 [79,8-86,3]
SES	***	**	*
Niedrig	57,8 [51,2-64,0]	61,0 [51,7-69,6]	54,0 [44,7-63,0]
Mittel	53,4 [50,8-55,9]	61,1 [57,8-64,3]	44,5 [40,7-48,4]
Hoch	44,7 [41,8-47,6]	49,6 [45,2-53,9]	40,8 [37,1-44,6]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert<0,001

Die folgende Abbildung (7.3.3) und die Annex-Tabelle 7.3.4.a verdeutlichen den Anteil von Personen, die dauerhaft „ein bis zwei“ und derjenigen, die dauerhaft „drei oder mehr“ verschreibungspflichtige Medikamente konsumieren. Dabei zeigt sich entsprechend der Abbildung 7.3.3 und Tabelle 7.3.9 ein differenzierteres geschlechtsbezogenes Bild des Medikamentenkonsums: Frauen nehmen grundsätzlich zwar insgesamt mehr Medikamente ein als Männer, vorrangig jedoch nur „ein bis zwei“ Medikamente, während der Anteil der Männer, die „drei oder mehr“ Medikamente einnehmen, deutlich über dem entsprechenden Anteil der Frauen liegt (signifikanter Unterschied). Über die Altersgruppen betrachtet, geben die jeweiligen Einnahme-Anteile, gruppiert nach der Anzahl der Medikamente, offensichtlich den sich verschlechternden Gesundheitszustand im Lebensverlauf wider. Hinsichtlich des Sozialstatus ist deutlich erkennbar, dass der Anteil der Personen, die dauerhaft „drei oder mehr“ Medikamente einnehmen, mit steigendem Sozialstatus geringer wird und spiegelbildlich der Anteil der Personen die „ein bis zwei“ Medikamente einnehmen ansteigt. Diese Zusammenhänge sind statistisch hoch signifikant (siehe auch Tabelle 7.3.9).

Abbildung 7.3.3: Anteil der Personen (in %), die dauerhaft verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, gruppiert nach Anzahl der Medikamente: „ein bis zwei“/„drei oder mehr“, nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=2.946



*p-Wert <0.05; **p-Wert <0.01; ***p-Wert <0.001

Tabelle 7.3.9: Anteil der Personen (in %), die dauerhaft verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, gruppiert nach Anzahl der Medikamente: „ein bis zwei“/„drei oder mehr“, nach Alter und sozio-ökonomischem Status (SES), n=2.946

	Frauen				Männer			
	Ein bis zwei		Drei oder mehr		Ein bis zwei		Drei oder mehr	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	59,7	[56,6-62,6]	40,3	[37,4-43,4]	48,2	[44,4-52,0]	51,8	[48,0-55,6]
Altersgruppen	***				***			
18-29 Jahre	96,0	[89,5-98,5]	4,0	[1,5-10,5]	91,5	[70,3-98,0]	8,5	[2,0-29,7]
30-44 Jahre	78,7	[67,6-86,7]	21,3	[13,3-32,4]	70,1	[54,3-82,3]	29,9	[17,7-45,7]
45-64 Jahre	65,4	[60,6-70,0]	34,6	[30,0-39,4]	50,9	[45,1-56,6]	49,1	[43,4-54,9]
65 Jahre und älter	40,2	[36,2-44,4]	59,8	[55,6-63,8]	35,7	[31,2-40,4]	64,3	[59,6-68,8]
SES	***				*			
Niedrig	34,5	[26,8-43,2]	65,5	[56,8-73,2]	36,8	[26,2-48,8]	63,2	[51,2-73,8]
Mittel	62,3	[58,6-65,9]	37,7	[34,1-41,4]	48,6	[43,4-53,8]	51,4	[46,2-56,6]
Hoch	74,9	[70,4-78,9]	25,1	[21,1-29,6]	56,6	[51,4-61,7]	43,4	[38,3-48,6]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p<0,001

Nutzer- und Patientenkompetenz bedeutet, Verantwortung für sich selbst und seine Gesundheit zu übernehmen, d.h. auch, sich zu informieren (siehe auch Kapitel 7.1), z.B. über Neben- und Wechselwirkungen von verordneten Medikamenten mit anderen, nicht verschreibungspflichtigen und/oder Interaktionen mit Lebensmitteln.

Frauen und Männer informieren sich überwiegend (85,1%) zu möglichen Nebenwirkungen/Wechselwirkungen mit anderen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten – mit einem signifikant höheren Anteil bei den Frauen (Tabelle 7.3.10). Mit steigendem Alter nimmt dieses Verhalten ab. Hinsichtlich des Sozialstatus zeigt sich ein deutlicher Gradient, bei dem das medikamentenbezogene Informationsverhalten über die drei Statusgruppen ausgehend von „niedrig“ zu „hoch“ ansteigt.

Über Unverträglichkeiten von Medikamenten mit Lebensmitteln informiert sich ein geringerer Teil der Bevölkerung (Tabelle 7.3.11). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass diese Wechselwirkung weniger bekannt ist oder weniger ernst genommen wird. Hierzu informieren sich 57,4% der Frauen und 52,3% der Männer, insgesamt 55,2%. Hinsichtlich der Anteile nach Altersgruppen und Sozialstatus ergibt sich ein vergleichbares Muster wie für den vorangehend betrachteten Zusammenhang.

Tabelle 7.3.10: Anteil der Personen (in%) der sich über mögliche Nebenwirkungen/Wechselwirkungen des/der verordneten Medikamente mit anderen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten informiert (z.B. Arzt, Beipackzettel, Internet, Apotheke), nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=2.943

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	85,1	[83,3-86,8]	87,7	[85,5-89,5]	81,7	[78,3-84,6]
Altersgruppen	**		**			
18-29 Jahre	96,2	[90,9-98,5]	96,8	[90,2-99,0]	94,3	[78,5-98,7]
30-44 Jahre	85,5	[78,3-90,6]	88,7	[81,1-93,5]	80,0	[64,8-89,7]
45-64 Jahre	87,1	[84,0-89,7]	90,6	[87,1-93,2]	82,9	[77,4-87,3]
65 Jahre und älter	81,5	[78,8-84,0]	82,8	[79,4-85,7]	79,9	[75,4-83,8]
SES	***		**		*	
Niedrig	76,2	[69,5-81,9]	79,8	[72,3-85,7]	71,6	[59,4-81,3]
Mittel	86,4	[84,0-88,4]	88,6	[86,0-90,9]	82,8	[78,3-86,5]
Hoch	88,2	[85,6-90,4]	90,6	[87,3-93,0]	85,9	[81,7-89,2]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p=0,001

Tabelle 7.3.11: Anteil der Personen (in%) der sich über mögliche Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten dieses Medikaments/dieser Medikamente mit Lebensmitteln informiert, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=2.933

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	55,2	[52,8-57,6]	57,4	[54,4-60,4]	52,3	[48,5-56,1]
Altersgruppen			*			
18-29 Jahre	69,3	[57,0-79,4]	70,2	[55,9-81,4]	66,3	[40,9-84,9]
30-44 Jahre	57,4	[49,1-65,3]	62,3	[52,9-70,8]	49,2	[34,7-63,9]
45-64 Jahre	55,0	[51,3-58,7]	57,7	[52,9-62,3]	51,8	[46,1-57,5]
65 Jahre und älter	52,7	[49,5-55,9]	52,8	[48,6-57,0]	52,6	[47,6-57,5]
SES	*		*		*	
Niedrig	46,1	[39,0-53,3]	50,0	[41,0-58,9]	41,0	[30,5-52,4]
Mittel	55,0	[51,9-58,1]	56,7	[52,8-60,4]	52,5	[47,2-57,7]
Hoch	62,0	[58,2-65,6]	64,1	[58,8-69,2]	59,9	[54,5-65,0]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,040

Ärztinnen und Ärzte sind dazu aufgerufen, die Arzneimitteltherapiesicherheit ihrer Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dazu soll die Erstellung eines Medikationsplans beitragen (siehe Kap. 7.3.1). Inwieweit dieses Instrument für mehr Patientensicherheit aus Sicht der Bevölkerung bereits eingesetzt wurde, erfasste die KomPaS-Studie mit der Frage „Hat Ihnen Ihr Arzt schon einmal einen Medikationsplan erstellt?“. Diese Frage wurde denjenigen Personen gestellt, die bereits angegeben hatten „drei oder mehr“ verschreibungspflichtige Medikamente dauerhaft einzunehmen. Insgesamt beantworten 68,3% der Bevölkerung diese Frage mit „Ja“ (Tabelle 7.3.12).

Tabelle 7.3.12: Anteil der Personen (in%), die angeben, dass ihnen ihre Ärztin/ihr Arzt schon einmal einen Medikationsplan erstellt hat, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=1.306

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	68,3	[64,8-71,6]	68,2	[63,3-72,7]	68,4	[63,2-73,1]
Altersgruppen	**		*			
18-29 Jahre	49,7	[16,1-83,5]	44,2	[10,0-84,9]	57,9	[7,9-95,7]
30-44 Jahre	42,8	[25,8-61,8]	43,5	[21,4-68,6]	42,0	[18,7-69,4]
45-64 Jahre	68,4	[62,6-73,7]	67,4	[59,1-74,7]	69,3	[60,9-76,6]
65 Jahre und älter	71,8	[68,0-75,4]	72,2	[67,0-76,9]	71,4	[65,5-76,7]
SES	*					
Niedrig	64,0	[54,4-72,5]	64,0	[51,6-74,8]	63,9	[48,7-76,7]
Mittel	72,2	[67,9-76,2]	71,9	[66,1-77,0]	72,7	[65,8-78,6]
Hoch	61,7	[55,9-67,2]	58,5	[49,2-67,2]	63,5	[56,0-70,4]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,961

In diesem Zusammenhang ist es interessant, ob Patientinnen und Patienten wissen, dass sie das Recht auf die Erstellung eines Medikationsplanes durch ihren Arzt haben, wenn sie gleichzeitig dauerhaft drei oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen. Diese Frage hat etwa die Hälfte der Befragten, die dieses Kriterium erfüllen, mit „Ja“ beantwortet (siehe Tabelle 7.3.13). Signifikante Unterschiede hinsichtlich des Wissens über dieses Recht lassen sich lediglich zwischen den betrachteten Altersgruppen bei den Männern feststellen.

Tabelle 7.3.13: Anteil der Personen (in%), die angeben, das „Recht auf Erstellung eines Medikationsplanes durch die Ärztin/den Arzt“ zu kennen – wenn gleichzeitig dauerhaft drei oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen werden, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=1.294

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	51,1	[47,5-54,6]	53,6	[48,8-58,4]	48,3	[43,1-53,5]
Altersgruppen					*	
18-29 Jahre	42,8	[12,9-79,0]	71,0	[20,2-95,9]	0,0	
30-44 Jahre	37,2	[20,4-57,7]	52,1	[27,4-75,8]	19,2	[7,4-41,4]
45-64 Jahre	51,3	[45,2-57,4]	53,8	[45,1-62,3]	49,2	[40,9-57,6]
65 Jahre und älter	53,0	[48,7-57,2]	53,5	[47,9-59,1]	52,2	[45,8-58,6]
SES						
Niedrig	47,4	[38,4-56,6]	50,8	[39,3-62,2]	42,9	[29,5-57,3]
Mittel	51,7	[47,2-56,3]	54,6	[48,7-60,5]	48,4	[41,4-55,4]
Hoch	51,2	[45,4-57,1]	52,5	[43,4-61,5]	50,5	[42,9-58,0]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,143

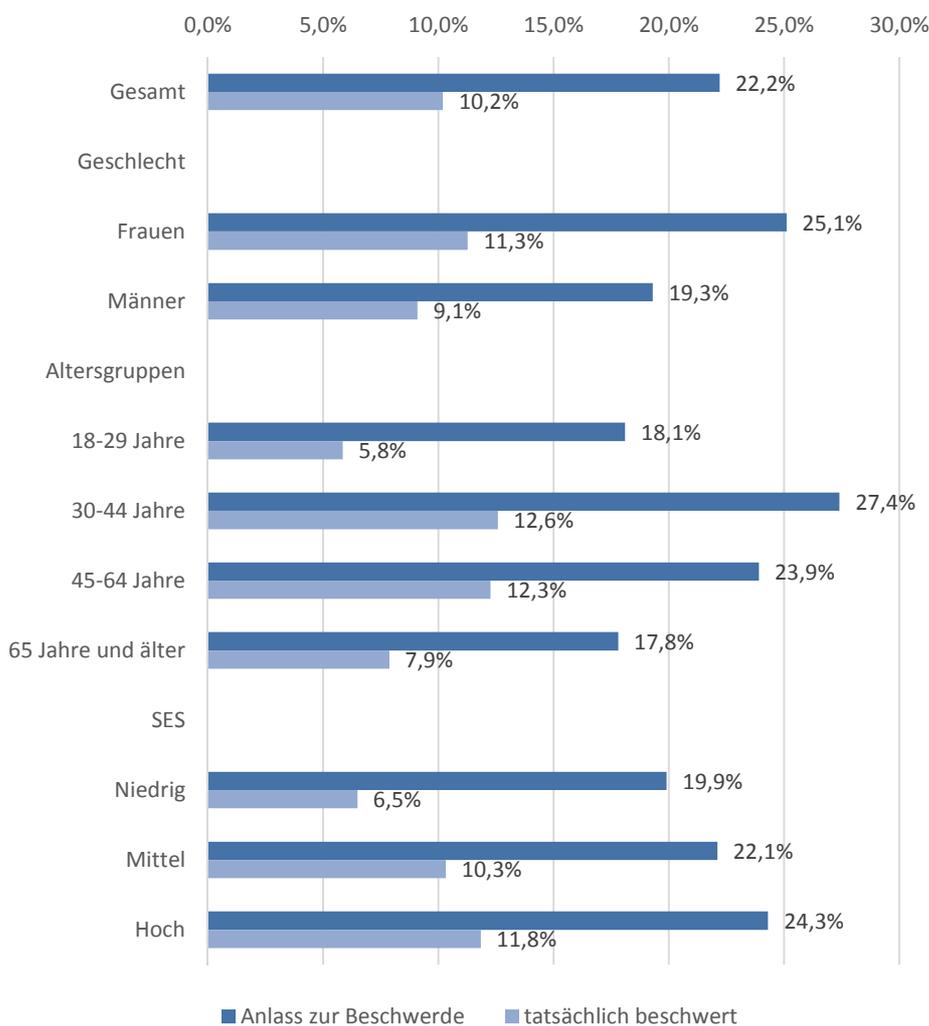
In der KomPaS-Studie konnten relevante Aspekte der Patientensicherheit mit verschiedenen gesundheitsbezogenen Parametern in Beziehung gesetzt werden (Bivariate Datenanalyse). So zeigt sich beispielsweise, dass das Sicherheitsgefühl von Patientinnen und Patienten beim letzten Kontakt im Gesundheitswesen mit wesentlichen individuellen Eigenschaften wie „Achten auf Gesundheit“, „Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“, der „Gesundheitskompetenz“, Kenntnissen zu „Rechten“, zu „verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten“ und zur „Qualität der medizinischen Versorgung“ zusammenhängt.

Auch der Krankenversicherungsstatus hat einen Einfluss auf das Sicherheitsgefühl von Patientinnen und Patienten. So fühlen sich „privat Versicherte“ sicherer als „gesetzlich Versicherte“.

7.3.2.2. Patientensicherheit: Beschwerdemanagement

Insgesamt 22% der Patientinnen und Patienten sahen in den letzten zwei Jahren bei Kontakten im Gesundheitswesen Anlässe für eine Beschwerde, von denen sich 46%, ansteigend mit dem Sozialstatus, tatsächlich beschwert haben (Abbildung 7.3.4) sowie (Tabelle 7.3.14 und Tabelle 7.3.15), das entspricht 10% aller Befragten.

Abbildung 7.3.4: Anteil der Personen (in%), die Anlässe zu einer Beschwerde gesehen haben und Anteil derjenigen, die sich tatsächlich beschwert haben, nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=1.157



Frauen sahen signifikant häufiger einen Anlass für eine Beschwerde als Männer und haben sich dann tatsächlich auch häufiger beschwert. Die Zahlen weisen auch auf einen Anstieg von Beschwerdeanlässen und tatsächlichen Beschwerden mit steigendem Sozialstatus hin.

Tabelle 7.3.14: Anteile der Personen (in %), die Anlässe zu einer Beschwerde in den letzten zwei Jahren bei Kontakten im Gesundheitswesen hatten, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.039

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	22,2	[20,7-23,8]	25,1	[22,9-27,4]	19,3	[17,1-21,6]
Altersgruppen	***		**		*	
18-29 Jahre	18,1	[14,4-22,6]	23,3	[17,2-30,8]	13,7	[9,5-19,4]
30-44 Jahre	27,4	[23,2-31,9]	31,4	[25,6-38,0]	23,2	[17,8-29,7]
45-64 Jahre	23,9	[21,7-26,3]	27,3	[24,2-30,6]	20,6	[17,4-24,2]
65 Jahre und älter	17,8	[15,7-20,2]	18,0	[15,3-21,1]	17,5	[14,2-21,3]
SES						
Niedrig	19,9	[15,3-25,5]	22,3	[15,7-30,6]	17,1	[11,5-24,7]
Mittel	22,1	[20,1-24,3]	25,0	[22,3-27,9]	18,9	[16,0-22,2]
Hoch	24,3	[21,8-27,0]	29,4	[25,7-33,5]	20,2	[17,0-23,9]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p<0,001

Tabelle 7.3.15: Anteil der Personen (in%), die sich tatsächlich beschwert haben an Personen mit Beschwerdeanlass in den letzten zwei Jahren, nach Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=1.157

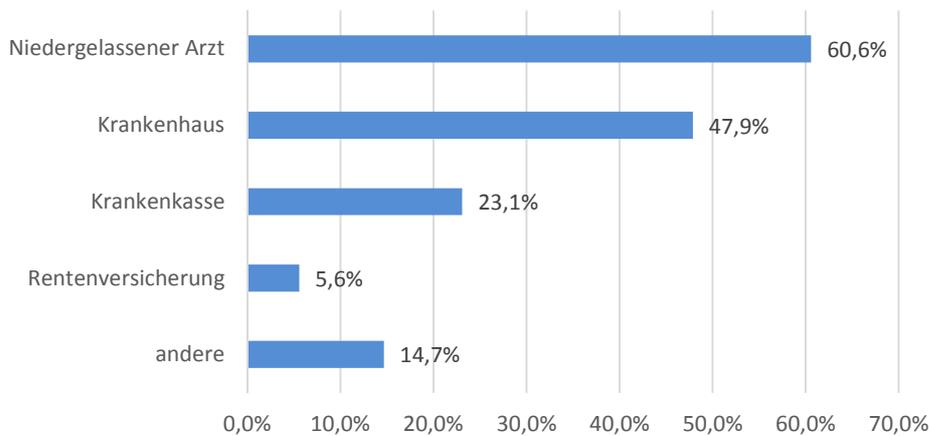
	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	45,9	[41,9-49,8]	44,9	[40,0-49,9]	47,1	[40,8-53,6]
Altersgruppen	*					
18-29 Jahre	32,3	[22,2-44,2]	27,7	[16,7-42,2]	38,9	[22,2-58,6]
30-44 Jahre	45,9	[36,9-55,2]	47,4	[35,8-59,3]	44,0	[30,4-58,6]
45-64 Jahre	51,3	[45,8-56,8]	48,9	[42,3-55,6]	54,6	[45,4-63,5]
65 Jahre und älter	44,2	[37,5-51,1]	45,5	[37,0-54,3]	42,5	[32,3-53,4]
SES						
Niedrig	32,6	[21,9-45,4]	36,1	[22,1-52,9]	27,8	[13,3-49,2]
Mittel	46,7	[41,4-52,0]	46,7	[40,3-53,2]	46,7	[37,9-55,7]
Hoch	48,7	[42,6-54,8]	44,9	[37,4-52,7]	53,0	[43,3-62,4]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,584

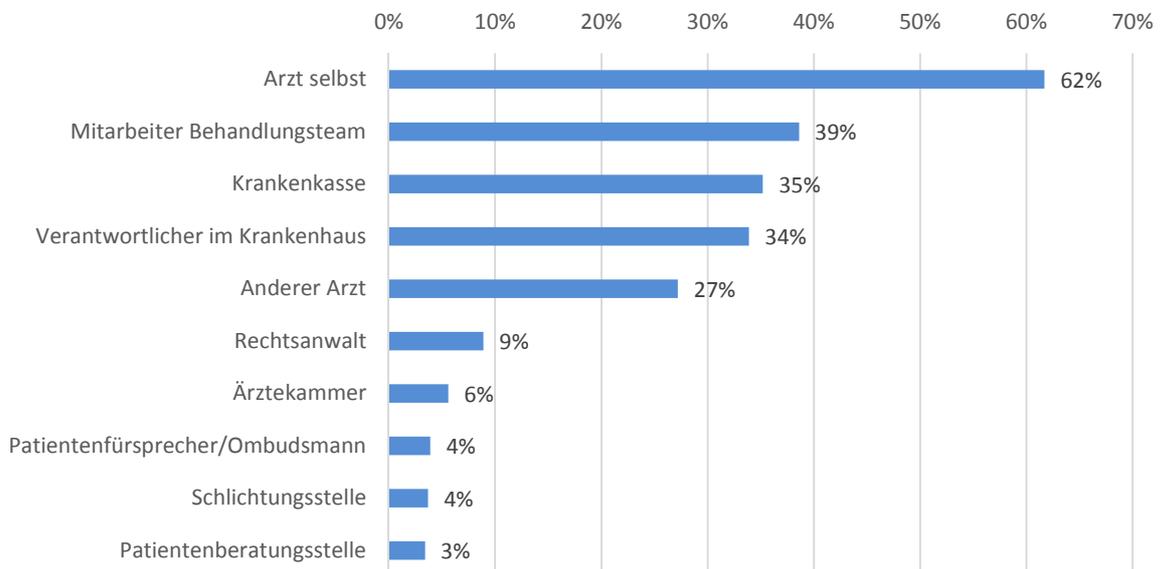
Zusätzlich wurde erhoben, in welchem Bereich des Gesundheitswesens dieser Beschwerdeanlass bestand. Am häufigsten angeführt werden niedergelassene Ärzte und Ärztinnen (60,6%), sowie das Krankenhaus (47,9%) (siehe Abbildung 7.3.5 und Annex-Tabelle 7.3.5).

Abbildung 7.3.5: Anteil der Personen (in%), die Anlass zu einer Beschwerde in den letzten zwei Jahren in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens hatten, n=5.039



Des Weiteren wurde erfragt, an wen man sich im Fall einer Beschwerde gewendet hat. Unter den zehn angegebenen Möglichkeiten wurden am häufigsten genannt: der Arzt/die Ärztin selbst (62%), ein Mitarbeiter im Behandlungsteam (39%), die Krankenkasse (35%), ein Verantwortlicher im Krankenhaus (34%) und ein anderer Arzt/eine andere Ärztin (27%). Lediglich 3% der Befragten, die einen Beschwerdeanlass hatten, suchten eine Patientenberatungsstelle auf (siehe Abbildung 7.3.6 und Annex-Tabelle 7.3.6).

Abbildung 7.3.6: Adressaten von Beschwerden, n=1.157



7.3.2.3 Patientensicherheit: Zufriedenheit

In diesem Fragenkomplex wurden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer zunächst danach befragt, was ihr letzter ärztlicher Kontakt war. Die Mehrheit der Frauen (51,5%) und Männer (56,2%) gab den Hausarzt/-ärztin an. Der geschlechtsbezogene Unterschied ist signifikant. Demnach hatten mehr Männer als Frauen ihren letzten ärztlichen Kontakt bei einem Hausarzt/einer Hausärztin (Tabelle 7.3.16).

Tabelle 7.3.16: Angaben zum letzten ärztlicher Kontakt in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (Anteile in %), nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=5.043

	Hausarzt	Facharzt	Krankenhaus	Rehaklinik	Sonstige
	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]	% [95%-KI]
Geschlecht	*				
Frauen	51,5 [48,9-54,1]	38,2 [35,8-40,7]	7,8 [6,4-9,5]	1,2 [0,8-1,9]	1,2 [0,6-2,4]
Männer	56,2 [53,4-58,9]	32,3 [29,8-35,0]	8,7 [7,2-10,4]	1,1 [0,7-1,7]	1,8 [1,2-2,7]
Gesamt	53,8 [51,9-55,7]	35,3 [33,6-37,2]	8,2 [7,2-9,4]	1,2 [0,8-1,6]	1,5 [1,0-2,2]
Altersgruppen	***				
18-29 Jahre	53,2 [47,0-59,3]	30,8 [25,7-36,5]	12,6 [8,8-17,7]	0,0	3,3 [1,5-7,4]
30-44 Jahre	48 [43,3-52,7]	41,8 [37,3-46,5]	8,1 [6,0-10,8]	0,5 [0,2-1,29]	1,5 [0,8-3,1]
45-64 Jahre	53,5 [50,8-56,2]	35,9 [33,4-38,5]	7,4 [6,1-9,1]	1,9 [1,3-3,0]	1,2 [0,7-2,0]
65 Jahre und älter	59,7 [56,8-62,5]	31,6 [29,0-34,3]	6,7 [5,3-8,4]	1,4 [0,8-2,4]	0,6 [0,3-1,2]
SES	***				
Niedrig	60,3 [53,8-66,3]	27,6 [22,2-33,7]	9,1 [6,0-13,6]	1,1 [0,4-2,8]	2,0 [0,5-7,3]
Mittel	56,4 [53,9-58,9]	33,4 [31,2-35,8]	7,8 [6,6-9,3]	1,2 [0,8-1,8]	1,1 [0,7-1,8]
Hoch	44,7 [41,7-47,6]	45,0 [42,0-48,0]	7,7 [6,2-9,4]	0,6 [0,3-1,1]	2,1 [1,3-3,4]

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Angaben nach Altersgruppen und Sozialstatus jeweils für Frauen und Männer sind dem Anhang (Annex-Tabelle 7.3.7) zu entnehmen.

Anschließend wurde gefragt, ob bei diesem letzten ärztlichen Kontakt ein Arztgespräch stattgefunden hat. Die entsprechenden Ergebnisse dazu finden sich in der Annex-Tabelle 7.3.9..

Tabelle 7.3.17: Angaben zur Zufriedenheit mit Verständlichkeit des Arztgesprächs (Anteile in %), nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), n=4.688

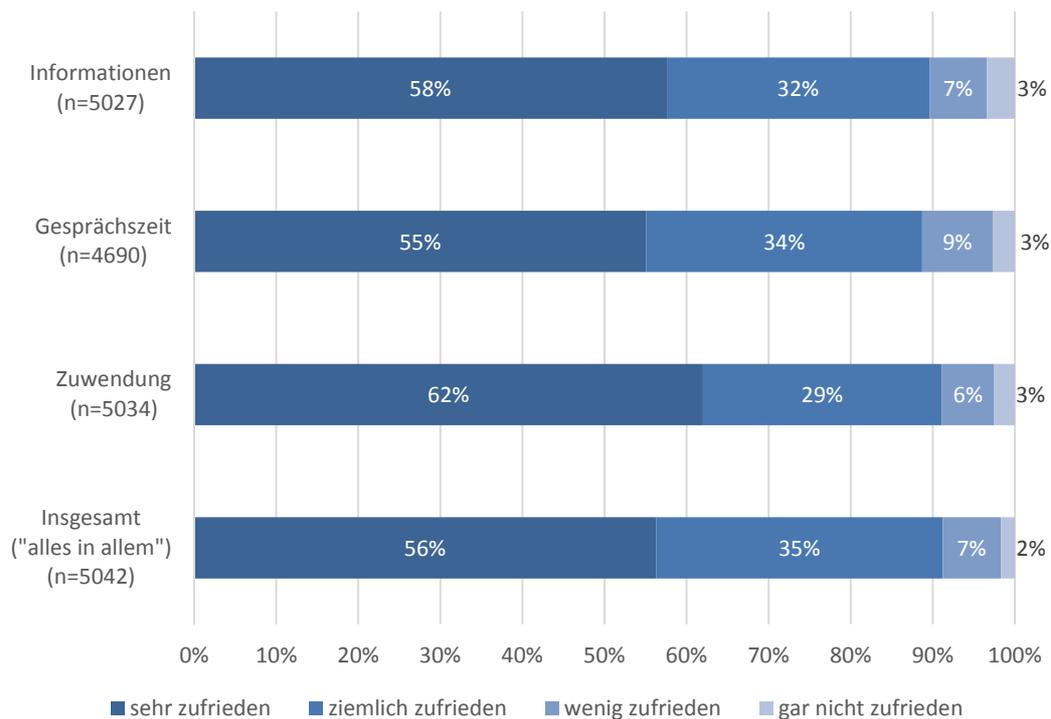
	sehr zufrieden		ziemlich zufrieden		wenig zufrieden		gar nicht zufrieden	
	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]	%	[95%-KI]
Gesamt	65,6	[63,6-67,5]	28,6	[26,8-30,5]	4,4	[3,6-5,3]	1,4	[0,9-2,2]
Geschlecht								
Frauen	67,1	[64,6-69,6]	26,2	[24,0-28,5]	5,0	[3,9-6,2]	1,7	[1,0-3,0]
Männer	63,9	[60,9-66,7]	31,2	[28,5-34,1]	3,8	[2,8-5,1]	1,1	[0,6-2,1]
Altersgruppen	***							
18-29 Jahre	64,5	[58,1-70,5]	29,5	[23,9-35,8]	5,3	[3,1-8,9]	0,6	[0,1-2,7]
30-44 Jahre	67,4	[62,6-71,9]	23,1	[19,2-27,4]	5,6	[3,8-8,2]	3,9	[2,1-7,2]
45-64 Jahre	64,6	[61,8-67,3]	30,7	[28,1-33,4]	4,1	[3,1-5,3]	0,7	[0,4-1,1]
65 Jahre und älter	66,0	[63,0-68,8]	30,3	[27,5-33,2]	3,1	[2,2-4,3]	0,7	[0,3-1,4]
SES	**							
Niedrig	58,0	[51,3-64,4]	34,8	[28,8-41,3]	3,3	[1,8-5,9]	3,9	[1,6-9,4]
Mittel	65,3	[62,7-67,8]	28,8	[26,5-31,3]	4,8	[3,8-6,1]	1,1	[0,7-1,7]
Hoch	69,9	[67,1-72,6]	24,8	[22,3-27,4]	4,3	[3,2-5,9]	1,0	[0,5-2,1]

*p-Wert<0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert<0,001

Die Qualität von Leistungen und Institutionen im Gesundheitswesen kann anhand verschiedener Indikatoren bewertet werden (siehe Kap. 7.3.1). Die subjektive Wahrnehmung und somit auch die Beurteilung durch die Patientinnen und Patienten können zusätzliche Hinweise auf eine gute oder schlechte Qualität geben. In der KomPaS-Studie wurde, ausgehend vom letzten ärztlichen Kontakt der Befragten, nach der Zufriedenheit mit den Informationen, der Zeit zum Gespräch, der menschlichen Zuwendung und dem Kontakt insgesamt („alles in allem“) gefragt (siehe Abbildung 7.3.7). Es zeigt sich eine hohe Gesamtzufriedenheit mit allen angegebenen Aspekten des letzten ärztlichen Kontaktes – Frauen und Männer sind überwiegend „sehr zufrieden“ bzw. „ziemlich zufrieden“. „Wenig zufrieden“ oder „gar nicht zufrieden“ sind die Befragten – bei einem insgesamt sehr geringen Anteil – mit der Gesprächszeit und den Informationen, die sie bekommen haben. Die Zufriedenheit mit der Verständlichkeit des Arztgesprächs zeigt Tabelle 7.3.17. Einen Überblick zur Zufriedenheit mit allen genannten Aspekten des letzten ärztlichen Kontaktes differenziert nach Frauen und Männern geben die Tabellen 7.3.10 – 7.3.15.

Abbildung 7.3.7: Angaben zur Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen beim letzten Kontakt im Gesundheitswesen (Anteile in %),



7.3.3 Diskussion

Die KomPaS-Studie erlaubt einen Einblick in drei wesentliche Komplexe der Patientensicherheit aus Bevölkerungssicht. Diese Komplexe stellen zugleich Querschnittsthemen einer Patientenorientierung im Gesundheitswesen dar:

- Kommunikation und Patientensicherheit,
- Beschwerdemanagement,
- Zufriedenheit.

Die Sichtweise der Bevölkerung, d.h. zugleich die Sichtweise der Patientinnen und Patienten, wurde im Zusammenhang mit Patientensicherheit bislang wenig berücksichtigt. Sie spielt jedoch insbesondere für die aktive Mitgestaltung der Nutzerinnen und Nutzern sowie Patientinnen und Patienten des Gesundheitswesens ganz allgemein und speziell bei der Verbesserung von Patientensicherheit eine zunehmend große Rolle. Die Perspektive der Patientinnen und Patienten hat zugleich einen hohen Stellenwert in der aktualisierten Definition von Patientensicherheit [127]. Neben Strategien und Programmen zur Patientensicherheit geht es zunehmend um die Stärkung von Handlungskompetenz der Patientinnen und Patienten. Dies setzt auch eine umfassende Informierung voraus (siehe Kapitel 7.1), der idealerweise eine gelingende Kommunikation folgt, aus der wiederum kompetentes Handeln entstehen kann.

7.3.3.1 Kommunikation und Patientensicherheit

In diesem Komplex erfasst die Studie das subjektive Sicherheitsgefühl von Patientinnen und Patienten bei ihrem letzten Kontakt im Gesundheitswesen. Insbesondere diejenigen Antworten zu Kommunikationsaspekten sind dabei relevant, die im Zusammenhang mit einer Gewährleistung von Patientensicherheit sowohl durch das Behandlungspersonal als auch die Patientinnen und Patienten selbst stehen.

Eine Einordnung der Ergebnisse in Bezug zu anderen Studien ist nur sehr eingeschränkt möglich, da derartige Erhebungen bislang weder in Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI noch in anderen nationalen und internationalen Studien vorgenommen wurden. Populationsbezogene Befragungen wurden im Rahmen von zwei Eurobarometer-Erhebungen (2009 und 2013/14) mit dem Hauptziel durchgeführt, die Wahrnehmung der europäischen Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf Patientensicherheit und ihre Haltung hinsichtlich der Qualität des Gesundheitswesens in ihrem eigenen Land und in angrenzenden Ländern zu untersuchen [131, 132]. Im Wesentlichen legten diese Untersuchungen dar, in welchem Ausmaß die europäischen Bürger befürchten, während einer ambulanten oder stationären Behandlung Schaden zu nehmen bzw. Opfer eines ernststen Zwischenfalls zu werden und in welchem Ausmaß sie über die Sicherheitsmaßnahmen in ihrem eigenen Land informiert sind.

Auch wenn die Fragestellung zur Wahrnehmung von Patientensicherheit der Eurobarometer-Erhebungen (2010 und 2014) und die der KomPaS-Studie (2017) nicht identisch sind, geben die populationsbezogenen Antworten Hinweise auf die Wahrnehmung von Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten in der EU (53%) hält es für wahrscheinlich, durch eine Krankenhausbehandlung in ihrem Land Schaden erleiden zu können und 50% hält es für wahrscheinlich, durch eine medizinische Versorgung außerhalb eines Krankenhauses zu Schaden zu kommen. Im Ländervergleich zeigen sich hierbei jedoch erhebliche Meinungsunterschiede. Die Befragten in Deutschland sehen es zu 31% als „wahrscheinlich“ und zu 65 % als „nicht wahrscheinlich“ an, während einer Krankenhausbehandlung geschädigt zu werden. Einem ähnlichen Muster folgt die Wahrnehmung, wenn es nach Meinung der Befragten um die Wahrscheinlichkeit geht, während einer medizinischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses zu Schaden zu kommen. Nach der KomPaS-Studie fühlen sich 86% der Bevölkerung bei ihrem letzten Kontakt im Gesundheitswesen (stationär, ambulant nicht getrennt) „sehr sicher“ und „sicher“, 10,6% „wenig“ und 2,8% „gar nicht sicher“.

Wesentlich für eine Einschätzung der aktiven Rolle der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit ihrer Sicherheit im Gesundheitswesen sind die aus der KomPaS-Befragung gewonnenen Informationen dazu,

- ob sie Bedenken/Fragen hinsichtlich ihrer Sicherheit angesprochen haben,
- ob sie schon einmal eine Zweitmeinung eingeholt und
- ob sie schon einmal ihr Recht auf Einsichtnahme in ihre Patientenakte wahrgenommen haben.

Es zeigt sich, dass nur knapp die Hälfte der Studienteilnehmenden (47,9%) Bedenken/Fragen hinsichtlich des Sicherheitsgefühls gegenüber einem Arzt/einer Ärztin oder gegenüber anderen Personen des Behandlungsteams tatsächlich auch angesprochen haben – Frauen signifikant häufiger als Männer. Eine Zweitmeinung wurde von 46,3% der Patientinnen und Patienten eingeholt und das Recht auf Einsichtnahme in ihre Patientenakte haben insgesamt 22,8% aller Befragten wahrgenommen. In der Forschungsliteratur wurden sowohl in Deutschland als auch international bisher nur wenige Studien zur Einholung einer Zweitmeinung und zu deren Effekten publiziert [153]. Die bisherigen Erkenntnisse zum Bedarf und zur Nutzung ärztlicher Zweitmeinungen in Deutschland sind hinsichtlich des Studiendesigns und ihrer Ergebnisse sehr unterschiedlich [153, 154]. Am umfassendsten und hinsichtlich der Erhebungsmethodik exakt beschrieben ist eine Bevölkerungserhebung des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2015 [155]. Die Autoren fassen zusammen, dass mehr als zwei Drittel der Bevölkerung es für wichtig erachten, dass das Gesundheitssystem die Möglichkeit bietet, eine Zweitmeinung einholen zu können. Etwa ein Viertel der Bürgerinnen und Bürger hat bereits konkrete Erfahrungen mit Zweitmeinungen gemacht. In der KomPaS-Studie waren es knapp über 46%, die angaben, „schon einmal eine

zusätzliche Meinung (Zweitmeinung) bei einem anderen Arzt eingeholt“ zu haben. Da Grundlage beider Befragungen die Bevölkerung Deutschlands war, kann man unter Einbeziehung einiger methodischer Ungleichheiten vorsichtig davon ausgehen, dass sich der Anteil der Personen, die schon einmal eine Zweitmeinung eingeholt haben, im Zeitraum 2015 zu 2017 leicht erhöht hat. Diese Annahme begründet sich unter anderem auch darauf, dass von der Gesundheitspolitik und den Krankenkassen das Einholen einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung in den letzten Jahren propagiert und durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) dieser Anspruch für gesetzlich Versicherte auch festgeschrieben wurde (§ 27b SGB V). Dies könnte bei den Versicherten angekommen sein und sich in dem gestiegenen Bevölkerungsanteil widerspiegeln.

Das „Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte“ hat ein geringer Teil der befragten Frauen und Männer wahrgenommen (22,8%). Überwiegend wurde angegeben, dass kein Bedarf (75%) bestand. Ein Viertel der Bevölkerung gab aber auch als Grund für „Recht auf Einsichtnahme in Patientenakte nicht wahrgenommen“ an, dass sie von diesem Recht nicht gewusst haben. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der „Unwissenheit“ gab es nur bezüglich des Sozialstatus – Befragte der hohen Statusgruppe gaben seltener an, dieses Recht nicht zu kennen, als die anderen beiden Sozialstatusgruppen. Im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Kommunikationskompetenzen von Patientinnen und Patienten kann darüber nachgedacht werden, ob es sinnvoll wäre, Patientinnen und Patienten bei Informationsdefiziten hinsichtlich Diagnostik und Therapie zu ermutigen, ihr Recht auf Einsichtnahme in ihre Patientenakte wahrzunehmen. Dies könnte auch zu einer Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation zwischen beitragen.

Seit vielen Jahren weisen internationale Studien auf die möglichen gesundheitlich unerwünschten Effekte der Einnahme von mehreren unterschiedlichen Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen hin. Dieses Problem der so genannten Polymedikation oder Polypharmazie wurde zuletzt auch in einer Auswertung der Arzneimittelroutinedaten der Handelskrankenkasse (hkk) nachgewiesen [156]. Polypharmazie kann durch die mangelnde patientenbezogene Dokumentation bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten, durch das Fehlen einer Übersicht der Anzahl und Art von verordneten Arzneimitteln bei der Verordnung durch verschiedene Ärzte/Ärztinnen oder durch die mangelnde Kenntnis der von Patientinnen und Patienten selber in Apotheken eingekauften Arzneimittel mitverursacht werden. Um eine höhere Arzneimitteltherapiesicherheit zu erreichen, haben GKV-Versicherte seit Oktober 2016 nach § 31a SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf einen bundeseinheitlichen schriftlichen Medikationsplan, wenn sie dauerhaft mindestens drei unterschiedliche ärztlich verordnete Arzneimittel gleichzeitig einnehmen oder anwenden.

In der KomPaS-Studie wurde die Einnahme von Medikamenten in der Bevölkerung und die damit im Zusammenhang stehenden Kompetenzen von Patientinnen und Patienten sowie auch das ärztliche Verhalten bezüglich der Empfehlungen zur Ausstellung eines BMP erfasst. Forschungsarbeiten die eine vergleichbare Problemstellung thematisiert haben, sind nicht bekannt. Patientinnen und Patienten informieren sich nach Ergebnissen von KomPaS zu einem hohen Prozentsatz (85,1%) über mögliche Nebenwirkungen/Wechselwirkungen des/der verordneten Medikamente mit anderen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten. Von diesem hohen Anteil ausgehend kann bezüglich dieses Aspekts der Medikationssicherheit von einem guten Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten in Deutschland ausgegangen werden. Möglicherweise sind Folgen und eventuelle Wechselwirkungen der Polymedikation gut durch Ärztinnen und Ärzte und/oder Medien kommuniziert worden. Deutlich weniger Personen haben sich über mögliche Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten der eingenommenen Medikamente mit Lebensmitteln informiert (55,2%). Hierzu scheint das Wissen in der Bevölkerung geringer als

zu dem vorherigen beschriebenen Gesichtspunkt zu sein. Für beide Kompetenzfragen zeigt sich, dass Frauen signifikant häufiger Informationen einholen als Männer.

Einen Medikationsplan haben zwei Drittel (68,3%) der Patientinnen und Patienten, die drei oder mehr Medikamente dauerhaft einnehmen, schon einmal erhalten. Das Dokument eines BMP bietet eine gute Grundlage für mehr Übersichtlichkeit bei der Medikamenteneinnahme und dient zugleich der Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation, z.B. bei Unklarheiten von Neben- und/oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und/oder Nahrungsmitteln. Etwa die Hälfte der Personen, die dauerhaft mehr als drei verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wissen nicht von dem Recht auf Erstellung eines Medikationsplanes durch ihre Ärztin oder ihren Arzt. Dieses Wissen ist bei Frauen jedoch signifikant größer als bei Männern. Die medikationsspezifischen Ergebnisse der KomPaS-Studie können auch zur Einschätzung eines Status quo bezüglich der Umsetzung des BMP auf Bevölkerungsebene herangezogen werden, insbesondere unter dem Blickwinkel der geplanten Einführung einer elektronischen Erstellung und Aktualisierung des im E-Health-Gesetz festgelegten Medikationsplans.

„Die Sicherheit von Patienten zu gewährleisten ist eine zentrale Aufgabe aller im Gesundheitswesen professionell tätigen Personen und Institutionen. Patientensicherheitskompetenz der Beschäftigten im Gesundheitswesen umfasst neben dem Wissen über sicherheitsrelevante Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung auch die Fertigkeit, diese in der konkreten Behandlung von Patienten einzusetzen sowie eine Haltung, die die Patientensicherheit als ethisch geboten begreift und die den diesbezüglichen Fähigkeiten der Patienten offen und wertschätzend gegenübertritt.“ (Entwurf AG 11, UAG 2. gesundheitsziele.de (Stand 1.12.2018).

In diesem Kontext werden diejenigen Ergebnisse der KomPaS-Studie betrachtet, die beschreiben:

- ob Bedenken/Fragen von Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Sicherheit vom medizinischen Personal ernst genommen wurden,
- ob Patientinnen und Patienten während des letzten Kontaktes im Gesundheitswesen respektvoll behandelt wurden,
- ob Informationen, die die Behandlung betreffen, verständlich und nachvollziehbar vermittelt wurden und
- ob der Arzt/die Ärztin in Entscheidungen, die die Behandlung betreffen, einbezogen hat.

Ausgehend von den Ergebnissen zu den entsprechenden Fragen kann davon ausgegangen werden, dass im Rahmen dieser sehr allgemeinen Kriterien, sicherheitsrelevante Fertigkeiten sowie eine respektvolle Haltung des medizinischen Behandlungspersonals überwiegend vorhanden sind. Die entsprechenden Angaben der Bevölkerung liegen zwischen 87% und 96%.

Vergleichsdaten zu den hier untersuchten Items sind in der Forschungsliteratur nicht zu finden. Umfangreich diskutiert wird jedoch national und auch international das Thema „Sicherheitskultur“. Darunter versteht man die Art und Weise, wie ein Team, eine Abteilung, eine Organisation oder ein System mit sicherheitsrelevanten Fragen umgeht. Ganz allgemein formuliert bedeutet „Kultur“ das gemeinsame Grundverständnis einer Gruppe darüber, welches Verhalten erwünscht, als positiv und als zielführend erachtet wird (vgl. [157]). In diesem Sinne werden unter „Sicherheitskultur in der Patientenversorgung“ Werte, Einstellungen und Verhalten gefasst, die die Steigerung der Sicherheit jedes einzelnen Patienten sowie die Vermeidung und Bewältigung von unerwünschten Ereignissen als erkennbar prioritäres Ziel haben. Die Entwicklung von Sicherheitskultur im Gesundheitswesen wird als ein wesentlicher Bereich

für eine Verbesserung der Patientensicherheit angesehen. In einer aktuellen Analyse der internationalen wissenschaftlichen Literatur von Braithwaite J et al. (2017) [158] wurde herausgefunden, dass eine gute Organisations- und Arbeitskultur in dem voran beschriebenen Sinne mit einem breiten Spektrum von positiven Patientenergebnissen verbunden ist, wie z.B. reduzierte Sterblichkeitsraten, weniger Stürze, geringere Inzidenz von im Krankenhaus erworbenen Infektionen, höhere Patientenzufriedenheit etc. [158].

7.3.3.2 Beschwerdemanagement

Die Kenntnis von Beschwerden gilt als eine wertvolle Ressource der Qualitätsbestimmung eines Gesundheitssystems. Sie hilft Prozesse zu optimieren, Patienten- bzw. Nutzerzufriedenheit zu verbessern und Risiken für die Patientensicherheit zu identifizieren.

In der KomPaS-Studie wurde, wie schon im Rahmen der GEDA-Zusatzbefragung von 2009, nach drei wesentlichen Aspekten gefragt, die auch im Zusammenhang mit einer sich entwickelnden Sicherheitskultur im Gesundheitswesen zu sehen sind:

1. Gab es Anlässe, zu denen sich Patientinnen und Patienten gern beschwert hätten?
2. Wenn derartige Anlässe gesehen wurden, haben sich die Betroffenen dann auch tatsächlich beschwert?
3. An wen haben sich Patientinnen und Patienten im Fall einer Beschwerde gewendet?

In der Befragung von 2009 gaben 37% der Frauen und 28% der Männer an, dass sie sich bei einem Kontakt im Gesundheitswesen in den letzten zwei Jahren gern beschwert hätten, insgesamt waren dies 33% aller Befragten. In der KomPaS-Studie (2017) wurde die Frage identisch gestellt. Hier waren es 25% der Frauen und 19% der Männer, insgesamt 22%. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist signifikant. Von Interesse war insbesondere, ob sich Personen mit einem Beschwerdeanlass dann auch tatsächlich beschwert haben. Insgesamt beschwerten sich von diesen Personen 40,6% im Jahr 2009 und 45,9% im Jahr 2017: Frauen 38,5% (2009) – 44,9% (2017) und Männer 43,5% (2009) – 47,1% (2017).

Die genannten Unterschiede zwischen den Jahren 2009 und 2017 zeigen eine Entwicklung auf, die sich positiv bewerten lässt: Einerseits ist der Anteil derjenigen, die einen Anlass zur Beschwerde hatten, zurückgegangen und zugleich der Anteil der Patientinnen und Patienten gestiegen, die aktiv im Sinne ihrer Selbstbestimmung sowie Übernahme von Verantwortung für ihre Gesundheit wirksam geworden sind. Schwer einzuschätzen ist der Einfluss der methodischen Limitationen auf dieses Ergebnis (siehe Abschnitt zu methodischen Limitationen). So könnte die Unterschiedlichkeit des Befragungssettings, 2009 – schriftliche Befragung gegenüber 2017 – telefonische Befragung, einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben.

An der Rangfolge der Bereiche im Gesundheitswesen, in denen ein Anlass für eine Beschwerde gesehen wurde und der Rangfolge hinsichtlich der Adressatinnen und Adressaten für eine Beschwerde hat sich im betrachteten Zeitraum keine Veränderung ergeben.

Die Ergebnisse können Impulse geben für eine Verbesserung der Beschwerdekultur und des Beschwerdemanagements im Gesundheitswesen. Als ein Risiko-Instrument im Gesundheitswesen lassen sich Beschwerden als Indizien für Sicherheitslücken und für die Aufdeckung potentieller Fehler nutzen, um schnellstmöglich adäquate Präventionsmaßnahmen einleiten zu können. Die Chance, aus Fehlern zu ler-

nen und eine nachhaltige Optimierung von Prozessen und/oder Handlungen zu realisieren besteht jedoch nur dann, wenn Meldungen über kritische Vorkommnisse und Beschwerden von der jeweiligen Organisation ernst genommen und von Beginn an effizient gelenkt und behandelt werden.

In Deutschland wird die Thematik Patientensicherheit mehrheitlich unter der Anbieterperspektive diskutiert. Dazu wird im Rahmen der aktualisierten Agenda Patientensicherheit ein Perspektivwechsel angestrebt. Dieser Perspektivwechsel, der die Patientenperspektive an die oberste Stelle setzt, betrifft nicht nur das grundsätzliche Verständnis und die Definition von Patientensicherheit (siehe Kapitel 7.3.1), sondern vor allem die Integration von „Patient Reported Outcomes“ und Patientenerfahrungen in Erhebungen und in Steuerungsinstrumenten des Gesundheitswesens (siehe auch Kapitel 7.3.3.3). Damit werden Patientinnen und Patienten mit ihren Erfahrungen in „Komplexe Mehrfachinterventionen“ zur Verbesserung der Patientensicherheit einbezogen. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist auch die Kommunikation nach einem Zwischenfall, die bislang noch wenig erforscht ist und auch nicht Gegenstand der beiden hier aufgeführten RKI-Studien (GSTel03 und GEDA-Zusatzstudie (2009)) war. Wegweisend auf diesem Gebiet sind die Aktivitäten des APS ([www. aktionsbuendnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de)).

7.3.3.3 Zufriedenheit

Mit einer zunehmenden Patienten- und Qualitätsorientierung steht auch das Patientenurteil über die erlebte medizinische Versorgung vermehrt im Blickpunkt. Unzufriedenheit bedeutet dabei Verbesserungspotential (siehe Kapitel 7.3.1.3). Beschwerden als Ausdruck hoher Unzufriedenheit liefern solche Hinweise.

Die Sichtung vorliegender Studien zeigt, dass Erwartungen und Bewertungen der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens inzwischen punktuell Beachtung finden. Im internen Qualitätsmanagement greifen Kliniken zunehmend auf die Erfassung der Patientenperspektive auch im Hinblick auf Sicherheitsfragen zurück. Die Zufriedenheit mit der Krankenhausleistung stellt neben der Verbesserung des Gesundheitszustands ein eigenständiges Behandlungsziel dar.

Patientenaussagen (Patientenbefragungen) ermöglichen es, nicht nur Schwächen sondern auch Stärken von Krankenhäusern gezielt aufzudecken und im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern strategisch zu nutzen [159, 160]. Zusätzlich führen auch andere Interessengruppen im Gesundheitswesen (Kostenträger, weitere Leistungserbringer, kommerzielle Institute) mehr oder weniger regelmäßig Befragungen von Patient(inn)en, Versicherten oder Kund(inn)en durch [161-164]. Die Erhebungsinstrumente sind jedoch oft nicht transparent und vergleichbar. Ein wesentliches Instrument zur Beschreibung der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen oder von Einzelaspekten sind bevölkerungsweite Studien. Diese finden sich in Deutschland ansatzweise im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung [165] und in der GEDA - Zusatzbefragung (2009) [4] des RKI. In der Diskussion der letzten Jahre sind auch international ausgerichtete vergleichende Analysen durchgeführt worden [166-169].

Betrachtet man die Zufriedenheit als Parameter für einen Abgleich zwischen den Erwartungen, die ein Patient/Patientin bzw. Nutzer/Nutzerin an die medizinische und psychosoziale Versorgungsqualität (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse) stellt und der von ihm wahrgenommenen Versorgungsqualität, so kann mit den KomPaS-Ergebnisse ein sehr positives Resümee hinsichtlich der Beurteilung durch die Bevölkerung gezogen werden. Der Großteil der Befragten ist mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen „sehr zufrieden“ oder „ziemlich zufrieden“, insgesamt 91%. Schaut man sich die Zufriedenheit etwas differenzierter an, z.B. mit dem Behandlungsergebnis, mit der Gesprächszeit, die während des letzten Kontaktes zur Verfügung stand sowie mit den Informationen und der menschlichen Zuwendung, die man dabei bekommen hat, dann spiegelt sich die allgemeine Zufriedenheit auch in hohen Zufriedenheitsanteilen in diesen Bereichen wider. Unter Berücksichtigung der methodischen Limitationen (siehe Kapitel

Abschnitt zu methodischen Limitationen) zeigt sich im Vergleich zu den GEDA – Daten von 2009, dass sich die Zufriedenheit mit diesen Bereichen beim letzten Kontakt im Gesundheitswesen bevölkerungsweit nicht geändert hat.

Aus der Literatur ist bekannt, dass das Maß der generellen Zufriedenheit am höchsten mit der (wahrgenommenen) Verbesserung der subjektiven Verfassung korreliert [170]. Mit den Auswertungen der KomPaS-Daten kann ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Zufriedenheitsparametern und dem allgemeinen Gesundheitszustand sowie der Gesundheitskompetenz festgestellt werden. Die Bestimmung von Korrelationsparametern ist für spätere Auswertungen vorgesehen.

Wie die Auswertungen weiterhin zeigen, sind chronisch kranke Personen in der Tendenz weniger mit der Verständlichkeit des Arztgesprächs zufrieden als nicht chronisch Kranke. Insgesamt, d.h. unabhängig vom Gesundheitszustand, waren in der KomPaS-Studie 65,6% der Befragten „sehr“ und 28,6% „ziemlich zufrieden“ mit der Verständlichkeit des Arztgesprächs. Frauen sind mit diesem Aspekt signifikant häufiger „sehr zufrieden“ als Männer. Auf der Grundlage der Fragestellungen in der KomPaS-Studie und der entsprechenden Auswertungen kann eingeschätzt werden, dass über 90% der Befragten bei Unklarheiten während des Arztgesprächs, Fragen stellen konnten und damit auch klären konnten, was sie nicht verstanden haben. Dieser Aspekt der Arzt-Patient-Kommunikation kann somit als sehr positiv eingeschätzt werden (Annex-Tabellen 7.3.12 und 7.3.13).

Im Zusammenhang mit Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten gibt es in der Literatur einige Kritik- und Diskussionspunkte. So wird angeführt, dass sich hohe Zufriedenheitsraten auch auf eine Zurückhaltung vieler Patienten bei der kritischen Beurteilung von Ärzten zurückführen lassen. Noch immer ist es so, dass der Arzt/die Ärztin eine große Autorität in den Augen von Patientinnen und Patienten besitzt. Die Artikulation eigener Erwartungen und Ansprüche auf Seiten des Patienten/der Patientin wird in diesem Zusammenhang untergeordnet. Dies trifft insbesondere für das Befragungssetting Krankenhaus zu [170].

Auch die Art der Fragestellung kann Auswirkungen auf die Datenqualität nach sich ziehen. Stellt man Fragen zur Zufriedenheit sehr allgemein, so ist erwiesen, dass ein enormes Unzufriedenheitspotenzial vorhanden sein muss, damit Kritik überhaupt geäußert wird. Doch auch bei spezifischen Fragen ist die häufig anzutreffende Kritiklosigkeit ein ernst zu nehmendes Problem. Mangel an Kritik kann – abgesehen vom „objektiven“ Fehlen von Missständen – verschiedene Ursachen haben. So ist es mitunter nach wie vor sozial nicht erwünscht, kritisch zu sein, und viele Patientinnen und Patienten waren im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse bereit, Unannehmlichkeiten der Behandlung im Hinblick auf das Behandlungsziel zu akzeptieren [170, 171]. Die Gefahr liegt jedoch darin, dass der Patient/die Patientin mit der Leistungserbringung umso zufriedener wird, je mehr er/sie das eigene Anspruchsniveau relativiert und je mehr er/sie zu sozial erwünschtem Verhalten tendiert. Ein weiterer unerwünscht auftretender Effekt ist die Zustimmungstendenz. Damit ist gemeint, dass Fragen grundsätzlich zustimmend beantwortet werden und zwar unabhängig vom Frageinhalt [172, 173].

Methodische Limitationen zur Vergleichbarkeit der GEDA-Zusatzbefragung (2009) mit KomPaS (2017)

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der beiden Befragungen KomPaS (2017) und GEDA – Zusatzbefragung (2009) nur eingeschränkt möglich ist. Die KomPaS-Studie wurde als telefonische Befragung durchgeführt, die GEDA – Zusatzbefragung mit einem schriftlichen Fragebogen. Aus methodischer Sicht ist es schwierig, pauschal telefonische Befragungen mit schriftlichen Befragungen zu vergleichen. Ein wichtiger Unterschied zwischen beiden Befragungsarten ist die Zeit, die für die Beschäftigung mit den einzelnen Fragen zur Verfügung steht. Im Vergleich zur schriftlichen Befragung erlaubt es die Schnelligkeit und Spontanität der telefonischen Gesprächssituation den Befragten eher weniger, genauer über die Einschätzung nachzudenken. Zudem kann man davon ausgehen, dass die Erinnerungsleistung im Telefonsurvey vermindert ist, da die Befragten meist ohne visuelle Hilfsmittel sowohl die Frage als auch die Antwort verstehen und behalten müssen. Dieser sog. Recency-Effekt führt dazu, dass das zuletzt Gesagte besser im Gedächtnis bleibt und entsprechend häufiger gewählt wird. Deshalb erfolgen in dem Bericht weder ein direkter Vergleich noch eine konkrete Einschätzung zu Trendentwicklungen.

7.4 Ärztliche Beratung

7.4.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung

Die ärztliche Gesundheitsberatung ist eine wichtige ärztliche Aufgabe [174], zum Beispiel in der Allgemeinmedizin. Sie ist eine Kommunikationssituation innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung, in der die Vermittlung von Gesundheitsinformationen eine zentrale Rolle einnimmt. Trotz der Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen in den verschiedenen Medien ist für die meisten Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen Fragen die Ärztin bzw. der Arzt die Hauptansprechperson [48], und viele Menschen gehen mindestens einmal im Jahr in eine Arztpraxis [175, 176]. Dementsprechend könnten dort eine bedarfsgerechte Beratung und Präventionsempfehlungen zum Gesundheitsverhalten angeboten werden oder eine Vermittlung, im Sinne einer „Lotsenfunktion“, an entsprechende Organisationen wie zum Beispiel Sportvereine, kommerzielle Anbieter oder Volkshochschulen erfolgen [177]. In neun Bundesländern besteht für Ärztinnen und Ärzte schon länger die Möglichkeit, zum Themenfeld Bewegung zu beraten und dabei ein Rezept für bewegungsfördernde Präventionsleistungen auszustellen [178, 179].

Studien über strukturierte Kurzberatungen in der Arztpraxis zeigen, dass die (strukturierte) ärztliche Gesundheitsberatung zum Gesundheitsverhalten oder auch ärztlich verordnete Bewegung die Zielerreichung in der Verhaltensänderungen bei Patientinnen und Patienten erhöhen kann, zumindest kurz- oder mittelfristig, wenngleich zumeist nur geringe Effekte beobachtbar waren und nicht alle Studien Wirkungen nachweisen konnten [8, 180, 181].

Mit dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz wurde die ärztliche Gesundheitsberatung durch die Möglichkeit einer ärztlichen Präventionsempfehlung gestärkt [182]. Sie soll Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, verhaltensbezogene Risikofaktoren – wie Rauchen, riskanter Alkoholkonsum, un ausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel – zu verringern, um nichtübertragbaren und chronischen Erkrankungen vorzubeugen. Im Rahmen der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen und zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten nach § 25 SGB V soll nun stärker als bisher eine auf individuelle Risiken abgestimmte, präventionsorientierte Beratung erfolgen. Die Beratung soll über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen informieren und kann eine ärztliche Empfehlung für geeignete primärpräventive Maßnahmen in Form einer ärztlichen Bescheinigung enthalten. Die Präventionsempfehlung kann sich auf eine Individuum-bezogenen Leistung der gesetzlichen Krankenkassen oder auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention beziehen [183].

Bislang gibt jedoch nur ein geringer Anteil von Patientinnen und Patienten an, die in den letzten 12 Monaten in der Arztpraxis oder Ambulanz gewesen waren, dort ärztlich zu ihrem Gesundheitsverhalten beraten worden zu sein [8]. Daten aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) des Robert Koch-Instituts zeigen beispielsweise, dass die ärztliche Bewegungsberatung in Deutschland zwischen den Zeiträumen 1997-1999 und 2008-2011 seltener wurde. Bei den 18- bis 64-Jährigen hat etwa jede zehnte Person von einer ärztlichen Beratung zum Thema Bewegung berichtet. Gleichzeitig war ein Trend hin zu einer mehr krankheitsspezifischen Beratung zu erkennen (8,6% in der DEGS-Studie). Demnach zeigt die DEGS-Studie, dass insbesondere Personen mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes mellitus und Personen mit hohem gesundheitlichem Risikoprofil signifikant häufiger durch einen Arzt oder eine Ärztin zur Aufnahme körperlicher Aktivität beraten werden als gesunde Personen [8, 184].

Doch es fehlt an Erkenntnissen, wie aus der Sicht der Bevölkerung die ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten wahrgenommen und von welchen Faktoren sie beeinflusst wird. Ziel der Fragen zur ärzt-

lichen Beratung in der KomPaS-Studie ist die Beschreibung der Häufigkeit ärztlicher Beratung zu verschiedenen Gesundheitsverhalten und damit verbundener Verhaltensänderungen, beides aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

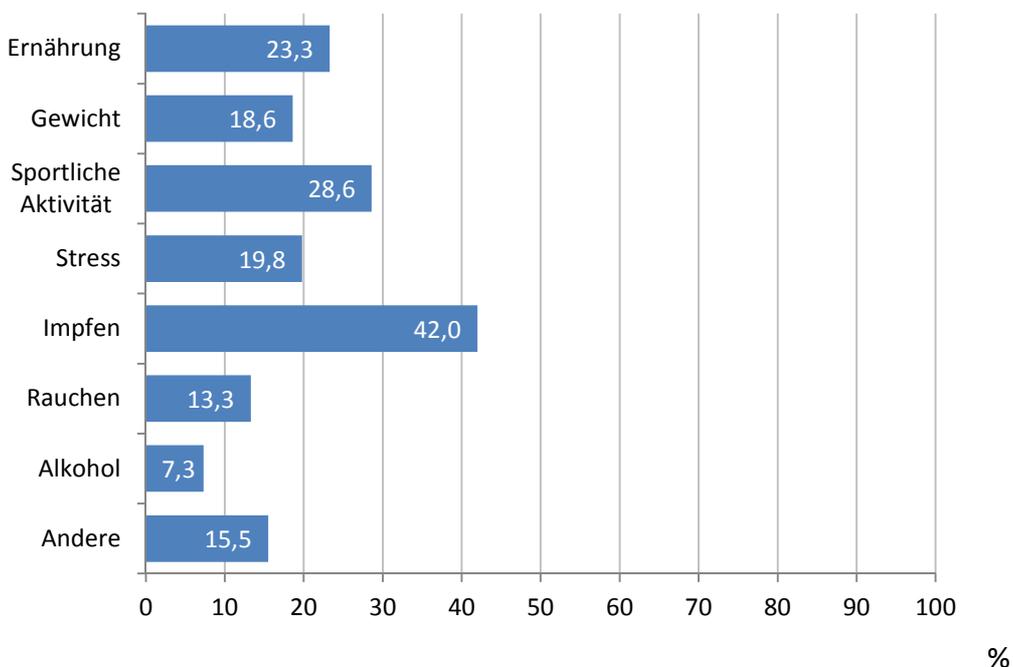
7.4.2 Ergebnisse

7.4.2.1 Ärztliche Beratung zu verschiedenen Gesundheitsthemen

Befragte, die angaben, in den letzten 12 Monaten in einer Arztpraxis oder Ambulanz gewesen zu sein, wurden in der KomPaS-Studie gefragt, ob sie zum Gesundheitsverhalten beraten wurden. Dabei sollte zu jedem der folgenden Themen angegeben werden, ob eine Beratung stattgefunden hat oder nicht: Ernährung, sportliche Aktivität, Gewicht, Stressbewältigung, Rauchen, Alkoholkonsum, Impfschutz und andere. Wenn eine Beratung bejaht wurde, wurde jeweils zusätzlich erfragt, ob dadurch das jeweilige Gesundheitsverhalten geändert wurde.

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung waren 90,8% (95%-KI 89,0-92,4) der Frauen und 85,6% (95%-KI 83,4-87,6) der Männer in einer Arztpraxis oder Ambulanz. Ihnen wurden die Fragen zur Inanspruchnahme einer ärztlichen Beratung gestellt. Am häufigsten gaben die Befragten an, in den letzten 12 Monaten beim Arztbesuch zum Impfschutz beraten worden zu sein (42,0%). Weniger als ein Drittel nannte eine Beratung zur sportlichen Aktivität (28,6%) und jeweils circa ein Fünftel zur Ernährung (23,3%), zum Körpergewicht (18,6%) und zum Stressmanagement (19,8%). Deutlich seltener wurden ärztliche Beratungen zum Rauchen (13,3%) und Alkoholkonsum (7,3%) berichtet (Abbildung 7.4.1).

Abbildung 7.4.1: Häufigkeit ärztlicher Beratung zu verschiedenen Gesundheitsverhalten, Anteil in %, n=5.053



Hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen fällt auf, dass die beiden höheren Altersgruppen häufiger Beratungen angaben, wobei dies nicht auf die über 64-Jährigen bei den Themen Rauchen, sportliche Aktivität, Impfschutz und Stressbewältigung zutrifft (Annex-Tabelle 7.4.1).

Signifikante Geschlechtsunterschiede gibt es bei vier Beratungsthemen. Männer berichteten häufiger über Beratungen zum Körpergewicht, zum Rauchen, zum Alkoholkonsum und zur Ernährung als Frauen. Bei dem Thema Stressbewältigung ist es umgekehrt (Abbildungen 7.4.2 und 7.4.3).

Abbildung 7.4.2: Häufigkeit ärztlicher Beratung von Frauen zu verschiedenen Gesundheitsverhalten Anteil in %, n=5.053

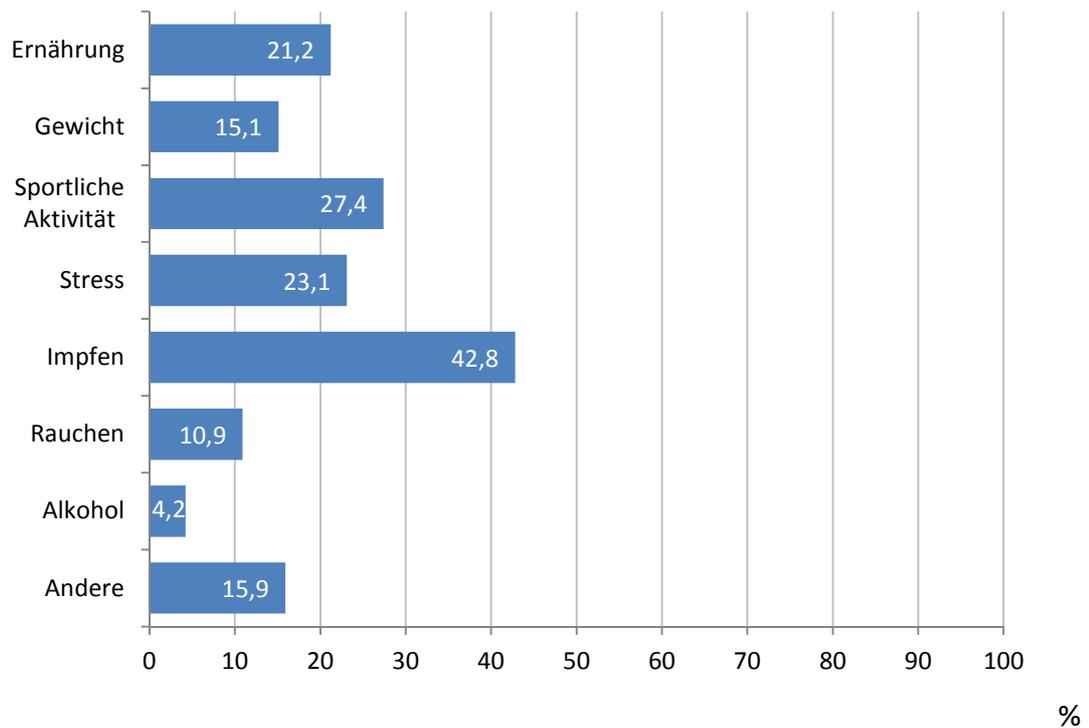
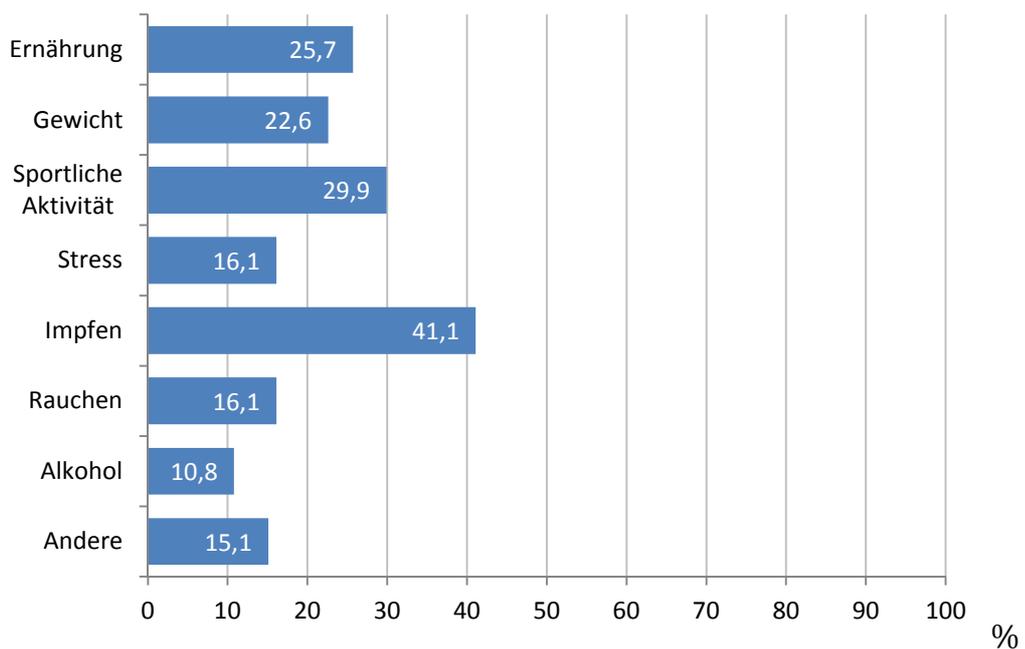
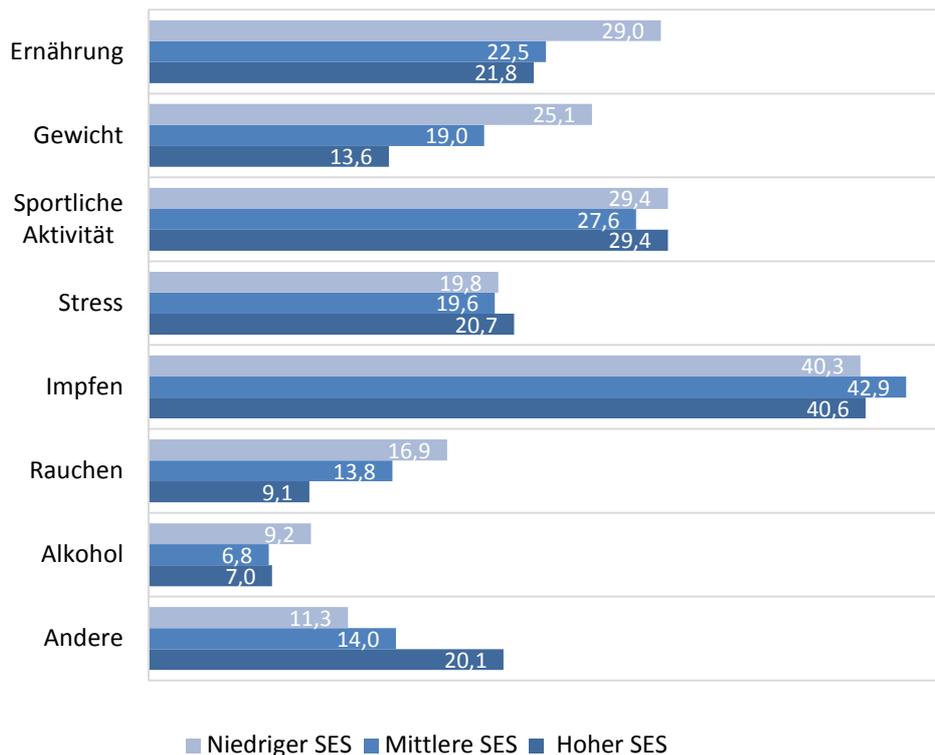


Abbildung 7.4.3: Häufigkeit ärztlicher Beratung von Männern zu verschiedenen Gesundheitsverhalten, Anteil in %, n=5.053



Personen mit niedrigem Sozialstatus berichteten häufiger über eine Beratung zur Ernährung, zum Gewicht, zum Rauchen oder zum Alkoholkonsum als Personen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Bei hohem Sozialstatus ist eine Beratung zu anderen als den im Fragebogen themenspezifisch genannten Gesundheitsthemen signifikant häufiger als bei den anderen sozialen Statusgruppen (Abbildung 7.4.4, Annex-Tabelle 7.4.1).

Abbildung 7.4.4: Häufigkeit ärztlicher Beratung zu verschiedenen Gesundheitsthemen nach sozioökonomischem Status (SES), Anteil in %, n=5.053



Die geschlechtsspezifische Untersuchung zeigt, dass bei Frauen wie bei Männern Personen in den höheren Altersgruppen häufiger angaben, zum Körpergewicht beraten worden zu sein. Ab 65 Jahren berichteten sie seltener von einer Beratung zum Stressmanagement und zum Rauchen. Eine weitere Auffälligkeit ist, dass bei Männern ab 45 Jahren häufiger eine Beratung zum Alkoholkonsum angegeben wurde. Frauen mit niedrigem Sozialstatus gaben häufiger als die anderen beiden sozialen Statusgruppen an, zur Ernährung, zum Gewicht, zum Rauchen und Alkoholkonsum beraten worden zu sein (Tabelle 7.4.1).

Tabelle 7.4.1 Teil 1: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), Anteile in %, n=5.053

	Ernährung				Gewicht				Sportliche Aktivität				Stress			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
n	2636		1927		2639		1925		2636		1925		2639		1926	
Gesamt	21,2	19,1-23,4	25,7	23,2-28,4	15,1	13,2-17,1	22,6	20,2-25,2	27,4	25,0-29,8	29,9	27,3-32,7	23,1	20,9-25,5	16,1	13,9-18,4
Altersgruppen																
p-Wert	0,066		0,000		0,042		0,000		0,143		0,002		0,000		0,000	
18-29 Jahre	13,0	7,3-22,0	14,8	9,0-23,2	9,6	4,1-20,9	12,1	6,8-20,7	26,7	18,2-37,4	28,2	20,6-37,3	26,0	17,2-34,7	16,6	10,8-24,8
30-44 Jahre	19,7	14,9-25,5	19,1	13,6-26,1	10,5	7,3-14,8	14,6	9,9-21,0	25,4	20,4-31,1	23,9	18,1-30,9	29,2	23,7-35,3	15,6	10,7-22,2
45-64 Jahre	23,5	20,4-27,0	30,9	27,0-35,1	16,2	13,5-19,4	29,1	25,2-33,3	29,2	25,8-32,7	35,1	31,1-39,3	27,0	23,8-30,4	20,6	17,3-24,4
65 Jahre und älter	23,4	20,2-26,9	31,1	27,0-35,6	20,0	16,9-23,5	26,8	22,9-31,0	27,0	23,5-30,8	28,6	24,6-32,8	12,6	10,1-15,5	9,3	7,0-12,3
SES																
p-Wert	0,031		0,073		0,000		0,038		0,135		0,217		0,615		0,689	
niedrig	25,7	19,4-33,1	33,4	24,2-43,9	21,6	16,0-28,5	29,7	21,1-39,9	28,5	21,1-37,3	30,6	22,0-40,8	21,8	14,6-31,0	17,2	10,8-26,2
mittel	20,3	17,9-22,9	25,2	21,8-28,8	15,2	12,9-17,9	23,4	20,1-27,0	27,9	25,0-31,0	27,2	23,8-31,0	23,7	20,9-26,7	14,7	11,9-18,0
hoch	19,7	15,6-24,5	23,6	20,3-27,3	8,9	6,8-11,5	17,8	15,0-21,0	23,3	20,0-27,1	34,6	30,6-38,7	24,4	21,0-28,2	17,5	14,4-21,1

Tabelle 7.4.1 Teil 2: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), Anteile in %, n=5.053

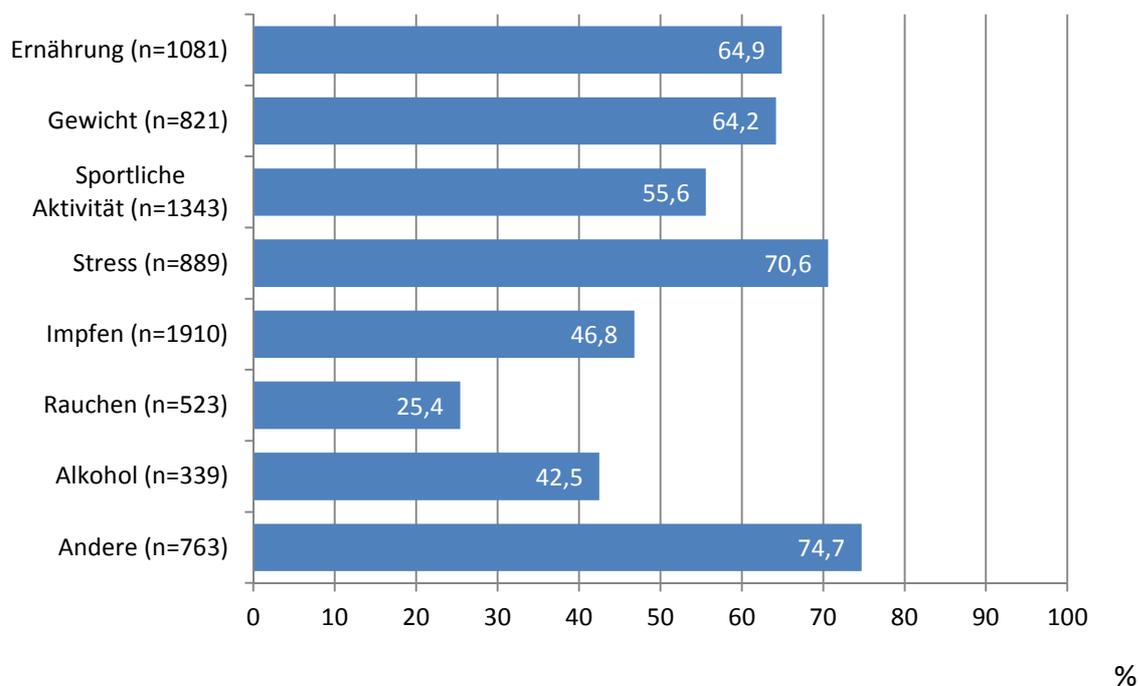
	Impfen				Rauchen				Alkohol				Andere			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
n	2635		1926		2640		1926		2640		1926		2632		1924	
Gesamt	42,8	40,1-45,4	41,1	38,2-44,1	10,9	9,2-12,7	16,1	13,9-18,5	4,2	3,1-5,7	10,8	9,1-12,7	15,9	14,0-17,9	15,1	13,1-17,2
Altersgruppen																
p-Wert	0,622		0,089		0,000		0,000		0,000		0,000		0,037		0,428	
18-29 Jahre	43,2	33,5-53,4	35,4	27,0-44,8	10,6	5,4-19,8	15,9	10,3-23,7	7	2,4-18,5	6,7	3,1-14,0	20,1	13,1-29,5	14,2	9,2-21,2
30-44 Jahre	44,5	38,1-51,1	38,5	31,2-46,3	11,8	8,4-16,3	16,8	11,5-24,0	2,3	1,1-4,6	5,1	2,7-9,4	18,4	14,3-23,4	15,1	10,5-21,2
45-64 Jahre	40,0	36,4-43,8	41,2	37,0-45,6	12,8	10,3-15,7	20,5	17,0-24,4	4,5	3,1-6,6	14,7	11,8-18,2	16,9	14,2-19,9	17,6	14,7-21,0
65 Jahre und älter	44,6	40,7-48,6	47,2	42,5-51,9	7,8	5,9-10,1	8,9	6,6-11,9	3,8	2,6-5,5	12,6	10,0-15,6	10,5	8,4-13,2	11,8	9,2-14,9
SES																
p-Wert	0,405		0,135		0,001		0,064		0,008		0,407		0,502		0,000	
niedrig	38,0	29,7-47,1	43,2	33,4-53,6	13,6	9,1-19,8	21,2	14,0-30,8	7,4	3,4-15,1	11,6	6,9-18,8	14,8	8,9-23,4	6,8	3,2-13,9
mittel	43,4	40,1-46,8	42,3	38,2-46,5	11,1	9,2-13,4	17,1	14,1-20,6	3,5	2,2-5,4	10,8	8,5-13,6	15,1	12,9-17,6	12,7	10,3-15,6
hoch	44,3	39,7-49,0	37,4	33,5-41,5	6,8	5,2-8,9	11,2	8,6-14,4	4,0	2,9-5,5	9,6	7,6-11,9	17,3	14,4-20,7	22,6	19,2-26,4

Bei Personen mit einem mittelmäßig bis schlechtem Gesundheitszustand oder dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung wurde zu allen Gesundheitsverhalten signifikant häufiger beraten, außer zum Impfen (Annex-Tabelle 7.4.2). Diese Unterschiede finden sich auch bei der geschlechtsspezifischen Untersuchung, wobei sich hier zeigt, dass beim Vorliegen einer chronischen Erkrankung zumindest die Männer zum Impfen beraten wurden (Annex-Tabelle 7.4.3). Personen mit niedrigem Gesundheitsbewusstsein werden nicht häufiger beraten als Personen mit einem mittleren oder hohen Gesundheitsbewusstsein, eine Ausnahme bildet das Rauchen (Annex-Tabelle 7.4.4). Personen mit hohen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen wurden häufiger ärztlich beraten (bei Stressbewältigung und Impfen ist der Unterschied signifikant) (Annex-Tabelle 7.4.4). Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass Männer mit hohen Kontrollüberzeugungen häufiger zu diesen beiden Themen eine ärztliche Beratung berichteten als die Männer mit weniger ausgeprägter Kontrollüberzeugungen (Annex-Tabelle 7.4.5). Des Weiteren findet sich hinsichtlich der Versicherungsart ein signifikanter Unterschied nur bei den Themen Alkoholkonsum sowie zur Angabe „andere“ Themen (konnte in der Befragung unter „sonstige Themen“ angegeben werden), zu denen privat Krankenversicherte häufiger eine Beratung berichteten als gesetzlich Krankenversicherte (Annex-Tabelle 7.4.6).

7.4.2.2 Verhaltensänderung nach ärztlicher Beratung zu verschiedenen Gesundheitsthemen

Die Frage nach einer Verhaltensänderung aufgrund der ärztlichen Beratung beantworteten, wie in der Abbildung 7.4.5 zu sehen ist, je nach Gesundheitsthema zwischen 25,4% (beim Rauchen) und 70,6% (bei der Stressbewältigung) der Befragten positiv.

Abbildung 7.4.5: Häufigkeit selbsteingeschätzter Verhaltensänderung nach ärztlicher Beratung zum Gesundheitsverhalten, (Ja-Antworten), Anteil in %



Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich des Alters und angegebener Verhaltensänderung. Eine Ausnahme bildet das Rauchen. Über 65-Jährige berichteten deutlich häufiger über eine Verhaltensänderung als die anderen Altersgruppen (Annex-Tabelle 7.4.7). Auffallende Unterschiede bezüglich des

Sozialstatus zeigen sich themenbezogen: Bei der sportlichen Aktivität gaben die untere und obere Statusgruppe seltener als die mittlere Statusgruppe an, eine Verhaltensänderung aufgrund der ärztlichen Beratung vorgenommen zu haben. Bei Ernährung und den unter „andere“ zusammengefassten Themen war es die niedrige Sozialstatusgruppe, während beim Alkoholkonsum die mittlere und hohe Statusgruppen keine Verhaltensänderung aufgrund der ärztlichen Beratung berichteten. Eine Auswertung der Verhaltensänderung nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus wird wegen zu kleiner Fallzahlen in Subgruppen nicht dargestellt.

Eine Verhaltensänderung nach ärztlicher Beratung zeigt sich bei keinem der Gesundheitsthemen hinsichtlich des Faktors selbsteingeschätzter Gesundheitszustand. Beim Vorliegen einer chronischen Erkrankung berichteten nur Männer mit chronischer Krankheit häufiger eine Verhaltensänderung als ohne chronische Erkrankung (70,0% vs. 57,3%) (Annex-Tabelle 7.4.8). Das Gesundheitsbewusstsein und die Verhaltensänderung nach einer ärztlichen Beratung zum Gesundheitsverhalten stehen vor allem bei den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht in einem Zusammenhang. Personen, die angaben, „gar nicht“ oder „weniger“ auf ihre Gesundheit zu achten, berichteten sehr viel seltener über eine Verhaltensänderung als diejenigen, die dies mit „mittelmäßig“ oder „stark“/„sehr stark“ angaben. Die Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlich ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein im Hinblick auf eine Verhaltensänderung fallen sehr groß aus, beispielsweise bei dem Thema Ernährung: der Anteil, der angab „gar nicht“ oder „weniger“ auf Gesundheit zu achten beträgt und die Ernährung verändert hat beträgt nur 14,6%, bei denjenigen, die angeben „mittelmäßig“ auf ihre Gesundheit zu achten sind 64,3% und bei „stark“/„sehr stark“ ausgeprägte, Gesundheitsbewusstsein sind 72,0% (Annex-Tabelle 7.4.9). Diese Unterschiede zeigen sich auch in der geschlechtsspezifischen Untersuchung der Unterschiede (nicht dargestellt). Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen sind nur bei wenigen Gesundheitsverhalten Unterschiede zu sein (und nur bei Ernährung ist der Unterschied signifikant), und teilweise die Konfidenzintervalle sind sehr groß, so dass hier keine allgemeine Aussage gemacht werden kann.

7.4.3 Diskussion

Ein kleiner Anteil von Patientinnen und Patienten, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in einer Arztpraxis oder Ambulanz waren, gaben an, dort ärztlich zu ihrem Gesundheitsverhalten beraten worden zu sein. Je nach Gesundheitsthema handelt es sich um 7,3% bis 42,0% der Bevölkerung. Die Unterschiede in der Häufigkeit lassen sich zumindest teilweise durch die unterschiedliche Prävalenz von Erkrankungen erklären, auf die durch die Beratung zum Gesundheitsverhalten Einfluss genommen werden soll. Zum Beispiel ist die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums in der Bevölkerung niedriger als die von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes [185]. Während ersterer primär durch die Verringerung des Alkoholkonsums beeinflusst wird, gehen die beiden anderen genannten Erkrankungen auf mehrere Faktoren zurück wie etwa Ernährung, körperliche Aktivität und Körpergewicht. Dementsprechend höher sind die Anteile der Beratungen zur Ernährung, sportlicher Aktivität und Gewicht im Vergleich zum Alkoholkonsum. Auffallend ist die hohe Verbreitung der Beratung zum Impfen, die wahrscheinlich durch Beratungen zu erklären sind, die z. B. vor einer Impfung wie der Grippe-schutzimpfung oder Tetanusschutzimpfung durchgeführt werden.

Für den Bereich körperliche Aktivität deuten die Ergebnisse an, dass sich der Anteil der Beratungen hierzu in den letzten Jahren erhöht hat. So berichtete in den Jahren 2008 bis 2011 ein Zehntel der Bevölkerung von einer ärztlichen Beratung zum Thema Bewegung [8]. Die mit dem Präventionsgesetz verbundene Stärkung der ärztlichen Präventionsempfehlung und der Bedeutung von Prävention und

Gesundheitsförderung könnten zu dem Anstieg beigetragen haben. Einschränkend ist zu dieser Beobachtung zu bemerken, dass die Daten von 2008-2011 in einer schriftlichen Befragung erhoben wurden, während in der KomPaS-Studie eine Telefonbefragung durchgeführt wurde. Somit sind die Daten nur eingeschränkt vergleichbar. Zukünftige Studien könnten aufzeigen, wie sich die Häufigkeit der ärztlichen Beratung entwickelt und welche Faktoren hierfür verantwortlich sind.

Die beschriebenen geschlechts-, alters- und soziallagenbezogenen Unterschiede geben Hinweise auf weiteres Beratungspotenzial für die verschiedenen Gesundheitsthemen, besonders da fast die Hälfte der Befragten anlässlich der Beratung eine Änderung ihres Gesundheitsverhaltens angeben. Die Ergebnisse spiegeln im Hinblick auf den Sozialstatus auch wider, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus häufiger gesundheitlich belastet sind, als Personen der anderen Statusgruppen [185].

Als Einschränkung ist bei den Auswertungen hier zu erwähnen, dass es sich um eine Querschnittsstudie handelt und dass verschiedene Analysen aufgrund niedriger Fallzahlen in den Subgruppen nicht möglich waren. Einige Ergebnisse wurden, wenn die Konfidenzintervalle zu groß oder die untere Grenze zu niedrig im Vergleich zur Prävalenz waren, nicht vorgestellt oder einzelne signifikante Unterschiede nicht diskutiert.

Neben verhältnispräventiven und Settingmaßnahmen bietet die ärztliche Beratung eine mögliche Ergänzung zur Förderung des Gesundheitsverhaltens. Damit sie zu einer wirksamen Verringerung individueller verhaltensbezogener Risikofaktoren beitragen können, bedarf es spezifischer Kompetenzen der Kommunikation und der Informationsvermittlung. Die hohe Bedeutung einer gelungenen Kommunikation und Informationsvermittlung in der ärztlichen Praxis wurde auch vom Deutschen Ärztetag erkannt, der Kompetenzen zur Kommunikation in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung stärken möchte [186]. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse einer Studie zum Rezept für Bewegung [187], dass vorhandene Forschungsergebnisse über die Bedeutung bestimmter Gesundheitsverhaltensweisen auf die Gesundheit unter Ärztinnen und Ärzten noch stärker vermittelt werden sollten, ebenso wie Informationen über Angebote vor Ort, an die sie nach der Beratung weitervermitteln können.

7.5 Informierte Entscheidung bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

7.5.1 Problemhintergrund und Stand der Forschung

7.5.1.1 Hintergrund

Krebserkrankungen gehören zu den häufigen Erkrankungen in Deutschland, und die Zahl der Krebpatientinnen und -patienten hat aufgrund des demografischen Wandels mit der Zunahme des Anteils Älterer in der Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die Zahl der krebsbedingten Sterbefälle ist dagegen nur geringfügig angestiegen [185, 188]. Diese Entwicklung wird in erster Linie auf Fortschritte in der Therapie zurückgeführt, aber auch auf Erfolge bei der Krebsfrüherkennung, denn viele Krebserkrankungen sind heilbar oder mit sehr guten Überlebenseaussichten verbunden, wenn sie in einem frühen Stadium festgestellt werden.

Seit den 1970er Jahren gehören Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für bestimmte Krebserkrankungen zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie werden Frauen und Männern verschiedener Altersgruppen in einem bestimmten Turnus angeboten, die Teilnahme daran ist freiwillig. Dabei sind die Senkung der krebsspezifischen Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit die übergeordneten Ziele der Krebsfrüherkennung [189]. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind derzeit Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs sowie Hautkrebs verankert [190]. Die Kosten für diese Untersuchungen werden von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen, die Teilnahme daran ist freiwillig.

Alle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können neben ihrem Nutzen aber auch mit gewissen Belastungen oder Risiken verbunden sein, z.B. Komplikationen bei bestimmten Untersuchungen, falsche Diagnosen oder Übertherapie. Da sich das Angebot von Krebsfrüherkennung an gesunde bzw. beschwerdefreie Personen richtet, wird eine informierte Entscheidung über Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der entsprechenden Untersuchung als wichtig erachtet. Die Steigerung der informierten Inanspruchnahme von im Nutzen belegter Krebsfrüherkennungsprogramme ist erklärtes gesundheitspolitisches Ziel und im Nationalen Krebsplan verankert [191].

Als informiert gilt eine Entscheidung, die auf der Basis von ausreichendem Wissen über Vor- und Nachteile im Einklang mit den persönlichen Präferenzen und Überzeugungen getroffen wird und sich im Verhalten (Teilnahme oder Nichtteilnahme) niederschlägt [192]. Für eine informierte Entscheidung bei der entsprechenden Krebsfrüherkennungsuntersuchung bedeutet das, die jeweiligen Vor- und Nachteile zu kennen, gegeneinander abzuwägen und in Beziehung zur persönlichen Einstellung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu setzen und dann eine Entscheidung über Teilnahme oder Nicht-Teilnahme zu treffen. Dabei ist auch relevant, dass es bei den verschiedenen Krebserkrankungen Unterschiede hinsichtlich der Wahrscheinlichkeiten des Auftretens sowie möglicher Folgen der Erkrankung gibt. Eine informierte Entscheidung erfordert damit sowohl die Verfügbarkeit vollständiger Informationen über Vorteile und mögliche Risiken der entsprechenden Maßnahme als auch die Fähigkeit, eine bewusste und informierte Entscheidung treffen zu können, also Gesundheitskompetenz.

Die bereits bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Darm- und Gebärmutterhalskrebs werden derzeit zu organisierten und qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen ausgebaut. Notwendige Bestandteile sind dabei regelmäßige Einladungen und die Bereitstellung umfassender und verständlicher Informationen über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde bereits die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschlossen, die einen besonderen Teil für das Programm zur Früherkennung von

Darmkrebs enthält und seit dem 19.10.2018 in Kraft ist [193]. Am 22. November 2018 wurde das organisierte Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs beschlossen [194]. Der Beschluss zur Ergänzung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 1. Juli 2019 in Kraft.

Die bislang gültige Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen sieht vor, dass Frauen und Männer ab 55 Jahren Anspruch auf eine präventive Darmspiegelung (Koloskopie) zur Früherkennung von Darmkrebs haben, die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren wiederholt werden kann. Alternativ wird alle zwei Jahre ein Stuhltest angeboten, der bei auffälligem Befund koloskopisch abgeklärt wird [4]. Aufgrund der verschiedenen möglichen Früherkennungsstrategien sind vorab Beratungsgespräche vorgesehen, in denen von ärztlicher Seite über Ziel und Zweck der Maßnahmen informiert werden soll, aber auch über die Häufigkeit und das Krankheitsbild von Darmkrebs sowie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen und die Vorgehensweise bei einem positiven Befund [190].

7.5.1.2 Stand der Forschung

Von Marteau et al. wurde erstmals im Jahr 1999 ein Modell zur Messung der informierten Entscheidung (am Beispiel eines pränatalen Screening-Tests auf das Down-Syndrom) entwickelt [195], das sich auf folgende Definition stützt: Eine informierte Entscheidung basiert auf relevantem Wissen, stimmt mit den Werten der Entscheidungsträgerin/des Entscheidungsträgers überein und schlägt sich entsprechendem Verhalten nieder, also der Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme des Tests [196]. Das Modell bildet die Dimensionen Wissen, Einstellung und Inanspruchnahme skaliert ab und es kann damit beurteilt werden, ob ausreichendes oder unzureichendes Wissen über den Screening-Test sowie eine positive oder negative Einstellung zum Screening-Test bei Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme vorliegen.

Werden nicht nur die Komponenten Wissen, Einstellung und Inanspruchnahme, sondern der gesamte Prozess der informierten Entscheidungsfindung (englisch: *informed decision making*) betrachtet, können folgende Schritte unterschieden werden: 1) Kenntnis des Tests inklusive der damit verbundenen Vorteile und Risiken sowie Kenntnis möglicher Alternativen; 2) Bewusstmachen der persönlichen Werte und Vorlieben; 3) Abwägung der Vor- und Nachteile des Tests; 4) Klärung der Entscheidungspräferenzen; 5) bei Bedarf Einholen zusätzlicher Informationen; und 6) Fällen einer Entscheidung [197].

Angewandt auf das Treffen einer informierten Entscheidung bei der Krebsfrüherkennung bedeutet dies, dass die Anspruchsberechtigten die entsprechenden Angebote kennen, umfassend und ausgewogen über Nutzen und Schaden aufgeklärt werden, sich selbst Informationen und Entscheidungsgrundlagen verschaffen können und diese auch für ihre individuellen Entscheidungen bezüglich einer Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen anwenden können [198]. Neben Kenntnis des Angebotes sind demnach Einstellung, Kommunikation und Information, Wissen und Inanspruchnahme die wesentlichen Aspekte der informierten Entscheidung bei der Krebsfrüherkennung.

7.5.2 Fragestellung

Die KomPaS-Studie widmet sich der Erfassung der Komponenten der informierten Entscheidung bei der Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie in der Bevölkerung vor Einführung des organi-

sicherten und qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms. Dabei soll folgende Fragestellung beantwortet werden: Wie verbreitet ist die informierte Entscheidung bei der Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsleistungen am Beispiel der präventiven Darmspiegelung? Dafür werden neben den Angaben zur Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie und zur ärztlichen Beratung die persönliche Einstellung der Befragten sowie ihr Wissen zu Nutzen und Risiken der Untersuchung berücksichtigt. Es kann dabei dargestellt werden, in welchen Bereichen sich Personen, die bereits eine präventive Darmspiegelung hatten (Teilnehmerinnen und Teilnehmer), von denen unterscheiden, die diese Untersuchung (noch) nicht in Anspruch genommen haben (Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer).

7.5.3 Ergebnisse

In der KomPaS-Studie sind 2.901 Personen ab 55 Jahren telefonisch zur informierten Entscheidung bei der Früherkennungskoloskopie befragt worden (54,2% Frauen und 45,8% Männer).

7.5.3.1 Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie wurde mit zwei Fragen erfasst: Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, was war der Grund für diese Untersuchung (die Darmspiegelung erfolgte präventiv; die Darmspiegelung erfolgte aufgrund von Symptomen oder einem auffälligen Untersuchungsergebnis)? Damit können Teilnehmer/Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer/Nicht-Teilnehmerinnen der präventiven Koloskopie unterschieden werden.

Bei insgesamt 2.892 Personen ab 55 Jahren (66,3%; 95%-KI 64,1-68,4) liegen Aussagen zur Inanspruchnahme einer Darmspiegelung vor: 66,8% der Frauen und 65,6% der Männer berichteten von der Durchführung einer Koloskopie, ältere Personen häufiger als jüngere, der Sozialstatus hat keinen eindeutigen Effekt (siehe Tabelle 7.5.1).

Tabelle 7.5.1: Anteil der Personen (in %), die von der Durchführung einer Darmspiegelung berichten, nach Alter und sozioökonomischem Status, n=2.892

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	66,8	63,9-69,6		65,6	62,3-68,9	
Altersgruppen			<0,001			<0,001
55-59 Jahre	55,4	48,4-62,2		52,8	45,1-60,4	
60-64 Jahre	62,2	55,2-68,7		65,8	58,2-72,6	
65 Jahre und älter	71,4	67,7-74,8		70,5	66,2-74,5	
Sozialstatus			0,064			0,193
Niedrig	60,1	51,8-67,9		58,0	46,2-68,9	
Mittel	68,9	65,3-72,4		66,8	62,0-71,3	
Hoch	67,3	62,3-71,9		67,9	63,4-72,0	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,595

Nach dem Grund der Koloskopie gefragt, gaben insgesamt 65,9% (95%-KI 63,1-68,6) der Befragten, die bereits eine Darmspiegelung hatten, an, dass die Untersuchung präventiv erfolgte (Frauen: 62,7%, Männer: (69,7%) (siehe Tabelle 7.5.2).

Tabelle 7.5.2: Verteilung der Inanspruchnahme der präventiven und der symptominduzierten Koloskopie (in %) bei den Personen, die von der Durchführung einer Darmspiegelung berichten, nach Alter und sozioökonomischem Status, n=1.930

	Frauen				
	Präventiv		Aufgrund von Symptomen		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Gesamt	62,7	58,9-66,3	37,3	33,7-41,1	
Altersgruppen					0,287
55-59 Jahre	55,9	46,6-64,8	44,1	35,2-53,4	
60-64 Jahre	61,3	51,3-70,5	38,7	29,5-48,7	
65 Jahre und älter	64,5	60,0-68,8	35,5	31,2-40,0	
Sozialstatus					0,009
Niedrig	49,5	38,7-60,4	50,5	39,6-61,3	
Mittel	64,0	59,4-68,4	36,0	31,6-40,6	
Hoch	67,6	62,0-72,8	32,4	27,2-38,0	
	Männer				
	Präventiv		Aufgrund von Symptomen		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Gesamt	69,7	65,6-73,6	30,3	26,4-34,4	
Altersgruppen					0,008
55-59 Jahre	58,2	46,9-68,7	41,8	31,3-53,1	
60-64 Jahre	65,4	56,2-73,6	34,6	26,4-43,8	
65 Jahre und älter	74,5	69,6-78,9	25,5	21,1-30,4	
Sozialstatus					0,134
Niedrig	71,3	56,2-82,8	28,7	17,2-43,8	
Mittel	66,5	60,5-72,0	33,5	28,0-39,5	
Hoch	76,0	70,6-80,7	24,0	19,3-29,4	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,012

7.5.3.2 Grund für die Nicht-Teilnahme/die Teilnahme

Personen, die bislang noch keine Darmspiegelung hatten, wurden nach dem Hauptgrund für die bisherige Nicht-Teilnahme gefragt. Als häufigster Grund wurde mit 46,7% genannt: „Weil ich keine Probleme mit dem Darm habe“ (Frauen: 41,9%, Männer: 52,0%). Der zweithäufigste Grund war „Weil ich es persönlich nicht für notwendig halte“ mit 18,8% (Frauen: 19,9%, Männer: 17,5%) (siehe Tabelle 7.5.3).

Tabelle 7.5.3: Hauptgrund für die bisherige Nicht-Teilnahme an der präventiven Darmspiegelung, (Anteilen in %), n=928

	Frauen und Männer gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Weil ich es persönlich nicht für notwendig halte	18,8	15,9-22,2	19,9	15,9-24,7	17,5	13,5-22,6
Weil ich Angst vor der Untersuchung habe	11,8	9,4-14,7	15,7	12,2-20,0	7,4	4,5-11,7
Weil ich Angst vor der Krebsdiagnose habe	3,7	2,5-5,5	4,4	2,6-7,3	3,0	1,6-5,4
Weil ich keine Probleme mit dem Darm habe	46,7	42,7-50,7	41,9	36,8-47,3	52,0	46,0-58,0
Weil ich keine Zeit hatte, oder der Aufwand zu groß wäre	6,0	4,4-8,3	4,9	3,1-7,7	7,4	4,7-11,3
Weil ich mich zu wenig informiert fühle	3,0	1,8-4,9	2,9	1,4-5,6	3,1	1,5-6,3
Aus einem anderen Grund	9,9	7,9-12,5	10,3	7,6-13,7	9,6	6,7-13,6

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,025

Auch Personen, die bereits eine präventive Darmspiegelung hatten, wurden nach dem Hauptgrund für die Teilnahme an dieser Untersuchung gefragt. Als häufigster Grund wurde mit 54,1% genannt: „Weil mir mein Arzt die Darmspiegelung empfohlen hat“ (Frauen: 54,0%, Männer: 54,3%). Der zweithäufigste Grund war „Weil ich mich selbst informiert habe und vom Nutzen der Darmspiegelung überzeugt bin“ mit 27,3% (Frauen: 24,5%, Männer: 30,3%) (siehe Tabelle 7.5.4).

Tabelle 7.5.4: Hauptgrund für die Teilnahme an der präventiven Darmspiegelung, (Anteile in %), n=1.323

	Frauen und Männer gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Weil mir mein Arzt die Darmspiegelung empfohlen hat	54,1	50,7-57,5	54,0	49,3-58,6	54,3	49,3-59,3
Weil ich mich selbst informiert habe und vom Nutzen der Darmspiegelung überzeugt bin	27,3	24,4-30,3	24,5	20,9-28,4	30,3	25,9-35,1
Weil jemand in meiner Familie / in meinem Freundeskreis an Darmkrebs erkrankt ist. Und ich Angst habe, das Gleiche zu erleben	13,1	11,0-15,5	14,6	11,6-18,1	11,4	8,6-14,9
Weil die Krankenkassen die Kosten für die Darmspiegelung übernehmen	1,7	1,1-2,6	1,8	1,0-3,3	1,6	0,9-2,9
Aus einem anderen Grund	3,8	2,7-5,5	5,2	3,3-8,0	2,3	1,2-4,4

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,052

7.5.3.3 Ärztliche Beratung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer präventiven Koloskopie

Die Personen, die bereits über die Durchführung einer präventiven Koloskopie berichten, wurden gefragt, ob sie vor der Untersuchung zum Nutzen und zu möglichen Risiken ärztlich beraten wurden. 84,8% (95%-KI 82,0-87,3) der Personen, die bereits eine präventive Darmspiegelung hatten (n=1.289) bejahten dies (Frauen 83,8%, Männer: 85,9%) (siehe Tabelle 7.5.5). Dabei fällt auf, dass ältere Personen (ab 65 Jahren) signifikant seltener angeben, beraten worden zu sein als jüngere (55 bis 59 Jahre). Hinsichtlich des Sozialstatus zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 7.5.5: Stattgefundene ärztliche Beratung vor der Darmspiegelung zum Nutzen und zu möglichen Risiken, (Anteile in%), nach Alter und sozioökonomischem Status, n=1.289

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	83,8	79,8-87,1		85,9	81,6-89,3	
Altersgruppen			0,001			0,044
55-59 Jahre	96,8	91,8-98,8		87,8	69,1-95,9	
60-64 Jahre	88,6	80,2-93,7		96,3	89,4-98,8	
65 Jahre und älter	80,1	74,9-84,5		82,3	76,8-86,7	
Sozialstatus			0,144			0,090
Niedrig	74,6	60,1-85,2		74,9	55,4-87,7	
Mittel	84,0	78,9-88,1		86,7	80,5-91,2	
Hoch	86,1	80,0-90,6		89,2	84,4-92,7	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,429

Diejenigen, die angeben, vor der Untersuchung beraten worden zu sein, wurden nach Details des Beratungsgesprächs gefragt. Die erste Frage bezog sich darauf, ob ihnen der Nutzen der Darmspiegelung erklärt wurde, was fast alle (98,4%) bestätigten (Frauen: 97,9%, Männer: 98,8%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.1). Dabei zeigen sich bei Männern Unterschiede nach Sozialstatus: Männer mit niedrigem SES geben signifikant seltener an, dass ihnen der Nutzen erklärt wurde.

Die anschließende zweite Frage bezog sich auf die Durchführung der Untersuchung. Auch hier bestätigten fast alle Befragten (97,9%), dass ihnen erklärt wurde, wie die Darmspiegelung durchgeführt wird (Frauen: 97,5%, Männer: 98,3%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.2). Auch bei der Beantwortung dieser Frage geben Männer mit niedrigem SES geben signifikant seltener an, dass ihnen erklärt wurde wie die Untersuchung durchgeführt wird.

Die nächste Frage war, ob die Personen darüber aufgeklärt wurden, welche möglichen Risiken mit einer Darmspiegelung verbunden sein können. Auch das bestätigte die Mehrzahl der Befragten (89,0%, Frauen 88,7%, Männer: 89,2%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.3). Hier zeigen sich signifikante Alterseffekte dahingehend, dass ältere Personen ab 65 Jahren weniger häufig angeben, über Risiken aufgeklärt worden zu sein als jüngere (55 bis 59 Jahre).

Auf die Frage, ob ihnen erklärt wurde, was passieren würde, sollte sich bei der Untersuchung ein Verdacht auf Darmkrebs ergeben, antworteten 71,4% mit ja (Frauen: 71,0%, Männer: 71,9%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.4). Auch diese Frage bejahten jüngere Männer häufiger als ältere.

Die beratenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden darüber hinaus zur Einschätzung der eigenen Informiertheit nach der Beratung und dem möglicherweise selbstständigen Einholen weiterer Informationen befragt. Fast alle Befragten (97,5%) geben an, dass sie sich nach diesem Gespräch ausreichend über die Darmspiegelung informiert fühlten (Frauen 97,0%, Männer: 98,0%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.5). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (54,3%) gibt an, sich darüber hinaus selbst informiert zu haben (Frauen: 55,9%, Männer: 52,6%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.6)

7.5.3.4 Persönliche Einstellung

Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer wurden gefragt, ob sie beabsichtigen, zukünftig eine Darmspiegelung zur Krebsfrüherkennung durchführen zu lassen. Das bejahten 36,0% (95%-KI 32,1-40,1), signifikant weniger Frauen als Männer (Frauen: 28,8%, Männer: 44,3%) (siehe Tabelle 7.5.6). Diese Absichtserklärung gaben deutlich mehr jüngere als ältere Personen.

Tabelle 7.5.6: Absicht der Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer zukünftig eine Darmspiegelung zur Krebsfrüherkennung durchführen zu lassen, (Anteile in%), nach Alter und sozioökonomischem Status, n=867

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	28,8	24,2-33,9		44,3	38,1-50,6	
Altersgruppen			<0,001			<0,001
55-59 Jahre	42,7	32,4-53,7		68,2	57,0-77,7	
60-64 Jahre	39,1	29,0-50,2		49,7	35,8-63,7	
65 Jahre und älter	18,8	13,7-25,3		27,5	19,9-36,6	
Sozialstatus			0,072			0,384
Niedrig	25,4	16,0-37,9		42,3	25,2-61,6	
Mittel	27,1	21,4-33,7		48,3	39,5-57,2	
Hoch	42,2	33,0-51,9		37,7	30,0-46,0	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=<0,001

Personen, die bereits eine präventive Darmspiegelung gehabt hatten (Teilnehmerinnen und Teilnehmer), und auch dazu beraten wurden, wurden ebenfalls gefragt, ob sie die Untersuchung zur Krebsfrüherkennung nach dem gesetzlich vorgegebenen Zeitintervall von 10 Jahren erneut durchführen lassen wollen. Das bejahten 88,0% (95%-KI 85,1-90,5) (siehe Tabelle 7.5.7). Signifikante Geschlechterunterschiede bestehen bei dieser Gruppe nicht und der Alterseffekt, dass mehr jüngere als ältere Befragten diese Absicht äußern, zeigt sich nur bei den Männern.

Tabelle 7.5.7: Absicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zukünftig erneut eine Darmspiegelung zur Krebsfrüherkennung durchführen zu lassen, (Anteile in%), nach Alter und sozioökonomischem Status, n=1.076

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	85,6	81,1-89,2		90,5	86,4-93,5	
Altersgruppen			0,049			<0,001
55-59 Jahre	96,9	81,0-99,6		98,2	93,0-99,6	
60-64 Jahre	91,6	76,2-97,4		98,8	94,9-99,7	
65 Jahre und älter	81,3	75,5-86,0		85,6	79,2-90,2	
Sozialstatus			0,058			0,790
Niedrig	77,7	60,9-88,6		87,1	66,6-95,8	
Mittel	86,4	81,1-90,4		90,4	83,5-94,6	
Hoch	93,2	88,6-96,0		91,3	86,2-94,6	

Unterschied Frauen vs. Männer: $p=0,076$

7.5.3.5 Wissensstand

Der Wissensstand zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurde anhand der Einschätzung von drei Aussagen zu Nutzen und möglichen Risiken der Untersuchung erfragt. Die Befragten sollten angeben, ob die folgenden (richtigen) Aussagen zutreffend oder nicht zutreffend sind:

- „Die Darmspiegelung verringert das Risiko an Darmkrebs zu erkranken.“
- „Bei der Darmspiegelung können Darmpolypen oder krebsverdächtiges Gewebe übersehen werden.“
- „Bei der Darmspiegelung können Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten.“

Von den Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmern geben 72,4% richtig an, dass die Darmspiegelung das Risiko an Darmkrebs zu erkranken verringert (Frauen: 72,8%, Männer: 71,8%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.7). Etwas mehr als die Hälfte (55,1%) gibt richtig an, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen oder krebsverdächtiges Gewebe übersehen werden können (Frauen: 54,7%, Männer: 55,6%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.8). 82,4% geben richtig an, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden können, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten (Frauen: 84,1%, Männer: 80,5%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.9).

Von Personen, die bereits eine präventive Darmspiegelung gehabt hatten (Teilnehmerinnen und Teilnehmer), und auch dazu beraten worden sind, geben 81,2% geben richtig an, dass eine Darmspiegelung das Risiko an Darmkrebs zu erkranken verringert (Frauen: 82,5%, Männer: 79,7%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.10). 59,1% geben richtig an, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen oder krebsverdächtiges Gewebe übersehen werden können (Frauen: 58,0, Männer: 60,4%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.11). 84,7% geben richtig an, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden können, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten (Frauen: 83,7%, Männer: 85,8%) (siehe Annex-Tabelle 7.5.12).

Bei einer Gegenüberstellung der beiden Gruppen hinsichtlich der Beantwortung der Wissensfragen fällt auf, dass nur bei der Aussage, dass die Darmspiegelung das Risiko verringert, an Darmkrebs zu erkranken, signifikant mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer diese richtig beantwortet haben (siehe Tabellen 7.5.8 bis 7.5.10).

Tabelle 7.5.8: Zutreffend-Angaben, dass die Darmspiegelung das Risiko an Darmkrebs zu erkranken verringert, (Anteile in%), n=1.965

	Nicht-Teilnehmerinnen / Nicht-Teilnehmer		Beratene Teilnehmerinnen / Teilnehmer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen	72,8	67,8-77,4	83,1	79,1-86,5	0,001
Männer	71,8	66,0-77,0	80,1	75,7-83,9	0,017
Frauen und Männer gesamt	72,4	68,6-75,9	81,6	78,7-84,2	<0,001

Tabelle 7.5.9: Zutreffend-Angaben, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen oder krebverdächtiges Gewebe übersehen werden können, (Anteile in%), n=1.912

	Nicht-Teilnehmerinnen / Nicht-Teilnehmer		Beratene Teilnehmerinnen / Teilnehmer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen	54,7	48,6-60,6	56,8	51,3-62,2	0,604
Männer	55,6	48,9-62,0	58,9	53,3-64,3	0,441
Frauen und Männer gesamt	55,1	50,6-59,5	57,9	53,9-61,7	0,360

Tabelle 7.5.10: Zutreffend-Angaben, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden können, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten, (Anteile in%), n=1.842

	Nicht-Teilnehmerinnen / Nicht-Teilnehmer		Beratene Teilnehmerinnen / Teilnehmer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen	84,1	79,0-88,1	84,4	79,6-88,3	0,916
Männer	80,5	74,6-85,4	88,2	83,2-91,8	0,029
Frauen und Männer gesamt	82,4	78,6-85,6	86,3	83,0-89,1	0,095

7.5.4 Diskussion

Mit der KomPaS-Studie können wesentlich Aspekte der informierten Entscheidung bei der Krebsfrüherkennung dargestellt werden. Die Ergebnisse können sowohl für Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer der präventiven Darmspiegelung ausgewertet werden. Darüber hinaus liegen Angaben für die Gründe der Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme vor, sowie wesentliche Aspekte der ärztlichen Beratung zu Nutzen und zu möglichen Risiken der Untersuchung.

In der KomPaS-Studie berichten zwei Drittel der Befragten ab 55 Jahren, dass bei ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt wurde. Nach dem Grund befragt, gaben fast zwei Drittel der Frauen

(63%) und fast drei Viertel der Männer (70%) an, dass dies zur Krebsfrüherkennung erfolgt ist. Das deckt sich in der Größenordnung mit Ergebnisse anderer Befragungsstudien [198, 199].

Die angegebenen Gründe für die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme geben Auskunft darüber, welche Motive in der Bevölkerung vorherrschend sind. Keine Probleme mit dem Darm zu haben, ist der häufigste angegebene Grund für eine bisherige Nicht-Teilnahme. In einer früheren Studie des Robert Koch-Instituts (GEDA 2010) wurde die Akzeptanz der Früherkennungs-Koloskopie untersucht und dabei auch die möglichen Gründe für die bisherige Nicht-Teilnahme (als Mehrfachantwortoption) erfragt. Die Mehrzahl der Befragten gab auch damals an, keine Darmprobleme zu haben (58,0%) [10]. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Wissensstand über das Prinzip der Krebsfrüherkennung in der Bevölkerungsgruppe ab 55 Jahren erhöht werden sollte, denn sie richtet sich ja an beschwerdefreie Personen. Auch die Auswertungen von Einzel-Items der Gesundheitskompetenz und den Gründen für die Nicht-Teilnahme (siehe Kapitel 7.2.3.7) bestätigen dies.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KomPaS-Studie gaben die ärztliche Empfehlung als häufigsten Grund für die Inanspruchnahme an. Das zeigen auch andere Untersuchungen, wonach die ärztliche Empfehlung als ein wichtiger Einflussfaktor für die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gilt [198, 200, 201].

Hinsichtlich der persönlichen Einstellung gibt die Mehrheit (88%) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, die Untersuchung erneut durchführen lassen zu wollen. Im Gegensatz dazu will nur knapp ein Drittel (36%) der bisherigen Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer diese Früherkennungskoloskopie durchführen lassen. Das Ergebnis der Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer steht im Gegensatz zu der in der Bevölkerung angenommen positiven Einstellung gegenüber der Darmkrebsfrüherkennung [202], die eine höhere Teilnahmebereitschaft erwarten lässt. Sie steht aber mit dem angegebenen Hauptgrund für die bisherige Nicht-Teilnahme, keine Probleme mit dem Darm zu haben, in Einklang und weist auf weiteren Informationsbedarf bei Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer hin.

Hinsichtlich der ärztlichen Beratung zur Darmspiegelung gibt die Mehrheit an, zum Nutzen, zur Durchführung, zu den möglichen Risiken und dazu, was passieren würde, sollte sich ein Verdacht auf Darmkrebs ergeben, beraten worden zu sein. Allerdings fällt die Mehrheit bei den letzten beiden Punkten (Risiken der Untersuchung, Vorgehen bei Verdacht auf Darmkrebs) etwas geringer aus. Auch das deckt sich mit den Ergebnissen von GEDA 2010 [10]. Bei den Beratungsaspekten deutet sich ein Alterseffekt an, wonach ältere Personen seltener angeben dazu beraten worden zu sein als jüngere. Aber fast alle Befragten geben an, dass sie sich nach dem Gespräch ausreichend über die Darmspiegelung informiert fühlten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die in der Richtlinie über die Früherkennung von Krebskrankungen verankerte Beratung stattfindet [190] und auch verstanden wird, denn fast alle Befragten geben an, dass sie sich nach diesem Gespräch ausreichend über die Darmspiegelung informiert fühlten.

Dennoch wurden nicht alle Wissensfragen richtig beantwortet, was auf Informationsdefizite hinweist. In die gleiche Richtung weisen die Auswertungen der Einzel-Items der Gesundheitskompetenz bezüglich der Wissensfragen zur Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen (siehe Kapitel 7.2.3.7). Personen, die bereits eine präventive Darmspiegelung hatten und dazu beraten wurde, haben die Wissensfragen in der Tendenz häufiger richtig beantwortet als Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer, auch wenn keine signifikanten Unterschiede vorliegen.

Die Ergebnisse der KomPaS-Studie weisen somit darauf hin, dass in der Bevölkerung Wissensdefizite über das Angebot und Ziele der Früherkennungskoloskopie bestehen und bislang nicht alle Aspekte einer informierten Entscheidung erfüllt werden. Mit der Einführung eines organisierten Krebsfrüherkennungsprogramms zur Früherkennung von Darmkrebs mit regelmäßigen Einladungen und detaillierten Versicherteninformationen zu Darmkrebs, zu den Angeboten der Früherkennung, zum Ablauf der Untersuchungen und zu Vor- und Nachteilen wird aber davon ausgegangen, dass die informierte Inanspruchnahme gesteigert werden kann [203, 204].

8 Diskussion der Ergebnisse

Die KomPaS-Studie liefert bevölkerungsweite Daten über die Gesundheitsinformationssuche und Informationsbedarfe in der Bevölkerung, über die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit mit den Bereichen Zufriedenheit, Kommunikation und Beschwerdemanagement, über Aspekte der informierten Entscheidung und der ärztlichen Beratung. Die Ergebnisse wurden im jeweiligen thematischen Ergebniskapitel unter 7. diskutiert. Nachfolgend eine Gesamtbeurteilung der Resultate der fünf im Rahmen der KomPaS-Studie untersuchten Themen.

Nach einem Zeitabstand von fast zehn Jahren lassen sich positive Entwicklungen hinsichtlich der **Informationssuche** der Bevölkerung zu Gesundheits- und Orientierungsfragen im Gesundheitssystem gegenüber 2009 feststellen. Der Anteil der Bürgerinnen und Bürger, der sich eher gut informiert fühlt hat sich erhöht. Die Ergebnisse zeigen günstige Entwicklungen einer „Patientenorientierung“. Die vorliegenden Auswertungen der Daten der KomPaS-Studie geben Anhaltspunkte dafür, dass Menschen aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Erfahrung hinsichtlich der Bürger- und Patientenorientierung des Gesundheitssystems machen und entsprechend unterschiedlich ist ihre Bewertung der Versorgungspraxis und des eigenen Informationsstandes. Die vorliegenden Auswertungen machen deutlich, dass die Inhalte von Gesundheitsinformationen und deren Vermittlung auf die Bedarfslagen verschiedener Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden sollten. Dabei geht es jedoch nicht nur um vermehrte Informationsmöglichkeiten, sondern auch um deren Verlässlichkeit, also um Qualität. Informationen sollten evidenz-basiert, leicht zugänglich und für medizinische Laien gut verständlich sein.

Die Ergebnisse der KomPaS-Studie liefern außerdem einige wichtige Hinweise, wo bei der Förderung von **Gesundheitskompetenz** in Deutschland angesetzt werden sollte. Es konnten Ergebnisse aus früheren Studien zur Gesundheitskompetenz bestätigt oder ergänzt und zusätzlich neue Erkenntnisse für die Informationsbedürfnisse, Patientensicherheit und informierte Entscheidung vorgestellt werden. Gerade für diese drei Bereiche konnte die Relevanz der Förderung von Gesundheitskompetenz aufgezeigt und Hinweise für Handlungsbedarf abgeleitet werden. Der in dieser und anderen Studien benannte Handlungsbedarf zur Gesundheitskompetenzförderung wurde in Deutschland inzwischen durch verschiedene Aktivitäten aufgegriffen. Zukünftig wird es darauf ankommen, dass der umfassende Ansatz von Gesundheitskompetenz auch bei geplanten Maßnahmen und Interventionen berücksichtigt wird, der eine kritische Gesundheitskompetenz und Empowerment auf der individuellen Ebene verfolgt und verstärkt Methoden der Gesundheitserziehung und -kommunikation aufgreift. Darüber hinaus sollte die Evidenzlage für Maßnahmen, sei es bei lokalen Interventionen oder nationalen Politiken und Programmen, deutlich verbessert werden, damit bei knappen Ressourcen die Mittel für wirksame Maßnahmen eingesetzt werden.

Die **ärztliche Beratung** zum Gesundheitsverhalten hat durch die im Präventionsgesetz genannte Präventionsempfehlung an Bedeutung gewonnen. Die beschriebenen geschlechts-, alters- und soziallyagenbezogenen Ergebnisse geben Hinweise auf weiteres Beratungspotenzial für die verschiedenen Gesundheitsthemen (Ernährung, körperliche Aktivität, Gewicht, Stressmanagement, Impfen, Rauchen, Alkoholkonsum). Dies ist vor allem vor dem Hintergrund relevant, da fast die Hälfte der Befragten anlässlich der Beratung eine Änderung ihres Gesundheitsverhaltens angibt. Neben verhältnispräventiven Maßnahmen und denen im Setting bietet demnach die ärztliche Beratung eine Ergänzung zur Förderung des Gesundheitsverhaltens. Damit sie zu einer wirksamen Verringerung individueller verhaltensbezogener Risikofaktoren beitragen können, sollten spezifische Kompetenzen der Kommunikation und der Informationsvermittlung in der ärztlichen Praxis gefördert werden.

Die Ergebnisse zur **informierten Entscheidung** der KomPaS-Studie weisen darauf hin, dass in der Bevölkerung Wissensdefizite über Angebot und Ziele der Früherkennungskoloskopie bestehen und somit bislang nicht alle Aspekte einer informierten Entscheidung erfüllt werden. Mit der Einführung eines organisierten Krebsfrüherkennungsprogramms zur Früherkennung von Darmkrebs mit regelmäßigen Einladungen und detaillierten Versicherteninformationen zu Darmkrebs, zu den Angeboten der Früherkennung, zum Ablauf der Untersuchungen und zu Vor- und Nachteilen wird aber davon ausgegangen, dass die informierte Inanspruchnahme gesteigert werden kann.

Die KomPaS-Studie bietet einen Einblick in drei wesentliche Aspekte der **Patientensicherheit** aus Bevölkerungssicht: Kommunikation, Beschwerdemanagement und Zufriedenheit. Die Sichtweise der Bevölkerung, die auch die Sichtweise der Patientinnen und Patienten repräsentiert, wurde im Zusammenhang mit Patientensicherheit bislang wenig berücksichtigt. Sie spielt jedoch unter dem Aspekt einer Weiterentwicklung von Nutzerinnen/Nutzern und Patientinnen/Patienten zu aktiven Mitgestaltern des Gesundheitswesens eine wesentliche Rolle, speziell bei der Verbesserung der Patientensicherheit. In Deutschland wird die Thematik Patientensicherheit mehrheitlich unter der Anbieterperspektive diskutiert. Dazu wird im Rahmen der aktualisierten Agenda Patientensicherheit ein Perspektivwechsel angestrebt, welcher die Patientenperspektive stärken will.

Das Vorhabenziel, Kommunikation und Information aus Sicht der Bevölkerung unter Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Einflussfaktoren zu beschreiben und zu analysieren wurde für die zentralen Themenbereiche der KomPaS-Studie erreicht. Dabei wurden Schlussfolgerungen für Prävention und Versorgung gezogen sowie Perspektiven des Informations-, Entscheidungs- und Kommunikationsverhaltens von Patientinnen und Patienten sowie der Arzt-Patient-Beziehung aufgezeigt.

Die mit der KomPaS-Studie geschaffene Datenbasis wird im Anschluss an die vorliegende Arbeit vertiefenden Analysen unterzogen und in weiteren Publikationen der Öffentlichkeit verfügbar gemacht.

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Frauen und Männer unterscheiden sich in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Neben Unterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten und bei den Krankheitsrisiken, lassen sich auch Unterschiede bei der Wahrnehmung und Kommunikation von Symptomen und bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten feststellen. Vor diesem Hintergrund erfolgte die Aufbereitung der Ergebnisse stratifiziert nach Geschlecht, um mögliche Unterschiede bei den in der KomPaS-Studie untersuchten Aspekten von Kommunikation und Information im Gesundheitssystem abbilden zu können. Die Ergebnisse wurden in den Tabellen und Abbildungen geschlechtsspezifisch aufbereitet. In den Texten wurde eine gendersensible Sprache verwendet und Begriffe vermieden, die geschlechtsstereotype Assoziationen auslösen können. Soweit aufgrund der Daten bedeutsam, wurden geschlechtsbedingte Unterschiede diskutiert.

10 Verbreitung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse der KomPaS-Studie wurden auf folgenden Kongressen präsentiert:

- Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (2017)
- Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (2018)
- Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (2018)
- Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2018/2019)
- Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit (2017/2019)
- Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (2018)

11 Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse der KomPaS-Studie liefern Hinweise zur Verbesserung des Angebots von Gesundheitsinformationen und zur Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und ihren Patientinnen/Patienten sowie zur Förderung von Gesundheitskompetenz, informierter Entscheidung, Patientensicherheit und der ärztlichen Beratung in Deutschland. Kapitel 8 umreißt ein Gesamtbild bezüglich der Erkenntnisse der KomPaS-Studie zum Informations-, Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten von Patientinnen und Patienten und zur Arzt-Patient-Beziehung. Dabei werden zugleich Gender Mainstreaming Aspekte aufgezeigt (siehe auch Kapitel 9). Mit den Ergebnissen, die gleichermaßen einen Status quo hinsichtlich der erhobenen Daten zu den zentralen Themenbereichen darstellen, können Ansatzpunkte zur Förderung von Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit, ärztlicher Beratung und informierter Entscheidung identifiziert werden. Sie liefern auch eine Datengrundlage für Ansätze zur weiteren Entwicklung von Maßnahmen und Instrumenten zur Verbesserung kommunikativer Kompetenzen. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, die Datenbasis nach angemessenem Zeitraum zu aktualisieren.

Die Ergebnisse der KomPaS-Studie wurden in wissenschaftlichen Publikationen und auf wissenschaftlichen Tagungen und Kongressen präsentiert. Mit diesem Bericht und den unter Kapitel 10 und 12 genannten sowie weiteren geplanten Publikationen werden die Ergebnisse dem BMG wie auch der Fachöffentlichkeit (z.B. BZgA) und soweit möglich auch auf der Website des RKI bereitgestellt.

12 Publikationsverzeichnis

Publikationen in Fachzeitschriften

- Horch K, Firnges C, Starker A, Jordan S (2017) KomPaS: Studie zur Kommunikation und Patientensicherheit. Public Health Forum 25(1): 28-30

Kongressbeiträge (Vorträge)

- Starker A, Jordan S, Firnges C, Horch K (2017) Ergebnisse kognitiver Interviews zur Testung von Fragen zur informierten Entscheidung bei Krebsfrüherkennung. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Lübeck
- Starker A, Jordan S, Firnges C, Horch K (2018) Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Ergebnisse der KomPaS-Studie zur informierten Entscheidung

bei der Darmkrebsfrüherkennung. Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM), Graz

- Starker A, Truthmann J, Horch K, Jordan S (2018) Wissensstand der Bevölkerung zu Nutzen und Risiken der präventiven Darmspiegelung – Ergebnisse der KomPaS-Studie. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Dresden
- Horch K, Truthmann J, Starker A, Jordan S (2019) KomPaS - Studie: Informationssuche über digitale Medien (Internet und Apps) - Unterschiede in der Bevölkerung Deutschlands nach soziodemografischen und anderen gesundheitsrelevanten Parametern. Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM), Berlin
- Horch K, Truthmann J, Starker A, Jordan S (2019) Patientensicherheit in Deutschland – die Sicht der Bevölkerung. Ergebnisse der KomPaS-Studie 2017, Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), Berlin
- Weitere Vorträge mit den Ergebnissen der KomPaS-Studie sind über den Projektförderzeitraum hinaus geplant wie zum Beispiel auf einem Treffen der Allianz für Gesundheitskompetenz in Berlin im Mai 2019.

Kongressbeiträge (Poster)

- Horch K, Firnges C, Starker A, Jordan S (2017) KomPaS: Kommunikation und Patientensicherheit. Eine Studie des Robert Koch-Institutes (2016 – 2018). Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin
- Truthmann J, Starker A, Jordan S, Horch S (2018) Alters- und geschlechtsspezifische Mediennutzung zum Einholen von Gesundheitsinformationen in Deutschland. Ergebnisse aus der KomPaS-Studie. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi)
- Jordan S, Starker A, Schaffrath Rosario A, Truthmann J, Horch K (2018). Die ärztliche Beratung Erwachsener in Deutschland aus Bevölkerungssicht. Ergebnisse einer Querschnittsbefragung aus dem Jahr 2017. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin

Publizierte Abstracts

- Horch K, Truthmann J, Starker A, Jordan S (2019) KomPaS-Studie: Informationssuche über digitale Medien (Internet und Apps) – Unterschiede in der Bevölkerung Deutschlands nach soziodemografischen und anderen gesundheitsrelevanten Parametern. Abstract. https://www.eventclass.org/contxt_ebm2019/online-program/session?s=50#e44
- Jordan S, Starker A, Schaffrath Rosario A, Truthmann J, Horch K (2018). Die ärztliche Beratung Erwachsener in Deutschland aus Bevölkerungssicht. Ergebnisse einer Querschnittsbefragung aus dem Jahr 2017. Abstract. German Medical Science, DOI: 10.3205/18dkvf191
- Starker A, Jordan S, Firnges C, Horch K (2017) Ergebnisse kognitiver Interviews zur Testung von Fragen zur informierten Entscheidung bei Krebsfrüherkennung. Abstract. Das Gesundheitswesen 79(08/09): 656 – 804, DOI: 10.1055/s-0037-1605775
- Starker A, Jordan S, Firnges C, Horch K (2018) Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Ergebnisse der KomPaS-Studie zur informierten Entscheidung bei der Darmkrebsfrüherkennung. Abstract. German Medical Science, DOI: 10.3205/18ebm006
- Starker A, Truthmann J, Horch K, Jordan S (2018) Wissensstand der Bevölkerung zu Nutzen und Risiken der präventiven Darmspiegelung – Ergebnisse der KomPaS-Studie. Abstract. Das Gesundheitswesen 80(08/09): 825, DOI: 10.1055/s-0038-1667791

Interne Projektberichte zur Fragebogenentwicklung und Datenerhebung

- Neuert C, Meitinger K, Stiegler A, Beitz C, Schmidt R, Menold N (2017). Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung-Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS). Kognitiver Pretest. GESIS Projektbericht. Mannheim, GESIS
- USUMA GmbH (2017). Methodenbericht. Bundesweite Bevölkerungsbefragung im Rahmen der Durchführung von telefonischen Ad-hoc-Befragungen für das Robert Koch-Institut. Berlin

Literaturverzeichnis

1. Scheibler F, Pfaff H (Hrsg) (2003) Shared Decision-Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Beltz Juventa, Weinheim und München
2. Ommen O, Janßen C, Neugebauer E et al. (2006) Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten. Der Unfallchirurg 109(8):628-639
3. Horch K, Wirz J (2005) Nutzung von Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 48(11):1250-1255
4. Horch K, Hintzpeter B, Ryl L et al. (2012) Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland: Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55(5):739-745
5. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58(9):942-950
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM et al. (2013) Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health 13(1):948
7. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D (2017) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Deutsches Ärzteblatt International 114(4):53-60
8. Gabrys L, Jordan S, Behrens K et al. (2016) Prävalenz, zeitliche Trends und regionale Unterschiede ärztlicher Bewegungsberatung in Deutschland. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 67(3):53-58
9. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al. (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) - Design, objectives and implementation of the first data collection wave. BMC Public Health 12(1)
10. Starker A, Bertz J, Saß AC (2012) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 27-38
11. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Gesundheitliche Einschränkungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". RKI, Berlin. www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014)
12. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". RKI, Berlin. www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014)
13. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". RKI, Berlin. www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014)
14. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):88–94
15. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2018) Codeplan GEDA 2012-Variablen. https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/FDZ/informationen_datensatze/geda12_codeplan.pdf?_blob=publicationFile (Stand: 23.11.2018)
16. Braun B, Marstedt G (2014) Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 107-131
17. Robert Koch-Institut (2017) Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):105–135
18. Jordan S, von der Lippe E (2012) Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? GBE kompakt 3(5). Robert Koch-Institut Berlin, Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 28.11.2012)
19. Neuert C, Meitinger K, Stiegler A et al. (2017) Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung-Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS). Kognitiver Pretest. GESIS Projektbericht. GESIS, Mannheim
20. ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (2013) The ADM Sampling System for Telephone Surveys. <https://www.adm-ev.de/index.php?id=77&L=1> (Stand: 05.04.2018)
21. Schmich P, Lemcke J, Zeisler ML et al. (2018) Ad hoc Studien im Robert Koch-Institut. Journal of Health Monitoring 3(3):75–86
22. American Association for Public Opinion Research (2016) AAPOR Outcome Rate Calculator (Dual-Frame RDD phone); Version 4.0, May, 2016.

- https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/MainSiteFiles/Response-Rate-Calculator-4-0-Clean-18-May-2016.xlsx (Stand: 25.06.2018)
23. StataCorp LLC (2017) Stata Survey Data Reference Manual, Release 15. Stata Press. <https://www.stata.com/manuals/svy.pdf> (Stand: 29.11.2018)
 24. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) (2013). Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 9 vom 25.2.2013:277-282
 25. Hohberg P (2018) Informationsverhalten und Kommunikation in Entscheidungsprozessen. In: Eigler J (Hrsg) Die Individualisierung des Informationsangebots im E-Commerce. Möglichkeiten und Grenzen der Generierung strategischer Wettbewerbsvorteile. Springer Gabler, Wiesbaden, S. 11-41
 26. Bundesregierung (2012) Fortschrittsbericht der Bundesregierung zur Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Berlin
 27. Wippermann Trendforschung UG (2018) Werte-Index. <http://werteindex.de/> (Stand: 14.12.2018)
 28. Bertelsmann-Stiftung (2004) Gesundheitsmonitor
 29. Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (Hrsg) (2011) The Routledge Handbook of Health Communication. Routledge, New York
 30. Thompson TL (Hrsg) (2014) Encyclopedia of Health Communication. SAGE Publications, Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC
 31. Martinez LS (2014) Psychosocial Determinants of Health Information-Seeking Behavior. In: Thompson T (Hrsg) Encyclopedia of Health Communication. SAGE Publications, S. 602-603
 32. jameda GmbH (2014) Jameda Patientenstudie 2014. https://cdn3.jameda-elements.de/presse/patientenstudien/_uploads/anhaenge/jameda-patientenstudie-2014_ergebnisse-teil-2-6653.pdf (Stand: 14.12.2018)
 33. Rossmann C, Hastall MR (Hrsg) (2016) Handbuch Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden
 34. Rossmann C, Lampert C, Stehr P et al. (2018) Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
 35. Lausen B, Potapov S, Prokosch H (2008) Gesundheitsbezogene Internetnutzung in Deutschland 2007. GMS Med Inform Biom Epidemiol 4(2):Doc06
 36. Bauman E, Czerwinski F (2015) Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsinformationen. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 57-79
 37. Wilkens A (2016) Internetnutzung: Immer mehr ältere Menschen in Deutschland betreten Neuland. Heise Online. <https://www.heise.de/newsticker/meldung/Internetnutzung-Immer-mehr-aeltere-Menschen-in-Deutschland-betreten-Neuland-3549883.html> (Stand: 05.12.2016)
 38. Marstedt G (2018) Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen. Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
 39. Nebling T, Fließgarten A (2009) Wollen Patienten mündig sein? Informiert und selbstbestimmt. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
 40. Müller H (2010) Stellenwert von Patienteninformation und -kommunikation im Versorgungsmanagement der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Koch C (Hrsg) Achtung: Patient online! Gabler Springer, Wiesbaden, S. 163-218
 41. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) (2011) Band 67: Gesundheitsinformationen in Deutschland. Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Schriftenreihe der GVG. GVG, Köln
 42. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017) Größe: „Startschuss zur Stärkung des Gesundheitswissens in Deutschland“ Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“. Pressemitteilung Nr. 35
 43. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017) Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und des Vorsitzlandes der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Bildung einer Allianz für Gesundheitskompetenz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf (Stand: 15.04.2019)
 44. Hambrock U (2018) Die Suche nach Gesundheitsinformationen. Patientenperspektiven und Marktüberblick. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

45. Kickbusch I, Marstedt G (2008) Gesundheitskompetenz: eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 12-28
46. Schaeffer D, Dierks M-L (2012) Patientenberatung. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S. 757-790
47. Schaeffer D, Berens E-M, Weishaar H et al. (2017) Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan. Public Health Forum 25(1):13-15
48. Baumann E, Czerwinski F (2015) Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsinformationen. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 57-79
49. Löffner D (2014) Der mündige Patient zwischen E-Health und Cybermedizin. In: Pundt J (Hrsg) Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit? APOLLON University Press. Bremen, S. 117-130
50. Schachinger A (2014) Der digitale Patient. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
51. Maon SN, Hassan NM, Seman SAA (2017) Online Health Information Seeking Behavior Pattern. Advanced Science Letters 23(11):10582-10585
52. Scherenberg V, Pundt J (Hrsg) (2018) Digitale Gesundheitskommunikation. Zwischen Meinungsbildung und Manipulation. Apollon University Press, Bermen
53. Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2010) What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient education and counseling 78(3):316-328
54. Hölling G, Schmidt H, Thelen M (2011) Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen - Eine Checkliste für Bürger/innen und Patient(innen) Gesundheitsinformationen in Deutschland. Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), Köln, S. 31-37
55. Klemperer D, Lang B, Koch K (2010) Gute Praxis Gesundheitsinformation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104(1):66-68
56. Perleth M (2018) Evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen : Konzepte und Methoden der systematischen Bewertung medizinischer Technologien (Health Technology Assessment) in Deutschland. WiKu-Verlag Verlag für Wissenschaft und Kultur, Duisburg
57. Wegwarth O, Gigerenzer G (2009) » Zu Risiken und Nebenwirkungen...«-Wie informiert sind Ärzte und Patienten? In: Klusen N, Fließgarten A, Nebling T (Hrsg) Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S. 121-138
58. Steckelberg A, Lühnen J, Albrecht M (2018) Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen. Qualität erkennen - Entscheidungen verbessern. Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 4:24-26
59. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017) Größe: "Unabhängige Forschung für verlässliche Gesundheitsinformationen" BMG startet institutionelle Förderung der Cochrane Deutschland Stiftung. Pressemitteilung Nr. 59
60. Koch K (2014) Qualität von Gesundheitsinformationen. Public Health Forum 22(2):4-6
61. Zschorlich B, Knelangen M, Bastian H (2011) Die Entwicklung von Gesundheitsinformationen unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das Gesundheitswesen 73(07):423-429
62. Bastian H, Sawicki PT (2005) Die Förderung von Patienteninformation und Patientenbeteiligung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg) Gemeinsam entscheiden-erfolgreich behandeln. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 69-77
63. Schaefer C, Kirschning S (2010) Gut informiert entscheiden: Patienten-und Verbraucherinformationen am ÄZQ. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104(7):578-584
64. Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I et al. (2017) Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/> (Stand: 11.12.2018)
65. Pieper D, Jülich F, Antoine S-L et al. (2015) Studies analysing the need for health-related information in Germany-a systematic review. BMC Health Services Research 15(1):407
66. Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J et al. (2006) Gesundheitskompetenz. Public Health News 3(1):10
67. Geraedts M, Amhof R (2008) Geschlechterunterschiede beim Bedarf an Qualitätsinformationen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(1):53-60
68. Böcken J, Wehlin H (2018) Krankenhausqualität aus Patientensicht. Große regionale Unterschiede in der Patientenzufriedenheit. Bertelsmann-Stiftung, Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven, Nr. 1 2018. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

69. Friedemann J, Schubert H-J, Schwappach D (2009) Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. *Das Gesundheitswesen* 71(01):3-9
70. Schwenk U, Schmidt-Kaehler S (2016) Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. *Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
71. Baumann E, Hastall MR (2014) Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann K, Bauman E (Hrsg) *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Hans Huber, Bern, S. 451-466
72. Baumann E, Czerwinski F, Reifegerste D (2017) Gender-specific determinants and patterns of online health information seeking: Results from a representative German health survey. *Journal of Medical Internet Research* 19(4)
73. Hiebert B, Leipert B, Regan S et al. (2018) Rural Men's Health, Health Information Seeking, and Gender Identities: A Conceptual Theoretical Review of the Literature. *American Journal of Men's Health* 12(4):863-876
74. Hallyburton A, Evarts LA (2014) Gender and online health information seeking: A five survey meta-analysis. *Journal of Consumer Health on the Internet* 18(2):128-142
75. Ek S (2013) Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promotion International* 30(3):736-745
76. Dutta-Bergmann MJ, Feeley T, Cheong P (2006) Investigating Digital Divide Issues in Online Health Information Seeking: A Population-Based Study. *Conference Papers-International Communication Association*, S. 1-21
77. Kontos E, Blake KD, Chou W-YS et al. (2014) Predictors of eHealth usage: insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012. *Journal of Medical Internet Research* 16(7)
78. Frees B, Koch W (2015) Internetnutzung: Frequenz und Vielfalt nehmen in allen Altersgruppen zu. *Media Perspektiven* 9(2015):366-377
79. Medlock S, Eslami S, Askari M et al. (2015) Health information-seeking behavior of seniors who use the internet: a survey. *Journal of Medical Internet Research* 17(1)
80. Ramanadhan S, Viswanath K (2006) Health and the information nonseeker: a profile. *Health Communication* 20(2):131-139
81. Tustin N (2010) The role of patient satisfaction in online health information seeking. *Journal of Health Communication* 15(1):3-17
82. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80
83. Bitzer EM, Sørensen K (2018) Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Gesundheitswesen* 80(08/09):754-766
84. Jordan S, Töppich J (2015) Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58(9):921-922
85. Kickbusch IS, Maag D, Saan H (2005) Enabling healthy choices in modern health societies. *Background paper European Health Forum Badgastein 2005 - Partnerships for Health* Bad Gastein
86. Nutbeam D (2008) The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 67(12):2072-2078
87. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR et al. (2013) The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 13:658
88. Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.* 15(3):259-267
89. Abel T, Sommerhalder K (2015) Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58(9):923-929
90. Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J et al. (Hrsg) (2016) *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Careum Stiftung, Zürich
91. HLS-EU Consortium (2012) *Comparative report on health literacy in eight EU members states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended Version, July 22th 2014)*.
92. DeWalt DA, Hink A (2009) Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics* 124(SUPPL. 3)
93. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B et al. (2013) Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine* 28(3):444-452
94. Taylor DM, Fraser S, Dudley C et al. (2017) Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*
95. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE (2011) Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 155(2):97-107

96. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. (2015) Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25(6):1053-1058
97. Zok K (2014) Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WiDO-monitor* 11(2):1-12
98. Tiller D, Herzog B, Kluttig A et al. (2015) Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health* 15:883
99. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V et al. (2016) The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *J Health Commun* 21(sup2):61-68
100. Diederichs C, Domanska O, Jordan S (o.J.) Reflections on the use of the HLS-EU-Q16 in Germany. Manuskript
101. Kryspin-Exner I, Pintzinger N (2010) Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 24-34
102. Faltermaier T (2011) Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. BZgA, Köln, S. 311-314
103. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S et al. (2018) Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health promotion international* 33(3):378-389
104. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U et al. (Hrsg) (2018) *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. KomPart, Berlin
105. Tieu L, Schillinger D, Sarkar U et al. (2017) Online patient websites for electronic health record access among vulnerable populations: portals to nowhere? *J Am Med Inform Assoc* 24(e1):e47-e54
106. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M et al. (2016) Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe, Göttingen, S. 1-16
107. Quenzel G, Schaeffer D, Messer D et al. (2017) Health Literacy und Gesundheitsverhalten vulnerabler Bevölkerungsgruppen. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe Verlag, Bern, S. 157-174
108. Vogt D, Schaeffer D, Messer M et al. (2018) Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promotion International* 33(5):739-747
109. Horn A, Vogt D, Messer M et al. (2015) Strengthening Health Literacy of People with Migration Background. Results of a Qualitative Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58(6):577-583
110. Messer D, Vogt A, Quenzel G et al. (2017) Health Literacy und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe, Bern, S. 189-203
111. Schaeffer D, Vogt D, Berens EM (2017) Schlusswort. *Deutsches Ärzteblatt* 114(18):330
112. Steckelberg A, Meyer G, Mühlhauser I (2017) Fragebogen nicht weiter einsetzen. *Deutsches Ärzteblatt* 114(18):330
113. Pelikan J, Schaeffer D, Hurrelmann K et al. (2018) Die Kritik am Instrument des European Health Literacy Survey (HLS-EU) ist nicht gerechtfertigt – eine Klarstellung. <https://oepgk.at/die-kritik-am-instrument-des-european-health-literacy-survey-hls-eu-ist-nicht-gerechtfertigt-eine-klarstellung/>
114. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA et al. (2014) Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun* 19 Suppl 2:302-333
115. Ernstmann N, Halbach S, Kowalski C et al. (2017) Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 121:58-63
116. Dietscher C, Pelikan J (2017) Health literate hospitals and healthcare organizations - results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe, Bern, S. 303-313
117. Lippke S, Renneberg B (2006) Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg) *Gesundheitspsychologie*. Springer Verlag, Berlin, S. 35-60
118. Jordan S, Domanska O, Firnges C (2017) Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein. Überlegungen zur Konzeption von Gesundheitskompetenz unter Einbezug empirischer Daten aus der GEDA-Studie. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe Verlag, Bern, S. 221-233
119. World Health Organization (WHO) (Hrsg) (2009) *Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report*. WHO, Geneva

120. Welzel FD, Stein J, Hajek A et al. (2017) Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. *BMC Fam Pract* 18(1):104
121. Hajek A, König HH (2018) Which factors lead to frequent attendance in the outpatient sector among individuals in the second half of life? Evidence from a population-based longitudinal study in Germany. *BMC Health Serv Res* 18(1):673
122. Brabers AE, Rademakers JJ, Groenewegen PP et al. (2017) What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLoS One* 12(3):e0173316
123. Pelikan J, Ganahl K, Roethlin F (2018) Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Global Health Promotion* 0(0):1-10
124. Schulz PJ, Hartung U (2017) The Future of Health Literacy. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe, Bern, S. 79-91
125. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P (2018) Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int* 33(5):901-911
126. Holzer E, Eugen H, Thomeczek C et al. (Hrsg) (2004) *Patientensicherheit: Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. facultas, Wien
127. Schrappe M (2018) *APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern*. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg) Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
128. Deutscher Bundestag (2007) Drucksache 16/6339. Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin
129. Schrappe M, Lessing C, Albers B et al. (2007) *Agenda Patientensicherheit 2007*. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Witten
130. Maschewsky-Schneider U, Goecke M, Hölscher U et al. (2013) Gesundheitsziele. de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56(9):1329-1334
131. Europäische Kommission (2010) *Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung*. Spezial Eurobarometer 327 Welle 72.2 – TNS Opinion & Social.
132. Europäische Kommission (2014) *Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung*. Spezial Eurobarometer 411/ Welle EB80.2 – TNS Opinion & Social.
133. Barth S, Godschalk B, Jonitz G (2015) Gesundheitspolitik auf EU-Ebene. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 58(1):10-15
134. Burgard G, Baberg HT, Popken G (Hrsg) (2014) *Patientensicherheit*. GemeinsamSicher. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
135. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N (2018) The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Paper*. 96. OECD Publishing, Paris
136. Paula H, Schwappach D (2015) Klinisches Risikomanagement. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg) *Patientensicherheitsmanagement*. De Gruyter, Berlin, Boston, S. 15-20
137. Guise J-M, Chang C, Viswanathan M et al. (2014) Agency for Healthcare Research and Quality Evidence-based Practice Center methods for systematically reviewing complex multicomponent health care interventions. *Journal of Clinical Epidemiology* 67(11):1181-1191
138. Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H et al. (Hrsg) (2015) *Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
139. Harms F, Gänshirt D (2005) *Gesundheitsmarketing: Patientenempowerment als Kernkompetenz*. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft, Stuttgart
140. Francke R, Hart D (2001) *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden
141. Badura B, Hart D, Schellschmidt H (1999) *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens - Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
142. Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg) (2008) *Gesundheitsmonitor 2008*. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
143. Bührlen B, Hegemann T, Henke K-D et al. (Hrsg) (2013) *Gesundheit neu denken. Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen* ISI-Schriftenreihe Innovationspotenziale. Fraunhofer Verlag, Stuttgart
144. Pundt J (Hrsg) (2013) *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit*. APOLLON University Press, Bremen

145. Maguire P, Pitceathly C (2002) Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 325(7366):697-700
146. Kurtz S, Draper J, Silverman J (2016) *Skills for communicating with patients*. CRC Press, London
147. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E et al. (2001) Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet* 357(9258):757-762
148. Lehmann C, Koch U, Mehnert A (2009) Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. *PPmP Psychotherapie· Psychosomatik Medizinische Psychologie* 59(07):e3-e27
149. Lessing C, Jonitz G (2014) Patientensicherheit und Patientenbeteiligung: wie Patienten zu sicheren Versorgungsprozessen beitragen können. In: Pundt J (Hrsg) *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit*. APOLLON University Press, Bremen, S. 135-147
150. Ose D, Szecsenyi J, Glassen K et al. (2013) Patientensicherheit: Welchen Beitrag können Patienten leisten? *Prävention und Gesundheitsförderung* 8(1):36-43
151. Schwappach D, Frank O (2012) Patienten als wachsame Partner—Patientenbeteiligung in der Patientensicherheit. *Therapeutische Umschau* 69(6):359
152. Jonitz G, Barth S (2011) Patientenorientierung aus Sicht des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. *Public Health Forum* 19(1):6.e1-6.e3
153. De Cruppé W, Geraedts M (2014) *Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker: Abschlussbericht*. Universität Witten/Herdecke, Institut für Gesundheitssystemforschung, Witten
154. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006) *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. Mai/Juni 2006. FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, Mannheim
155. Geraedts M, Kraska R (2016) *Zweitmeinungen: Inanspruchnahme und Bedarf aus Sicht der Bevölkerung*. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 160-177
156. Braun B (Hrsg) (2017) *hkk Gesundheitsreport 2017. Medikationsplan*. hkk Krankenkasse, Bremen
157. Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G et al. (Hrsg) (2009) *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung*. Schattauer, Stuttgart
158. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K et al. (2017) Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ open* 7(11):e017708
159. Braun B, Müller R (2006) *Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten*. Asgard-Verlag, St. Augustin
160. Steffen P (2004) *Patientenzufriedenheit als Zielgröße für das strategische Krankenhausmanagement*. In: Pfaff H, Lüttike J, Badura B et al. (Hrsg) *"Weiche" Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement*. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 109-123
161. Egnér U, Gerwinn H, Schliehe F (2002) *Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung*. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 96(1):4-9
162. PricewaterhouseCoopers (PwC) (2018) *Healthcare Barometer 2018. Wie beurteilen die Deutschen ihr Gesundheitssystem?* www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-ergebnisse-healthcare-barometer-2018-final.pdf (Stand: 14.12.2018)
163. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018) *Versichertenbefragungen*. <https://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php> (Stand: 14.12.2018)
164. Bestmann B, Verheyen F (Hrsg) (2010) *Patientenzufriedenheit: Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung*. Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Hamburg
165. Kolip P (2009) *Medizin hat ein Geschlecht: Zufriedenheit mit der Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte*. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 102-120
166. Gehrlach C, Altenhöner T, Schwappach D (2010) *Der Patients' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
167. Angela C, Magee H (Hrsg) (2003) *The European Patient of the Future*. Maidenhead. Open University Press, Maidenhead
168. Sawicki PT (2005) *Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht*. *Medizinische Klinik* 100(11):755-768
169. Koch K, Schürmann C, Sawicki P (2010) *Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten*. *Deutsches Ärzteblatt* 107(24):427-434

170. Zinn W (2010) Patientenzufriedenheit: theoretische Grundlagen-Besonderheiten der Messung-potentielle personengebundene Einflussfaktoren. Winterwork, Borsdorf
171. Zinn W, Pteresen U (2014) Erfolgsfaktor kontinuierliche Patientenbefragung als Basis eines umfassenden Change Management Prozesses. Das Krankenhaus 7:636-639
172. Zinn W (2015) Patientenbefragungen und Patientensicherheit. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg) Patientensicherheitsmanagement. De Gruyter, Berlin, Boston, S. 329-338
173. Neugebauer B, Porst R (2001) ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001. Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. ZUMA, Mannheim
174. Ha JF, Longnecker N (2010) Doctor-patient communication: a review. Ochsner J 10(1):38-43
175. Kunstmann W, Henke R (2006) Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe. Prävention und Gesundheitsförderung 1(2):115-120
176. Marstedt G (2010) Gesundheitsfragen - Information und Wissen der Bürger. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2010. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 43-91
177. Kaplan M (2014) Der Arzt als Präventionslotse. Hessisches Ärzteblatt 75(8):429-431
178. Loss J, Sauter A, Curbach J (2018) Das Rezept für Bewegung als Maßnahme ärztlicher Prävention. Public Health Forum 26(2):120-122
179. Löllgen H, Wismach J, Kunstmann W (2013) Das Rezept für Bewegung – Einsatzmöglichkeiten für Arzt und Patient. Der Klinikarzt 42(9):416-420
180. Neuner-Jehle S, Schmid M, Gruninger U (2014) Kurzberatung in der Arztpraxis zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens: Probleme und Lösungen. Praxis (Bern 1994) 103(5):271-277
181. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S et al. (2012) Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 344:e1389
182. Präventionsgesetz - PrävG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Teil I Nr 31 vom 24.07.2015:1368-1379
183. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung).
184. Gabrys L, Jordan S, Schlaud M (2015) Prevalence and temporal trends of physical activity counselling in primary health care in Germany from 1997-1999 to 2008-2011. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 12:136
185. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
186. Deutscher Ärztetag (2015) 118. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Frankfurt am Main, 12. bis 15. Mai 2015. Bundesärztekammer, Berlin
187. Curbach J, Apfelbacher C, Knoll A et al. (2018) Physicians' perspectives on implementing the prevention scheme "Physical Activity on Prescription": Results of a survey in Bavaria. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw 131-132:66-72
188. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. RKI, Berlin
189. Morrison A (1992) Screening in chronic disease. 2nd edition. Oxford University Press, New York
190. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1461/KFE-RL_2017-07-20_iK-2017-11-08.pdf (Stand: 03.05.2018)
191. Albert U-S, Altenhofen L, Aubke W et al. (2011) Handlungsfeld 1: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung. Ziel 1: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_1_Inanspruchnahme_der_Krebsfrueherkennung.pdf (Stand: 11.08.2016)
192. Jepson RG, Hewison J, Thompson AGH et al. (2005) How should we measure informed choice? The case of cancer screening. Journal of Medical Ethics 31(4):192-196
193. Gemeinsamen Bundesausschuss (2018) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL). <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1685/oKFE-RL-2018-08-02-iK-2018-10-19.pdf> (Stand: 30.10.2018)
194. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018) Pressemitteilung Nr. 39/2018: Methodenbewertung, Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs künftig als organisiertes Programm. https://www.g-ba.de/downloads/34-215-774/39_2018-11-22_oKFE_Zervix.pdf (Stand: 03.12.2018)
195. Marteau TM, Dormandy E, Michie S (2001) A measure of informed choice. Health Expectations 4(2):99-108

196. O'Connor A, O'Brien-Pallas LI (1989) Decisional conflict. In: McFarland GK, McFarlane EA (Hrsg) Nursing Diagnosis and Intervention. Mosby, Toronto, S. 486-496
197. Rimer BK, Briss PA, Zeller PK et al. (2004) Informed decision making: What is its role in cancer screening? *Cancer* 101(5 SUPPL.):1214-1228
198. Sanger S (2014) Was hindert und was fordert die Teilnahme an Krebsfruherkennungsuntersuchungen? In: Bocken J, Braun B, Meierjurgen R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2014. Burgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gutersloh, S. 28-54
199. Starker A, Buttman-Schweiger N, Kraywinkel K et al. (2017) Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland. *Journal of Health and Social Behavior* 2(4):81–87
200. Ely JW, Levy BT, Daly J et al. (2016) Patient Beliefs About Colon Cancer Screening. *Journal of Cancer Education* 31(1):39-46
201. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L et al. (2008) Prostatakarzinomfruherkennung in Deutschland. Untersuchung einer reprasentativen Bevolkerungstichprobe. *Urologe A* 47(9):1233-1238
202. Steckelberg A, Kasper J, Muhlhauser I (2007) Selective information seeking: can consumers' avoidance of evidence-based information on colorectal cancer screening be explained by the theory of cognitive dissonance? *Ger Med Sci* 5:Doc05
203. Hoffmeister M, Hollecsek B, Zwink N et al. (2017) Darmkrebsscreening – personliche Einladung steigert Teilnahmeraten. *Dtsch Arztebl Int* 114(6):87-93
204. Steckelberg A, Hulfenhaus C, Haastert B et al. (2011) Effect of evidence based risk information on "informed choice" in colorectal cancer screening: Randomised controlled trial. *BMJ* 342(7810):d3193

Anhang

Fragebogen der KomPaS-Studie

Themenbereich: Gesundheitsinformationssuche

Bitte sagen Sie mir jeweils, wie oft Sie das jeweilige Medium dazu nutzen.

Antwortmöglichkeiten: häufig, manchmal, selten, nie

- Wie oft hören Sie Sendungen zu gesundheitlichen Themen im Radio oder schauen Sie sich solche im Fernsehen an?
- Wie oft nutzen Sie dazu das Internet?
- Wie häufig nutzen Sie Gesundheits-APPs?
- Wie oft lesen Sie Informationen in Heften oder Broschüren der Krankenkassen?
- Wie oft lesen Sie Informationen in Heften oder Broschüren der Apotheken?
- Wie oft lesen Sie Informationen zu gesundheitlichen Themen in anderen Zeitschriften oder Zeitungen? Wie oft wenden Sie sich an die Arzthotline ihrer/einer Krankenkasse?

Nutzen Sie sonstige Informationsquellen, um sich über gesundheitliche Themen zu informieren?

Antwortmöglichkeiten: Ja, welche? _____, Nein

Themenbereich: Informationsbedarfe

Bitte sagen Sie mir, ob Sie sich eher gut oder eher schlecht informiert fühlen über...

Antwortmöglichkeiten: eher gut informiert, eher schlecht informiert

- Ihre Rechte als Patient
- Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten
- Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall
- Anlaufstellen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler
- Die Qualität von Ärzten
- Die Qualität von Krankenhäusern
- Die Qualität von Alten- und Pflegeheimen
- Die Qualität von ambulanten Pflegediensten
- Die Kosten einer ärztlichen Behandlung

Wie einfach ist für Sie in den folgenden Situationen der Umgang mit Gesundheitsinformationen?

Antwortmöglichkeiten: sehr einfach, ziemlich einfach, ziemlich schwierig, sehr schwierig

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, ...

... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?

... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?

... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?

... die Anweisungen Ihres Arztes oder Ihres Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?

... Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?

... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung einem anderen Arzt einholen sollten?

... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?

... den Anweisungen Ihres Arztes oder Ihres Apothekers zu folgen?

... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?

... Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?

... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?

... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?

... zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?

... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?

... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?

... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?

... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freundinnen/Freunden zu verstehen?

... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?

... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?

Themenbereich: Patientensicherheit – Zufriedenheit

Was war Ihr letzter ärztlicher Kontakt? War das...

Antwortmöglichkeiten: Bei einem Hausarzt? Bei einem Facharzt? In einem Krankenhaus oder einer Klinik? In einer Rehaklinik? Sonstige?

Wie zufrieden waren Sie mit den Informationen, die Sie bei diesem Kontakt bekommen haben?

Antwortmöglichkeiten: Sehr zufrieden, Ziemlich Zufrieden, Wenig zufrieden, Gar nicht zufrieden

Fand dabei ein Arztgespräch statt?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wie zufrieden waren Sie mit der Zeit zum Gespräch?

Antwortmöglichkeiten: Sehr zufrieden, Ziemlich Zufrieden, Wenig zufrieden, Gar nicht zufrieden

Wie zufrieden waren Sie mit der Verständlichkeit des Arztgesprächs? Waren Sie

Antwortmöglichkeiten: Sehr zufrieden, Ziemlich Zufrieden, Wenig zufrieden, Gar nicht zufrieden

Konnten Sie dabei Fragen stellen?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Konnten Sie somit klären, was Sie nicht verstanden haben?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wenn Sie an den letzten ärztlichen Kontakt denken, wie zufrieden waren Sie mit der menschlichen Zuwendung bei diesem Kontakt?

Antwortmöglichkeiten: Sehr zufrieden, Ziemlich Zufrieden, Wenig zufrieden, Gar nicht zufrieden

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit diesem Kontakt, "alles in allem"?

Antwortmöglichkeiten: Sehr zufrieden, Ziemlich Zufrieden, Wenig zufrieden, Gar nicht zufrieden

Themenbereich: Patientensicherheit – Kommunikation

Wenn Sie an Ihren letzten Kontakt im Gesundheitswesen denken -ambulant, stationär, Reha etc.-, wie sicher haben Sie sich gefühlt?

Antwortmöglichkeiten: Sehr sicher, sicher, wenig sicher, gar nicht sicher

Falls Sie Bedenken/Fragen hinsichtlich Ihrer Sicherheit hatten, haben Sie diese gegenüber einer einem Arzt oder gegenüber anderen Personen des Behandlungsteams angesprochen?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Bedenken/Fragen ernst genommen wurden?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wurden Sie während des letzten Kontaktes im Gesundheitswesen respektvoll behandelt?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wurden Ihnen die Informationen, die Ihre Behandlung betreffen, verständlich und nachvollziehbar vermittelt?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Hat Sie Ihr Arzt in Entscheidungen, die Ihre Behandlung betreffen, einbezogen? *Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein*

Haben Sie schon einmal Ihr Recht auf Einsichtnahme in Ihre Patientenakte wahrgenommen?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wenn „Ja“, folgte die Frage:

Warum nicht?

Antwortmöglichkeiten: Hab nicht von diesem Recht gewusst, Hatte keinen Bedarf, Habe mich nicht getraut

Haben Sie schon einmal eine zusätzliche Meinung (Zweitmeinung) bei einem anderen Arzt eingeholt?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Nehmen Sie dauerhaft verschreibungspflichtige Medikamente ein?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wenn „Ja“, folgte die Frage:

Und wieviel verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein? Sind das

Antwortmöglichkeiten: ein bis zwei, oder drei und mehr?

Wenn drei und mehr verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen werden, folgte die Frage:

Haben Sie sich über mögliche Nebenwirkungen/Wechselwirkungen des/der verordneten Medikamente mit anderen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten informiert? (z.B. bei Ihrem Arzt, Beipackzettel, Internet, Apotheke)

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Haben Sie sich darüber informiert, ob dieses Medikament/diese Medikamente auch Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten mit Lebensmitteln haben kann/können?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Hat Ihnen Ihr Arzt schon einmal einen Medikationsplan erstellt?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wissen Sie, dass Sie das Recht auf die Erstellung eines Medikationsplanes durch Ihren Arzt haben, wenn Sie gleichzeitig dauerhaft drei oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Themenbereich: Patientensicherheit - Beschwerdemanagement

Gab es in den letzten zwei Jahren bei Kontakten im Gesundheitswesen Anlässe, bei denen Sie sich gern beschwert hätten?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

War dieser Anlass...

- ... bei einem niedergelassenen Arzt?
- ... in einem Krankenhaus?
- ... bei einer Krankenkasse?
- ... bei einem Rentenversicherungsträger?
- ... bei anderen

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Bei welchem "Anderen" hätten Sie sich gern beschwert?

Antwortmöglichkeit (bitte nennen) _____

Haben Sie sich dann auch beschwert?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Und an wen haben Sie sich dabei gewendet?

- An den Arzt selbst
- An einen anderen Arzt
- An einen Mitarbeiter im Behandlungsteam
- An eine verantwortliche Person im Krankenhaus
- An einen Patientenfürsprecher oder Ombudsmann
- An die Krankenkasse
- An eine Schlichtungsstelle
- An eine Ärztekammer
- An einen Rechtsanwalt
- An eine Patientenberatungsstelle

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Themenbereich: Ärztliche Beratung

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einer Arztpraxis oder Ambulanz?

Antwortmöglichkeiten: Ja, nein

Wenn „Ja“:

Wurden Sie bei einem dieser Besuche in den letzten 12 Monaten zu den folgenden Gesundheitsverhalten beraten?

Antwortmöglichkeiten: Ja, nein

- Zu Ihrer Ernährung?
- Zu Ihrem Gewicht?
- Zu Ihrer sportlichen Aktivität?
- Zum Rauchen?
- Zu Ihrem Impfschutz?
- Zu Ihrem Alkoholkonsum?
- Zu Ihrer Stressbewältigung?
- Oder zu einem anderen Verhalten?

Wenn „Ja“, folgte jeweils die Frage:

Haben Sie dadurch Ihr Verhalten geändert?

Antwortmöglichkeiten: Ja, nein

Themenbereich: Informierte Entscheidung bei der Darmkrebsfrüherkennung

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wenn noch keine Darmspiegelung durchgeführt wurde, folgte die Frage:

Hat Sie ein Arzt schon einmal über Darmkrebs und die bestehenden Möglichkeiten der Früherkennung, z.B. der Stuhluntersuchung oder der Darmspiegelung, beraten?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Beabsichtigen Sie zukünftig eine Darmspiegelung zur Krebsfrüherkennung durchführen zu lassen?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Ich lese Ihnen nun mögliche Gründe für die Nicht-Teilnahme vor. Bitte nennen Sie mir den Hauptgrund, warum Sie bislang noch keine Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs haben durchführen lassen?

Antwortmöglichkeiten:

- weil ich es persönlich nicht für notwendig halte
- weil ich Angst vor der Untersuchung habe
- weil ich Angst vor der Krebsdiagnose habe
- weil ich keine Probleme mit dem Darm habe
- weil ich keine Zeit hatte, oder der Aufwand zu groß wäre
- weil ich mich zu wenig informiert fühle
- aus einem anderen Grund

Wenn schon eine Darmspiegelung durchgeführt wurde, folgte die Frage:

Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung durchgeführt?

Antwortmöglichkeit (Jahr eintragen) _____

Was war der Grund für diese Untersuchung?

Antwortmöglichkeiten:

- Die Darmspiegelung erfolgte präventiv, d.h. ohne Symptome im Rahmen der Krebsfrüherkennung
- Die Darmspiegelung erfolgte aufgrund von Symptomen (z.B. Blut im Stuhl) oder einem auffälligen Untersuchungsergebnis

Wenn Darmspiegelung präventiv erfolgte, folgte die Frage:

Ich lese Ihnen nun mögliche Gründe für die Teilnahme vor. Bitte nennen Sie mir den **Hauptgrund**, warum Sie eine Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs haben durchführen lassen?

Antwortmöglichkeiten:

- weil mir mein Arzt die Darmspiegelung empfohlen hat
- weil ich mich selbst informiert habe und vom Nutzen der Darmspiegelung überzeugt bin
- weil jemand in meiner Familie / in meinem Freundeskreis an Darmkrebs erkrankt ist. Und ich Angst habe, das Gleiche zu erleben
- weil die Krankenkassen die Kosten für die Darmspiegelung übernehmen
- aus einem anderen Grund

Hat Sie ein Arzt vor der Darmspiegelung zum Nutzen und zu möglichen Risiken beraten?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Wenn ein Arzt vor der Darmspiegelung zum Nutzen und zu möglichen Risiken beraten hat, folgten die Fragen:

Wurde Ihnen der Nutzen der Darmspiegelung erklärt?

Wurde Ihnen erklärt, wie die Darmspiegelung durchgeführt wird?

Wurden Sie darüber aufgeklärt, welche Risiken mit einer Darmspiegelung verbunden sein können?

Wurde Ihnen erklärt, was passieren würde, wenn sich ein Verdacht auf Darmkrebs ergeben sollte?

Fühlten Sie sich nach diesem Gespräch ausreichend über die Darmspiegelung informiert?

Haben Sie sich über die ärztliche Beratung hinaus selbst über Darmkrebs und die Möglichkeiten der Früherkennung informiert?

Beabsichtigen Sie nach dem gesetzlich vorgegebenen Zeitintervall von 10 Jahren erneut eine Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs durchführen zu lassen?

Antwortmöglichkeiten jeweils: Ja, Nein

Frage an alle:

Sagen Sie mir bitte, ob die folgende Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffend sind oder nicht.

Antwortmöglichkeiten: zutreffend, nicht zutreffend

- Die Darmspiegelung verringert das Risiko an Darmkrebs zu erkranken.
- Bei der Darmspiegelung können Darmpolypen oder krebsverdächtiges Gewebe übersehen werden.
- Bei der Darmspiegelung können Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten.

Annex-Tabellen Kapitel 7.1

Annex-Tabelle 7.1.1: Wie oft hören Sie Sendungen zu gesundheitlichen Themen im Radio oder schauen Sie sich solche im Fernsehen an? n=5.051

	häufig		manchmal		selten		nie		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
FRAUEN									
Gesamt	18,4	16,5-20,6	33,1	30,8-35,5	32,2	29,8-34,7	16,2	14,3-18,3	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	12,0	6,1-22,3	24,2	17,1-33,1	39,2	30,7-48,6	24,6	17,3-33,6	
30-44 Jahre	12,5	8,4-18,1	26,8	22,1-32,2	37,5	31,5-44,0	23,2	18,3-28,9	
45-64 Jahre	17,0	14,4-19,9	36,1	32,6-39,6	32,3	29,0-35,7	14,7	12,3-17,4	
65 Jahre und älter	28,4	25,0-31,9	39,1	35,4-42,9	24,2	21,1-27,6	8,3	6,5-10,6	
SES									<0,001
Niedrig	31,1	23,7-39,7	29,8	23,1-37,5	22,1	15,9-29,9	17,0	11,0-25,3	
Mittel	17,2	14,9-19,8	35,7	32,8-38,8	31,6	28,6-34,7	15,5	13,2-18,1	
Hoch	12,8	10,4-15,7	28,7	25,1-32,7	39,7	35,4-44,2	18,8	15,7-22,3	
Chronische Krankheit									<0,001
Ja	22,3	19,4-25,6	35,7	32,5-39,1	29,2	26,0-32,5	12,8	10,5-15,4	
Nein	15,0	12,4-18,0	31,1	27,9-34,5	34,8	31,3-38,4	19,2	16,3-22,4	
MÄNNER									
Gesamt	11,6	10,0-13,5	30,6	28,1-33,2	37,5	34,8-40,4	20,3	18,0-22,7	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	6,8	3,8-12,0	17,0	11,7-23,9	46,1	38,0-54,3	30,2	23,3-38,1	
30-44 Jahre	7,9	4,7-13,2	24,7	19,1-31,3	40,8	34,2-47,8	26,5	21,0-32,9	
45-64 Jahre	10,8	8,5-13,6	36,1	32,2-40,1	35,6	31,9-39,6	17,5	14,5-20,9	
65 Jahre und älter	20,5	17,1-24,4	38,4	34,1-43,0	30,5	26,5-34,9	10,5	8,2-13,3	
SES									0,174
Niedrig	15,4	9,8-23,3	25,0	18,4-33,0	39,9	31,2-49,3	19,7	13,3-28,2	
Mittel	11,3	9,2-13,8	33,1	29,6-36,9	36,0	32,3-39,9	19,5	16,5-23,0	
Hoch	10,0	7,9-12,6	27,2	24,0-30,8	40,7	36,8-44,8	22,0	18,7-25,7	
Chronische Krankheit									<0,001
Ja	16,3	13,4-19,7	36,9	32,8-41,1	30,8	27,0-34,8	16,1	12,9-19,9	
Nein	8,8	7,0-11,0	26,7	23,6-30,0	41,8	38,1-45,6	22,7	19,8-26,0	
GESAMT (Frauen und Männer)	15,1	13,8-16,5	31,9	30,2-33,6	34,8	33,0-36,7	18,2	16,7-19,8	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert <0,001

Annex-Tabelle 7.1.2: Wie oft nutzen Sie dazu das Internet? n=5.046

	häufig		manchmal		selten		nie		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
FRAUEN									
Gesamt	26,0	23,8-28,4	21,0	18,9-23,2	20,2	18,1-22,6	32,7	30,4-35,1	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	36,7	28,6-45,6	30,3	22,2-39,7	30,1	21,5,40,5	2,9	1,0-8,2	
30-44 Jahre	46,4	40,2-52,7	23,1	18,3-28,7	19,3	14,9,24,7	11,2	7,3-16,8	
45-64 Jahre	25,5	22,6-28,6	25,5	22,5-28,6	24,1	21,1,27,3	25,0	21,7-28,6	
65 Jahre und älter	4,8	3,7-6,1	8,9	7,2-10,9	11,1	9,2,13,3	75,3	72,3-78,1	
SES									<0,001
Niedrig	11,4	6,2-20,1	17,0	10,9-25,5	12,3	7,2,20,3	59,2	50,1-67,8	
Mittel	26,7	23,8-29,7	20,4	18,0-23,1	20,2	17,5,23,2	32,7	29,9-35,6	
Hoch	36,6	32,5-40,9	25,7	21,6-30,3	24,7	21,3,28,5	13,0	10,8-15,5	
Chronische Krankheit									<0,001
Ja	27,2	24,0-30,6	17,4	14,9-20,2	16,4	13,9,19,2	39,0	35,7-42,5	
Nein	25,2	22,1-28,5	24,0	20,9-27,4	23,3	20,1,26,9	27,5	24,5-30,7	
MÄNNER									
Gesamt	23,1	20,8-25,6	20,8	18,7-23,1	26,8	24,3-29,4	29,3	26,8-31,9	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	35,4	28,1-43,5	20,7	15,0-27,9	28,9	21,9,37,0	15,0	9,7-22,4	
30-44 Jahre	27,1	21,4-33,7	26,9	21,3-33,3	33,3	27,1,40,2	12,7	8,6-18,4	
45-64 Jahre	21,9	18,8-25,3	22,9	19,8-26,2	26,9	23,5,30,6	28,4	24,5-32,6	
65 Jahre und älter	11,3	9,1-13,9	11,4	9,1-14,2	18,3	15,3,21,7	59,1	54,8-63,3	
SES									<0,001
Niedrig	19,2	12,7-28,0	16,8	11,0-24,7	23,1	16,0,32,1	40,9	32,5-49,9	
Mittel	20,5	17,4-23,9	20,8	17,8-24,1	28,1	24,6,31,8	30,7	27,2-34,4	
Hoch	30,3	26,6-34,2	22,9	19,8-26,3	27,4	24,0,31,2	19,4	16,4-22,8	
Chronische Krankheit									0,188
Ja	24,9	21,3-28,8	20,6	17,3-24,3	23,5	19,9,27,6	31,0	27,2-35,1	
Nein	22,1	19,1-25,4	21,0	18,2-24,0	28,8	25,5,32,3	28,2	25,0-31,7	
GESAMT (Frauen und Männer)	24,6	23,0-26,3	20,9	19,4-22,5	23,4	21,8-25,2	31,1	29,4-32,8	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert<0,001

Annex-Tabelle 7.1.3: Wie häufig nutzen Sie Gesundheits-APPs? n=5.038

	häufig		manchmal		selten		nie		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
FRAUEN									
Gesamt	2,8	1,9-3,9	5,4	4,2-7,0	10,9	9,2-12,8	81,0	78,6-83,1	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	6,7	3,1-14,0	8,1	4,2-15,2	12,6	7,4-20,4	72,6	63,1-80,3	
30-44 Jahre	3,4	1,9-5,8	8,8	5,4-13,9	16,4	11,6-22,6	71,5	64,8-77,4	
45-64 Jahre	2,4	1,5-3,8	5,7	4,2-7,8	10,5	8,4-13,0	81,4	78,3-84,1	
65 Jahre und älter	0,6	0,3-1,4	0,9	0,5-1,9	6,0	4,6-7,9	92,5	90,4-94,1	
SES									0,455
Niedrig	3,9	1,2-11,6	6,5	2,8-14,4	6,6	2,8-14,6	83,1	73,5-89,7	
Mittel	2,3	1,5-3,4	5,8	4,2-7,8	11,4	9,2-14,1	80,5	77,5-83,3	
Hoch	3,7	2,3-6,1	4,0	2,7-5,9	12,1	9,4-15,5	80,2	76,3-83,6	
Chronische Krankheit									0,499
Ja	3,3	2,0-5,6	4,8	3,1-7,4	10,0	8,1-12,3	81,8	78,5-84,7	
Nein	2,3	1,5-3,5	5,9	4,3-8,1	11,6	9,0-14,8	80,2	76,7-83,3	
MÄNNER									
Gesamt	2,4	1,6-3,5	4,3	3,3-5,6	12,9	10,9-15,1	80,4	77,9-82,7	
Altersgruppen									0,001
18-29 Jahre	4,4	2,0-9,3	6,9	3,8-12,1	15,7	10,2-23,2	73,0	64,9-79,8	
30-44 Jahre	2,2	1,0-5,0	3,2	1,7-6,0	16,8	12,1-22,9	77,8	71,5-83,0	
45-64 Jahre	2,4	1,4-4,1	4,4	2,8-6,8	13,1	10,4-16,3	80,1	76,4-83,4	
65 Jahre und älter	0,9	0,3-2,3	3,3	2,0-5,4	6,3	4,7-8,5	89,5	86,6-91,8	
SES									0,964
Niedrig	2,9	0,9-8,6	4,7	2,1-10,3	14,0	8,3-22,6	78,5	69,4-85,4	
Mittel	2,6	1,6-4,3	4,1	2,7-6,1	13,2	10,6-16,4	80,1	76,5-83,2	
Hoch	1,7	1,1-2,8	4,5	3,0-6,6	12,3	9,6-15,6	81,5	77,9-84,7	
Chronische Krankheit									0,919
Ja	2,7	1,5-4,8	4,5	3,0-6,8	12,5	9,8-15,9	80,2	76,4-83,6	
Nein	2,2	1,3-3,6	4,2	2,9-6,0	13,1	10,6-16,2	80,5	77,2-83,5	
GESAMT (Frauen und Männer)	2,6	2,0-3,3	4,9	4,0-5,9	11,8	10,5-13,3	80,7	79,0-82,3	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,312

Annex-Tabelle 7.1.4: Wie oft lesen Sie Informationen in Heften oder Broschüren der Krankenkassen? n=5.049

	häufig		manchmal		selten		nie		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
FRAUEN									
Gesamt	22,6	20,7-24,6	28,0	25,9-30,3	29,8	27,5-32,3	19,5	17,3-22,0	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	7,0	4,1-11,8	18,9	12,1-28,5	40,1	31,3-49,6	33,9	25,5-43,5	
30-44 Jahre	14,3	10,7-18,8	24,4	19,9-29,6	33,2	27,7-39,2	28,1	22,0-35,1	
45-64 Jahre	24,1	21,0-27,4	29,2	26,1-32,5	31,4	28,1-34,9	15,3	12,9-18,1	
65 Jahre und älter	35,5	31,8-39,3	34,2	30,7-37,9	19,8	16,9-23,1	10,5	8,6-12,8	
SES									<0,001
Niedrig	27,6	21,5-34,6	32,1	24,8-40,4	20,9	14,7-29,0	19,3	12,5-28,6	
Mittel	23,7	21,2-26,3	28,7	26,0-31,5	31,1	28,1-34,3	16,5	14,0-19,4	
Hoch	14,9	12,4-18,0	23,2	20,1-26,7	34,5	30,5-38,7	27,3	23,1-32,0	
Chronische Krankheit									<0,001
Ja	29,4	26,3-32,6	29,3	26,4-32,4	26,5	23,4-29,7	14,9	12,1-18,1	
Nein	16,9	14,7-19,5	26,9	23,8-30,2	32,7	29,3-36,3	23,5	20,1-27,2	
MÄNNER									
Gesamt	13,5	11,9-15,4	24,8	22,6-27,3	33,4	30,7-36,1	28,3	25,7-31,0	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	3,7	1,7-7,9	13,0	8,7-19,0	31,8	24,6-40,0	51,5	43,3-59,6	
30-44 Jahre	4,7	2,6-8,1	21,1	16,0-27,4	39,8	33,2-46,7	34,4	28,0-41,5	
45-64 Jahre	15,8	12,9-19,1	28,9	25,3-32,8	33,8	30,1-37,8	21,5	18,4-25,0	
65 Jahre und älter	26,8	22,9-31,0	31,4	27,2-35,8	27,3	23,5-31,4	14,6	11,9-17,8	
SES									0,008
Niedrig	12,0	8,0-17,6	24,3	17,7-32,3	32,8	24,7-42,0	30,9	22,7-40,6	
Mittel	16,3	13,8-19,1	26,2	22,9-29,6	32,7	29,1-36,6	24,9	21,4-28,7	
Hoch	8,4	6,7-10,5	23,1	19,8-26,7	35,0	31,4-38,8	33,5	29,6-37,6	
Chronische Krankheit									<0,001
Ja	17,1	14,4-20,3	29,2	25,5-33,2	32,8	28,9-36,9	20,9	17,3-25,0	
Nein	11,3	9,3-13,6	22,0	19,2-25,1	33,7	30,3-37,3	32,9	29,4-36,6	
GESAMT (Frauen und Männer)	18,2	16,9-19,5	26,5	24,9-28,1	31,6	29,8-33,4	23,8	22,1-25,6	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert<0,001

Annex-Tabelle 7.1.5: Wie oft lesen Sie Informationen in Heften oder Broschüren der Apotheken? n=5.052

	häufig		manchmal		selten		nie		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
FRAUEN	22,2	20,3-24,3	26,9	24,7-29,3	25,3	23,2-27,6	25,5	23,2-28,0	
Gesamt									
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	6,5	2,9-13,8	17,1	10,3-26,9	22,2	15,5-30,9	54,2	44,5-63,5	
30-44 Jahre	12,3	9,0-16,7	24,0	18,7-30,1	32,5	27,0-38,5	31,2	25,5-37,5	
45-64 Jahre	21,3	18,3-24,6	28,3	25,1-31,7	28,6	25,5-31,9	21,8	19,0-24,9	
65 Jahre und älter	39,5	35,7-43,3	32,7	29,2-36,4	17,0	14,4-19,9	10,9	8,8-13,3	
SES									<0,001
Niedrig	32,3	25,4-40,0	30,6	23,1-39,3	14,9	10,4-21,0	22,2	15,2-31,2	
Mittel	22,0	19,6-24,6	27,7	25,0-30,6	27,4	24,5-30,5	22,9	20,1-25,8	
Hoch	15,5	12,9-18,5	20,4	16,7-24,6	27,8	24,3-31,5	36,4	32,2-40,8	
Chronische Krankheit									<0,001
Ja	31,6	28,3-35,0	28,6	25,5-31,9	23,5	20,7-26,5	16,4	13,9-19,3	
Nein	14,3	12,3-16,6	25,7	22,5-29,2	26,9	23,7-30,2	33,1	29,6-36,8	
MÄNNER									
Gesamt	12,3	10,7-14,2	18,4	16,4-20,6	28,6	26,2-31,3	40,6	37,8-43,4	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	2,5	0,7-8,1	9,9	5,8-16,4	26,1	19,6-33,9	61,5	53,1-69,2	
30-44 Jahre	4,6	2,2-9,2	11,7	8,1-16,7	33,6	27,4-40,5	50,1	43,2-57,0	
45-64 Jahre	11,9	9,4-15,0	19,1	16,1-22,5	29,7	26,1-33,5	39,3	35,3-43,3	
65 Jahre und älter	28,7	24,7-33,0	30,9	26,8-35,3	23,9	20,3-27,9	16,6	13,6-20,0	
SES									0,008
Niedrig	12,2	7,8-18,7	17,6	12,1-24,9	30,1	22,4-39,2	40,1	31,3-49,5	
Mittel	14,2	11,8-17,1	19,7	16,9-22,9	28,4	25,0-32,1	37,6	33,8-41,6	
Hoch	8,6	7,0-10,6	16,4	13,8-19,4	28,1	24,7-31,7	46,9	42,9-51,0	
Chronische Krankheit									<0,001
Ja	17,4	14,5-20,8	23,1	19,8-26,8	27,3	23,7-31,2	32,2	28,1-36,6	
Nein	9,1	7,3-11,3	15,4	13,1-18,1	29,5	26,2-33,1	46,0	42,3-49,7	
GESAMT (Frauen und Männer)	17,4	16,1-18,8	22,8	21,2-24,4	26,9	25,3-28,7	32,9	31,0-34,8	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert<0,001

Annex-Tabelle 7.1.6: Wie oft lesen Sie Informationen zu gesundheitlichen Themen in anderen Zeitschriften oder Zeitungen? n=5.051

	häufig		manchmal		selten		nie		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
FRAUEN									
Gesamt	14,9	13,3-16,7	24,6	22,6-26,7	34,5	32,1-37,1	26,0	23,7-28,4	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	9,6	5,9-15,2	16,5	11,5-23,1	49,2	39,7-58,7	24,7	17,6-33,6	
30-44 Jahre	14,1	10,4-18,8	22,6	18,0-27,9	30,4	25,3-36,0	33,0	26,8-39,9	
45-64 Jahre	15,0	12,6-17,8	27,2	24,1-30,4	35,7	32,3-39,3	22,1	19,3-25,3	
65 Jahre und älter	18,2	15,3-21,5	27,1	23,9-30,7	28,9	25,6-32,5	25,8	22,6-29,2	
SES									0,057
Niedrig	13,7	9,5-19,5	19,5	14,6-25,6	32,0	24,4-40,8	34,7	26,8-43,7	
Mittel	14,8	12,7-17,2	24,7	22,1-27,5	35,0	32,0-38,2	25,4	22,7-28,3	
Hoch	17,5	14,7-20,8	27,3	23,7-31,1	32,5	28,6-36,6	22,7	18,7-27,4	
Chronische Krankheit									0,454
Ja	16,4	14,0-19,2	24,5	21,8-27,5	34,6	31,2-38,2	24,4	21,5-27,6	
Nein	13,6	11,4-16,0	24,7	21,9-27,8	34,4	30,9-38,1	27,3	23,9-31,0	
MÄNNER									
Gesamt	8,1	6,7-9,6	21,1	18,9-23,5	38,0	35,3-40,7	32,9	30,2-35,7	
Altersgruppen									<0,001
18-29 Jahre	6,6	3,5-12,0	11,3	7,1-17,5	35,9	28,6-43,9	46,2	38,1-54,5	
30-44 Jahre	5,8	3,3-10,0	21,7	16,3-28,2	41,3	34,7-48,2	31,2	25,1-38,0	
45-64 Jahre	7,4	5,6-9,8	23,0	19,8-26,6	39,0	35,2-43,0	30,6	26,8-34,6	
65 Jahre und älter	12,5	10,0-15,5	25,3	21,5-29,4	34,5	30,5-38,9	27,7	23,7-32,1	
SES									0,014
Niedrig	8,4	5,0-14,0	18,8	12,8-26,6	31,5	23,7-40,5	41,3	32,5-50,6	
Mittel	7,1	5,3-9,4	22,1	19,0-25,5	37,2	33,5-41,1	33,6	29,9-37,5	
Hoch	9,8	7,8-12,4	20,2	17,2-23,5	44,0	40,0-48,0	26,0	22,4-29,9	
Chronische Krankheit									0,005
Ja	9,7	7,4-12,6	23,4	20,0-27,2	36,9	32,9-41,1	29,9	25,9-34,3	
Nein	6,9	5,4-8,8	19,7	16,9-22,8	38,6	35,1-42,3	34,8	31,2-38,5	
GESAMT (Frauen und Männer)	11,6	10,5-12,7	22,9	21,4-24,4	36,2	34,4-38,1	29,3	27,5-31,2	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert<0,001

Annex-Tabelle 7.1.7: Wie oft wenden Sie sich an die Arzthotline ihrer/einer Krankenkasse? n=5.042

	häufig		manchmal		selten		nie		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
FRAUEN									
Gesamt	1,5	1,0-2,2	4,3	3,3-5,5	22,3	20,1-24,6	72,0	69,5-74,3	
Altersgruppen									0,843
18-29 Jahre	2,6	0,9-7,4	1,1	0,4-2,7	1,2	0,6-2,5	1,5	0,7-2,9	
30-44 Jahre	4,9	1,9-12,3	4,6	2,8-7,5	4,1	2,8-5,8	4,0	2,8-5,6	
45-64 Jahre	24,3	16,5-34,2	20,2	15,5-25,9	23,7	20,6-27,2	21,1	18,0-24,6	
65 Jahre und älter	68,2	58,1-76,8	74,1	68,2-79,2	70,9	67,4-74,3	73,5	69,8-76,8	
SES									0,146
Niedrig	1,6	0,5-5,6	4,6	1,7-11,5	29,1	21,3-38,4	64,7	55,4-72,9	
Mittel	1,5	0,9-2,4	4,5	3,3-5,9	22,8	20,2-25,7	71,2	68,2-74,0	
Hoch	1,3	0,4-3,7	3,9	2,7-5,6	16,7	13,7-20,1	78,1	74,4-81,5	
Chronische Krankheit									0,002
Ja	2,5	1,6-3,9	5,5	3,9-7,7	25,1	21,9-28,6	66,9	63,2-70,4	
Nein	0,6	0,2-1,6	3,3	2,3-4,7	19,9	17,0-23,2	76,2	72,8-79,2	
MÄNNER									
Gesamt	1,9	1,3-2,7	4,2	3,2-5,6	20,2	18,0-22,6	73,7	71,1-76,2	
Altersgruppen									0,036
18-29 Jahre	0,4	0,1-2,7	6,7	3,3-13,3	21,8	15,8-29,4	71,0	62,8-78,1	
30-44 Jahre	0,6	0,1-2,5	1,7	0,8-3,6	18,9	13,9-25,1	78,9	72,7-84,0	
45-64 Jahre	2,9	1,7-4,8	4,4	3,0-6,5	20,0	16,8-23,5	72,7	68,8-76,2	
65 Jahre und älter	2,6	1,5-4,3	4,6	3,0-6,9	20,6	17,2-24,5	72,2	68,0-76,1	
SES									0,012
Niedrig	1,6	0,4-6,2	8,7	4,7-15,5	21,4	15,1-29,3	68,4	59,6-76,1	
Mittel	2,3	1,5-3,5	3,9	2,7-5,8	22,2	19,0-25,7	71,6	67,9-75,1	
Hoch	1,3	0,6-2,7	2,9	1,9-4,5	16,2	13,5-19,4	79,6	76,2-82,6	
Chronische Krankheit									0,001
Ja	3,8	2,5-5,7	4,8	3,4-6,7	20,2	16,8-24,0	71,3	67,2-75,1	
Nein	0,7	0,3-1,3	3,9	2,6-5,9	20,3	17,5-23,4	75,1	71,7-78,2	
GESAMT (Frauen und Männer)	1,7	1,3-2,2	4,3	3,5-5,1	21,3	19,7-22,9	72,8	71,0-74,5	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,523

Annex-Tabelle 7.1.8: Eher gut informiert über Rechte als Patient, n=4.827

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	51,8	49,9-53,8	50,4	47,7-53,0	53,3	50,4-56,2
Altersgruppen	***		***		***	
18-29 Jahre	52,4	46,2-58,6	49,2	39,7-58,7	55,3	47,0-63,3
30-44 Jahre	40,4	35,9-45,2	37,0	31,0-43,4	43,9	37,0-51,0
45-64 Jahre	48,1	45,3-50,9	46,8	43,1-50,5	49,5	45,3-53,7
65 Jahre und älter	66,9	63,9-69,7	66,3	62,4-69,9	67,6	63,1-71,8
SES						
Niedrig	55,4	49,0-61,6	53,2	44,6-61,6	58,1	48,6-67,1
Mittel	51,5	48,9-54,0	50,9	47,6-54,2	52,1	48,1-56,1
Hoch	51,7	48,6-54,7	47,2	42,8-51,7	55,3	51,1-59,4
Migrationshintergrund						
Nein	52,5	50,4-54,5	50,7	48,0-53,5	54,3	51,3-57,3
Ja	47,0	40,0-54,0	46,8	37,3-56,6	47,1	37,3-57,1

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,139

Annex-Tabelle 7.1.9: Eher gut informiert über Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten, n=4.923

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	68,4	66,5-70,2	68,2	65,6-70,6	57,2	55,3-59,2
Altersgruppen	***		**		***	
18-29 Jahre	67,8	61,6-73,3	66,8	57,3-75,2	56,7	50,4-62,8
30-44 Jahre	58,9	54,1-63,5	59,8	53,4-65,9	47,7	42,9-52,5
45-64 Jahre	69,8	67,1-72,3	68,5	64,9-72,0	54,8	51,9-57,6
65 Jahre und älter	75,5	72,8-78,1	75,4	71,7-78,7	69,8	66,9-72,5
SES						
Niedrig	66,3	59,9-72,1	65,8	56,9-73,7	60,3	53,8-66,4
Mittel	67,4	65,0-69,8	66,9	63,6-69,9	56,4	53,8-59,0
Hoch	72,4	69,4-75,1	73,2	68,9-77,0	58,0	54,8-61,1
Migrationshintergrund	***		*		**	
Nein	69,8	67,9-71,7	69,2	66,5-71,7	70,5	67,7-73,2
Ja	57,1	50,0-63,9	59,4	49,4-68,7	55,0	45,0-64,6

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,816

Annex-Tabelle 7.1.10: Eher gut informiert über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall, n=4.718

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	57,2	55,3-59,2	58,2	55,5-60,8	56,3	53,3-59,2
Altersgruppen	***		***		***	
18-29 Jahre	56,7	50,4-62,8	60,2	51,1-68,6	53,5	45,0-61,8
30-44 Jahre	47,7	42,9-52,5	48,7	42,2-55,3	46,6	39,7-53,7
45-64 Jahre	54,8	51,9-57,6	52,9	49,2-56,7	56,6	52,3-60,8
65 Jahre und älter	69,8	66,9-72,5	71,4	67,7-74,8	67,7	63,1-72,0
SES						
Niedrig	60,3	53,8-66,4	61,6	52,8-69,7	58,7	49,0-67,7
Mittel	56,4	53,8-59,0	57,8	54,5-61,1	54,8	50,7-58,8
Hoch	58,0	54,8-61,1	56,8	52,0-61,3	59,0	54,7-63,1
Migrationshintergrund	*				*	
Nein	58,2	56,2-60,2	58,6	55,9-61,3	57,8	54,7-60,8
Ja	49,9	42,7-57,0	53,8	43,5-63,7	46,3	36,6-56,3

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,355

Annex-Tabelle 7.1.11: Eher gut informiert über Anlaufstellen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler, n=4.154

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	25,5	23,7-27,4	24,9	22,4-27,5	26,2	23,5-29,0
Altersgruppen	***		**		**	
18-29 Jahre	30,9	24,8-37,8	26	17,2-37,4	35,2	27,3-44,0
30-44 Jahre	19,3	15,8-23,4	17,5	13,4-22,4	21,2	15,7-27,9
45-64 Jahre	22,6	20,2-25,2	23,1	19,9-26,7	22,1	18,5-26,1
65 Jahre und älter	32,1	29,0-35,3	33,4	29,3-37,9	30,4	26,1-35,1
SES			*			
Niedrig	30,6	24,4-37,6	32,3	23,8-42,2	28,5	20,2-38,5
Mittel	24,6	22,3-27,1	23,9	21,0-27,0	25,4	21,8-29,5
Hoch	23,6	21,1-26,3	20,4	17,3-23,9	26,3	22,6-30,4
Migrationshintergrund						
Nein	25,1	23,2-27,2	24,6	22,0-27,4	25,7	22,9-28,7
Ja	28,8	22,8-35,7	27	19,4-36,3	30,4	21,7-40,9

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,503

Annex-Tabelle 7.1.12: Eher gut informiert über die Qualität von Ärzten, n=4.738

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	62,8	60,9-64,7	62,5	59,9-65,1	63,1	60,3-65,8
Altersgruppen	***		***		***	
18-29 Jahre	63,8	57,6-69,6	61,5	51,9-70,3	65,8	57,5-73,2
30-44 Jahre	53,5	48,8-58,2	53,8	47,4-60,0	53,3	46,2-60,2
45-64 Jahre	59,3	56,6-62,0	58,2	54,5-61,8	60,4	56,3-64,4
65 Jahre und älter	75,5	72,9-78,0	75,7	72,2-78,9	75,3	71,1-79,2
SES	***		***		**	
Niedrig	70	63,8-75,6	74,8	66,8-81,3	64,5	54,7-73,3
Mittel	64,9	62,4-67,3	63	59,7-66,2	67,1	63,2-70,7
Hoch	53,7	50,5-56,8	51,8	47,2-56,5	55,1	50,9-59,3
Migrationshintergrund						
Nein	62,8	60,8-64,7	62,4	59,7-65,0	63,2	60,3-66,1
Ja	63,4	56,6-69,6	64,1	54,6-72,6	62,7	53,0-71,5

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,774

Annex-Tabelle 7.1.13: Eher gut informiert über die Qualität von Krankenhäusern, n=4.626

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	56,4	54,4-58,4	56,2	53,4-58,8	56,6	53,7-59,5
Altersgruppen	***		***		***	
18-29 Jahre	58,1	51,8-64,3	58	48,4-67,1	58,2	49,8-66,2
30-44 Jahre	48,9	44,1-53,8	47,5	41,0-54,1	50,4	43,2-57,5
45-64 Jahre	51,3	48,4-54,1	50	46,2-53,8	52,5	48,2-56,8
65 Jahre und älter	69,6	66,8-72,3	70,5	66,8-74,0	68,5	64,1-72,7
SES	***		*		**	
Niedrig	63,1	56,5-69,2	63,6	54,7-71,7	62,4	52,6-71,3
Mittel	57,7	55,1-60,3	56,4	53,0-59,7	59,2	55,1-63,1
Hoch	49,5	46,4-52,6	49,8	45,3-54,4	49,2	45,0-53,4
Migrationshintergrund						
Nein	56,4	54,3-58,4	55,8	53,0-58,5	57	54,0-60,0
Ja	57,1	49,6-64,2	59,5	49,1-69,1	54,7	44,2-64,9

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,811

Annex-Tabelle 7.1.14: Eher gut informiert über die Qualität von Alten- und Pflegeheimen, n=4.065

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	31,2	29,3-33,2	35,3	32,5-38,1	26,9	24,2-29,8
Altersgruppen	***		***			
18-29 Jahre	28,6	22,4-35,8	32,4	22,9-43,6	25	17,6-34,2
30-44 Jahre	25,1	20,9-29,7	25,7	20,3-32,0	24,4	18,5-31,5
45-64 Jahre	29,1	26,4-32,0	33,1	29,3-37,0	25	21,1-29,2
65 Jahre und älter	41,7	38,4-45,0	47,1	42,8-51,5	34,3	29,6-39,3
SES	***		**			
Niedrig	35,9	29,6-42,7	42,3	33,5-51,6	28,1	20,0-38,0
Mittel	33,1	30,5-35,8	36,3	32,9-39,8	29,4	25,5-33,7
Hoch	24	21,4-26,8	26,3	22,4-30,5	22,1	18,8-25,8
Migrationshintergrund						
Nein	31,9	29,9-34,1	36,1	33,2-39,0	27,4	24,6-30,5
Ja	24,9	19,0-32,0	26,9	19,1-36,5	23,2	15,1-34,0

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=<0,001

Annex-Tabelle 7.1.15: Eher gut informiert über die Qualität von ambulanten Pflegediensten, n=4.113

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	40,8	38,7-42,9	45,6	42,8-48,5	35,6	32,6-38,8
Altersgruppen	***		***		**	
18-29 Jahre	40,8	34,2-47,7	45,6	35,9-55,8	36,2	27,7-45,6
30-44 Jahre	31,8	27,1-36,9	35,7	29,2-42,9	27,8	21,4-35,2
45-64 Jahre	37,8	34,9-40,8	41,6	37,7-45,6	33,8	29,4-38,4
65 Jahre und älter	53,4	50,1-56,6	59,1	54,9-63,2	46,2	41,1-51,3
SES	***		***		**	
Niedrig	51,7	44,9-58,5	58	48,9-66,6	44,2	34,5-54,4
Mittel	42,3	39,6-45,1	46	42,5-49,6	38	33,8-42,5
Hoch	29,1	26,3-32,2	32	27,6-36,7	26,8	23,0-30,9
Migrationshintergrund						
Nein	41,4	39,2-43,6	46,1	43,2-49,1	36,2	33,1-39,5
Ja	36,1	29,3-43,5	40,6	31,0-51,0	31,9	22,8-42,7

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=<0,001

Annex-Tabelle 7.1.16: Eher gut informiert über die Kosten einer ärztlichen Behandlung, n=4.768

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	33,8	31,9-35,6	34,1	31,6-36,7	33,4	30,8-36,0
Altersgruppen	***		**		**	
18-29 Jahre	34,1	28,1-40,6	39	29,7-49,2	29,8	22,8-38,0
30-44 Jahre	27,9	24,1-32,0	29,5	24,5-35,1	26,2	20,7-32,4
45-64 Jahre	31,9	29,4-34,6	29,4	26,1-32,9	34,4	30,6-38,4
65 Jahre und älter	41,6	38,6-44,6	41,4	37,5-45,4	41,8	37,3-46,4
SES	***		*		***	
Niedrig	35,6	29,5-42,1	38	29,6-47,2	32,8	24,7-42,1
Mittel	29,4	27,2-31,8	30,8	27,8-33,9	27,9	24,6-31,5
Hoch	43,6	40,6-46,6	41,1	36,9-45,4	45,6	41,5-49,7
Migrationshintergrund	*				*	
Nein	34,5	32,6-36,5	34,5	31,9-37,3	34,5	31,8-37,4
Ja	26,7	21,4-32,8	30,3	22,5-39,4	23,5	16,7-31,9

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,683

Annex-Tabellen Kapitel 7.2

Annex-Tabelle 7.2.1: Gesundheitskompetenz nach Alter und Sozioökonomischer Status (SES), n=4.680

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt	17,7	16,1-19,4	39,7	37,8-41,7	35,6	33,7-37,5	7	6,1-8,2	0,511
Frauen	17,5	15,4-19,9	40,3	37,7-42,9	34,5	32,0-37,1	7,7	6,3-9,4	
Männer	17,9	15,6-20,4	39,1	36,3-42,0	36,6	33,9-39,5	6,4	5,2-7,9	
Altersgruppen									0,235
18-29 Jahre	14,8	10,8-20,0	43	36,9-49,3	36,5	30,8-42,7	5,7	3,0-10,7	
30-44 Jahre	19	15,1-23,6	37	32,6-41,6	37,7	33,3-42,4	6,3	4,5-8,9	
45-64 Jahre	19,7	17,4-22,2	39	36,4-41,8	34,3	31,7-37,1	6,9	5,6-8,4	
65 Jahre und älter	15,4	13,2-17,8	41,2	38,1-44,3	34,5	31,6-37,5	8,9	7,2-10,9	
SES									<0,001
Niedriger SES	21,6	16,3-28,0	39,8	33,6-46,4	33	27,2-39,4	5,6	3,1-9,8	
Mittlerer SES	19,3	17,2-21,5	40,4	37,9-43,0	33,7	31,3-36,3	6,6	5,4-8,0	
Hoher SES	11,7	9,7-14,1	37,4	34,5-40,3	43	40,0-46,1	7,9	6,5-9,6	

Annex-Tabelle 7.2.2: Gesundheitskompetenz von Frauen nach Alter und Sozioökonomischer Status (SES), n=2.645

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt	17,5	15,4-19,9	40,3	37,7-42,9	34,5	32,0-37,1	7,7	6,3-9,4	
Altersgruppen									0,206
18-29 Jahre	14,8	9,5-22,4	49,3	39,9-58,7	30,0	22,1-39,4	5,9	1,9-16,8	
30-44 Jahre	20,5	14,9-27,6	33,7	28,3-39,4	38,8	32,8-45,2	7	4,6-10,6	
45-64 Jahre	18,1	15,4-21,2	39,9	36,3-43,6	34,7	31,3-38,3	7,2	5,5-9,4	
65 Jahre und älter	15,6	12,8-18,8	41,5	37,5-45,7	33	29,2-37,0	9,9	7,6-12,8	
SES									0,002
Niedriger SES	23,9	16,4-33,4	42,7	34,2-51,8	25,7	19,0-33,8	7,7	3,8-15,1	
Mittlerer SES	18,1	15,6-21,0	40,9	37,7-44,2	33,8	30,6-37,2	7,1	5,6-9,0	
Hoher SES	10,9	8,4-13,9	36,8	32,6-41,2	44,9	40,4-49,5	7,4	5,8-9,5	

Annex-Tabelle 7.2.3: Gesundheitskompetenz von Männern nach Alter und Sozioökonomischer Status (SES), n=2.035

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt	17,9	15,6-20,4	39,1	36,3-42,0	36,6	33,9-39,5	6,4	5,2-7,9	
Altersgruppen									0,514
18-29 Jahre	14,8	9,4-22,6	37,4	29,6-45,9	42,3	34,4-50,5	5,6	2,8-10,9	
30-44 Jahre	17,4	12,6-23,5	40,4	33,6-47,5	36,6	30,2-43,6	5,6	3,2-9,8	
45-64 Jahre	21,3	17,8-25,3	38,1	34,2-42,2	34,0	30,1-38,1	6,6	4,9-8,9	
65 Jahre und älter	15,1	11,9-19,1	40,8	36,2-45,6	36,4	32,0-41,1	7,6	5,4-10,7	
SES									0,013
Niedriger SES	19	12,4-27,9	36,4	27,7-46,0	41,6	32,4-51,5	3	1,2-7,5	
Mittlerer SES	20,5	17,4-24,1	39,8	35,9-43,9	33,7	30,0-37,6	6	4,3-8,2	
Hoher SES	12,4	9,5-16,1	37,8	33,9-41,8	41,5	37,5-45,7	8,3	6,2-11,0	

Annex-Tabelle 7.2.4: Gesundheitskompetenz nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht, n=4.675

Ausl. Staatsangehörigk.	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt									0,143
Nein	16,9	15,3-18,6	39,9	37,9-42,0	35,9	34,0-37,9	7,2	6,2-8,4	
Ja	24,0	18,0-31,2	37,6	31,1-44,5	32,9	26,5-40,0	5,6	2,8-10,9	
Frauen									0,676
Nein	17,3	15,2-19,7	40,3	37,7-43,1	35	32,4-37,7	7,3	6,0-9,0	
Ja	19,4	11,8-30,1	39,9	30,8-49,7	30,3	21,7-40,5	10,4	4,8-20,9	
Männer									
Nein	16,5	14,3-19,0	39,5	36,6-42,5	36,9	34,1-39,9	7,1	5,7-8,8	
Ja	28,1	19,7-38,4	35,5	26,5-45,5	35,2	26,2-45,3	1,2	0,5-3,3	0,004

Annex-Tabelle 7.2.5: Gesundheitskompetenz nach Gemeindegröße, n=4.413

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt									0,324
Ländlich	18,8	16,1-21,8	41,7	38,0-45,5	32,4	28,9-36,1	7,1	5,3-9,6	
Kleinstädtisch	15,2	12,1-18,8	39,8	35,5-44,2	36,7	32,4-41,2	8,4	5,7-12,1	
Mittelstädtisch	16,7	13,4-20,5	37,9	33,8-42,1	38,9	34,7-43,3	6,5	5,0-8,5	
Großstädtisch	15,4	12,8-18,5	39,1	35,6-42,7	38,8	35,4-42,4	6,6	5,1-8,5	
Frauen									0,192
Ländlich	19,3	15,7-23,4	39,1	34,4-44,1	31,9	27,2-36,9	9,7	6,7-14,0	
Kleinstädtisch	12,9	9,6-17,2	42,1	36,2-48,2	36,3	30,5-42,5	8,7	4,8-15,1	
Mittelstädtisch	15,4	11,3-20,7	38,7	33,1-44,7	38,3	32,6-44,3	7,6	5,4-10,5	
Großstädtisch	13,5	10,4-17,2	42,1	37,3-47,1	38,6	34,0-43,5	5,8	4,1-8,0	
Männer									0,436
Ländlich	18,3	14,3-23,0	44,4	38,8-50,2	33,0	28,0-38,4	4,3	2,7-7,0	
Kleinstädtisch	17,3	12,6-23,4	37,5	31,4-44,0	37,1	31,0-43,6	8,1	5,0-12,8	
Mittelstädtisch	17,7	13,0-23,5	37,2	31,5-43,2	39,5	33,5-45,8	5,7	3,7-8,7	
Großstädtisch	17,2	13,3-22,0	36,5	31,6-41,7	39	34,0-44,1	7,4	5,1-10,6	

Annex-Tabelle 7.2.6: Gesundheitskompetenz nach selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheit und chronischer Krankheit, n=4.674

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt									
Gesundheitszustand									<0,000
Sehr gut, gut	14,2	12,5-16,1	38,9	36,6-41,3	38,8	36,5-41,2	8,0	6,7-9,5	
Mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	25,8	22,6-29,3	41,6	38,3-45,1	27,9	24,9-31,0	4,7	3,5-6,1	
Chronische Krankheit									0,038
Ja	18,5	16,2-21,1	42,1	39,3-45,0	33,4	30,8-36,1	6,0	4,7-7,5	
Nein	17,1	15,1-19,5	37,9	35,3-40,6	37,1	34,5-39,8	7,8	6,4-9,4	
Frauen									
Gesundheitszustand									<0,000
Sehr gut, gut	13,6	11,4-16,1	39,1	36,0-42,4	38,6	35,4-41,9	8,7	6,8-11,0	
Mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	26,0	21,6-30,8	43,0	38,6-47,5	25,8	22,3-29,7	5,3	3,7-7,3	
Chronische Krankheit									0,256
Ja	18,6	15,6-22,0	41,1	37,5-44,7	34,2	30,9-37,7	6,2	4,7-8,1	
Nein	16,7	13,9-20,1	39,6	35,9-43,4	34,7	31,1-38,5	8,9	6,8-11,7	
Männer									
Gesundheitszustand									<0,000
Sehr gut, gut	14,9	12,4-17,8	38,7	35,4-42,2	39,1	35,7-42,5	7,3	5,8-9,3	
Mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	25,7	21,1-30,8	40	35,0-45,3	30,3	25,6-35,5	4,0	2,5-6,3	
Chronische Krankheit									0,056
Ja	18,5	15,1-22,4	43,4	39,0-47,9	32,3	28,3-36,6	5,8	3,9-8,5	
Nein	17,5	14,6-20,9	36,3	32,7-40,1	39,4	35,7-43,2	6,8	5,2-8,7	

Annex-Tabelle 7.2.7: Gesundheitskompetenz nach sportlicher Aktivität, n=4.676

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt									0,001
Kein Sport	22,9	19,6-26,5	38,6	35,0-42,3	30,5	27,0-34,1	8,1	6,0-10,8	
Bis zu 2h/Woche	16,3	13,4-19,6	41,1	37,2-45,2	36,7	32,8-40,9	5,8	4,0-8,5	
Mehr als 2h/Woche	15,4	13,3-17,7	39,7	36,9-42,5	38	35,3-40,7	7	5,8-8,3	
Frauen									0,009
Kein Sport	24	19,4-29,4	38,1	33,2-43,2	29,2	24,4-34,5	8,7	5,7-13,2	
Bis zu 2h/Woche	16,4	12,7-20,8	39,3	34,5-44,4	37,3	32,2-42,8	7	4,3-11,0	
Mehr als 2h/Woche	14,2	11,5-17,4	42,3	38,5-46,1	36,3	32,9-39,9	7,3	5,8-9,1	
Männer									0,124
Kein Sport	21,7	17,4-26,7	39,1	33,9-44,5	31,8	27,0-37,1	7,3	4,9-10,9	
Bis zu 2h/Woche	16,1	11,8-21,6	43,4	37,1-49,9	36	30,0-42,5	4,5	2,4-8,2	
Mehr als 2h/Woche	16,5	13,5-20,1	37,3	33,4-41,3	39,5	35,6-43,5	6,7	5,1-8,8	

Annex-Tabelle 7.2.8: Gesundheitskompetenz nach Gesundheitsbewusstsein und Kontrollüberzeugung, n=4.673

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt									
Achten auf Gesundheit									<0,000
Gar nicht/wenig	32,4	24,4-41,5	32,9	26,1-40,5	30,3	23,4-38,2	4,5	2,4-8,3	
Mittelmäßig	18,3	15,8-21,0	43,1	40,0-46,4	33	30,0-36,1	5,6	4,1-7,6	
Stark/sehr stark	14,9	13,1-16,9	38,3	35,8-40,9	38,3	35,8-40,8	8,5	7,2-10,0	
Gesundheitliche Kontrollüberzeugung									<0,000
Nichts/wenig	45,9	30,1-62,5	26,9	15,3-43,0	20,5	11,4-34,0	6,7	1,9-21,2	
Einiges	25,4	21,6-29,7	41,7	37,6-46,0	27,3	23,7-31,2	5,5	3,9-7,9	
Viel/sehr viel	14,8	13,2-16,5	39,5	37,4-41,8	38,3	36,1-40,5	7,4	6,3-8,7	
Frauen									
Achten auf Gesundheit									<0,000
Gar nicht/wenig	44,1	29,5-59,8	33,3	22,6-46,1	19,1	10,2-32,8	3,5	1,3-8,7	
Mittelmäßig	19	15,6-22,9	41,2	36,8-45,8	32	27,9-36,5	7,8	5,1-11,8	
Stark/sehr stark	13,8	11,7-16,2	40,5	37,2-43,8	37,7	34,5-41,0	8	6,5-9,8	
Gesundheitliche Kontrollüberzeugung									<0,000
Nichts/wenig	58,2	31,6-80,7	14,2	5,4-32,2	11,6	4,3-27,7	16	4,2-45,2	
Einiges	28,1	22,9-34,1	39,8	34,4-45,5	26,6	21,9-31,9	5,5	3,5-8,5	
Viel/sehr viel	13,5	11,6-15,7	41	38,1-44,0	37,4	34,5-40,4	8,1	6,4-10,1	
Männer									
Achten auf Gesundheit									0,001
Gar nicht/wenig	25,7	17,7-35,7	32,6	24,2-42,4	36,7	27,8-46,5	25,7	17,7-35,7	
Mittelmäßig	17,6	14,3-21,6	44,9	40,4-49,5	33,9	29,7-38,3	17,6	14,3-21,6	
Stark/sehr stark	16,3	13,3-19,7	35,6	31,8-39,6	39	35,2-43,0	16,3	13,3-19,7	
Gesundheitliche Kontrollüberzeugung									0,002
Nichts/wenig	37,5	21,7-56,5	35,6	19,2-56,4	26,6	13,6-45,5	0,3	0,0-2,2	
Einiges	22,2	16,9-28,6	44	37,6-50,5	28,1	22,9-34,1	5,6	3,2-9,8	
Viel/sehr viel	16	13,6-18,8	38,1	34,9-41,3	39,2	36,0-42,5	6,7	5,3-8,5	

Annex-Tabelle 7.2.9: Gesundheitskompetenz nach Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung, n=5.053

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Häufigkeit Konsultation Haus-/Facharzt									0,416
In d. letzten 12 Mon.	17,1	15,4-18,9	39,9	37,9-42,0	35,9	33,9-38,0	7,1	6,0-8,3	
> 1 Jahr	20,3	16,0-25,3	39,6	34,2-45,2	33,3	28,3-38,8	6,8	4,7-9,8	
Nie	33,5	14,5-59,9	31,1	15,5-52,6	28,5	14,3-48,9	6,9	1,4-28,2	
Frequent attender^a									0,384
Ja	20,5	14,8-27,7	41,1	33,5-49,1	29,8	23,5-37,0	8,6	4,2-16,7	
Nein	16,6	14,9-18,5	39,9	37,7-42,0	36,5	34,4-38,7	6,9	5,9-8,1	
Inanspruchnahme Hausarzt									0,651
Ja	17,6	16,0-19,3	39,6	37,6-41,6	35,6	33,7-37,6	7,2	6,2-8,4	
Nein	19,3	12,6-28,5	41,3	33,2-49,9	34,6	27,4-42,6	4,8	2,9-7,9	

P-Wert: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

a in den letzten 12 Monaten Konsultation Hausarzt/Facharzt >= 90. Perzentile

Annex-Tabelle 7.2.10: Gesundheitskompetenz und Informationsbedürfnisse, n=5.053

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt									
Vorbeugungsmöglichk.									0,000
Eher gut informiert	10,6	9,1-12,3	39	36,7-41,4	41	38,7-43,3	9,4	8,1-10,9	
Eher schlecht informiert	33,3	29,8-37,0	40,5	37,0-44,1	24,2	21,1-27,6	2	1,0-3,9	
Behandlungsmöglichk.									0,000
Eher gut informiert	9,6	8,1-11,3	36,2	33,7-38,8	43	40,4-45,7	11,2	9,6-13,1	
Eher schlecht informiert	29,5	26,6-32,7	43,4	40,3-46,6	25,4	22,7-28,3	1,7	1,0-2,6	
Frauen									
Vorbeugungsmöglichk.									0,000
Eher gut informiert	11	8,9-13,4	37,9	34,8-41,0	41,1	38,0-44,3	10,1	8,3-12,3	
Eher schlecht informiert	32	27,2-37,1	44,7	39,8-49,7	20,7	16,8-25,3	2,6	1,0-6,4	
Behandlungsmöglichk.									0,000
Eher gut informiert	10	7,9-12,5	36,1	32,6-39,7	42,3	38,7-45,9	11,7	9,4-14,4	
Eher schlecht informiert	28,4	24,4-32,8	46,2	42,0-50,4	23,3	19,9-27,2	2,1	1,1-3,7	
Männer									0,000
Vorbeugungsmöglichk.									
Eher gut informiert	10,2	8,2-12,7	40,3	36,8-43,8	40,9	37,5-44,4	8,6	6,9-10,8	
Eher schlecht informiert	34,7	29,6-40,2	36,1	31,1-41,4	27,9	23,2-33,0	1,4	0,7-2,7	
Behandlungsmöglichk.									0,000
Eher gut informiert	9,1	7,0-11,6	36,4	32,7-40,2	43,9	40,1-47,7	10,7	8,5-13,4	
Eher schlecht informiert	30,6	26,3-35,3	40,7	36,2-45,4	27,4	23,3-31,9	1,3	0,6-2,7	

Annex-Tabelle 7.2.11: Gesundheitskompetenz und selbsteingeschätzte Patientensicherheit beim letzten Arztkontakt, n=5.053

	Niedrig		Eher niedrig		Eher hoch		Hoch		p-Wert
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Gesamt									0,000
Sehr sicher, sicher	14,3	12,8-15,9	39,4	37,4-41,5	38,3	36,2-40,3	14,3	12,8-15,9	
Wenig sicher, gar nicht sicher	39,8	34,2-45,6	40,8	35,6-46,3	18,6	14,5-23,6	39,8	34,2-45,6	
Frauen									0,000
Sehr sicher, sicher	14	12,0-16,3	39,8	37,0-42,7	37,2	34,4-40,0	9	7,3-11,0	
Wenig sicher, gar nicht sicher	36,6	29,7-44,1	41,3	34,6-48,3	21,3	15,9-28,1	0,8	0,3-1,9	
Männer									0,000
Sehr sicher, sicher	14,5	12,4-17,0	39,1	36,1-42,1	39,3	36,3-42,3	7,1	5,7-8,8	
Wenig sicher, gar nicht sicher	44,4	35,6-53,6	40,1	31,8-49,1	14,5	9,0-22,6	0,9	0,2-3,5	

Annex-Tabelle 7.2.12: Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q), gesamt n=5.053

	Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	sehr einfach/ ziemlich einfach		ziemlich schwierig/ sehr schwierig		n	p-Wert#
		%	95%-KI	%	95%-KI		
1	...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	66,0	64,1-67,8	34,0	32,2-35,9	4905	<0,001
2	...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	68,0	66,1-69,8	32,0	30,2-33,9	4992	0,122
3	...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	74,5	72,8-76,2	25,5	23,8-27,2	5004	0,398
4	...die Anweisungen Ihres Arztes oder Ihres Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	94,2	93,1-95,1	5,8	4,9-6,9	5009	0,029
5	...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung einem anderen Arzt einholen sollten?	49,5	47,6-51,5	50,5	48,5-52,4	4785	0,093
6	...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	62,7	60,8-64,6	37,3	35,4-39,2	4849	0,014
7	...den Anweisungen Ihres Arztes oder Ihres Apothekers zu folgen?	91,6	90,4-92,8	8,4	7,2-9,6	4987	0,702
8	...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	44,0	41,9-46,1	56,0	53,9-58,1	4141	0,225
9	...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	94,9	93,8-95,8	5,1	4,2-6,2	2246	0,627
10	...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	91,2	89,9-92,4	8,8	7,6-10,1	4986	0,009
11	...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)	26,2	24,5-27,9	73,8	72,1-75,5	4860	0,032
12	...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Hinweis: Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	45,3	43,4-47,3	54,7	52,7-56,6	4833	0,109
13	...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Hinweis: Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen, Pilates etc.)	64,2	62,2-66,1	35,8	33,9-37,8	4688	0,011
14	...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freundinnen/Freunden zu verstehen?	78,3	76,7-79,9	21,7	20,1-23,3	4883	0,003
15	...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	72,6	70,8-74,4	27,4	25,6-29,2	4820	0,647
16	...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	82,4	80,7-83,9	17,6	16,1-19,3	4989	0,659
#Unterschiede zwischen Frauen und Männern							
17*	...Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	38,2	36,3-40,1	61,8	59,9-63,7	4798	0,346
18*	...Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?	81,5	80,0-83,0	18,5	17,0-20,0	4959	0,354
19*	...zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?	71,8	69,9-73,5	28,2	26,5-30,1	4943	0,087

#Unterschiede zwischen Frauen und Männern

Annex-Tabelle 7.2.13: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden? n=4.905

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	62,6	60,0-65,1	37,4	34,9-40,0	
Altersgruppen					0,011
18-29 Jahre	73,7	64,0-81,5	26,3	18,5-36,0	
30-44 Jahre	63,4	56,6-69,7	36,6	30,3-43,4	
45-64 Jahre	61,7	58,1-65,2	38,3	34,8-41,9	
65 Jahre und älter	57,2	53,3-61,0	42,8	39,0-46,7	
SES					<0,001
Niedrig	44,5	36,2-53,2	55,5	46,8-63,8	
Mittel	63,8	60,6-66,9	36,2	33,1-39,4	
Hoch	71,5	67,5-75,2	28,5	24,8-32,5	
Männer					
Gesamt	69,5	66,8-72,1	30,5	27,9-33,2	
Altersgruppen					<0,001
18-29 Jahre	80,3	72,6-86,2	19,7	13,8-27,4	
30-44 Jahre	73,9	67,0-79,8	26,1	20,2-33,0	
45-64 Jahre	65,8	61,6-69,7	34,2	30,3-38,4	
65 Jahre und älter	62,8	58,2-67,2	37,2	32,8-41,8	
SES					0,004
Niedrig	63,5	54,1-71,9	36,5	28,1-45,9	
Mittel	67,2	63,4-70,8	32,8	29,2-36,6	
Hoch	76,8	73,1-80,1	23,2	19,9-26,9	
Gesamt (Frauen und Männer)	66,0	64,1-67,8	34,0	32,2-35,9	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert <0,001

Annex-Tabelle 7.2.14: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? n=4.992

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	66,6	64,0-69,0	33,4	31,0-36,0	
Altersgruppen					<0,001
18-29 Jahre	79,9	71,2-86,5	20,1	13,5-28,8	
30-44 Jahre	65,0	58,1-71,2	35,0	28,8-41,9	
45-64 Jahre	60,0	56,4-63,6	40,0	36,4-43,6	
65 Jahre und älter	69,1	65,5-72,6	30,9	27,4-34,5	
SES					0,279
Niedrig	62,2	53,5-70,2	37,8	29,8-46,5	
Mittel	66,9	63,7-69,9	33,1	30,1-36,3	
Hoch	69,2	65,1-73,0	30,8	27,0-34,9	
Männer					
Gesamt	69,5	66,7-72,0	30,5	28,0-33,3	
Altersgruppen					0,028
18-29 Jahre	76,4	68,5-82,9	23,6	17,1-31,5	
30-44 Jahre	71,9	65,1-77,8	28,1	22,2-34,9	
45-64 Jahre	64,5	60,3-68,4	35,5	31,6-39,7	
65 Jahre und älter	69,4	64,9-73,5	30,6	26,5-35,1	
SES					0,015
Niedrig	70,9	62,2-78,3	29,1	21,7-37,8	
Mittel	66,3	62,4-70,0	33,7	30,0-37,6	
Hoch	75,4	71,6-78,8	24,6	21,2-28,4	
Gesamt (Frauen und Männer)	68,0	66,1-69,8	32,0	30,2-33,9	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert = 0,122

Annex-Tabelle 7.2.15: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt? n=5.004

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	73,8	71,3-76,1	26,2	23,9-28,7	
Altersgruppen					0,022
18-29 Jahre	76,1	67,1-83,3	23,9	16,7-32,9	
30-44 Jahre	68,3	61,6-74,3	31,7	25,7-38,4	
45-64 Jahre	71,9	68,5-75,1	28,1	24,9-31,5	
65 Jahre und älter	79,4	76,1-82,3	20,6	17,7-23,9	
SES					0,011
Niedrig	70,5	61,7-77,9	29,5	22,1-38,3	
Mittel	72,2	69,0-75,1	27,8	24,9-31,0	
Hoch	81,4	77,9-84,5	18,6	15,5-22,1	
Männer					
Gesamt	75,3	72,7-77,8	24,7	22,2-27,3	
Altersgruppen					0,160
18-29 Jahre	75,5	67,5-82,1	24,5	17,9-32,5	
30-44 Jahre	74,3	67,6-80,1	25,7	19,9-32,4	
45-64 Jahre	72,6	68,6-76,2	27,4	23,8-31,4	
65 Jahre und älter	80,6	76,8-83,9	19,4	16,1-23,2	
SES					0,295
Niedrig	75,2	66,4-82,3	24,8	17,7-33,6	
Mittel	73,7	69,9-77,2	26,3	22,8-30,1	
Hoch	78,4	74,7-81,7	21,6	18,3-25,3	
Gesamt (Frauen und Männer)	74,5	72,8-76,2	25,5	23,8-27,2	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert = 0,398

Annex-Tabelle 7.2.16: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung bei einem anderen Arzt einholen sollten? n=4.785

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	51,2	48,5-53,8	48,8	46,2-51,5	
Altersgruppen					<0,001
18-29 Jahre	33,7	24,7-44,1	66,3	55,9-75,3	
30-44 Jahre	50,9	44,5-57,2	49,1	42,8-55,5	
45-64 Jahre	53,5	49,8-57,2	46,5	42,8-50,2	
65 Jahre und älter	58,3	54,3-62,2	41,7	37,8-45,7	
SES					0,500
Niedrig	51,4	42,6-60,1	48,6	39,9-57,4	
Mittel	52,5	49,1-55,8	47,5	44,2-50,9	
Hoch	48,3	43,9-52,8	51,7	47,2-56,1	
Männer					
Gesamt	47,8	44,9-50,7	52,2	49,3-55,1	
Altersgruppen					<0,001
18-29 Jahre	37,3	29,6-45,6	62,7	54,4-70,4	
30-44 Jahre	41,1	34,5-48,2	58,9	51,8-65,5	
45-64 Jahre	50,5	46,3-54,7	49,5	45,3-53,7	
65 Jahre und älter	59,8	55,0-64,4	40,2	35,6-45,0	
SES					0,533
Niedrig	49,0	39,5-58,5	51,0	41,5-60,5	
Mittel	46,4	42,3-50,4	53,6	49,6-57,7	
Hoch	50,1	46,0-54,3	49,9	45,7-54,0	
Gesamt (Frauen und Männer)	49,5	47,6-51,5	50,5	48,5-52,4	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert = 0,093

Annex-Tabelle 7.2.17: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (*Hinweis: Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen, Pilates etc.*) n=4.688

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	66,6	63,9-69,2	33,4	30,8-36,1	
Altersgruppen					0,001
18-29 Jahre	54,4	44,9-63,6	45,6	36,4-55,1	
30-44 Jahre	64,1	57,3-70,3	35,9	29,7-42,7	
45-64 Jahre	68,5	65,0-71,8	31,5	28,2-35,0	
65 Jahre und älter	73,5	69,7-77,0	26,5	23,0-30,3	
SES					0,001
Niedrig	55,0	45,9-63,8	45,0	36,2-54,1	
Mittel	67,4	64,2-70,4	32,6	29,6-35,8	
Hoch	72,8	68,4-76,8	27,2	23,2-31,6	
Männer					
Gesamt	61,6	58,6-64,4	38,4	35,6-41,4	
Altersgruppen					0,606
18-29 Jahre	60,4	51,9-68,3	39,6	31,7-48,1	
30-44 Jahre	62,3	55,1-68,9	37,7	31,1-44,9	
45-64 Jahre	59,7	55,4-63,8	40,3	36,2-44,6	
65 Jahre und älter	64,9	60,2-69,4	35,1	30,6-39,8	
SES					0,176
Niedrig	64,5	54,9-73,1	35,5	26,9-45,1	
Mittel	58,8	54,7-62,9	41,2	37,1-45,3	
Hoch	64,7	60,5-68,7	35,3	31,3-39,5	
Gesamt (Frauen und Männer)	64,2	62,2-66,1	35,8	33,9-37,8	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert = 0,011

Annex-Tabelle 7.2.18: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? n=4.798

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	37,3	34,7-39,9	62,7	60,1-65,3	
Altersgruppen					0,634
18-29 Jahre	41,2	32,0-51,1	58,8	48,9-68,0	
30-44 Jahre	36,3	30,6-42,5	63,7	57,5-69,4	
45-64 Jahre	35,9	32,4-39,5	64,1	60,5-67,6	
65 Jahre und älter	37,6	33,8-41,6	62,4	58,4-66,2	
SES					0,461
Niedrig	38,6	30,1-47,7	61,4	52,3-69,9	
Mittel	38,2	35,0-41,4	61,8	58,6-65,0	
Hoch	34,2	30,3-38,2	65,8	61,8-69,7	
Chronische Krankheit					0,029
Ja	34,2	30,9-37,6	65,8	62,4-69,1	
Nein	39,9	36,1-43,7	60,1	56,3-63,9	
Männer					
Gesamt	39,1	36,3-42,0	60,9	58,0-63,7	
Altersgruppen					0,011
18-29 Jahre	48,3	40,1-56,5	51,7	43,5-59,9	
30-44 Jahre	40,0	33,3-47,1	60,0	52,9-66,7	
45-64 Jahre	33,9	30,0-37,9	66,1	62,1-70,0	
65 Jahre und älter	39,3	34,9-44,0	60,7	56,0-65,1	
SES					0,771
Niedrig	41,6	32,7-51,0	58,4	49,0-67,3	
Mittel	38,8	34,9-42,9	61,2	57,1-65,1	
Hoch	38,3	34,3-42,4	61,7	57,6-65,7	
Chronische Krankheit					0,044
Ja	35,5	31,3-39,9	64,5	60,1-68,7	
Nein	41,4	37,7-45,2	58,6	54,8-62,3	
Gesamt (Frauen und Männer)	38,2	36,3-40,1	61,8	59,9-63,7	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert = 0,346

Annex-Tabelle 7.2.19: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden? n=4.959

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	80,8	78,7-82,8	19,2	17,2-21,3	
Altersgruppen					0,033
18-29 Jahre	74,4	66,0-81,4	25,6	18,6-34,0	
30-44 Jahre	80,1	74,4-84,8	19,9	15,2-25,6	
45-64 Jahre	80,6	77,5-83,3	19,4	16,7-22,5	
65 Jahre und älter	85,2	82,2-87,7	14,8	12,3-17,8	
SES					0,072
Niedrig	75,6	67,9-81,9	24,4	18,1-32,1	
Mittel	81,0	78,3-83,5	19,0	16,5-21,7	
Hoch	84,0	80,3-87,0	16,0	13,0-19,7	
Männer					
Gesamt	82,3	79,9-84,5	17,7	15,5-20,1	
Altersgruppen					0,573
18-29 Jahre	83,2	75,8-88,7	16,8	11,3-24,2	
30-44 Jahre	79,5	73,0-84,8	20,5	15,2-27,0	
45-64 Jahre	82,5	79,0-85,5	17,5	14,5-21,0	
65 Jahre und älter	84,1	80,3-87,3	15,9	12,7-19,7	
SES					0,316
Niedrig	78,9	69,7-85,9	21,1	14,1-30,3	
Mittel	82,1	78,7-85,1	17,9	14,9-21,3	
Hoch	84,7	81,6-87,5	15,3	12,5-18,4	
Gesamt (Frauen und Männer)	81,5	80,0-83,0	18,5	17,0-20,0	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert = 0,354

Annex-Tabelle 7.2.20: Prozentuale Häufigkeit (dichotomisiert) des HLS-EU-Q-Einzelitems: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? n=4.943

	einfach		schwer		p-Wert
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Frauen					
Gesamt	73,3	70,8-75,7	26,7	24,3-29,2	
Altersgruppen					<0,001
18-29 Jahre	48,7	39,2-58,2	51,3	41,8-60,8	
30-44 Jahre	69,9	63,9-75,3	30,1	24,7-36,1	
45-64 Jahre	76,7	73,5-79,6	23,3	20,4-26,5	
65 Jahre und älter	84,9	82,0-87,3	15,1	12,7-18,0	
SES					0,629
Niedrig	71,0	62,1-78,6	29,0	21,4-37,9	
Mittel	74,2	71,2-77,1	25,8	22,9-28,8	
Hoch	72,5	68,2-76,4	27,5	23,6-31,8	
Männer					
Gesamt	70,1	67,3-72,8	29,9	27,2-32,7	
Altersgruppen					<0,001
18-29 Jahre	56,7	48,2-64,7	43,3	35,3-51,8	
30-44 Jahre	63,4	56,4-69,8	36,6	30,2-43,6	
45-64 Jahre	72,5	68,6-76,2	27,5	23,8-31,4	
65 Jahre und älter	83,8	80,3-86,8	16,2	13,2-19,7	
SES					0,209
Niedrig	75,8	66,6-83,1	24,2	16,9-33,4	
Mittel	68,5	64,5-72,2	31,5	27,8-35,5	
Hoch	71,7	67,6-75,4	28,3	24,6-32,4	
Gesamt (Frauen und Männer)	71,8	69,9-73,5	28,2	26,5-30,1	

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert = 0,087

Annex-Tabellen Kapitel 7.3

Annex-Tabelle 7.3.1: Wenn Sie an Ihren letzten Kontakt im Gesundheitswesen denken -ambulant, stationär, Reha etc.-, wie sicher haben Sie sich gefühlt? n=4.998

	Sehr sicher		Sicher		Wenig sicher		Gar nicht sicher	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	44	42,1-45,9	42,6	40,7-44,5	10,6	9,4-11,9	2,8	2,2-3,6
Altersgruppen								
18-29 Jahre	47,7	41,5-54,0	39	33,1-45,2	11,6	7,9-16,7	1,7	0,7-4,1
30-44 Jahre	44,4	39,8-49,1	41,6	37,0-46,4	10,8	8,3-13,9	3,2	1,7-5,8
45-64 Jahre	44,3	41,6-47,0	41,5	38,8-44,3	11	9,4-12,9	3,1	2,3-4,3
65 Jahre und älter	41	38,1-43,9	47,2	44,2-50,1	9,2	7,6-11,1	2,7	1,8-3,9
SES	**							
Niedrig	37,9	32,0-44,2	46,9	40,7-53,1	11,3	7,8-16,1	3,9	1,8-8,3
Mittel	42,4	39,9-44,9	43,4	40,9-45,9	11,5	10,0-13,3	2,7	2,0-3,6
Hoch	52,3	49,3-55,2	37,5	34,6-40,5	7,7	6,2-9,5	2,5	1,8-3,5
FRAUEN	44	41,4-46,6	40,3	37,8-42,9	12,3	10,7-14,2	3,3	2,4-4,6
Altersgruppen								
18-29 Jahre	44,8	35,4-54,5	38	29,4-47,4	14,5	8,4-23,7	2,8	1,0-7,4
30-44 Jahre	43,6	37,5-49,8	39,9	33,7-46,5	12,3	9,0-16,7	4,2	1,8-9,4
45-64 Jahre	45,9	42,2-49,5	37,5	34,0-41,0	13,1	10,7-15,8	3,6	2,5-5,2
65 Jahre und älter	41,7	37,9-45,5	45,5	41,7-49,4	10,3	8,1-12,9	2,5	1,6-4,0
SES	*							
Niedrig	37,8	29,8-46,4	45,6	37,3-54,2	10,7	6,4-17,4	5,9	2,3-14,2
Mittel	43,7	40,5-46,9	40,3	37,1-43,5	13,6	11,4-16,2	2,5	1,7-3,5
Hoch	50,1	45,7-54,5	36,6	32,3-41,2	8,9	6,8-11,5	4,4	3,0-6,4

Fortsetzung Annex-Tabelle 7.3.1

	Sehr sicher		Sicher		Wenig sicher		Gar nicht sicher	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
MÄNNER	44,1	41,3-46,9	44,9	42,1-47,7	8,8	7,3-10,6	2,3	1,6-3,3
Altersgruppen								
18-29 Jahre	50,1	42,0-58,3	39,8	32,1-48,1	9,3	5,4-15,4	0,8	0,1-5,6
30-44 Jahre	45,3	38,5-52,2	43,4	36,6-50,5	9,2	5,9-14,1	2,1	0,9-4,8
45-64 Jahre	42,8	38,8-46,8	45,6	41,5-49,7	9	6,8-11,8	2,7	1,5-4,7
65 Jahre und älter	40,1	35,7-44,5	49,3	44,8-53,8	7,8	5,6-10,7	2,9	1,6-5,1
SES	**							
Niedrig	38,1	29,6-47,4	48,3	39,2-57,4	12,1	7,1-19,8	1,6	0,5-4,8
Mittel	41	37,2-45,0	47	43,0-50,9	9,1	7,1-11,6	2,9	1,9-4,6
Hoch	54	49,9-58,0	38,2	34,4-42,2	6,8	4,8-9,4	1	0,5-1,9

*p-Wert <0.05; **p-Wert<0.01; ***p-Wert<0.001

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,006

Annex-Tabelle 7.3.2: Warum nicht? n=3.748

	Unwissenheit		Kein Bedarf		Kein Mut	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	19,9	18,1-21,8	75,1	73,0-77,0	5	4,0-6,2
Altersgruppen	**					
18-29 Jahre	26,3	20,8-32,7	70,7	64,1-76,5	3	1,3-6,9
30-44 Jahre	21,8	17,6-26,7	74,2	69,0-78,9	4	2,0-7,7
45-64 Jahre	19,4	16,8-22,1	75,2	72,1-78,0	5,5	4,0-7,4
65 Jahre und älter	14,2	12,0-16,7	79	76,0-81,7	6,8	5,2-8,9
SES	***					
Niedrig	20,3	15,2-26,5	69,5	62,4-75,9	10,2	6,2-16,2
Mittel	21	18,6-23,6	74,1	71,3-76,6	5	3,9-6,4
Hoch	16,5	14,0-19,4	81,4	78,4-84,1	2,1	1,3-3,4
FRAUEN	19,8	17,4-22,3	74,9	72,1-77,5	5,3	4,0-7,0
Altersgruppen						
18-29 Jahre	26,5	18,7-36,0	71,3	61,6-79,3	2,3	0,7-6,8
30-44 Jahre	20,2	14,7-26,9	74,5	66,9-80,9	5,3	2,2-12,4
45-64 Jahre	19,2	16,1-22,8	75,3	71,4-78,8	5,5	3,8-7,9
65 Jahre und älter	16	12,9-19,6	77	73,0-80,6	7	5,0-9,7
SES	***					
Niedrig	17,9	12,4-25,1	69,3	59,5-77,7	12,7	6,8-22,7
Mittel	20,9	17,7-24,4	74,6	71,1-77,9	4,5	3,4-5,9
Hoch	18	14,4-22,2	79,3	74,9-83,0	2,8	1,8-4,3
MÄNNER	20	17,4-23,0	75,3	72,1-78,1	4,7	3,4-6,5
Altersgruppen						
18-29 Jahre	26,2	18,9-35,2	70,1	60,9-78,0	3,6	1,1-11,1
30-44 Jahre	23,4	17,3-30,9	73,9	66,3-80,4	2,6	0,9-7,2
45-64 Jahre	19,5	15,7-23,9	75,1	70,3-79,3	5,5	3,3-8,9
65 Jahre und älter	12	9,0-15,7	81,5	76,9-85,4	6,5	4,1-10,4
SES	*					
Niedrig	22,8	14,8-33,5	69,8	58,9-78,8	7,4	3,4-15,3
Mittel	21,1	17,5-25,1	73,4	69,1-77,3	5,5	3,6-8,2
Hoch	15,4	12,0-19,5	83,1	78,8-86,7	1,5	0,6-4,2

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,843

Annex-Tabelle 7.3.3: Haben Sie schon einmal eine zusätzliche Meinung (Zweitmeinung) bei einem anderen Arzt eingeholt? (Ja), n=5.042

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	46,3	44,4-48,2	47,6	45,1-50,2	47,1	39,1-55,3
Altersgruppen	***		***		**	
18-29 Jahre	47,7	41,6-54,0	48,5	39,1-57,9	47,1	39,1-55,3
30-44 Jahre	53,5	48,8-58,1	54,5	48,1-60,7	52,5	45,5-59,3
45-64 Jahre	48,4	45,7-51,1	52,7	49,1-56,4	44	40,1-48,1
65 Jahre und älter	36,1	33,3-38,9	35,3	31,7-39,0	37,1	32,9-41,5
SES	***		***		**	
Niedrig	36,3	30,3-42,6	34,8	26,9-43,6	37,9	29,3-47,4
Mittel	44,5	42,0-47,0	46,8	43,6-50,1	41,9	38,1-45,8
Hoch	56	53,0-58,9	58	53,5-62,4	54,3	50,3-58,3

Unterschied Frauen vs. Männer: p=0,169

Annex-Tabelle 7.3.4a: Und wieviel verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein? n=2.946

	Ein bis zwei		Drei oder mehr	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	54,8	52,5-57,2	45,2	42,8-47,5
Altersgruppen	***			
18-29 Jahre	94,9	88,8-97,8	5,1	2,2-11,2
30-44 Jahre	75,5	66,7-82,6	24,5	17,4-33,3
45-64 Jahre	58,8	55,1-62,4	41,2	37,6-44,9
65 Jahre und älter	38,3	35,2-41,4	61,7	58,6-64,8
SES	***			
Niedrig	35,5	29,0-42,6	64,5	57,4-71,0
Mittel	57	53,9-60,0	43	40,0-46,1
Hoch	65,6	62,0-69,0	34,4	31,0-38,0

Annex-Tabelle 7.3.4b: Und wieviel verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein? Nach Geschlecht, n=2.946

	Frauen				Männer			
	Ein bis zwei		Drei oder mehr		Ein bis zwei		Drei oder mehr	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	59,7	56,6-62,6	40,3	37,4-43,4	48,2	44,4-52,0	51,8	48,0-55,6
Altersgruppen	***				***			
18-29 Jahre	96	89,5-98,5	4	1,5-10,5	91,5	70,3-98,0	8,5	2,0-29,7
30-44 Jahre	78,7	67,6-86,7	21,3	13,3-32,4	70,1	54,3-82,3	29,9	17,7-45,7
45-64 Jahre	65,4	60,6-70,0	34,6	30,0-39,4	50,9	45,1-56,6	49,1	43,4-54,9
65 Jahre und älter	40,2	36,2-44,4	59,8	55,6-63,8	35,7	31,2-40,4	64,3	59,6-68,8
SES	***				*			
Niedrig	34,5	26,8-43,2	65,5	56,8-73,2	36,8	26,2-48,8	63,2	51,2-73,8
Mittel	62,3	58,6-65,9	37,7	34,1-41,4	48,6	43,4-53,8	51,4	46,2-56,6
Hoch	74,9	70,4-78,9	25,1	21,1-29,6	56,6	51,4-61,7	43,4	38,3-48,6

Annex-Tabelle 7.3.5: Gab es in den letzten zwei Jahren bei Kontakten im Gesundheitswesen Anlässe, bei denen Sie sich gern beschwert hätten? (Wenn ja,) War dieser Anlass...

	n	Gesamt		Frauen		Männer		P
		Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Niedergelassener Arzt	1.158	60,6	56,6-64,4	64,9	60,0-69,5	54,6	48,2-60,9	0,011
Krankenhaus	1.157	47,9	43,9-51,9	44,4	39,4-49,5	52,6	46,2-58,9	0,049
Krankenkasse	1.156	23,1	19,6-27,0	21,1	16,6-26,4	25,8	20,5-32,0	0,220
Rentenversicherungsträger	1.155	5,6	4,0-7,6	4,2	2,8-6,2	7,5	4,6-11,8	0,063
Andere	1.154	14,7	11,6-18,4	14,8	10,7-20,1	14,5	10,4-19,9	0,935

Annex-Tabelle 7.3.6: Und an wen haben Sie sich dabei gewendet?

	n	Gesamt		Frauen		Männer		P
		Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	
Arzt selbst	558	61,7	56,0-67,1	63,3	56,3-69,8	59,7	50,2-68,5	0,527
Anderer Arzt	556	27,2	22,5-32,5	28,8	23,0-35,5	25	17,8-34,1	0,476
Mitarbeiter Behandlungsteam	554	38,6	32,8-44,7	39,6	32,3-47,4	37,3	28,4-47,1	0,709
Verantwortlicher im Krankenhaus	556	33,9	28,6-39,6	30,2	24,3-36,9	38,6	29,8-48,3	0,139
Patientenfürsprecher/Ombudsmann	554	3,9	2,3-6,4	5	2,7-9,2	2,4	0,9-5,8	0,170
Krankenkasse	557	35,2	29,9-40,8	36,3	29,8-43,3	33,7	25,6-43,0	0,659
Schlichtungsstelle	557	3,7	1,9-7,2	4,6	2,1-9,7	2,5	0,6-9,9	0,454
Ärztammer	557	5,6	3,5-9,0	6,3	3,6-10,8	4,8	2,0-11,1	0,602
Rechtsanwalt	557	8,9	5,8-13,4	5,1	2,6-9,8	13,8	8,1-22,6	0,017
Patientenberatungsstelle	557	3,4	1,8-6,2	4,1	2,1-8,0	2,5	0,7-8,6	0,487

Annex-Tabelle 7.3.7: Was war Ihr letzter ärztlicher Kontakt? War das ..., n=5.043

	Hausarzt		Facharzt		Krankenhaus		Rehaklinik		Sonstige	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	53,8	51,9-55,7	35,3	33,6-37,2	8,2	7,2-9,4	1,2	0,8-1,6	1,5	1,0-2,2
Altersgruppen	***									
18-29 Jahre	53,2	47,0-59,3	30,8	25,7-36,5	12,6	8,8-17,7	0		3,3	1,5-7,4
30-44 Jahre	48	43,3-52,7	41,8	37,3-46,5	8,1	6,0-10,8	0,5	0,2-1,2	1,5	0,8-3,1
45-64 Jahre	53,5	50,8-56,2	35,9	33,4-38,5	7,4	6,1-9,1	1,9	1,3-3,0	1,2	0,7-2,0
65 Jahre und älter	59,7	56,8-62,5	31,6	29,0-34,3	6,7	5,3-8,4	1,4	0,8-2,4	0,6	0,3-1,2
SES	***									
Niedrig	60,3	53,8-66,3	27,6	22,2-33,7	9,1	6,0-13,6	1,1	0,4-2,8	2	0,5-7,3
Mittel	56,4	53,9-58,9	33,4	31,2-35,8	7,8	6,6-9,3	1,2	0,8-1,8	1,1	0,7-1,8
Hoch	44,7	41,7-47,6	45	42,0-48,0	7,7	6,2-9,4	0,6	0,3-1,1	2,1	1,3-3,4
FRAUEN										
Gesamt	51,5	48,9-54,1	38,2	35,8-40,7	7,8	6,4-9,5	1,2	0,8-1,9	1,2	0,6-2,4
Altersgruppen	***									
18-29 Jahre	45,3	36,1-54,9	36,2	28,1-45,0	14,6	8,4-24,1	0		3,9	1,0-14,0
30-44 Jahre	42,3	36,1-48,6	47,2	40,9-53,5	8,7	6,1-12,2	0,9	0,4-2,0	1	0,5-2,1
45-64 Jahre	51,7	48,1-55,3	39,6	36,3-43,2	5,9	4,5-7,8	1,9	1,1-3,3	0,8	0,3-2,0
65 Jahre und älter	61,9	58,1-65,5	30,3	27,0-33,8	6,1	4,5-8,2	1,4	0,6-3,2	0,3	0,1-0,9
SES	***									
Niedrig	61,3	52,3-69,6	25,6	18,6-34,2	8,6	4,7-15,4	0,8	0,1-5,3	3,7	0,9-13,3
Mittel	53,6	50,4-56,8	36,8	33,8-39,8	7,6	6,0-9,5	1,5	0,9-2,4	0,6	0,3-1,2
Hoch	38,8	34,7-43,1	52,5	48,2-56,9	6,7	5,0-8,8	0,7	0,4-1,4	1,2	0,7-2,3

Fortsetzung Annex-Tabelle 7.3.7

	Hausarzt		Facharzt		Krankenhaus		Rehaklinik		Sonstige	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
MÄNNER										
Gesamt	56,2	53,4-58,9	32,3	29,8-35,0	8,7	7,2-10,4	1,1	0,7-1,7	1,8	1,2-2,7
Altersgruppen										
18-29 Jahre	59,9	51,8-67,5	26,3	19,9-33,9	10,9	7,0-16,7	0		2,8	1,3-6,2
30-44 Jahre	53,9	46,9-60,7	36,3	29,9-43,3	7,5	4,6-12,0	0,2	0,0-1,4	2,1	0,7-5,6
45-64 Jahre	55,4	51,3-59,4	32,1	28,5-35,9	9	6,8-11,7	2	1,1-3,7	1,6	0,8-3,1
65 Jahre und älter	56,9	52,4-61,2	33,3	29,3-37,5	7,5	5,3-10,5	1,3	0,6-2,8	1	0,4-2,2
SES	*									
Niedrig	59,1	49,8-67,7	29,8	22,0-39,0	9,6	5,4-16,5	1,4	0,5-3,7	0,1	0,0-1,0
Mittel	59,6	55,7-63,3	29,7	26,3-33,3	8,1	6,2-10,4	0,9	0,5-1,7	1,8	1,0-3,2
Hoch	49,3	45,3-53,3	38,9	35,1-42,9	8,4	6,3-11,3	0,5	0,2-1,4	2,8	1,5-5,1

Unterschied Frauen vs. Männer: **p-Wert=0,044**

Annex-Tabelle 7.3.8: Wie zufrieden waren Sie mit den Informationen, die Sie bei diesem Kontakt bekommen haben?, n=5.027

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	57,6	55,7-59,5	32	30,3-33,8	7	6,1-8,1	3,4	2,7-4,3
Altersgruppen	**							
18-29 Jahre	53,1	46,9-59,3	35	29,4-41,2	8	5,5-11,5	3,8	1,9-7,6
30-44 Jahre	53,3	48,6-58,0	32,1	27,9-36,6	8,7	6,4-11,5	6	3,8-9,1
45-64 Jahre	58,5	55,8-61,2	32,2	29,7-34,9	6,6	5,3-8,1	2,6	1,9-3,6
65 Jahre und älter	62,8	60,0-65,6	29,7	27,1-32,4	5,5	4,2-7,2	2	1,4-2,8
SES								
Niedrig	54,4	48,1-60,6	32,1	26,6-38,1	8,5	5,7-12,4	5,1	2,4-10,6
Mittel	57,1	54,6-59,6	32,5	30,1-34,9	7,1	5,9-8,5	3,3	2,5-4,3
Hoch	60,3	57,4-63,2	30,8	28,1-33,6	6,3	5,0-7,8	2,6	1,8-3,6
FRAUEN								
Gesamt	57,8	55,2-60,3	30,4	28,1-32,7	7,4	6,2-8,7	4,5	3,3-6,0
Altersgruppen	*							
18-29 Jahre	52,5	43,0-61,8	32,8	24,9-41,8	8,6	5,1-14,0	6,1	2,5-14,3
30-44 Jahre	54,9	48,6-61,1	27,9	22,7-33,7	9,2	6,5-12,8	8	4,6-13,5
45-64 Jahre	58,6	55,0-62,1	31	27,7-34,4	7	5,4-8,9	3,4	2,3-5,0
65 Jahre und älter	61,8	58,1-65,5	30,4	27,0-34,0	5,7	4,1-8,0	2	1,3-3,1
SES								
Niedrig	56,4	47,7-64,7	28,8	21,9-36,8	7,6	4,6-12,4	7,2	2,9-16,8
Mittel	57,5	54,3-60,7	30,9	28,1-34,0	7,4	6,0-9,2	4,1	2,9-5,8
Hoch	59,4	55,1-63,5	29,3	25,6-33,3	7,4	5,6-9,7	3,9	2,6-6,0
MÄNNER								
Gesamt	57,3	54,5-60,1	33,7	31,1-36,5	6,7	5,3-8,3	2,3	1,6-3,3
Altersgruppen								
18-29 Jahre	53,6	45,4-61,7	36,9	29,3-45,3	7,5	4,3-12,7	1,9	0,8-4,5
30-44 Jahre	51,7	44,7-58,5	36,3	30,0-43,2	8,1	4,9-13,1	3,9	1,9-7,9
45-64 Jahre	58,5	54,3-62,5	33,5	29,7-37,6	6,2	4,4-8,8	1,8	1,0-3,1
65 Jahre und älter	64,2	59,7-68,4	28,8	24,9-33,0	5,2	3,4-7,9	1,9	1,0-3,4
SES								
Niedrig	52,1	42,8-61,1	35,9	27,5-45,2	9,4	5,1-16,6	2,7	0,7-9,2
Mittel	56,7	52,7-60,6	34,2	30,5-38,1	6,7	4,9-9,1	2,4	1,6-3,7
Hoch	61,1	57,0-65,0	32	28,3-36,0	5,4	3,7-7,7	1,5	0,8-2,6

Unterschied Frauen vs. Männer: **p-Wert=0,012**

Annex-Tabelle 7.3.9: Arztgespräch fand statt? (Ja), n=5.038

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	92,2	91,1-93,1	93,6	92,3-94,7	90,7	88,8-92,2
Altersgruppen	*				*	
18-29 Jahre	89,5	85,3-92,6	93,5	88,2-96,6	86,1	79,5-90,9
30-44 Jahre	94,4	92,0-96,1	95,2	92,4-97,1	93,5	89,2-96,2
45-64 Jahre	93,2	91,6-94,6	94,3	92,3-95,9	92,1	89,4-94,2
65 Jahre und älter	90,4	88,3-92,1	91,5	88,8-93,6	88,9	85,5-91,6
SES	**		*			
Niedrig	88,9	84,7-92,0	91,3	86,3-94,6	86	78,6-91,2
Mittel	91,7	90,1-93,0	93,1	91,3-94,5	90,1	87,5-92,2
Hoch	95,1	93,7-96,2	96,2	94,6-97,4	94,3	92,0-95,9

Unterschied Frauen vs. Männer: **p-Wert=0,004**

Annex-Tabelle 7.3.10: Wie zufrieden waren Sie mit der Zeit zum Gespräch? n=4.690

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	55,1	53,1-57,0	33,6	31,8-35,5	8,6	7,6-9,8	2,7	2,1-3,5
Altersgruppen	**							
18-29 Jahre	51,9	45,3-58,5	35	28,9-41,5	11,8	8,3-16,6	1,3	0,5-3,5
30-44 Jahre	53,6	48,7-58,4	33,5	29,0-38,2	8	5,9-10,7	5	3,1-8,1
45-64 Jahre	56,7	53,8-59,4	32,4	29,8-35,2	8,2	6,8-9,9	2,7	2,0-3,7
65 Jahre und älter	56,1	53,0-59,1	34,6	31,8-37,6	8	6,5-9,8	1,3	0,8-2,2
SES								
Niedrig	50,2	43,5-56,9	39,3	32,8-46,1	7,6	4,8-12,0	2,9	1,5-5,7
Mittel	54,5	51,8-57,1	33,9	31,5-36,4	9	7,6-10,6	2,6	1,8-3,9
Hoch	58	54,9-60,9	31	28,2-33,8	8,2	6,7-10,0	2,9	2,0-4,2
FRAUEN								
Gesamt	56,7	54,0-59,3	31,2	28,8-33,8	8,9	7,5-10,5	3,2	2,3-4,6
Altersgruppen	*							
18-29 Jahre	52,7	42,8-62,4	33,4	24,9-43,1	13,2	7,9-21,3	0,7	0,2-2,8
30-44 Jahre	58	51,3-64,3	28	22,6-34,2	7,6	5,0-11,4	6,4	3,3-12,0
45-64 Jahre	57,2	53,5-60,8	30,8	27,4-34,3	8,6	6,7-10,9	3,5	2,4-5,1
65 Jahre und älter	57,1	53,1-60,9	33,4	29,8-37,3	8	6,1-10,3	1,5	0,8-3,0
SES								
Niedrig	50,4	41,4-59,3	36,4	28,0-45,7	10	5,7-17,1	3,1	1,3-7,3
Mittel	56,6	53,3-59,9	31	28,1-34,1	9,1	7,4-11,2	3,3	2,0-5,4
Hoch	60,4	56,0-64,6	28,9	25,1-33,0	7,2	5,4-9,7	3,5	2,3-5,3

Fortsetzung Annex-Tabelle 7.3.10

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
MÄNNER								
Gesamt	53,3	50,3-56,2	36,2	33,4-39,1	8,4	6,9-10,2	2,1	1,4-3,1
Altersgruppen								
18-29 Jahre	51,2	42,3-59,9	36,4	28,3-45,4	10,5	6,5-16,6	1,9	0,5-6,3
30-44 Jahre	49	41,8-56,2	39,2	32,3-46,4	8,3	5,3-12,9	3,5	1,8-7,0
45-64 Jahre	56,1	51,9-60,3	34,2	30,2-38,3	7,8	5,8-10,4	1,9	1,1-3,4
65 Jahre und älter	54,8	50,0-59,4	36,3	31,8-40,9	8	5,6-11,2	1	0,5-2,1
SES								
Niedrig	50	40,1-59,8	42,7	33,2-52,9	4,7	2,0-10,5	2,6	0,8-7,9
Mittel	51,9	47,7-56,1	37,4	33,4-41,5	8,8	6,7-11,5	1,9	1,1-3,3
Hoch	56	51,8-60,0	32,7	28,9-36,7	8,9	6,8-11,7	2,5	1,3-4,5

Unterschied Frauen vs. Männer: **p-Wert=0,040**

Annex-Tabelle 7.3.11: Wie zufrieden waren Sie mit der Verständlichkeit des Arztgesprächs? Waren Sie ..., n=4.688

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	65,6	63,6-67,5	28,6	26,8-30,5	4,4	3,6-5,3	1,4	0,9-2,2
Altersgruppen	***							
18-29 Jahre	64,5	58,1-70,5	29,5	23,9-35,8	5,3	3,1-8,9	0,6	0,1-2,7
30-44 Jahre	67,4	62,6-71,9	23,1	19,2-27,4	5,6	3,8-8,2	3,9	2,1-7,2
45-64 Jahre	64,6	61,8-67,3	30,7	28,1-33,4	4,1	3,1-5,3	0,7	0,4-1,1
65 Jahre und älter	66	63,0-68,8	30,3	27,5-33,2	3,1	2,2-4,3	0,7	0,3-1,4
SES	**							
Niedrig	58	51,3-64,4	34,8	28,8-41,3	3,3	1,8-5,9	3,9	1,6-9,4
Mittel	65,3	62,7-67,8	28,8	26,5-31,3	4,8	3,8-6,1	1,1	0,7-1,7
Hoch	69,9	67,1-72,6	24,8	22,3-27,4	4,3	3,2-5,9	1	0,5-2,1
FRAUEN								
Gesamt	67,1	64,6-69,6	26,2	24,0-28,5	5	3,9-6,2	1,7	1,0-3,0
Altersgruppen	**							
18-29 Jahre	68,3	59,1-76,3	24,3	17,3-32,9	6,1	2,9-12,1	1,3	0,3-5,6
30-44 Jahre	70,2	63,7-76,0	19,5	14,9-25,1	6,2	3,8-9,7	4,1	1,6-10,2
45-64 Jahre	66,2	62,6-69,7	27,5	24,3-31,1	5,2	3,8-7,1	1	0,6-1,8
65 Jahre und älter	65,1	61,2-68,8	31,1	27,5-34,9	3	1,9-4,7	0,8	0,3-1,9
SES	*							
Niedrig	61,4	52,4-69,6	29,6	22,5-37,8	4,1	2,1-7,9	4,9	1,6-14,5
Mittel	66,4	63,2-69,5	27	24,2-30,1	5,3	3,9-7,1	1,3	0,7-2,3
Hoch	72,2	68,2-75,9	21,9	18,6-25,5	5	3,2-7,7	0,9	0,5-1,8

Fortsetzung Annex-Tabelle 7.3.11

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Männer								
Gesamt	63,9	60,9-66,7	31,2	28,5-34,1	3,8	2,8-5,1	1,1	0,6-2,1
Altersgruppen	**							
18-29 Jahre	61,1	52,0-69,4	34,2	26,2-43,3	4,7	2,1-9,9	0	
30-44 Jahre	64,4	57,2-71,1	26,8	20,9-33,7	5	2,6-9,5	3,7	1,7-8,0
45-64 Jahre	62,9	58,6-67,0	33,9	29,9-38,2	2,9	1,8-4,7	0,3	0,1-1,2
65 Jahre und älter	67,1	62,4-71,5	29,2	24,9-33,8	3,2	2,0-5,0	0,5	0,1-1,9
SES								
Niedrig	53,8	43,8-63,6	41,3	31,8-51,4	2,2	0,6-7,9	2,7	0,7-10,2
Mittel	63,9	59,8-67,9	31	27,2-35,0	4,3	2,8-6,5	0,8	0,4-1,9
Hoch	68	64,0-71,8	27,1	23,6-31,0	3,8	2,5-5,7	1,0	0,3-3,5

Unterschied Frauen vs. Männer: **p-Wert=<0,001**

Annex-Tabelle 7.3.12: Konnten Sie dabei Fragen stellen? (Ja), n=4.683

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	96,2	95,3-97,0	95	93,5-96,2	97,5	96,4-98,3
Altersgruppen						
18-29 Jahre	97,1	94,7-98,5	94	89,0-96,8	100	
30-44 Jahre	95,7	92,7-97,5	93,8	88,3-96,8	97,6	94,4-99,0
45-64 Jahre	96	94,6-97,1	94,9	92,6-96,5	97,2	95,3-98,3
65 Jahre und älter	96,4	94,8-97,5	96,7	94,7-97,9	96	92,9-97,8
SES	***		***			
Niedrig	91,1	86,0-94,4	87,1	78,9-92,5	96	89,7-98,5
Mittel	96,8	95,8-97,6	96,3	94,8-97,4	97,3	95,8-98,3
Hoch	97,6	96,7-98,3	96,8	95,0-97,9	98,3	97,1-99,1

Unterschied Frauen vs. Männer: **p-Wert=0,002**

Annex-Tabelle 7.3.13: Verständnisprobleme konnten dabei geklärt werden (Ja), n=4.459

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
Gesamt	94	92,9-94,9	94,2	92,6-95,4	93,8	92,2-95,1
Altersgruppen						
18-29 Jahre	94,5	90,1-97,0	93,8	84,9-97,6	95,2	89,9-97,8
30-44 Jahre	92,8	89,7-95,0	92,6	88,1-95,4	93	88,1-96,0
45-64 Jahre	93,8	92,2-95,1	93,8	91,6-95,4	93,9	91,3-95,7
65 Jahre und älter	95	93,5-96,1	96,2	94,5-97,3	93,5	90,6-95,5
SES						
Niedrig	93,7	88,5-96,6	95,5	85,6-98,7	91,7	84,3-95,8
Mittel	93,6	92,2-94,9	93,5	91,5-95,1	93,8	91,4-95,5
Hoch	94,7	93,1-95,9	94,6	92,2-96,3	94,7	92,5-96,3

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,737

Annex-Tabelle 7.3.14: Wenn Sie an den letzten ärztlichen Kontakt denken, wie zufrieden waren Sie mit der menschlichen Zuwendung bei diesem Kontakt?, n=5.034

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	62	60,2-63,9	29,1	27,4-30,8	6,4	5,6-7,4	2,5	1,9-3,2
Altersgruppen	**							
18-29 Jahre	60,1	54,0-65,9	29,1	23,9-35,0	8,9	6,3-12,3	2	60,1
30-44 Jahre	59,1	54,5-63,7	29,1	25,0-33,4	7,4	5,4-10,1	4,4	59,1
45-64 Jahre	61,5	58,7-64,1	30,5	28,0-33,1	6	4,9-7,4	2	61,5
65 Jahre und älter	66,7	63,9-69,4	27	24,5-29,7	4,6	3,5-5,9	1,7	66,7
SES	*							
Niedrig	59,2	53,0-65,0	33,4	28,0-39,3	3,4	1,9-6,0	4	1,9-8,4
Mittel	61,4	58,9-63,9	28,8	26,5-31,2	7,5	6,3-8,9	2,3	1,7-3,2
Hoch	65,1	62,3-67,8	27,2	24,7-29,9	5,6	4,4-7,2	2,1	1,4-3,0
FRAUEN								
Gesamt	63,8	61,3-66,3	26,5	24,3-28,8	6,6	5,5-7,8	3,1	2,2-4,4
Altersgruppen	*							
18-29 Jahre	60,8	51,5-69,3	26	18,8-34,9	10,1	6,4-15,4	3,1	1,2-7,9
30-44 Jahre	62,7	56,3-68,6	25,1	20,0-31,0	6,1	4,0-9,3	6,2	3,2-11,4
45-64 Jahre	63	59,5-66,5	28	24,8-31,4	7	5,4-9,0	1,9	1,2-3,0
65 Jahre und älter	67,4	63,7-70,8	25,9	22,7-29,4	4,7	3,4-6,4	2	1,1-3,8
SES	*							
Niedrig	59,4	50,9-67,4	31,6	24,6-39,5	3,5	1,7-7,0	5,5	2,1-13,7
Mittel	63	59,9-66,1	26,2	23,5-29,2	8	6,5-9,8	2,7	1,8-4,1
Hoch	68,9	64,9-72,5	23,4	20,1-27,0	5	3,6-6,9	2,7	1,7-4,4

Fortsetzung Annex-Tabelle 7.3.14

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
MÄNNER								
Gesamt	60,1	57,3-62,9	31,8	29,2-34,5	6,3	5,0-7,8	1,8	1,3-2,6
Altersgruppen								
18-29 Jahre	59,5	51,3-67,2	31,7	24,6-39,8	7,8	4,7-12,8	1	0,3-3,3
30-44 Jahre	55,5	48,6-62,3	33,1	27,1-39,8	8,8	5,6-13,5	2,5	1,3-4,9
45-64 Jahre	59,8	55,7-63,8	33,1	29,3-37,1	5	3,4-7,3	2,1	1,2-3,6
65 Jahre und älter	65,8	61,3-70,0	28,5	24,5-32,9	4,4	2,9-6,6	1,3	0,6-2,7
SES								
Niedrig	58,9	49,8-67,3	35,6	27,6-44,5	3,3	1,3-8,1	2,3	0,8-6,0
Mittel	59,6	55,6-63,4	31,7	28,1-35,5	6,8	5,1-9,2	1,9	1,2-3,1
Hoch	62,1	58,1-65,9	30,3	26,7-34,1	6,1	4,3-8,6	1,5	0,9-2,7

Unterschied Frauen vs. Männer: **p-Wert=0,005**

Annex-Tabelle 7.3.15: Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit diesem Kontakt, "alles in allem"? n=5.042

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
GESAMT	56,3	54,4-58,2	34,9	33,1-36,8	7,1	6,1-8,1	1,7	1,3-2,4
Altersgruppen	*							
18-29 Jahre	53	46,8-59,2	38	32,2-44,1	7,9	5,4-11,5	1	0,3-3,1
30-44 Jahre	53,2	48,4-57,9	35	30,5-39,7	9	6,6-12,0	2,9	1,5-5,5
45-64 Jahre	56,4	53,7-59,1	35	32,4-37,7	6,5	5,2-8,0	2,1	1,4-3,0
65 Jahre und älter	61	58,1-63,8	32,7	30,0-35,5	5,6	4,3-7,2	0,7	0,4-1,1
SES								
Niedrig	51,6	45,3-57,8	36,9	31,0-43,1	8,4	5,7-12,3	3,1	1,2-7,8
Mittel	55,2	52,6-57,6	36,2	33,8-38,6	7,3	6,1-8,7	1,4	1,0-2,0
Hoch	60,4	57,4-63,3	32,2	29,5-35,1	5,5	4,2-7,0	1,9	1,3-2,8
FRAUEN	58,4	55,8-60,9	32,1	29,7-34,6	7,3	6,1-8,8	2,2	1,4-3,4
Altersgruppen	*							
18-29 Jahre	51,8	42,4-61,1	37,6	29,1-46,9	9,1	5,4-15,1	1,5	0,3-6,5
30-44 Jahre	57,2	50,6-63,5	28,9	23,1-35,5	9,3	6,3-13,4	4,6	2,1-9,8
45-64 Jahre	58,2	54,6-61,7	32,5	29,3-36,0	7,2	5,5-9,3	2,0	1,4-3,1
65 Jahre und älter	62,9	59,1-66,5	31,3	27,8-34,9	5,0	3,6-6,9	0,8	0,4-1,6
SES								
Niedrig	55,3	46,7-63,7	31,9	24,4-40,4	7,5	4,5-12,3	5,2	1,9-13,9
Mittel	57,0	53,7-60,1	33,6	30,7-36,8	7,9	6,3-9,9	1,5	1,0-2,2
Hoch	62,5	58,0-66,8	29,0	24,8-33,5	6,2	4,4-8,6	2,4	1,5-3,6

Fortsetzung Annex-Tabelle 7.3.15

	Sehr zufrieden		Ziemlich zufrieden		Wenig zufrieden		Gar nicht zufrieden	
	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI	Prävalenz	95%-KI
MÄNNER	54,1	51,3-56,9	37,8	35,1-40,6	6,8	5,5-8,4	1,3	0,8-2,0
Altersgruppen								
18-29 Jahre	54,1	45,8-62,0	38,4	30,8-46,6	7,0	4,0-11,7	0,6	0,2-2,7
30-44 Jahre	49,1	42,2-56,0	41,1	34,5-48,1	8,7	5,4-13,7	1,1	0,5-2,5
45-64 Jahre	54,6	50,5-58,7	37,5	33,5-41,6	5,8	4,1-8,1	2,2	1,2-3,9
65 Jahre und älter	58,6	54,0-63,0	34,6	30,5-39,0	6,4	4,2-9,5	0,5	0,2-1,1
SES								
Niedrig	47,2	38,2-56,4	42,6	33,8-51,9	9,5	5,3-16,5	0,7	0,2-2,7
Mittel	53,1	49,1-57,0	39,0	35,2-43,0	6,6	4,9-8,8	1,3	0,7-2,5
Hoch	58,7	54,7-62,6	34,8	31,1-38,7	4,9	3,3-7,2	1,6	0,8-3,0

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,009

Annex-Tabellen Kapitel 7.4

Annex-Tabelle 7.4.1: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Alter und SES, n=5.053

	Ernährung		Gewicht		Sportl. Aktivität		Stress		Impfen		Rauchen		Alkohol		Andere	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
n gesamt	4563		4564		4561		4565		4561		4566		4566		4556	
Gesamt	23,3	21,7-25,1	18,6	17,1-20,2	28,6	26,8-30,4	19,8	18,2-21,5	42	40,0-44,0	13,3	12,0-14,8	7,3	6,3-8,4	15,5	14,1-17,0
Altersgruppen																
p-Wert	0,000		0,000		0,000		0,000		0,298		0,000		0,000		0,016	
18-29 Jahre	13,9	9,6-19,7	10,9	6,7-17,3	27,5	21,6-34,3	20,6	15,6-26,8	39,1	32,6-46,0	13,3	9,2-18,9	6,8	3,6-12,7	17	12,5-22,6
30-44 Jahre	19,4	15,7-23,8	12,4	9,5-16,0	24,7	20,8-29,1	22,9	19,0-27,3	41,7	36,8-46,8	14,1	10,9-18,1	3,6	2,2-5,8	16,9	13,7-20,6
45-64 Jahre	27,1	24,6-29,8	22,5	20,1-25,1	32	29,4-34,8	23,9	21,5-26,4	40,6	37,8-43,4	16,5	14,4-18,9	9,5	7,8-11,5	17,2	15,2-19,5
65 Jahre und älter	26,8	24,2-29,6	23	20,5-25,7	27,7	25,0-30,5	11,1	9,4-13,2	45,7	42,7-48,8	8,3	6,8-10,1	7,7	6,3-9,3	11,1	9,4-13,0
SES																
p-Wert	0,002		0,000		0,704		0,745		0,381		0,001		0,006		0,002	
niedrig	29	23,5-35,2	25,1	20,0-31,0	29,4	23,6-35,9	19,8	14,6-26,2	40,3	33,8-47,1	16,9	12,6-22,2	9,2	5,9-14,0	11,3	7,4-16,9
mittel	22,5	20,5-24,7	19	17,0-21,1	27,6	25,3-30,0	19,6	17,5-21,8	42,9	40,3-45,6	13,8	12,1-15,8	6,8	5,5-8,4	14	12,3-15,9
hoch	21,8	19,2-24,7	13,6	11,8-15,7	29,4	26,6-32,2	20,7	18,4-23,3	40,6	37,6-43,7	9,1	7,5-11,1	7	5,8-8,4	20,1	17,8-22,7

Annex-Tabelle 7.4.2: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitszustand und chronische Erkrankung, n=5.053

	Ernährung		Gewicht		Sportl. Aktivität		Stress		Impfen		Rauchen		Alkohol		Andere	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesundheitszustand																
p-Wert	0,000		0,000		0,000		0,000		0,919		0,000		0,000		0,004	
Sehr gut, gut	18,4	16,6-20,5	14	12,3-15,9	25,4	23,3-27,7	17,2	15,4-19,2	42,3	39,8-44,7	11,5	9,9-13,3	6,2	5,0-7,7	14	12,4-15,7
Mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	33,2	30,2-36,4	28	25,2-31,1	34,8	31,8-38,1	25,2	22,3-28,3	41,6	38,3-44,9	17,2	14,7-19,9	9,5	7,8-11,5	18,6	16,2-21,4
Chronische Krankheit																
p-Wert	0,000		0,000		0,000		0,000		0,317		0,000		0,000		0,000	
Nein	17	14,9-19,3	13,2	11,3-15,4	23,9	21,5-26,5	15,5	13,6-17,7	40,9	38,1-43,8	11,5	9,7-13,6	5,6	4,3-7,3	13	11,2-15,0

Annex-Tabelle 7.4.3 Teil 1: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitszustand und Geschlecht, n=5.053

	Ernährung				Gewicht				Sportliche Aktivität				Stress			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesundheitszustand																
p-Wert	0,000		0,000		0,000		0,000		0,000		0,001		0,001		0,003	
Sehr gut, gut	16,8	14,3-19,6	20,2	17,4-23,2	10,9	8,8-13,5	17,4	14,7-20,3	22,9	20,1-26,0	28,1	25,0-31,5	20,4	17,8-23,2	13,8	11,4-16,6
Mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	29,3	25,7-33,3	37,8	33,0-43,0	23,1	19,7-26,9	33,9	29,3-39,0	35,8	31,7-40,1	33,7	29,2-38,7	28,7	24,7-33,0	21	17,0-25,6
Chronische Krankheit																
p-Wert	0,000		0,000		0,000		0,000		0,000		0,002		0,000		0,003	
Ja	27,4	24,4-30,6	35,1	31,1-39,3	20,7	18,0-23,7	30,2	26,5-34,3	33,3	30,0-36,7	35	31,0-39,2	28,4	25,2-31,9	20,3	16,9-24,2
Nein	15,4	12,6-18,7	18,6	15,6-22,1	9,9	7,5-12,9	16,6	13,7-20,0	21,9	18,7-25,6	25,9	22,5-29,6	18,2	15,3-21,4	12,8	10,3-15,9

Annex-Tabelle 7.4.3 Teil 2: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitszustand und Geschlecht, n=5.053

	Impfen				Rauchen				Alkohol				Andere			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesundheitszustand																
p-Wert	0,412		0,374		0,000		0,000		0,000		0,001		0,015		0,148	
Sehr gut, gut	43,6	40,2-46,9	40,9	37,3-44,5	8,7	6,8-11,0	14,5	11,9-17,5	3,8	2,4-6,0	8,8	7,0-11,1	14,2	12,0-16,7	13,7	11,5-16,3
Mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	41,4	37,1-45,9	41,7	36,7-46,9	15,2	12,3-18,6	19,5	15,6-24,2	4,9	3,4-7,0	15	11,8-18,8	19,2	15,9-23,0	17,9	14,4-22,1
Chronische Krankheit																
p-Wert	0,148		0,004		0,000		0,007		0,000		0,000		0,016		0,008	
Ja	41,2	37,7-44,7	45,8	41,4-50,2	13,1	10,9-15,8	18,5	15,1-22,4	4,5	3,3-6,2	15,1	12,5-18,2	18,5	15,8-21,4	18,5	15,4-22,0
Nein	44,1	40,2-48,1	37,6	33,7-41,7	8,8	6,6-11,5	14,3	11,5-17,6	3,8	2,2-6,6	7,4	5,5-9,9	13,5	11,0-16,5	12,5	10,1-15,3

Annex-Tabelle 7.4.4: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitsbewusstsein, n=5.053

	Ernährung		Gewicht		Sportl. Aktivität		Stress		Impfen		Rauchen		Alkohol		Andere	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Achten auf Gesundheit																
p-Wert	0,900		0,402		0,169		0,337		0,012		0,000		0,301		0,176	
Gar nicht/wenig	22,2	15,8-30,4	18,7	12,6-26,8	25,2	18,1-34,0	16,9	11,4-24,4	32,9	25,3-41,6	21,7	15,5-29,6	9,2	4,9-16,6	13	8,8-18,9
Mittelmäßig	23,4	20,7-26,4	19,1	16,6-21,9	27,4	24,6-30,4	18,6	16,1-21,5	40,2	37,0-43,6	16,4	14,0-19,1	6,5	5,1-8,3	14	12,1-16,2
Stark/sehr stark	23,4	21,3-25,6	18,2	16,3-20,2	29,9	27,6-32,3	21,1	19,0-23,2	44,4	41,9-47,0	10,0	8,4-11,8	7,5	6,2-9,1	16,9	15,0-19,1
Gesundheitliche Kontrollüberzeugung																
p-Wert	0,455		0,687		0,122		0,002		0,027		0,119		0,324		0,301	
Nichts/wenig	14,1	6,6-27,6	13,1	6,0-26,3	21,3	11,5-36,0	16	7,7-30,2	27,6	16,2-42,8	9,4	3,5-23,1	8,1	2,8-21,4	10,1	4,2-22,7
Einiges	24,2	20,9-27,8	18,7	15,5-22,2	25,1	21,8-28,8	14,2	11,7-17,2	38	34,1-42,1	14,7	11,9-18,0	7	5,4-9,1	13,4	11,0-16,2
Viel/sehr viel	23,5	21,6-25,5	18,7	17,0-20,6	29,8	27,7-31,9	21,3	19,5-23,3	43,5	41,3-45,9	13,1	11,6-14,8	7,4	6,2-8,8	16,2	14,6-17,9

Annex-Tabelle 7.4.5 Teil 1: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitsbewusstsein und Geschlecht, n=5.053

	Ernährung				Gewicht				Sportliche Aktivität				Stress			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Achten auf Gesundheit																
p-Wert	0,792		0,582		0,276		0,352		0,735		0,083		0,496		0,117	
Gar nicht/wenig	20,2	12,2-31,6	23,4	14,9-34,8	18	10,1-29,8	19,1	11,3-30,6	28,8	17,2-44,0	23,2	14,9-34,3	30	18,2-45,3	9,4	5,2-16,2
Mittelmäßig	22,5	18,7-26,9	24,3	20,6-28,5	17	13,6-21,1	21,2	17,8-25,2	26,8	23,0-31,0	28	24,0-32,4	22,2	18,4-26,6	15	11,9-18,8
Stark/sehr stark	20,4	17,9-23,1	27,3	23,9-31,1	13,4	11,4-15,8	24,3	21,0-28,0	27,5	24,6-30,7	32,9	29,3-36,8	23,1	20,6-25,9	18,3	15,2-21,9
Gesundheitliche Kontrollüberzeugung																
p-Wert	0,791		0,614		0,800		0,592		0,380		0,237		0,273		0,004	
Nichts/wenig	11,9	3,8-31,4	15,6	5,8-35,6	14,7	4,9-36,6	12	3,8-31,8	13,6	5,2-31,3	26,3	12,6-47,0	20,2	7,0-46,0	13,2	4,5-32,7
Einiges	21,1	17,2-25,6	28	22,6-34,0	15,6	11,8-20,4	22,5	17,6-28,3	25,2	20,9-30,1	25	19,9-30,8	18,2	14,6-22,5	9,2	6,1-13,6
Viel/sehr viel	21,4	19,0-24,1	25,6	22,8-28,7	14,7	12,7-17,1	23,1	20,3-26,1	28,3	25,6-31,3	31,4	28,3-34,6	24,5	21,9-27,3	17,9	15,4-20,7

Annex-Tabelle 7.4.5 Teil 2: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitsbewusstsein und Geschlecht, n=5.053

	Impfen				Rauchen				Alkohol				Andere			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Achten auf Gesundheit																
p-Wert	0,748		0,001		0,000		0,004		0,055		0,039		0,892		0,054	
Gar nicht/wenig	37,9	24,9-53,0	30	21,2-40,6	19,6	11,5-31,5	22,9	14,8-33,6	12,8	4,4-31,7	7,1	3,7-13,3	14	7,0-26,0	12,4	7,7-19,5
Mittelmäßig	43,7	39,0-48,4	36,8	32,5-41,4	15,1	12,0-18,9	17,7	14,3-21,7	3,2	1,7-6,0	9,9	7,6-12,7	15,7	12,8-19,0	12,3	9,9-15,3
Stark/sehr stark	42,6	39,4-45,8	46,9	42,8-51,1	7,4	5,8-9,3	13,4	10,6-16,7	4	2,9-5,5	12,2	9,7-15,2	16,2	13,7-19,0	17,9	14,9-21,4
Gesundheitliche Kontrollüberzeugung																
p-Wert	0,504		0,047		0,158		0,567		0,580		0,595		0,603		0,170	
Nichts/wenig	34,6	14,7-61,9	26,0	11,1-41,7	5,2	1,0-23,1	12,3	3,8-33,1	2,3	0,3-15,6	11,9	3,7-32,1	10,3	1,8-41,6	10,0	3,8-23,7
Einiges	39,9	34,7-45,3	35,6	29,8-41,8	12,7	9,5-16,7	17,2	12,5-23,2	4,3	2,6-7,0	10,4	7,6-14,1	15,4	12,1-19,5	10,8	7,7-15,1
Viel/sehr viel	43,7	40,7-46,8	43,3	39,9-46,8	10,5	8,6-12,7	16,0	13,5-18,8	4,2	2,9-6,1	10,8	8,9-13,1	16,1	13,9-18,5	16,4	14,1-19,0

Annex-Tabelle 7.4.6: Ärztliche Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Krankenversicherung, n=5.053

	Ernährung		Gewicht		Sportliche Aktivität		Stress		Impfen		Rauchen		Alkohol		Andere	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Krankenversicherung																
p-Wert	0,783		0,202		0,438		0,079		0,551		0,862		0,003		0,009	
GKV	23,0	21,3-24,9	19,1	17,4-20,9	28,7	26,8-30,7	19,6	17,9-21,4	42,2	40,0-44,4	13,4	11,9-15,1	7,0	6,0-8,3	15,1	13,6-16,7
PKV	24,0	20,0-28,6	16,2	13,1-19,9	30,3	26,1-34,9	22,8	18,8-27,4	40,3	35,6-45,2	12,4	9,1-16,7	9,1	6,3-12,9	19,3	15,9-23,3

Annex-Tabelle 7.4.7: Verhaltensänderung als Folge einer ärztlichen Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Alter und SES (Ernährung n=1081, Gewicht n=821, Sportl. Aktivität: n=1343, Stress n=889, Impfen n=1910, Rauchen n= 523, Alkohol n= 339, andere n= 763)

	Ernährung		Gewicht		Sportl. Aktivität		Stress		Impfen		Rauchen		Alkohol		Andere	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesamt	64,9	60,8-68,7	64,2	59,7-68,4	55,6	51,9-59,2	70,6	66,3-74,7	46,8	43,7-49,9	25,4	20,7-30,8	42,5	35,0-50,4	74,7	69,7-79,0
Altersgruppen																
p-Wert	0,874		0,748		0,370		0,812		0,578		0,013		0,624		0,748	
18-29 Jahre	64,8	45,5-80,2	67,9	42,8-85,7	58,6	44,4-71,5	69,7	52,9-82,5	47,6	36,8-58,6	24,1	11,7-43,3	47,1	18,7-77,6	75,2	55,7-88,0
30-44 Jahre	69,0	57,1-78,8	62,6	48,6-74,8	59,3	49,7-68,2	73,5	64,3-81,0	48,2	40,3-56,3	25,1	14,9-39,1	31,5	14,6-55,1	72,7	61,1-81,9
45-64 Jahre	64,2	58,3-69,7	66,7	60,6-72,3	55,5	50,5-60,5	71,2	65,5-76,3	47	42,5-51,5	22,7	16,9-29,8	44,0	34,2-54,4	77,0	70,8-82,3
65 Jahre und älter	63,2	57,5-68,6	60,4	53,9-66,5	51,1	45,3-56,8	64,8	55,9-72,8	45,1	40,7-49,6	34,4	25,3-44,8	42,0	32,6-52,1	71,6	62,7-79,2
SES																
p-Wert	0,000		0,123		0,008		0,956		0,619		0,779		0,029		0,003	
niedrig	47,0	35,8-58,6	58,8	46,4-70,2	45,0	33,3-57,4	69,1	51,8-82,3	46,5	36,0-57,2	21,6	11,5-37,0	60,0	38,7-78,1	49,2	28,6-70,1
mittel	68,5	63,5-73,2	66,9	61,1-72,2	60,1	55,3-64,7	70,4	64,5-75,6	48,1	44,0-52,2	26,0	19,9-33,2	36,9	27,2-47,7	79,8	73,7-84,9
hoch	68,9	62,2-74,9	57,8	50,1-65,1	49,2	43,7-54,8	70,3	63,8-76,0	43,5	38,7-48,5	28,7	20,5-38,5	36,1	27,4-45,7	73,3	66,8-79,0

Annex-Tabelle 7.4.8: Verhaltensänderung als Folge einer ärztlichen Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitszustand (Ernährung n=1081, Gewicht n=821, Sportl. Aktivität: n=1343, Stress n=889, Impfen n=1910, Rauchen n= 523, Alkohol n= 339, andere n= 763)

	Ernährung		Gewicht		Sportl. Aktivität		Stress		Impfen		Rauchen		Alkohol		Andere	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesundheitszustand																
p-Wert	0,856		0,418		0,666		0,349		0,407		0,249		0,239		0,811	
Sehr gut, gut	65,5	59,8-70,7	62	55,3-68,3	55,6	50,6-60,5	69,2	63,0-74,7	46	42,1-49,9	27,1	20,5-34,9	38,7	28,4-50,1	74,2	67,5-79,9
Mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	64,0	58,1-69,4	66,5	60,4-72,1	55,3	49,8-60,6	72,6	66,5-78,0	48,4	43,2-53,6	23,1	17,2-30,2	47,6	37,4-58,0	75,3	67,7-81,6
Chronische Krankheit																
p-Wert	0,111		0,662		0,670		0,648		0,388		0,181		0,555		0,944	
Ja	62,1	57,1-66,8	65,4	60,1-70,3	54,9	50,2-59,4	71,9	66,6-76,7	48,9	44,6-53,2	24,5	19,0-31,0	44,0	35,7-52,8	74,9	68,7-80,2
Nein	69,1	62,4-75,1	62,3	54,1-70,0	56,4	50,4-62,3	68,8	61,3-75,4	44,7	40,3-49,2	26,4	19,0-35,5	40,5	27,4-55,1	74,4	66,1-81,2

Annex-Tabelle 7.4.9: Verhaltensänderung als Folge einer ärztlichen Beratung zum Gesundheitsverhalten nach Gesundheitsbewusstsein und Kontrollüberzeugung (Ernährung n=1081, Gewicht n=821, Sportl. Aktivität: n=1343, Stress n=889, Impfen n=1910, Rauchen n= 523, Alkohol n= 339, andere n= 763)

	Ernährung		Gewicht		Sportl. Aktivität		Stress		Impfen		Rauchen		Alkohol		Andere	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Achten auf Gesundheit																
p-Wert	0,000		0,007		0,000		0,060		0,303		0,062		0,027		0,182	
Gar nicht/wenig	14,6	8,1-24,9	39,1	21,2-60,5	15,9	7,5-30,5	57,2	35,3-76,5	38,9	25,9-53,8	17,8	7,8-35,8	13,7	3,6-40,5	57,9	37,4-75,9
Mittelmäßig	64,3	57,9-70,4	61,7	54,5-68,5	55,5	49,5-61,4	65,6	57,4-73,0	47,5	42,2-52,8	20,0	14,2-27,3	49,3	36,8-61,9	73,7	66,3-79,9
Stark/sehr stark	72,0	67,1-76,5	69,7	64,0-74,8	60,2	55,5-64,7	75,3	70,6-79,5	47,2	43,3-51,2	34,1	26,1-43,1	43,5	33,9-53,5	77,0	70,0-82,9
Gesundheitliche Kontrollüberzeugung																
p-Wert	0,036		0,601		0,079		0,241		0,832		0,071		0,404		0,892	
Nichts/wenig	36,5	12,2-70,3	80,3	49,8-94,4	29,4	12,7-54,5	62,3	26,7-88,2	50,8	26,6-74,6	13	1,5-58,7	57,6	15,7-90,8	62,1	21,8-90,6
Einiges	56,1	47,8-64,1	61,0	51,3-69,9	50,7	42,7-58,6	62,2	51,6-71,8	47,3	40,8-53,9	19,3	12,2-29,2	30,6	20,1-43,6	74,2	63,5-82,6
Viel/sehr viel	67,8	63,2-72,0	64,7	59,5-69,6	57,2	53,0-61,3	72,5	67,6-76,9	46,5	43,0-50,1	27,5	21,8-34,0	45	36,1-54,3	75,2	69,5-80,2

Annex-Tabellen Kapitel 7.5

Annex-Tabelle 7.5.1: Nutzen der Darmspiegelung erklärt, n=1.110

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	97,9	96,2-98,9		98,8	96,8-99,6	
Altersgruppen			0,428			0,366
55-59 Jahre	99,6	96,9-99,9		99,2	94,3-99,9	
60-64 Jahre	97,7	92,5-99,3		100,0		
65 Jahre und älter	97,7	95,2-98,9		98,3	95,1-99,4	
Sozialstatus			0,923			0,011
Niedrig	97,2	82,8-99,6		94,3	75,3-98,9	
Mittel	97,9	95,5-99,0		99,4	97,5-99,9	
Hoch	98,0	94,6-99,3		99,3	97,2-99,8	
Frauen und Männer gesamt	98,4	97,2-99,0				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,353

Annex-Tabelle 7.5.2: Durchführung der Darmspiegelung erklärt, n=1.115

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	97,5	95,3-98,7		98,3	95,5-99,3	
Altersgruppen			0,400			0,349
55-59 Jahre	96,4	88,3-98,9		100,0		
60-64 Jahre	99,2	94,8-99,9		99,2	94,8-99,9	
65 Jahre und älter	97,2	94,0-98,7		97,5	93,0-99,1	
Sozialstatus			0,107			0,005
Niedrig	93,7	81,4-98,1		90,4	71,5-97,3	
Mittel	97,5	94,6-98,9		98,7	94,1-99,7	
Hoch	99,2	96,9-99,8		100,0		
Frauen und Männer gesamt	97,9	96,3-98,8				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,521

Annex-Tabelle 7.5.3: Über Risiken der Darmspiegelung aufgeklärt, n=1.069

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	88,7	85,0-91,6		89,2	84,6-92,5	
Altersgruppen			<0,001			0,017
55-59 Jahre	97,8	93,1-99,3		96,9	89,2-99,1	
60-64 Jahre	95,4	89,6-98,1		93,6	85,3-97,4	
65 Jahre und älter	84,5	79,1-88,6		85,4	78,6-90,4	
Sozialstatus			0,299			0,274
Niedrig	82,6	65,1-92,3		82,0	61,9-92,8	
Mittel	88,8	84,1-92,2		88,3	80,5-93,2	
Hoch	92,8	87,7-95,9		92,2	87,6-95,2	
Frauen und Männer gesamt	89,0	86,1-91,3				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,875

Annex-Tabelle 7.5.4: Erklärt, was passieren würde, wenn sich Verdacht auf Darmkrebs ergeben sollte, n=1.068

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	71,0	65,9-75,5		71,9	66,6-76,7	
Altersgruppen			0,821			0,020
55-59 Jahre	74,7	62,4-84,0		85,0	73,7-92,0	
60-64 Jahre	71,0	56,7-82,0		62,7	51,5-72,7	
65 Jahre und älter	70,2	64,1-75,6		72,2	65,1-78,2	
Sozialstatus			0,199			0,702
Niedrig	58,3	40,2-74,5		75,9	56,3-88,5	
Mittel	71,1	64,7-76,8		69,9	61,6-77,1	
Hoch	73,1	65,5-79,5		73,3	66,9-78,8	
Frauen und Männer gesamt	71,4	67,8-74,8				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,782

Annex-Tabelle 7.5.5: Nach dem Gespräch ausreichend über die Darmspiegelung informiert, n=1.114

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	97,0	94,5-98,4		98,0	95,8-99,0	
Altersgruppen			0,223			0,419
55-59 Jahre	96,5	88,4-99,0		100,0		
60-64 Jahre	99,5	96,2-99,9		98,0	94,0-99,4	
65 Jahre und älter	96,3	92,6-98,2		97,4	93,9-99,0	
Sozialstatus			0,190			0,388
Niedrig	93,5	80,8-98,0		95,3	73,4-99,3	
Mittel	96,9	93,4-98,6		97,9	94,6-99,2	
Hoch	99,0	95,7-99,8		98,8	97,2-99,5	
Frauen und Männer gesamt	97,5	96,0-98,4				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,419

Annex-Tabelle 7.5.6: Über die ärztliche Beratung hinaus selbst über Darmkrebs und die Möglichkeiten der Früherkennung informiert, n=1.119

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	55,9	50,7-61,0		52,6	47,2-57,9	
Altersgruppen			0,055			0,497
55-59 Jahre	58,6	45,8-70,4		45,3	32,1-59,3	
60-64 Jahre	43,4	31,9-55,6		55,4	44,6-65,7	
65 Jahre und älter	59,1	52,9-65,0		53,4	46,5-60,1	
Sozialstatus			0,707			0,461
Niedrig	57,2	40,2-72,8		42,9	25,3-62,4	
Mittel	56,9	50,4-63,2		54,5	46,3-62,4	
Hoch	51,7	43,6-59,8		53,2	46,7-59,5	
Frauen und Männer gesamt	54,3	50,5-58,0				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,382

Annex-Tabelle 7.5.7: Zutreffend-Angaben der Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer, dass die Darmspiegelung das Risiko an Darmkrebs zu erkranken verringert, n=867

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	72,8	67,8-77,4		71,8	66,0-77,0	
Altersgruppen			0,514			0,020
55-59 Jahre	68,1	57,6-77,1		69,1	59,1-77,6	
60-64 Jahre	72,7	62,0-81,4		59,0	44,9-71,7	
65 Jahre und älter	75,1	67,8-81,2		79,3	70,8-85,8	
Sozialstatus			0,489			0,052
Niedrig	73,2	59,5-83,6		73,3	53,6-86,7	
Mittel	73,5	66,9-79,2		77,1	68,8-83,8	
Hoch	65,6	56,4-73,8		59,8	51,2-67,7	
Frauen und Männer gesamt	72,4	68,6-75,9				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,786

Annex-Tabelle 7.5.8: Zutreffend-Angaben der Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen oder krebverdächtiges Gewebe übersehen werden können, n=748

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	54,7	48,6-60,6		55,6	48,9-62,0	
Altersgruppen			0,994			0,355
55-59 Jahre	54,1	42,6-65,2		48,8	37,7-60,1	
60-64 Jahre	55,0	43,2-66,3		57,4	43,2-70,5	
65 Jahre und älter	54,8	45,9-63,4		59,7	49,6-69,0	
Sozialstatus			0,703			0,216
Niedrig	55,4	40,9-69,0		45,1	25,4-66,4	
Mittel	53,5	45,7-61,1		53,2	44,0-62,2	
Hoch	60,0	49,7-69,4		64,0	54,6-72,4	
Frauen und Männer gesamt	55,1	50,6-59,5				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,847

Annex-Tabelle 7.5.9: Zutreffend-Angaben der Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden können, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten, n=753

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	84,1	79,0-88,1		80,5	74,6-85,4	
Altersgruppen			0,940			0,782
55-59 Jahre	85,1	75,4-91,5		79,5	67,3-88,0	
60-64 Jahre	82,9	69,5-91,2		84,3	71,3-92,1	
65 Jahre und älter	84,2	77,1-89,4		79,6	70,8-86,3	
Sozialstatus			0,004			0,670
Niedrig	71,3	56,7-82,5		84,9	63,1-94,8	
Mittel	88,2	82,3-92,3		78,3	69,7-85,0	
Hoch	87,8	79,5-93,0		81,9	72,3-88,7	
Frauen und Männer gesamt	82,4	78,6-85,6				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,318

Annex-Tabelle 7.5.10: Zutreffend-Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass die Darmspiegelung das Risiko an Darmkrebs zu erkranken verringert, n=1.299

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	82,5	78,8-85,6		79,7	75,5-83,4	
Altersgruppen			0,020			0,893
55-59 Jahre	70,1	56,4-81,0		79,7	67,9-87,9	
60-64 Jahre	85,1	77,9-90,2		77,9	67,9-85,4	
65 Jahre und älter	84,1	79,8-87,6		80,3	74,9-84,8	
Sozialstatus			0,426			0,421
Niedrig	82,7	65,6-92,3		81,9	65,3-91,6	
Mittel	83,9	79,5-87,5		81,3	74,7-86,4	
Hoch	77,4	70,9-82,8		75,5	69,5-80,6	
Frauen und Männer gesamt	81,2	78,4-83,6				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,296

Annex-Tabelle 7.5.11: Zutreffend-Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen oder krebsverdächtiges Gewebe übersehen werden können, n=1.164

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	58,0	53,0-62,9		60,4	55,1-65,4	
Altersgruppen			0,016			0,407
55-59 Jahre	41,2	29,6-53,8		66,5	51,4-78,8	
60-64 Jahre	54,1	41,3-66,4		54,5	43,5-65,0	
65 Jahre und älter	62,3	56,5-67,8		60,8	54,1-67,0	
Sozialstatus			0,248			0,529
Niedrig	47,3	31,9-63,2		65,6	47,3-80,3	
Mittel	58,6	52,4-64,6		57,4	49,2-65,2	
Hoch	60,9	52,9-68,4		62,3	55,9-68,2	
Frauen und Männer gesamt	59,1	55,5-62,7				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,522

Annex-Tabelle 7.5.12: Zutreffend-Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass bei der Darmspiegelung Darmpolypen entdeckt und als gefährlich eingestuft werden können, die sich gar nicht zu Darmkrebs entwickelt hätten, n=1.089

	Frauen			Männer		
	Prävalenz	95%-KI	p-Wert	Prävalenz	95%-KI	p-Wert
Gesamt	83,7	79,3-87,3		85,8	80,8-89,6	
Altersgruppen			0,219			0,507
55-59 Jahre	84,3	73,2-91,4		79,7	59,7-91,2	
60-64 Jahre	76,4	62,2-86,4		87,1	77,2-93,1	
65 Jahre und älter	85,5	80,5-89,4		86,8	81,0-91,0	
Sozialstatus			0,075			0,801
Niedrig	72,1	55,6-84,2		83,0	60,2-94,0	
Mittel	84,8	79,2-89,1		85,1	76,8-90,7	
Hoch	86,1	78,7-91,3		87,2	82,5-90,7	
Frauen und Männer gesamt	84,7	81,5-87,4				

Unterschied Frauen vs. Männer: p-Wert=0,498