

Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015"



Zusammenfassung

Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit
BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien

Projektteam

Urs Bieri Politik- und Medienwissenschaftler

Jonas Ph. Kocher Politikwissenschaftler

Carole Gauch Medien- und Politikwissenschaftlerin

Stephan Tschöpe Politikwissenschaftler

Aaron Venetz Politikwissenschaftler

Marcel Hagemann Sozialwissenschaftler

Johanna Schwab Sekretariat und Administration

Sabrina Schüpbach Praktikantin, Sozialwissenschaftlerin

Alexander Frind Praktikant, Politikwissenschaftler

Bern, 18. Mai 2016

Copyright by gfs.bern

Wichtigstes in Kürze

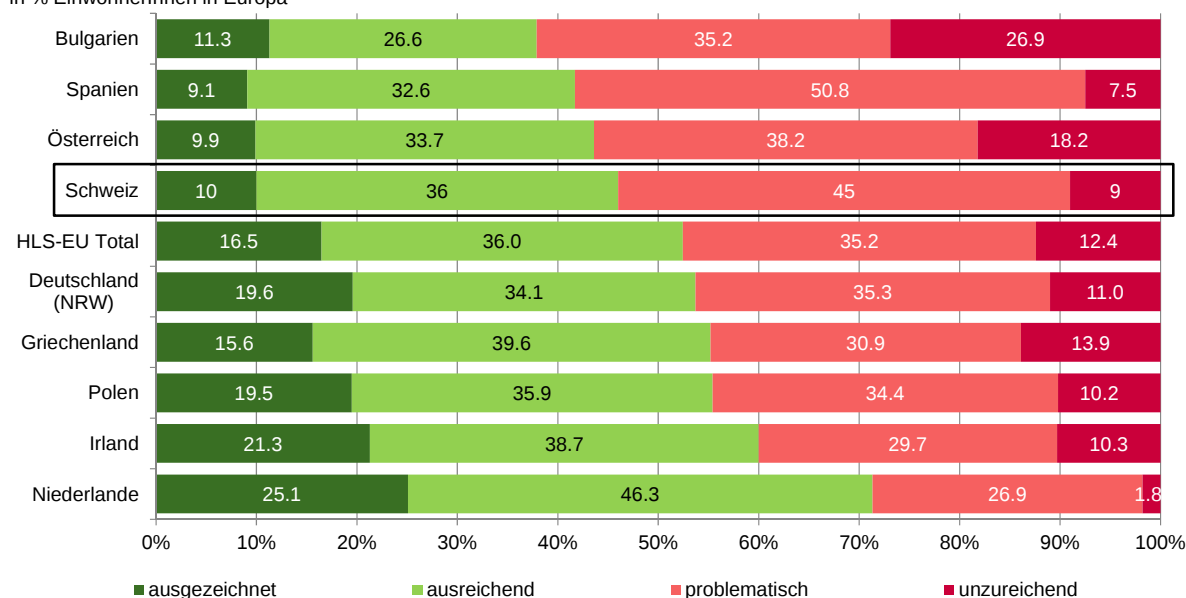
Wie gross ist das Problem begrenzter Gesundheitskompetenz in der Schweiz?

Das Problem mangelnder Gesundheitskompetenz in der Schweiz ist **breit, aber nicht tief**. Breit bedeutet, dass in der Schweiz relativ viele Einwohnerinnen und Einwohner (gemäss Definition der HLS-EU-Studie) eine problematische Gesundheitskompetenz aufweisen (45%). Im Vergleich zu den meisten HLS-EU-Ländern ist die problematische Gesundheitskompetenz in der Schweiz häufiger anzutreffen.

Grafik 1

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Index gebildet aus 47 Einzelitems, vgl. Kap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**; "HLS-EU Total" besteht aus Ergebnissen der acht EU-Länder zu gleichen Teilen; Ergebnisse Schweiz nicht Teil der HLS-EU-Studie

Gleichzeitig ist das Problem aber nicht sonderlich tief: Bei weniger als einem Zehntel (9%) kann eine unzureichende Gesundheitskompetenz gemessen werden. Es gibt also nur wenige negative Extremfälle – allerdings auch nur relativ wenige positive Extremfälle. 10 Prozent haben eine ausgezeichnete, 36 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Damit steht ein grosser Teil der Bevölkerung an der Grenze zwischen problematischer und ausreichender Gesundheitskompetenz.

Wo gibt es die grössten Probleme bezüglich Gesundheitskompetenz?

Im Vergleich zu den HLS-EU-Ländern bestehen in der Schweiz grössere Probleme beim **Beurteilen** und **Verstehen** von Informationen im Bereich **Krankheitsprävention**. Vor allem rund um das Thema Impfungen – beurteilen, welche Impfungen nötig sind (50% sehr oder ziemlich schwierig); verstehen, warum Impfungen nötig sind (32%); entscheiden, sich gegen die Grippe zu impfen (40%) – geben die schweizerischen Befragten mehr Schwierigkeiten als ihre europäischen Pendanten an.

Weiter fällt es ihnen absolut betrachtet eher schwer zu beurteilen, was die Vor- und Nachteile einer Behandlungsmöglichkeit sind (44% sehr oder ziemlich schwierig) und ob eine Zweitmeinung eingeholt werden soll (35%). Ebenso fällt

es ihnen schwer, die Angaben auf Lebensmittelpackungen zu verstehen (37%), zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Informationen über Krankheiten oder Gesundheitsrisiken in den Medien sind (je 39%), Informationen über gesundheitliche Auswirkungen von politischen Veränderungen (47%) oder zur Gesundheitsförderung der Wohnumgebung zu finden (35%), aufgrund von Medieninformationen zu entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützen kann (31%) sowie zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen man durchführen lassen soll oder wie sich die Wohnumgebung auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken (je 30%).

Die geringsten Probleme haben die Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner damit, den Anweisungen von Ärztinnen und Apothekern zu folgen (10%), Anweisungen zur Medikamenteneinnahme zu verstehen (10%) und zu befolgen (11%), im Notfall einen Krankenwagen zu rufen (10%) sowie Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten respektive Informationen zu gesundheitsförderndem Verhalten zu finden (je 12%).

Welche Gruppen sind besonders von mangelnder Gesundheitskompetenz betroffen?

Stärkster Treiber einer tiefen Gesundheitskompetenz ist die **finanzielle Deprivation**. Personen, welche Mühe haben, Geld für Rechnungen generell, für Arztrechnungen oder für Medikamente aufzubringen, weisen eine tiefere Gesundheitskompetenz auf. Finanzielle Deprivation ist – gerade auch im Vergleich zu den EU-Ergebnissen – ein starker Treiber für einen schlechten Gesundheitszustand.

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und **sportlicher Aktivität**: Personen, welche selten bis nie Sport treiben, haben eine tiefere Gesundheitskompetenz. Personen mit einer ambulanten Zusatzversicherung haben im Durchschnitt eine höhere Gesundheitskompetenz als Personen ohne. Bei beiden beschriebenen Zusammenhängen kann die Gesundheitskompetenz Ursache oder Wirkung sein.

Nicht eindeutig ist der Effekt des Sozialstatus auf die Gesundheitskompetenz: Zieht man den von den Befragten selbst geäußerte soziale Status heran, haben Personen mit hohem sozialen Status eine tiefere Gesundheitskompetenz – was den Resultaten der HLS-EU-Studie widerspricht. Errechnet man einen sozialen Status aus Einkommen und Bildung, ist der Zusammenhang umgekehrt – ein hoher Sozialstatus entspricht einer hohen Gesundheitskompetenz. Der selbstgeäußerte soziale Status scheint im Schweizer Kontext nicht dasselbe zu messen wie in Europa.

Daneben gibt es noch weitere, schwächere Einflussfaktoren: Mit zunehmendem Alter ist tendenziell eine tiefere Gesundheitskompetenz festzustellen. Vor allem der Anteil an unzureichender Gesundheitskompetenz ist bei der ältesten Kohorte am höchsten. In den mittleren Jahren haben dagegen viele eine problematische Gesundheitskompetenz. Mit zunehmendem Bildungsgrad nimmt die Gesundheitskompetenz tendenziell zu und Frauen haben im Schnitt eine höhere Gesundheitskompetenz als Männer.

Schliesslich hat ein Migrationshintergrund ceteris paribus nur einen schwachen, bivariaten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Andere Variablen, wie die finanzielle Deprivation, überwiegen den Effekt klar. Migrationshintergrund allein ist eine zu allgemeine Kategorisierung, wie der Blick auf die zusätzlich erhobenen Teilstichproben zeigt: Die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz, haben im Durchschnitt eine gleich hohe Gesundheitskompetenz wie die Einwohnerinnen und Einwohner insgesamt. Im Gegensatz dazu haben die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz, einen höheren Anteil an problematischer oder unzureichender Gesundheitskompetenz. Auch unter Berücksichtigung von sozioökonomischen und –demografischen Kontrollvariablen bleibt ein kleiner Unterschied zwischen den türkischen und den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein bestehen.

Die Unterschiede bezüglich genereller Gesundheitskompetenz innerhalb der portugiesischen Stichprobe werden zum grössten Teil durch die sportliche Aktivität (alternativ dazu: durch das Alter) und das Geschlecht der befragten Person erklärt. In der türkischen Stichprobe ist das Alter der wichtigste Prädiktor für die generelle Gesundheitskompetenz.

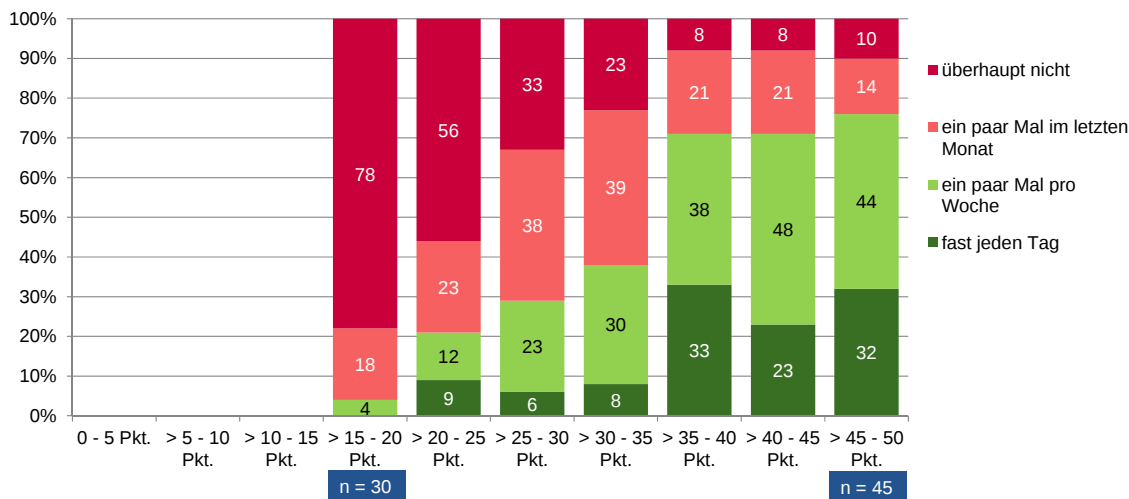
Was sind die Folgen mangelnder Gesundheitskompetenz?

Grafik 2

Sport nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wie oft haben Sie im letzten Monat mindestens 30 Minuten lang Sport getrieben (z. B. Laufen, Spaziergehen/ Walking oder Radfahren)?"

in % EinwohnerInnen der Schweiz



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107), sig.

Personen mit einer tieferen Gesundheitskompetenz treiben klar weniger Sport, als Personen mit einer höheren Gesundheitskompetenz. Das ist der stärkste bivariate Zusammenhang zwischen einer der abgefragten gesundheitsrelevanten Fragen und der Gesundheitskompetenz – stärker als in allen untersuchten Ländern der HLS-EU-Studie. Es kann jedoch nicht abschliessend beantwortet werden, was davon die Ursache und was die Wirkung ist.

Personen mit einer tieferen Gesundheitskompetenz beurteilen ihren Gesundheitszustand schlechter. Selbst unter Kontrolle von anderen Variablen wie der finanziellen Deprivation, der Sporttätigkeit, dem Vorliegen langandauernder Krankheiten und dem Alter, kann der Effekt gemessen werden. Dasselbe gilt für die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner. Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohner unterscheidet sich der Gesundheitszustand nicht signifikant entlang der Gesundheitskompetenz. Vor allem die portugiesischen, tendenziell auch die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner haben einen schlechteren Gesundheitszustand als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein.

In der Tendenz ist bei tieferer Gesundheitskompetenz die Wahrscheinlichkeit höher, eine oder mehrere langandauernde Krankheiten zu haben. Wo dies der Fall ist, fühlen sich die Befragten durch ihre gesundheitlichen Probleme stärker eingeschränkt, wenn ihre Gesundheitskompetenz tief ist.

Je tiefer die Gesundheitskompetenz ist, desto wahrscheinlicher hat die Person einen Krankenhausaufenthalt hinter sich oder musste den Notfalldienst in Anspruch nehmen, wobei letzteres in einem multivariaten Regressionsmodell unter Einbezug aller Kontrollvariablen nicht signifikant ist. Keinen bivariaten Zusammenhang gibt es hingegen mit der Anzahl Arztbesuche oder der Inanspruchnahme anderer medizinischer Dienstleistungen – multivariat nimmt mit zunehmender Gesundheitskompetenz die Anzahl Arztbesuche tendenziell zu.

Personen mit einer tieferen Gesundheitskompetenz, sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Raucherinnen oder Raucher. Das lässt sich auch auf den exzessiven, jedoch nicht auf den geringen bis moderaten Alkoholkonsum übertragen: Diese sind bei einer tieferen Gesundheitskompetenz tendenziell geringer – was sich auch in der HLS-EU-Studie zeigte. In der türkischen Teilstichprobe ist der Alkoholkonsum geringer, dafür der Anteil an Raucherinnen und Rauchern höher als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein.

Datenbasis

Die Ergebnisse der Befragung "Gesundheitskompetenz Schweiz 2015" basieren auf einer repräsentativen Befragung von 1'107 Schweizer Einwohnerinnen und Einwohnern ab 15 Jahren aus der ganzen Schweiz durch gfs.bern. Als zusätzliche Stichproben wurden 255 portugiesische und 250 türkische Einwohnerinnen und Einwohner ab 15 Jahren aus der ganzen Schweiz befragt. Die Befragung wurde zwischen dem 20. Oktober und 12. Dezember 2015 mittels CAPI-Interviews (Computer Assisted Personal Interviews) durchgeführt. Die Stichprobe dazu wurde aus dem Stichprobenregister des BFS gezogen. Alle Probanden wurden brieflich und telefonisch vorkontaktiert.

Tabelle 1

Stichprobenfehler

Ausgewählte statistische Stichprobenfehler nach Stichprobengrösse und Basisverteilung

Stichprobengrösse	Fehlerquote Basisverteilung	
	50% zu 50%	20% zu 80%
N = 1100	± 3.0 Prozentpunkte	± 2.4 Prozentpunkte
N = 1000	± 3.2 Prozentpunkte	± 2.5 Prozentpunkte
N = 600	± 4.1 Prozentpunkte	± 3.3 Prozentpunkte
N = 250	± 6.3 Prozentpunkte	± 5.1 Prozentpunkte
N = 100	± 10.0 Prozentpunkte	± 8.1 Prozentpunkte
N = 50	± 14.0 Prozentpunkte	± 11.5 Prozentpunkte

Lesebeispiel: Bei rund 1000 Befragten und einem ausgewiesenen Wert von 50 Prozent liegt der effektive Wert zwischen 50 Prozent ± 3.2 Prozentpunkte, bei einem Basiswert von 20 Prozent zwischen 20 Prozent ± 2.5 Prozentpunkte. Dabei setzt man in der Umfrageforschung zumeist ein Sicherheitsmass von 95 Prozent, das heisst man akzeptiert eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent, dass der nachgewiesene statistische Zusammenhang so in der Bevölkerung nicht vorhanden ist.

Anhang

gfs.bern-Team



URS BIERI

Senior Projektleiter, Mitglied der Geschäftsleitung, Politik- und Medienwissenschaftler, Executive MBA FH in strategischem Management, Lehrbeauftragter an der Kalaidos Fachhochschule

Schwerpunkte:

Themen- und Issue-Monitoring, Image- und Reputationsanalysen, Risikotechnologien, Abstimmungsanalysen, Kampagnenvorbereitung und -begleitung, Integrierte Kommunikationsanalysen, Qualitative Methoden

Publikationen in Sammelbänden, Fachmagazinen, Tagespresse und auf dem Internet



JONAS PHILIPPE KOCHER

Projektleiter, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

Analyse politischer Themen und Issues, Abstimmungen und Wahlen, Kampagnenvorbereitung und -begleitung, Gesellschaftsthemen, Integrierte Kommunikationsanalysen, Medieninhaltsanalysen, Hochrechnungen, Feldaufträge



CAROLE GAUCH

Junior Projektleiterin, Medien- und Politikwissenschaftlerin

Schwerpunkte:

Themen- und Issue-Monitoring, Abstimmungen und Wahlen, Meinungsbildung zu ausserpolitischen Angelegenheiten, Medieninhaltsanalysen, Qualitative Methoden, Feldaufträge, Lehre



STEPHAN TSCHÖPE

Leiter Analyse und Dienste, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

Koordination Dienstleistungen, komplexe statistische Datenanalytik, EDV- und Befragungs-Programmierungen, Hochrechnungen, Parteien- und Strukturanalysen mit Aggregatdaten, Integrierte Kommunikationsanalysen, Visualisierung



AARON VENETZ

Datenanalytiker, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

Datenmodellierungen, Qualitative Methoden, Recherchen, Datenanalyse, Programmierungen, Medienanalysen, Visualisierungen



MARCEL HAGEMANN

Datenanalytiker, Sozialwissenschaftler

Schwerpunkte:

Datenanalyse und Datenbanken, Programmierungen, Integrierte Kommunikationsanalysen, Medienanalysen, Recherchen, Visualisierungen, Hochrechnungen



JOHANNA LEA SCHWAB

Sekretariat und Administration, Kauffrau EFZ

Schwerpunkte:

Desktop-Publishing, Visualisierungen, Projektadministration, Vortragsadministration



SABRINA SCHÜPBACH

Praktikantin, Sozialwissenschaftlerin

Schwerpunkte:

Datenanalyse, Programmierungen, Qualitative Methoden, Recherchen, Medienanalysen, Visualisierungen



ALEXANDER FRIND

Praktikant, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

Datenanalyse, Programmierungen, Qualitative Methoden, Recherchen, Medienanalysen, Visualisierungen

gfs.bern ag
Hirschengraben 5
Postfach
CH – 3001 Bern
Telefon +41 31 311 08 06
Telefax +41 31 311 08 19
info@gfsbern.ch
www.gfsbern.ch

Das Forschungsinstitut gfs.bern ist Mitglied des Verbands Schweizer Markt- und Sozialforschung und garantiert, dass keine Interviews mit offenen oder verdeckten Werbe-, Verkaufs- oder Bestellabsichten durchgeführt werden.

Mehr Infos unter www.schweizermarktforschung.ch



**SCHWEIZER
MARKTFORSCHUNG**

Kein Verkauf - Wissenschaftlich - Anonym

gfs.bern
Menschen. Meinungen. Märkte.