



---

<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

Institut für Sozial- und  
Präventivmedizin

**Bericht zu den Zusatzauswertungen der  
Bevölkerungsbefragung  
„Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“**

**Prof. Dr. Thomas Abel, PhD**

**Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann**

**Richard Benkert, BSc.**

**Susanne Lehmann, MLaw**

**Bern, im März 2017**

# 1 Ausgangslage

Im Rahmen dieser Studie wird darauf verzichtet, die einschlägigen Definitionen und tabellarischen Einteilungen von Gesundheitskompetenz nach Sørensen (2012) zu replizieren, da diese als hinlänglich bekannt vorausgesetzt werden können. Einen gerafften Überblick hierzu findet sich u.a. im gfs-Bericht (2016, S. 8). An dieser Stelle zum gemeinsamen Verständnis aber ein definitorischer Überblick und sich daraus ergebende Konsequenzen: „Gesundheitskompetenz ist definiert als die Kompetenz, Informationen zu den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.“ Das Verständnis von Gesundheitskompetenz zielt hierbei nicht nur auf individuelle Fähigkeiten sondern auch auf die kontextuelle Komplexität. Ungenügende Gesundheitskompetenz geht gemäss den Resultaten der Schweizer Studie, wie auch des *European Health Literacy Survey 2011* (HLS-EU), beispielsweise mit schlechterer selbsteingeschätzter Gesundheit und grösseren krankheitsbedingten Einschränkungen einher. Gesundheitskompetent „zu sein ist ohne Zweifel wichtig. Schliesslich kann jemand, der gesundheitskompetent ist, sich im Gesundheitswesen zurecht finden, sich Informationen beschaffen, diese verstehen, bewerten und anschliessend Entschlüsse fassen (...). Dennoch haben viele Menschen Mühe, genau das zu tun, gerade in hochkomplexen Disziplinen wie der Intensivmedizin. Die Folgen mangelnder Gesundheitskompetenz sind nicht selten gravierend – sowohl für das Individuum, das nicht recht abschätzen kann, was auf es oder seine Angehörigen zukommt, aber auch für die gesamte Volkswirtschaft.“ (Maggiorini & Wehrli, 2016). So haben Schätzungen für Kanada im Jahr 2009 gezeigt, dass ungenügende Gesundheitskompetenz Mehrausgaben in der Höhe von 3-5% des gesamten Gesundheitsbudgets verursacht. Für die Schweiz wurden für das Jahr 2003 die Kosten ungenügender Gesundheitskompetenz für das Gesundheitssystem auf 1.5 Milliarden Franken geschätzt (vgl. Spycher 2006; Bundesamt für Gesundheit, 2016). Aktuellere Zahlen gehen für die Schweiz von 2.02 bis 3.37 Milliarden Franken aus (Allianz Gesundheitskompetenz, 2016, S. 11).

## 1.1 Die vorangegangene Studie

Im Jahr 2011 wurden im Rahmen des länderübergreifenden HLS-EU erstmals repräsentative Erhebungen der Gesundheitskompetenz bei der Bevölkerung von acht EU-Staaten (BRD nur Nordrhein-Westfalen) durchgeführt. In der Schweiz folgte diese Studie im Jahr 2015, wovon ein Schlussbericht vorliegt (gfs, 2016). Die Resultate brachten ein unerwartet hohes Ausmass unzureichender Gesundheitskompetenz zutage und zeigten, dass sich die Schweiz auf Platz 6 von insgesamt 9 Ländern einreicht.

Um diese Resultate besser einordnen zu können, will das Bundesamt für Gesundheit die vorhandenen Daten detailliert auf spezifische Fragestellungen hin zusätzlich analysieren lassen. Mit den gewonnenen Erkenntnissen sollen mit ausgewählten Stakeholdern und Experten/-innen sowie in Fokusgruppen allfällige konkrete Massnahmen skizziert, diskutiert und thematisch vertieft werden. Hierzu wurde ein Auftrag an das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern formuliert.

## 1.2 Auftrag

Im Pflichtenheft für diesen Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit steht u.a. Folgendes: Vorgesehen „sind zusätzlich quantitative Auswertungen um zu klären, welche Themen für solche Gespräche in den Fokus genommen und insbesondere welche Bevölkerungsgruppen in diesen thematischen Gesprächsrunden untersucht (d.h. einbezogen) werden sollten.“ (Bundesamt für Gesundheit, 2016).

Nach einem längeren Selektionsprozess, in dem die 47 Fragen des in ganz Europa grundsätzlich einheitlich eingesetzten Fragebogens nach besonderer Relevanz für die Schweiz von VertreterInnen des Bundesamts für Gesundheit und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern sortiert worden sind, beschränken wir uns in der folgenden Berichterstattung nach einigen generellen Aussagen und Trends auf die vom BAG priorisierten Fragestellungen aus dem Fragebogen, die in der untenstehenden Tabelle (Tab. 1) systematisch aufgeführt sind:

Dimensionen der Gesundheitskompetenz nach Sörensen et al. 2012

	Informationen finden <i>Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...</i>	Informationen verstehen <i>Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...</i>	Informationen beurteilen <i>Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...</i>	Informationen anwenden <i>Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...</i>
<b>Krankheitsbewältigung</b>	Q1.2... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	Q1.6... die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?	Q1.10... Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen? Q1.11... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten? Q1.12... zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?	Q1.13... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen? Q1.16... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?
<b>Krankheitsprävention</b>	Q1.19... Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?	Q1.22... zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen? Q1.23... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	... zu beurteilen... Q1.26... welche Impfungen Sie eventuell brauchen? Q1.27... welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? Q1.28... ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	Q1.29... zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten? Q1.31... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützen kann?
<b>Gesundheitsförderung</b>		Q1.38... Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?		

Tabelle 1: Modifizierte Einzelitem-Tabelle mit den vertiefter analysierten Fragen

## 1.3 Fragestellungen

Mit dem Bundesamt für Gesundheit wurden folgende fünf Fragestellungen erarbeitet, wobei der hier vorliegende Bericht die Fragen (1) bis (4) abdeckt und Frage (5) in einem gesonderten Bericht (Abel, 2016) diskutiert wird:

- (1) Welche soziodemografischen Untergruppen fallen in welchen Bereichen und Fragen besonders auf?
- (2) Welche Bereiche und welche Fragen sind hinsichtlich der gesundheitlichen Konsequenzen besonders relevant?
- (3) Inwiefern sind Einzelkomponenten miteinander verwandt?
- (4) Können relevante Unterschiede zu den Stichproben 2 und 3 festgestellt werden?
- (5) Inwiefern ist das Schweizer Gesundheitssystem ein Erklärungsfaktor einer tiefen bzw. hohen Gesundheitskompetenz?

## **2 Ergebnisse**

In einem ersten Schritt werden kurz die übergreifenden Trends für die Stichprobe 1 (EinwohnerInnen), die Stichprobe 2 (PortugiesInnen) sowie die Stichprobe 3 (TürkInnen) festgehalten. Diese Analyse umfasst eine differenzierte Berichterstattung entlang des Informationsgewinnungsprozesses, d.h. im Detail der Indizes „Informationen finden“, „Informationen verstehen“, „Informationen beurteilen“ und „Informationen anwenden“ (Kap. 2.1). Nach einem Kommentar zu diesen Ergebnissen wird Auskunft zu den hier interessierenden Einzelitems gemäss Tab. 1 gegeben, die wiederum einzeln kommentiert werden (Kap. 2.2). Mit diesen beiden Kapiteln sind die Fragestellungen (1) und (4) beantwortet. In Kap. 2.3 und Kap. 2.4 wird dann auf die Fragestellungen (2) und (3) eingegangen. Die Fragestellung (5) wird in einem separaten Bericht (Abel, 2016) beantwortet.

### **2.1 Analysen zu den vier Indizes Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden**

Zwecks Datenaufbereitung für die logistische Regression wurden die Indizes wie folgt dichotomisiert: Die Kategorien „ausgezeichnet“ und „ausreichend“ wurden zur Gruppe „unproblematisch“ und die Kategorie „problematisch“ und „mangelhaft“ zur Gruppe „problematisch“ zusammengefasst. In Analogie wurden die Antwortmöglichkeiten der Einzelitems „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ zur Gruppe „ohne Schwierigkeiten“ und die Antwortmöglichkeiten „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ zur Gruppe „mit Schwierigkeiten“ zusammengefasst. Trotz dem Zusammenlegen der Kategorien konnte die statistische Auswertbarkeit hinsichtlich bestimmter soziodemografischer Determinanten aufgrund der geringen Fallzahlen in einigen Fällen insbesondere in den Stichproben 2 und 3 nicht gewährleistet werden. Im Weiteren erfolgte die Indexbildung so, dass bspw. in den Index „Informationen finden“ sämtliche entsprechenden Items der drei Dimensionen von Gesundheitskompetenzen (Krankheitsbewältigung; Krankheitsprävention; Gesundheitsförderung) einfließen.

In allen untersuchten Dimensionen der Gesundheitskompetenz konnten Einzelitems mit grossen Abweichungen nach Stichprobe festgestellt werden (Cramers  $V > 0.150$ ). Bei sämtlichen dieser Items berichten die PortugiesInnen im Vergleich zu den Stichproben 1 und 3 über die wenigsten Schwierigkeiten. Die TürkInnen weisen grossmehrheitlich die höchsten relativen Anteile an Schwierigkeiten auf. Die TürkInnen schneiden bei allen Indizes am schlechtesten, und die PortugiesInnen am besten ab.

Als grossen Trend zeigen die Analysen, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz vor allem bei älteren Menschen festgestellt werden kann – dies trifft bei den Stichproben 1 und 3 insbesondere auf die Gruppe der über 65-jährigen Personen zu. Für eine statistisch gesicherte Aussage liegt diesbezüglich bei Stichprobe 2 eine zu geringe Fallzahl vor. Nicht überraschend ergibt sich (diesmal bei allen drei Stichproben) ein Trend nach Schulbildung: Je höher die Schulbildung, desto weniger Schwierigkeiten bei der Gesundheitskompetenz. Ein Geschlechtertrend konnte einzig in Stichprobe 2 erkannt werden: Portugiesische Frauen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit von Schwierigkeiten betreffend der Gesundheitskompetenz zu berichten als portugiesische Männer.

## Informationen finden

Der Anteil derjenigen, die Schwierigkeiten beim Finden der benötigten Informationen berichteten, betrug bei Stichprobe 1 annähernd die Hälfte (48%), bei den PortugiesInnen 42% und bei den TürkInnen 60%.

Bei dieser Grundstufe des Informationsgewinnungsprozesses zeigte sich, dass **ältere Personen** und hier insbesondere die über 65-Jährigen (sowohl bei Stichprobe 1 [OR=2.1,  $p < 0.001$ ] als auch Stichprobe 3 [OR=7.8,  $p = 0.009$ ]) über grössere Probleme berichteten, schon nur überhaupt an die benötigte Information zu kommen. (Die Stichprobe 2 ist zu klein, als dass ein signifikanter Alterseffekt festgestellt werden könnte: in der Gruppe der 65-jährigen der Stichprobe 2 befinden sich insgesamt nur 3 Personen.) Dies lässt sich u.a. mit sozialen Bedingungen (z.B. wenn Informationen nicht auf die Gruppe der alten Menschen abgestimmt werden) aber auch mit der allgemeinen alterskorrelierten Abnahme der kognitiven Fähigkeiten erklären. Die altersbedingte defizitäre Entwicklung kognitiver Prozesse kann dabei mit drei Kernprinzipien bestimmt werden (nach Martin & Kliegel, 2014):

1. *Multidimensionalität*: Innerhalb der Hauptbereiche Intelligenz und Gedächtnis muss nach verschiedenen Dimensionen kognitiver Ressourcen unterschieden werden.
2. *Multidirektionalität*: Die verschiedenen Dimensionen entwickeln sich oftmals nicht gleichförmig oder in eine Richtung, sondern in verschiedene Richtungen bzw. verschiedenartig in dieselbe Richtung.

3. *Interindividuelle Unterschiede*: Verschiedene Personen innerhalb einer Altersgruppe entwickeln sich oft sehr unterschiedlich. Immer wieder sind die Unterschiede *innerhalb* von Altersgruppen grösser als *zwischen* Altersgruppen.

Alle drei genannten Aspekte liefern Teilerklärungen dafür, dass es sich bei einem Grossteil derjenigen, die Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung angeben, um ältere Personen handelt. Dies hat aber möglicherweise auch mit einem Generationen-Effekt zu tun: Ältere Menschen sind mit dem Internet und anderen Informationsbeschaffungstechnologien (in Blogs, Chats, Facebook, Twitter etc.) weniger vertraut als jüngere Generationen oder sogar Digitale Natives. Es kann prognostiziert werden, dass diese kommenden Generationen in Zukunft wahrscheinlich weniger Schwierigkeiten haben werden als diejenigen, die den Anschluss an die digitale Gegenwart nicht geschafft haben.

Aber nicht nur das Alter, sondern auch der **Bildungsstatus** spielt beim Untersuchungskriterium „Probleme bei der Informationsfindung“ eine auffällige Rolle: Es zeigte sich sowohl bei Stichprobe 1 als auch bei Stichprobe 2 ein Bildungsgradient, in dem die höheren Bildungsschichten weniger Probleme berichten, die Informationen zu finden als insbesondere die unteren Bildungsschichten, welche dazu vermehrt Schwierigkeiten bekunden. (Bei Stichprobe 3 kann kein signifikanter Bildungsgradient beobachtet werden, weil sich die Konfidenzintervalle überschneiden; mit anderen Worten die gefundenen Odd Ratios innerhalb ihrer Fehlerschranken (95 %) identisch sein können.) Die zwei Befunde (Alters- und Bildungsgradient) lassen sich gut alltagspsychologisch erklären und leuchten unmittelbar ein. Beim **Migrationsstatus** in der Stichprobe 1 zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

## **Informationen verstehen**

Der Anteil derjenigen, die Schwierigkeiten beim Verstehen hatten, war ähnlich hoch wie beim Finden von Informationen, nämlich 46% in Stichprobe 1, 34% in Stichprobe 2 und 63% in Stichprobe 3.

Wenn die Information einst gefunden ist, kommt es zum kognitiven Verstehen der dargebotenen Information, was eine Grundvoraussetzung für zielorientiertes Handeln darstellt. Auch bei dieser Stufe der Gesundheitskompetenz waren wiederum dieselben Analyseeinheiten auffallend:

- Je älter die Personen, desto schwieriger war für sie das Verständnis von Gesundheitsinformationen. Bemerkenswert sind allerdings die über 65-jährigen der Stichprobe 3 (OR=7.9, p=0.013), bei denen 88% über Probleme beim Verstehen von Gesundheitsinformationen berichteten.
- Bei der Bildung zeigte sich bei allen Stichproben derselbe Trend, nämlich dass die unteren Bildungsschichten vermehrt Schwierigkeiten hatten, die Informationen zu verstehen.

- Der Migrationshintergrund in Stichprobe 1 korreliert insgesamt nur schwach (OR=1.4, p=0.023).
- Bei den Geschlechtern ergibt sich ein zusätzliches auffälliges Resultat: die portugiesischen Männer bekunden grössere Probleme beim Verstehen von Gesundheitsinformationen als die portugiesischen Frauen (OR=0.429, p=0.006).

Diese aus alltagspsychologischer Sicht einleuchtenden Befunde der Analyseeinheit „Informationen verstehen“ sind wiederum in einem sozialen und gesellschaftlichen Kontext zu sehen, der die hier untersuchten Gruppen möglicherweise benachteiligt.

### **Informationen beurteilen**

Ein Schritt weiter im Prozess der Informationsverarbeitung, nämlich bei der Beurteilung der Informationen, zeigt sich im Grundsatz ein ähnliches, aber in einem Punkt ein stärker akzentuiertes Bild: Die Beurteilung der Informationen bereiten den Befragten im Vergleich zu den anderen Informationsindizes die grössten Schwierigkeiten, indem nämlich über 60% der Befragten der Stichprobe 1 im problematischen Bereich antworteten. Bezogen auf die Stichprobe 2 taten dies aber nur gut die Hälfte (51%) der PortugiesInnen, während es in der türkischen Stichprobe fast zwei Drittel (64%) waren.

In der Stichprobe 1 zeigen Personen höheren Alters und tieferer Bildungsschichten eine höhere Wahrscheinlichkeit von Problemen bei der Beurteilung von Gesundheitsinformationen betroffen zu sein. Damit waren tendenziell die Analyseeinheiten „Alter“ und „Bildung“ wie schon bei den beiden vorhergehenden Verarbeitungsschritten wiederum am Auffälligsten. (Es kann kein signifikanter Einfluss des Migrationshintergrunds in Stichprobe 1 festgestellt werden.) Die beschriebenen, alltagspsychologisch gut nachvollziehbaren Trends sind auch bei dieser Analyseeinheit im kontextuellen Rahmen zu lesen: Eine differenzierte Beurteilung einer Information ist für viele Menschen z.B. wegen ihrer schichtenspezifischen Sozialisation oder ihrer Bildung schwierig. Bezüglich der Bildung der PortugiesInnen ist das Folgende festzuhalten: 1) PortugiesInnen, die nicht über die höchste Schulbildung verfügen, haben signifikant mehr Schwierigkeiten Informationen zu beurteilen, als PortugiesInnen in der höchsten Bildungsstufe. 2) Zwischen den PortugiesInnen mit den beiden tieferen Bildungsstufen, kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. TürklInnen, die zwischen 40 und 64 Jahre alt sind, haben signifikant mehr Schwierigkeiten Informationen zu beurteilen als Türkinnen, die zwischen 15 und 39 Jahren alt sind. Über TürklInnen, die 65 Jahre und älter sind, können keine statistisch zuverlässigen Aussagen gemacht werden, weil die Anzahl der Befragten TürklInnen in dieser Altersklasse zu klein ist.

## Informationen anwenden

Vom Wissen zum Handeln besteht handlungspsychologisch ein Spalt („the gap in between“), der teilweise mit einer epistemologischen Betrachtung des Menschen erklärt werden kann. Diese schreibt dem Menschen vier Fähigkeiten bzw. Potenziale zu (nach Lange, 2015):

1. *Potential zur Kommunikation:* Der Mensch kann mit anderen Menschen reden. Ein günstiger Kommunikationskreislauf entsteht durch Aussage, Zuhören und Reaktion.
2. *Potential zur Rationalität:* Der Mensch kann Stimmigkeit zwischen seinem Handeln, Denken und Fühlen herstellen.
3. *Potential zur Autonomie:* Der Mensch handelt nach seinen inneren (Wert-) Vorstellungen von Sinn und Bedeutung autonom. Der Mensch handelt nicht irgendwie, sondern entwickelt Hypothesen und orientiert sich an seinen Wertvorstellungen.
4. *Potential zur Reflexivität:* Der Mensch kann über sich selbst nachdenken, Rückschau halten und sich aus der Distanz betrachten.

Handlungsgeschehnisse sind aber noch komplexer, in dem nämlich die Emotionalität und die transaktionalen, d.h. wechselseitigen, interdependenten Beziehungen und Kontexte in der spezifischen Situation in die Ausführung des Handlungsplans hineinspielen. Diese Faktoren sind sich vor Augen zu führen, wenn es um die selbstdeklarierte „Anwendung“ von Gesundheitswissen in einem Fragebogen geht. Trotz der Komplexität solcher Verhaltenssteuerungen bleiben die grossen Trends in der Auswertung grundsätzlich dieselben – mit berichtenswerten spezifischen Akzentuierung, die gegebenenfalls in weiteren Untersuchungen vertieft werden könnten:

- Die Anwendung der Informationen wird zum höheren Alter hin tendenziell schwieriger. Es zeigten sich in den Detailanalysen folgende Auffälligkeiten: Bei der Stichprobe 3 ist ein zunehmender Altersgradient erkennbar (40-64-jährige: OR=3.5,  $p < 0.001$ ; 65-jährige und älter: OR=4.5,  $p = 0.017$ ). Bei den PortugiesInnen unterschieden sich zudem die Altersgruppen der 15- bis 39-jährigen (29% mit Schwierigkeiten) von den 40- bis 64-jährigen (42%) signifikant ( $\chi^2 = 4.972$ ;  $p = 0.026$ ). Personen, die in der Stichprobe 1 der tiefsten Altersklasse angehören, haben signifikant weniger Schwierigkeiten als Personen in den beiden älteren Altersklassen. Zwischen den Personen der beiden älteren Altersklassen kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.
- Der Bildungsgradient geht auch hier in allen drei betrachteten Stichproben entsprechend der Erwartung in die Richtung, dass höher Gebildete weniger Umsetzungsschwierigkeiten berichten.
- Der Vergleich der Stichproben 2 und 3 ergibt, dass sich bei diesen Items die PortugiesInnen mehr zutrauen (d.h. weniger Schwierigkeiten berichten), die erhaltenen Informationen anzuwenden als die TürkInnen.



- Ein Geschlechtertrend (Frauen berichten weniger Schwierigkeiten) fällt erneut nur bei Stichprobe 2 ins Gewicht (OR=0.339, p<0.001).

Die Informationen anzuwenden wurde insgesamt von den Befragten im Vergleich zu den drei vorangehenden Stufen des Informationsverarbeitungsprozesses im Durchschnitt als am unproblematischsten empfunden. In der Stichprobe 1 waren es 43%, in Stichprobe 2 betrug der Anteil 35% und in Stichprobe 3 waren es 56%, die Schwierigkeiten bekundeten.

**Kommentar zu den grossen Trends:** *Im gesamten Informationsverarbeitungsprozess sind in jedem Schritt jeweils deutlich mehr als 40% aller Befragten mit Problemen konfrontiert, wobei der Anteil bei den Problemen beim Beurteilen von Informationen bei Stichprobe 1 über 60% beträgt. Dazu sind verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten denkbar. Eine davon ist, dass diese Ergebnisse dahingehend interpretiert werden könnten, dass die Befragten sich im Allgemeinen gut betreut fühlen und Vertrauen in die Entscheidung der Ärztin/ des Arztes haben. Gerade in unteren Bildungsschichten und bei einigen Migrationsgruppen könnte ein hierarchisches Expertenmodell von den PatientInnen favorisiert werden – Shared-Decision-Making, und damit eine verantwortungsvolle Einbindung der PatientInnen in den Entscheidungsprozess, ist möglicherweise eine kommunikative Art und Weise, wie sie aus Status- oder kulturellen Gründen nicht offensiv an den Tag gelegt wird oder werden darf. Dies folgert Zeytin (2006) lapidar: „Zusammengefasst beschreibt der Ausdruck ‚Götter in weiss [sic]‘ die Stellung der Ärzte in der türkischen Gesellschaft weitgehend zutreffend.“ (S. 1144).*

Die beiden Analyseeinheiten „Bildung“ und „Alter“ überragen als Korrelate bei Stichprobe 1 und differenzieren am meisten – dies bspw. im Gegensatz zum Geschlecht. Die Nationalität differenziert dahingehend, dass die PortugiesInnen gegenüber den TürklInnen beim Beurteilen und Anwenden von Informationen bei allen Indices von weniger Schwierigkeiten berichten. Keine logische Erklärung für diesen Befund ergeben Berechnungen bezüglich der ÄrztInnen-/ PatientInnen-Ratio, also die Anzahl PatientInnen, die von einer/ einem ÄrztIn mit den entsprechenden spezifischen Sprachkompetenzen betreut wird (s. Tab. 2):

**Tabelle 2:** Kennzahlen zur Betreuungs-Ratio zwischen sprachkompetenten ÄrztInnen und spezifischen MigrantInnen

	<b>PortugiesInnen</b>	<b>TürkInnen</b>
ÄrztInnen mit spezifischen Sprachkompetenzen*	197	79
ÄrztInnen der Allgemeinen und Inneren Medizin mit spezifischen Sprachkompetenzen *	63	23
Anzahl EinwohnerInnen der entsprechenden Sprachgruppe**	267'500	69'200
Anteil an der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung**	13,1%	3,4%
PatientInnen pro ÄrztIn	1'358	876
PatientInnen pro Allgemein und Innere Medizin-Ärztin	4'246	3'008

\*gemäss Ärzteverzeichnis der FMH (2016)

\*\*Bundesamt für Statistik (2015)

Lesebeispiel: eine portugiesisch sprechende Ärztin/ ein portugiesisch sprechender Arzt betreut durchschnittlich 1'358 portugiesische PatientInnen während dem es bei den türkisch sprechenden eine Ärztin/ ein Arzt auf 876 PatientInnen sind. Da möglicherweise die allgemeinen MedizinerInnen als HausärztInnen bei dieser Klientel eine besondere Rolle spielen, wurde dieses Spezialgebiet gesondert berechnet, wobei sich bei den PortugiesInnen eine Ärztin/ ein Arzt auf 4'246 PortugiesInnen ergeben, während sich auf der türkischen Seite ein Verhältnis von 1: 3'008 ergibt. Dies bedeutet, dass die türkische Minorität im Durchschnitt ein besseres Betreuungsverhältnis aufweist als dies bei den portugiesischen MigrantInnen der Fall ist. Dies trifft sowohl bei den spezialisierten ÄrztInnen als auch bei den HausärztInnen zu. Trotz diesem günstigeren Betreuungsangebot bekunden die TürkInnen allgemein vermehrte Schwierigkeiten bezüglich der Gesundheitskompetenz.

In zwei der vier Stufen der Gesundheitskompetenzen zeigen sich auffallende Befunde zwischen türkischem und portugiesischem Migrationsstatus: PortugiesInnen schätzen ihre Kompetenz zur Beurteilung von Informationen weniger „mangelhaft“ ein als TürkInnen. Zugleich trauen sich wiederum die PortugiesInnen eher zu, Informationen anzuwenden als die TürkInnen. Die Interpretation dieser Ergebnisse fällt nicht leicht und ist spekulativ zu verstehen: Könnte es sein, dass PortugiesInnen gegenüber den TürkInnen eine Art Sprachvorteil haben, da ihre Sprache lateinische Wurzeln hat und viele PortugiesInnen gerade deswegen in der französischsprachigen Schweiz wohnen? Könnte es sein, dass sich PortugiesInnen in einer mitteleuropäischen Umgebung aus kulturellen und/ oder religiösen Gründen heimischer und entsprechend vertrauter fühlen als TürkInnen? Könnte es sein, dass hierarchische Wissensmodelle bei TürkInnen stärker ausgeprägt sind und Gesundheitskompetenz grundsätzlich eher bei den Ärzten als bei den Patienten gesehen wird? In diesem Zusammenhang ist allerdings unklar, inwieweit die Compliance in diesen beiden Bevölkerungsgruppen unterschiedlich ist.

Im Allgemeinen gehen die gefundenen Trends konform mit den Resultaten aus der EU-HLS-Studie: „Auch in der EU-HLS wurde Gesundheitskompetenz höher eingeschätzt von Befragten jüngeren Alters, mit besseren ökonomischen Ressourcen, mit höherem selbsteingeschätztem sozialem Status und höherem Bildungsstand sowie von Frauen.“ (Sommerhalder & Abel, S. 30).

**Fazit für die Zusammensetzung der Fokusgruppen:** Will man die Gesundheitskompetenzen in allen vier Stufen verbessern, dann sind entsprechend den Ergebnissen insbesondere ältere (65+), eher bildungsferne Personen mit türkischer Nationalität in die Fokusgruppen einzuladen, wenn man verstehen möchte, warum sie am meisten Defizite berichten. Auf der anderen Seite fällt bei den PortugiesInnen auf, dass sie sich generell ein höheres Verständnis der Gesundheitskompetenzen zuschreiben – worauf diese positive Einschätzung begründet müsste in den entsprechenden Fokusgruppen mit der portugiesischen Migrationsbevölkerung Gegenstand des Erkenntnisinteresses sein, ebenso der auffällige Trend, dass sich die portugiesischen Frauen durchwegs als kompetenter einschätzen als die Männer.

## 2.2 Ergebnisse der Einzelitems

In diesem Kapitel werden die Einzelitem-Analysen zu bestimmten, vom BAG ausgewählten Fragen präsentiert. Zu jedem einzelnen Item findet sich ein kurzer Kommentar bzw. eine Einschätzung der Ergebnisse. Im Anhang 1 ist diesem Bericht die Tabelle „Relative Anteile an Schwierigkeiten nach Stichprobe“ beigelegt, die für sämtliche 47 Fragen ausgewählte statistische Masse zu den drei Stichproben zusammenfasst. Diese kann als Überblick dienen.

**Q 1.2** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach **Informationen über Therapien für Krankheiten**, die Sie betreffen, zu **finden**?*

Für ein Viertel der Befragten der Stichprobe 1 ist das Finden von Informationen zu Krankheiten, von denen sie betroffen sind, „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“. Bei den älteren Personen, insbesondere bei denjenigen 65+, betrifft dies allerdings mehr als doppelt so viele, nämlich 59% (OR=11.7,  $p<0.001$ ). Ferner ist bei der Stichprobe 1 ein Bildungsgradient erkennbar; Personen, die über die niedrigste Bildung verfügen, haben die grösste Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten zu berichten (OR=3.3,  $p<0.001$ ). Auffallend ist die Stichprobe 2, bei denen nur 7% der Befragten angeben, Schwierigkeiten zu haben im Gegensatz zur Stichprobe 3, in der 20% der Befragten von Schwierigkeiten berichten. Als Risikogruppe kann insbesondere die Gruppe der älteren Jahrgänge betrachtet werden. Aufgrund der zu geringen Fallzahlen

können weder bei den PortugiesInnen noch bei den TürkInnen statistisch verlässliche Aussage in Bezug auf den Einfluss des Alters oder der Bildung gemacht werden.

**Kommentar:** *Nebst einer kognitiven Überforderung mag bei älteren Personen noch hinzu kommen, dass die Informationsbeschaffung bei ihnen konservativ, d.h. ohne oder nur mit wenig Einsatz von elektronischen Hilfsmitteln geschieht. IT-affinere Jahrgänge werden wohl jedes unverständliche Stichwort im Zusammenhang mit ihrer Krankheitsgeschichte „googeln“, und können sich alleine schon so „einfacher“ informieren. Erneut überraschende Werte finden sich bei den portugiesischen Befragten. Auch bei dieser Aufgabe berichten sie mit Abstand die geringsten Schwierigkeiten. Eine stringente Erklärung für diesen Trend hier (und generell) bedarf einer gründlichen Untersuchung. Es kann dann u.a. folgenden Fragen nachgegangen werden: Handelt es sich um eine Art kollektive Selbstüberschätzung? Verfügen die PortugiesInnen über grösseres medizinisches Wissen weil möglicherweise überdurchschnittlich viele von ihnen im Gesundheitsbereich arbeiten? Haben sie im Allgemeinen mehr Vertrauen zu Autoritätspersonen (ÄrztInnen, ApothekerInnen), so dass Zusatzinformationen für sie nicht besonders relevant sind? Handelt es sich um eine Form einer angestrebten sozialen Unauffälligkeit in dem man nicht als „der/die mit Schwierigkeiten“ auffallen möchte? Um hierzu mehr Klarheit zu erzielen sind entsprechende Studien dringend erforderlich.*

**Q 1.6** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach die **Packungsbeilagen/ Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?***

Für rund einen Viertel (26%) der Befragten der Stichprobe 1 stellt das Verstehen der Packungsbeilagen bzw. des Beipackzettels eine Schwierigkeit dar. Wiederum überzufällig sind davon die SeniorInnen betroffen, nämlich zu 55% (OR=7.8,  $p<0.001$ ). Ebenso scheint der Bildungsgradient zu wirken, in dem 41% der unteren Bildungsschicht Mühe bekunden mit dieser Aufgabe (OR=2.8,  $p=0.001$ ). Ein Ausreisser auf die andere Seite machen wiederum die Befragten der Stichprobe 2, bei denen nur 15% angeben, mit dieser Aufgabe überfordert zu sein. Bei Stichprobe 3 berichten 24% der Befragten von Schwierigkeiten. Bezüglich des Alters und der Bildung bei den Stichproben 2 und 3 kann das Folgende gesagt werden, 1) Alter: Bei den PortugiesInnen können bezüglich des Alters keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Türkinnen der mittleren und hohen Alterskategorie haben dagegen signifikant mehr Schwierigkeiten als solche der tiefsten Kategorie; zwischen den Personen der mittleren und hohen Alterskategorie besteht dagegen kein signifikanter Unterschied. 2) Bildung: Weder bei den PortugiesInnen noch bei den TürkInnen sind in Bezug auf Bildung signifikante Unterschiede festzustellen.

**Kommentar:** *Die Argumente des vorherigen Kommentars zu den SeniorInnen werden auch für den hier zu besprechenden Punkt zutreffen. Ausserdem kann bzgl. den Befragten mit geringerem Bildungsstatus angenommen werden, dass sie in der*

*Tendenz mehr Verständnisprobleme haben, einen medizinischen Beipackzettel zu verstehen. Die subjektiven Selbsteinschätzungen der PortugiesInnen zu dieser Frage können allerdings nicht ohne Weiteres erklärt werden und sollten in weiteren Untersuchungen noch spezifiziert werden. Dies könnte z.B. in qualitativen Studien mittels Fokusgruppen mit den relevanten Zielgruppen als Teilnehmende geschehen, denn die geäußerten Wahrnehmungen und Selbsteinschätzungen weichen eventuell einiges von der Realität ab: Einer deutschen Studie zur Folge (Ziegler et al., 2013) können nämlich selbst Fachpersonen („zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“) die Nebenwirkungsrisiken nur sehr selten richtig benennen, nämlich in die Kategorien „häufig“ (gemäß des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] steht dieser Ausdruck dafür, wenn es in 1% bis unter 10% der Fälle zu Nebenwirkungen kommt), „gelegentlich“ (0,1 % bis weniger als 1 %) und „selten“ (0,01% bis unter 0,1%). So gaben beispielsweise beim Begriff "häufig" die Ärztinnen und Ärzte im Mittel eine Nebenwirkungsrate von 60 Prozent an, und zum Teil kombinierte nicht einmal ein Prozent der Befragten die Begriffe mit den richtigen Wahrscheinlichkeiten für eine Nebenwirkung. Dass dies nicht unproblematisch ist, zeigt eine repräsentative Umfrage der deutschen Gesellschaft für Konsumforschung (GfK). Gemäss dieser nahmen „fast 40 Prozent der Deutschen nach dem Lesen im [sic] Beipackzettel beschriebenen Nebenwirkungen das Medikament erst gar nicht ein[...].“ (Krumm, 2015).*

**Q1.10** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es ihrer Meinung nach **Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?***

Bei der Stichprobe 1 geben 41% der Befragten an, Schwierigkeiten zu haben. Bei der Stichprobe 2 sind es 15% und bei Stichprobe 3 24% der Befragten, die über Schwierigkeiten berichten. In Stichprobe 1 ist ein klarer Alterseffekt erkennbar (je älter desto mehr Schwierigkeiten). Dieser ist in den anderen beiden Stichproben nicht gleich stark ausgeprägt. Personen tieferer Bildungsschichten geben in der Stichprobe 1 an, mehr Schwierigkeiten zu haben als Personen höherer Bildungsschichten. Der Bildungstrend ist aber nicht linear und nicht in allen Proben signifikant: Bei Stichprobe 2 unterscheiden sich nur Personen der mittleren Bildungsstufe signifikant von den Personen der höchsten Bildungsstufe (haben mehr Schwierigkeiten). Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen der tiefsten und mittleren Bildungsstufe. Bei Stichprobe 3 kann keine Abhängigkeit der Schwierigkeiten von der Bildung festgestellt werden. Einzig Stichprobe 2 weist einen Geschlechtereffekt auf: Portugiesische Männer verfügen hierbei über eine höhere Wahrscheinlichkeit, Schwierigkeiten zu haben als portugiesische Frauen (OR=0.3, p=0.003).

**Kommentar:** *Die Beurteilung von Vor- und Nachteilen verschiedener Behandlungsmöglichkeiten fällt in den drei Stichproben unterschiedlich aus. Warum dies so ist lässt sich nicht einfach oder aufgrund von bekanntem Zahlenmaterial erklären – vermutlich dürften, wenn überhaupt, ähnliche Gründe mit hinein spielen wie*

sie schon in den Kommentaren zu den zwei vorangehenden Fragen (Q1.2 und Q1.6) genannt wurden. Der Geschlechtertrend bei den PortugiesInnen ist auch hier konsistent: Die Frauen schneiden bei den gefundenen auffälligen Resultaten „besser“ ab als die Männer.

Noch zwei zusätzliche Punkte, die es lohnt zum Abschätzen von Vor- und Nachteilen einer Behandlungsmöglichkeit in Betracht zu ziehen:

- 1) Dem Ganzen liegt auch ein systemischer Aspekt zugrunde, in dem eine aufgeklärte Patientin/ ein aufgeklärter Patient das tradierte Rollenbild und die etablierte Hierarchie des Arzt-Patienten-Verhältnisses hinterfragt. „Ärzte beargwöhnen bereits Patienten, die bereits ausgerüstet mit Informationen über existierende Behandlungsmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile zu ihnen kommen.“ (Kettner, 2010, S. 130). Diese Komponente könnte zudem bei Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund einer anderen kulturellen Prägung eine spezielle Rolle spielen.
- 2) Ein weiterer systemischer Aspekt liegt in der PatientInnenbildung, in der nicht nur die PatientInnen sondern auch ihr soziales Umfeld miteinbezogen werden sollten: „Wirksame Patientenedukation ist nämlich im besten Fall nicht nur patienten-, sondern familienorientiert.“ (Maggiorini & Wehrli, 2016). Im Abwägen von Vor- und Nachteilen von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten spielt das soziale Netzwerk und die darin vorkommenden entsprechenden Erfahrungen möglicherweise eine bedeutende Rolle.

**Q1.11** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, zu beurteilen, wann Sie eine **zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen** sollten?

39% aller Befragten der Stichprobe 1 finden es „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ zu entscheiden, wann eine Zweitmeinung einzuholen wäre. In dieser Stichprobe fällt das besonders häufig den über 65-jährigen (58%, OR=3.5,  $p<0.001$ ) und Menschen mit niedrigem Bildungsstatus (46%, OR=2.4,  $p=0.001$ ) schwer. Bezüglich dem Alter liegt folgender Sachverhalt vor: Zwischen den portugiesischen Altersgruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede; TürkinInnen mittleren und grösseren Alters haben signifikant mehr Schwierigkeiten als solche der kleinsten Alterskategorie, weisen aber unter sich keine signifikanten Unterschiede auf. Bezüglich der Bildung ist Folgendes zu bemerken: Bei den PortugiesInnen unterscheidet sich nur die mittlere Bildungsstufe signifikant von der höchsten Bildungsstufe. Die Unterschiede zwischen der niedrigsten und mittleren Bildungsstufe sind nicht signifikant. Bei den TürkinInnen können keine signifikanten Unterschiede nach Bildungsstufe beobachtet werden. Auch der Migrationsstatus trägt, wenn auch nur relativ bescheiden, zur Erklärung dieses Phänomens bei: 36% der SchweizerInnen aber 42% der MigrantInnen in Stichprobe 1 bekunden diesbezüglich Schwierigkeiten. Deutlich weniger Schwierigkeiten als die MigrantInnen der Stichprobe 1 weisen

durchschnittlich die PortugiesInnen (32%) und noch weniger die TürklInnen (23%) auf. Im Gegensatz zu der Stichprobe 1 und den TürklInnen ist bei den PortugiesInnen ein Geschlechtertrend erkennbar, hierbei haben wiederum die portugiesischen Männer die höhere Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten zu berichten als portugiesische Frauen (OR=0.454, p=0.011).

**Kommentar:** *Diese Ergebnisse sind teilweise unerwartet: Dass sich die Generation der über 65-Jährigen weniger zutrauen, eine Zweitmeinung einzuholen und dies ebenfalls auf den Bildungs- sowie Migrationsstatus zutrifft, überrascht nicht. Dass sich aber PortugiesInnen und TürklInnen dies weit mehr zutrauen als die SchweizerInnen ist erstaunlich. Auch hier könnte bei vielen eine Tendenz vorliegen, dem ersten ärztlichen Rat zu folgen und so relativ einfach zu sagen, dass keine Zweitmeinung nötig ist. Andererseits könnte bei denen mit wenig Entscheidungsschwierigkeiten eine Tendenz vorliegen im Zweifelsfall recht schnell nach weiteren Entscheidungshilfen zu suchen.*

**Q 1.12** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, **ob Informationen über Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind?***

Mit einem Anteil an berichteten Schwierigkeiten von 40% in der Stichprobe 1 hat diese Gruppe im Vergleich zur Stichprobe 2 (28%) und zur Stichprobe 3 (30%) die grösste Mühe beim Beurteilen, ob Informationen in den Medien vertrauenswürdig sind. Die übergreifenden Trends können in Stichprobe 1 wiederum beobachtet werden: Tiefe Bildung (tiefste Bildungskategorie, OR=2.1, p=0.01) und hohes Alter (65-jährig oder älter, OR=5.4, p<0.001) sind mit erhöhten Wahrscheinlichkeiten von Schwierigkeiten verbunden. Bei Stichprobe 2 haben Personen der mittleren Bildungsstufe signifikant mehr Schwierigkeiten als solche der höchsten Bildungsstufe; zwischen der mittleren und der niedrigsten Bildungsstufe bestehen keine signifikanten Unterschiede. Bei den verschiedenen Altersgruppen der Stichprobe 2 bestehen keine signifikanten Unterschiede. Geschlecht und Migrationsstatus spielen in Stichprobe 1 keine signifikante Rolle. Bei Stichprobe 2 tritt der Geschlechtertrend erneut zutage (OR=0.292, p<0.001). Bei Stichprobe 3 weisen Personen im Alter zwischen 40 und 64 Jahren vermehrt Schwierigkeiten auf (OR=2.7, p=0.002). Bei dieser Stichprobe können keine signifikanten Unterschiede nach Bildungsstufe beobachtet werden.

**Kommentar:** *Es zeigen sich die üblichen Trends. Zudem legen diese Ergebnisse eine gewisse Nähe von Gesundheits- und Medienkompetenz nahe: weniger Gebildete können weniger gut abschätzen, ob eine Quelle vertrauenswürdig ist oder nicht. Dies trifft auch auf ältere Personen zu, bei denen möglicherweise verstärkt eine gewisse Distanz zu Informationskanälen - wie vielleicht das Internet - fehlt. Auch hier auffallend ist der Geschlechtergradient, der sich wiederum ausschliesslich bei den PortugiesInnen zeigt.*

**Q 1.13** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?*

Nach einer Konsultation bei einer medizinischen Fachperson bekunden 15% der Befragten der Stichprobe 1 Schwierigkeiten, die richtigen Entscheide bezüglich ihrer Krankheit zu fällen. Auffällig sind die SeniorInnen 65+, bei denen mehr als doppelt so viele (37%) angaben, auch nach dem Besuch bei der Ärztin/ beim Arzt entscheidungsunsicher zu sein (OR=7.4,  $p<0.001$ ). Und ebenfalls spielt das Bildungsniveau hinein, in dem weniger gebildete mit ISCED-Level<sup>1</sup> 0-2 überdurchschnittlich (zu 26%) Entscheidungsschwierigkeiten berichten (OR=2.9,  $p=0.002$ ). Migrationshintergrund per se spielt in Stichprobe 1 keine Rolle, aber die beiden Nationen im Fokus unterscheiden sich diametral: bei den PortugiesInnen sind nur 5% nach einer Konsultation verunsichert, während es bei den TürklInnen überdurchschnittlich viele (27%) sind. (Bei den PortugiesInnen kann weder ein Alters- noch ein Bildungstrend beobachtet werden.) Bei den TürklInnen zeichnet sich der bekannte Altersgradient ab („je älter, desto mehr Schwierigkeiten“). Bei letzterer Gruppe bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Bildungsstufen.

**Kommentar:** *Die beiden Ergebnisse zum Alter und zur Bildung überraschen nicht sehr und fügen sich in eine Argumentation, die wir schon aus vorhergehenden Items kennen: ältere Personen und solche, mit einem niedrigeren Bildungsstand neigen vermehrt zu Schwierigkeiten bezüglich der Verarbeitung von komplexen Informationen. Kognitive Überforderung, sozial-kulturelle „Unpassung“ von Gesundheitsinformationen und anderen Angeboten können als Erklärungen erwogen werden. Erklärungsansätze zu den gefundenen Unterschieden zwischen den Stichproben 2 und 3 sind – weil entsprechende wissenschaftliche Studien noch ausstehen – wiederum nur als spekulativ zu verstehen:*

- *Mögliche Argumente zur besseren Selbsteinschätzung bei relevanten Items der PortugiesInnen gegenüber den TürklInnen:*
  - *Ev. Sprachvorteil wegen lateinischer Sprache in den entsprechenden Sprachgebieten*
  - *Kulturell und religiös näher an Mitteleuropa*
  - *Grössere Unterordnung in hierarchische Strukturen der TürklInnen*
  - *Es arbeiten mehr PortugiesInnen im Gesundheitswesen, was ihnen einen entsprechenden Informationsvorsprung gibt*

---

<sup>1</sup> ISCED ist die International Standard Classification of Education der UNESCO (1997), wobei: Level 0 = keine Ausbildung; Level 1 = Primarstufe; Level 2 = obligatorische Schule; Level 3 = Berufsbildung, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität; Level 4 = Zweitausbildung nach einer Berufsbildung, also eine zweite Berufsbildung, eine Maturitätsschule für Erwachsene oder eine Berufsmaturität nach der Lehre; Level 5 = höhere Fach-/ Berufsbildung, pädagogische Hochschule, Fachhochschule, Universität, ETH; Level 6 = Doktorat [abrufbar unter <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isced97-en.pdf>; für die Einteilung der Levels in der Schweiz s. gfs-Bericht, 2016, S. 47]



- *Mögliche Argumente zur besseren Selbsteinschätzung bei relevanten Items der PortugiesInnen gegenüber der Stichprobe 1:*
  - *In gewissen Punkten könnte die Compliance, also die Bereitschaft einer Expertenvorgabe zu folgen, eine wesentliche Rolle spielen, z.B. dort, wo einer dezidierten ExpertInnenmeinung eine einfache Handlung zu folgen hat, z.B. bei der Akzeptanz einer Grippeimpfung*
  - *Oder ist allgemein das Vertrauen in medizinische Ratschläge so gross, dass sie einfach mehr oder weniger „blind vertrauen“ und sich weniger verunsichert sind?*
  - *Das medizinische Wissen könnte in der portugiesischen Population aus beruflichen Gründen relativ gross sein*

*Insgesamt wird wiederum deutlich, dass qualitative inhaltliche Studien hier dringend mehr Klarheit schaffen sollten.*

**Q 1.16** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach den **Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?***

Das Befolgen der Anweisungen des Arztes oder des Apothekers bereitet den Befragten aller Stichproben wenig Schwierigkeiten: Bei der Stichprobe 1 und 3 sind es lediglich 8% der Befragten. Bei den PortugiesInnen in Stichprobe 2 berichten nur 2 Personen überhaupt von Schwierigkeiten.

**Kommentar:** *Diese selbst eingeschätzte hohe Compliance kontrastiert möglicherweise mit der Einschätzung des Gesundheitspersonals: „Die Autoren problematisieren die Selbstauskünfte als Mass für Compliance, die sehr anfällig ist für Verfälschungstendenzen (...), und tatsächlich unterschieden sich selbst eingeschätzte und durch den Arzt eingeschätzte Compliance massgeblich.“ (Seiffge-Krenke, 2013, S. 45). Bei der eigenen Wahrnehmung kann deshalb wohl von einer Überschätzung ausgegangen werden, die sich auffälligerweise durch sämtliche drei Stichproben konsistent durchzieht.*

**Q 1.19** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach **Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?***

Gut ein Viertel (26%) aller Befragten der Stichprobe 1 finden es „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ an solche Informationen zu gelangen. Deutlich mehr Mühe als der Durchschnitt bekunden die SeniorInnen 65+, bei denen dieses Unterfangen fast die Hälfte (48%) als schwierig empfindet. Ebenso zeigt sich bei dieser Frage der Bildungsgradient, in dem 40% der unteren Bildungsschicht (ISCED-Level 0-2) Mühe bekunden. Von den Personen mit der höchsten Bildung (ISCED-Level 5-6) berichten nur 17% von Schwierigkeiten. Betrachtet man den Migrationsstatus in Stichprobe 1,

so zeigt sich, dass 20% der Personen ohne Migrationshintergrund Mühe haben, Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden während dieser Prozentsatz bei den Personen mit Migrationshintergrund auf 32% steigt.

23% der PortugiesInnen geben an, Schwierigkeiten zu haben. Dieser Anteil liegt erneut unter dem Wert der Stichprobe 1. 31% der Stichprobe 3 berichten von entsprechenden Schwierigkeiten, doch liegt dieser Wert ähnlich hoch wie bei den Personen mit Migrationshintergrund in Stichprobe 1. Erneut ist einzig bei Stichprobe 2 ein Geschlechtertrend erkennbar (OR=0.220,  $p < 0.001$ ). Bei den PortugiesInnen ist weder ein Bildungs- noch ein Altersgradient erkennbar. Gleiches gilt für die TürkInnen.

**Kommentar:** *Zumindest für die TürkInnen kann gesagt werden, dass in ihrem Heimatland in den letzten Jahren grosse Erfolge bezüglich der Durchimpfung der Bevölkerung erzielt worden sind – das Impfen ist den Menschen aus dieser Region also grundsätzlich vertraut. Es kann spekuliert werden, dass diejenigen Türkinnen, die in der Schweiz leben, von diesen neuen präventiven Errungenschaften in ihrer Heimat noch nicht profitiert haben, weil möglicherweise ein Grossteil der hier Anwesenden zum Zeitpunkt des Fortschritts schon in der Schweiz waren. Hier sahen sie sich mit einer fremden Kultur konfrontiert, die ihnen sowohl strukturell (andere Gesundheitsversorgungssysteme) als auch möglicherweise sprachlich nicht die nötige Sicherheit gab, um sich selbstverständlich die nötigen Informationen beschaffen zu können. Und Frage Q1.19 hat auch noch zwei semantische Aspekte: (1) Es kann nicht abgeschätzt werden, was unter dem Terminus technici „Vorsorgeuntersuchung“ von den Menschen verstanden wird. Im Erhebungs-Fragebogen werden zwar in Klammern Beispiele angeboten „(Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)“, trotzdem könnte der Ausdruck missverstanden werden. (2) Ein „Finden“ von Informationen, wie es in der Frage impliziert wird, bedeutet eine aktive Suche, denn ansonsten „fällt einem etwas zu“ oder „man bekommt es“, aber man „findet“ es nicht. Inwiefern die Menschen gezielt nach diesen Informationen suchen (nachfragen, sich darum kümmern, eine Recherche machen etc.) sei dahin gestellt – es ist möglich, dass das Verhalten eher als eine Erwartungshaltung bezeichnet werden kann, in dem passiv auf die entsprechenden Informationen reagiert wird. Dies kann so verstanden werden, dass es schwierig ist, an Informationen heran zu kommen.*

**Q 1.22** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, zu **verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?***

Gut ein Drittel der Befragten der Stichprobe 1 bekundet mehr oder weniger Schwierigkeiten, die Notwendigkeit einer Impfung zu verstehen. Es zeigt sich auch hier ein Altersgradient (Personen der Gruppe 65+ haben mit 41% mehr Mühe als die Personen der Gruppe der 40- bis 64-Jährigen (35%) und der Gruppe der 15- bis 39-Jährigen (30%). Der Migrationshintergrund spielt ebenfalls eine Rolle (OR=1.8,  $p < 0.001$ ): 41% der Menschen mit Migrationshintergrund in Stichprobe 1 geben an,

Schwierigkeiten zu haben (Menschen ohne Migrationshintergrund: 27%). Der tiefe Anteil an angegebenen Schwierigkeiten der Portugiesen (10%) unterscheidet sich im Gegensatz zu den TürklInnen (31 %) deutlich. Auch bei dieser Frage zeigt sich der bekannte Geschlechtsgradient bei den PortugiesInnen: Männer berichten häufiger von Schwierigkeiten als Frauen (OR=0.327, p=0.038). Bei den TürklInnen kann wiederum kein signifikanter Geschlechtertrend festgestellt werden. Bei Stichprobe 2 kann weder ein Alters- noch ein Bildungsgradient nachgewiesen werden. Bemerkenswert sind hingegen die Personen der Gruppe 65+ der Stichprobe 3, denn von dieser Gruppe berichten 47 % der Befragten von Schwierigkeiten (OR=4.5, p=0.019). Bei Stichprobe 3 ist kein Bildungsgradient offensichtlich.

**Kommentar:** *Dieses Ergebnis liegt im grossen Trend: ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Männer aus Portugal bekunden grundsätzlich vermehrte Schwierigkeiten, die Notwendigkeit einer Impfung zu verstehen. Der in der bisherigen Untersuchung gezeigte Trend trifft auch auf die beiden analysierten Nationalitäten zu, indem die PortugiesInnen, allgemein weniger Schwierigkeiten angeben als die TürklInnen. Die Informationen und Daten zur Impfsituation der PortugiesInnen und TürklInnen von der vorhergehenden Frage (Q1.19) können auch für diesen Kommentar herangezogen werden. Da es hier um den Umgang und das Verständnis mit Informationen geht, können an dieser Stelle auch noch einmal die in Kap. 2.1 (Abschnitt „Informationen anwenden“) gestellten Fragen aufgeworfen werden: „Könnte es sein, dass PortugiesInnen gegenüber den TürklInnen eine Art Sprachvorteil haben, in dem ihre Sprache lateinische Wurzeln hat und viele PortugiesInnen gerade deswegen in der französischsprachigen Schweiz wohnen? Könnte es sein, dass sich PortugiesInnen in einer mitteleuropäischen Umgebung aus kulturellen und/ oder religiösen Gründen heimischer und entsprechend vertrauter fühlen als TürklInnen? In diesem Zusammenhang ist allerdings unklar, inwieweit die Compliance in diesen beiden Bevölkerungsgruppen unterschiedlich ist“.*

**Q 1. 23** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu verstehen, **warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?**

Das Nachvollziehen der Gründe für eine Vorsorgeuntersuchung ist in der Stichprobe 1 für 18% und in der Stichprobe 3 für 28% der Befragten schwierig. In der Stichprobe 2 sind es absolut gar nur 7 Personen (3%), die diesbezüglich Schwierigkeiten bekunden. In Stichprobe 1 spielen die bekannten Determinanten Bildung, Alter und der Migrationshintergrund eine signifikante Rolle: Personen mit der niedrigsten Bildung haben im Vergleich zu Personen mit höherer Bildung die grössere Wahrscheinlichkeit, Probleme zu berichten (OR=2.3, p=0.008). Ähnliches gilt für Personen der Altersgruppe 65+ (OR=4.5, p<0.001) im Vergleich zu Personen jüngeren Alters. Der Migrationshintergrund in Stichprobe 1 wirkt sich dahingehend aus, dass bei dessen Vorhandensein die Wahrscheinlichkeit für Schwierigkeiten zunimmt (OR=1.6, p=0.005). Bei den TürklInnen haben die Personen im Alter zwischen 40 und 64 Jahren

im Vergleich zur Gruppe zwischen 15 und 39 Jahren eine höhere Wahrscheinlichkeit (OR=2.0, p=0.029) Schwierigkeiten zu berichten. Zur Einfluss der Bildung bei Stichprobe 3 kann keine statistisch gesicherte Aussage gemacht werden. Bei Stichprobe 2 sind weder ein Alters- noch ein Bildungsgradient erkennbar.

**Kommentar:** Für Deutschland zeigt sich bzgl. Vorsorgeuntersuchungen „eine geringere Inanspruchnahme durch die Familien mit Migrationshintergrund. Diejenigen Familien, deren Kinder in Deutschland geboren sind, nehmen die sieben Vorsorgeuntersuchungen innerhalb der ersten beiden Lebensjahre stärker in Anspruch als die Familien, deren Kinder im Ausland geboren sind. Allerdings gleicht sich das Niveau bei den folgenden Vorsorgeuntersuchungen wieder an.“ (Enquetekommission des Hessischen Landtags, 2014, S. 114). Zum Thema Vorsorgeuntersuchungen wurden spezifische Handlungsempfehlungen bezüglich migrationsgerechter Prävention für türkische Frauen in der Schweiz abgegeben: „Information über Gesundheit und Gesundheitsförderung allgemein sowie über das schweizerische Gesundheitssystem, über Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbehandlung via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen verbreiten, und dies in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen)“ (Bundesamt für Gesundheit, 2008, S. 48).

Die Angebote und Bemühungen der Gastländer scheinen sich eher auf einer deskriptiven Ebene zu bewegen und gehen von der westlichen Medizin und einem westlichen Gesundheitsverständnis aus. Jedoch, einen persönlichen Bedarf zu formulieren und die Einsicht in die Notwendigkeit oder den Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen zu erlangen sowie Vertrauen in ein fremdes System auf Seiten der MigrantInnen zu gewinnen sind möglicherweise zwei schwierig zu erlangende Eigenschaften der jeweiligen Kulturen. Trotz diesen auf der Hand liegenden Schwierigkeiten für Menschen aus anderen Kulturen, zeigt sich das nur ungenügend verstandene Phänomen, dass die portugiesischen MigrantInnen, und hier insbesondere die Frauen, in überraschen konsistenter Weise eine höhere durchschnittliche Gesundheitskompetenz berichten, als die allgemeine Wohnbevölkerung in der Schweiz.

Die Enquetekommission des Hessischen Landtages kommt zu folgendem Schluss: „Menschen mit Migrationshintergrund nehmen viele gesundheitliche Leistungen in geringerem Masse in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund, z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. Eine vergleichsweise geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kann sich sowohl durch einen ungleichen Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem als auch durch eine ungleiche Nutzung ergeben. Mögliche Ursachen für Unterschiede in der Inanspruchnahme können sein: Unterschiede im Versicherungsstatus, Kommunikationsprobleme, unterschiedliches Krankenverständnis, unterschiedliches Rollenverständnis, strukturelle Vorgaben (z.B. aufenthaltsrechtlicher Status, migrationsspezifische Erfahrungen).“ (2014, S. 116).

**Q 1.26** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, **welche Impfungen Sie eventuell brauchen?***

Über die Hälfte der Befragten der Stichprobe 1 berichtet hierzu von Schwierigkeiten (52%). Das Alter hat hier nur einen geringen Effekt, eine tiefe Bildung ist aber mit vermehrten Schwierigkeiten verbunden (OR=2.5,  $p<0.001$ ). Bei den MigrantInnen in Stichprobe 1 findet sich ein leicht erhöhter Anteil (56%) an Personen, die von vermehrten Schwierigkeiten berichten (OR=1.3,  $p=0.027$ ).

Bezogen auf unsere beiden Nationen im Fokus zeigt sich, dass sowohl die PortugiesInnen (38%) als auch die TürkinInnen (33%) unterdurchschnittliche Schwierigkeiten bekunden, abzuschätzen, ob sie eine Impfung brauchen oder nicht. Bei den PortugiesInnen spielt die Bildung und das Geschlecht eine signifikante Rolle. Zum Einfluss des Alters bei den PortugiesInnen kann keine statistisch abgestützte Aussage gemacht werden. Bei den TürkinInnen kann ein leichter Alterseffekt beobachtet werden. Jedoch sind bei ihnen in Bezug auf die Bildung keine signifikanten Unterschiede auszumachen. Die 40- bis 64-jährigen berichten im Vergleich zur Referenzgruppe (15- bis 39-jährigen) mehr Schwierigkeiten (OR=1.9,  $p=0.045$ ).

**Kommentar:** *Impfungen werden i.d.R. von Fachpersonen empfohlen. Zugleich werden Vor- und Nachteile in der Öffentlichkeit insbesondere in den Medien breit und kontrovers diskutiert. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht sehr, dass ein entsprechender Entscheid offenbar mehr als der Hälfte nicht leicht fällt.*

**Q 1.27** *Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, **welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten?***

In Stichprobe 1 berichten dazu 31% der Befragten von Schwierigkeiten (Stichprobe 2: 20%, Stichprobe 3: 30%). Mehr Schwierigkeiten berichten wiederum Personen mit niedrigerer Bildung (39%, OR=2.0,  $p=0.014$ ) und solche der Gruppe 65+ (47%, OR=2.3,  $p<0.001$ ). Bei den TürkinInnen ist im Vergleich zwischen den Altersgruppen diejenige der 40-bis 64-jährigen auffallend (38%, OR=2.6,  $p=0.003$ ), aber ein Geschlechtereffekt ist wiederum weder in Stichprobe 1 noch 3 feststellbar. Bei den PortugiesInnen kann ein solcher beobachtet werden: Portugiesische Frauen berichten hierzu weniger Schwierigkeiten als portugiesische Männer (OR=0.3,  $p=0.003$ ). Bezüglich des Einflusses der Bildung bei den PortugiesInnen kann Folgendes festgehalten werden: Personen der kleinen und mittleren Bildungsstufe haben signifikant mehr Schwierigkeiten als Personen der höchsten Bildungsstufe; ein signifikanter Unterschied zwischen den ersteren beiden Gruppen ist nicht feststellbar. Bezüglich des Alters in dieser Stichprobe lassen sich in den Daten keine signifikanten Unterschiede ausmachen. TürkinInnen der mittleren Bildungsstufe haben signifikant mehr Schwierigkeiten als solche der höchsten Bildungsstufe. Ein signifikanter Unterschied zwischen TürkinInnen der niedrigsten Bildungsstufe und solchen der mittleren Bildungsstufe ist nicht feststellbar.

**Kommentar:** Im Gegensatz zur Frage, welche Impfungen eventuell gebraucht werden (Q1.26), welche bei der Stichprobe 1 mehr als die Hälfte als „schwierig“ bezeichneten, ist bei der Beurteilung, welche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden sollten „nur“ ein knappes Drittel verunsichert. Könnte dies damit zu tun haben, dass Impfungen als invasiv und unkontrollierbar erlebt werden? Haben Impfungen allgemein ein schlechteres Image in der Bevölkerung als Vorsorgeuntersuchungen? Werden Impfungen vielleicht eher als konkrete präventive Massnahmen wahrgenommen, während Vorsorgeuntersuchungen evtl. als unspezifische gesundheitsförderliche Massnahmen erlebt werden? Eine eindeutige, einleuchtende und stringente Antwort zu geben fällt hier schwer – möglicherweise sind die genannten Einflussfaktoren nur einige von einer Vielzahl von möglichen weiteren.

**Q 1.28** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, **ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?**

40% der Befragten der Stichprobe 1 bereitet das Beurteilen der Vertrauenswürdigkeit von Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien Schwierigkeiten (Stichprobe 2: 26%, Stichprobe 3: 33%). Neben einem Alterstrend („je älter, desto mehr Schwierigkeiten“) ist auch ein Bildungstrend festzustellen: mit zunehmender Bildung sinkt die Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten zu berichten, die Kategorie mit der kleinsten Bildung (ISCED-Level 0-2) hat im Vergleich zur Referenzgruppe (ISCED-Level 5-6) eine höhere Wahrscheinlichkeit Probleme anzugeben (OR=2.6,  $p<0.001$ ). In den Stichproben 2 und 3 kann kein signifikanter Alterstrend beobachtet werden. Bei den PortugiesInnen haben die Personen der mittleren Bildungsstufe signifikant mehr Schwierigkeiten als die Personen der höchsten Bildungsstufe; Ein signifikanter Unterschied zwischen den PortugiesInnen der niedrigsten Bildungsstufe und denjenigen der mittleren Bildungsstufe ist nicht erkennbar. Signifikante Unterschiede nach Bildungsstufe sind bei den TürklInnen nicht feststellbar. Einzig in Stichprobe 2 wirkt der Geschlechtereffekt, nämlich dahingehend, dass portugiesische Männer höhere Wahrscheinlichkeiten zeigen, Schwierigkeiten zu bekunden, als portugiesische Frauen (OR=0.3,  $p=0.001$ ).

**Kommentar:** Auch bei dieser Frage bilden sich die grossen Trends der gesamten Untersuchung ab: es ist ein Alters- und Bildungsgradient in die erwartete Richtung zu beobachten. Ebenso zeichnet sich der bekannte Geschlechtereffekt bei den PortugiesInnen ab.

Auffallend ist bei dieser Frage, dass der Anteil an Personen mit Schwierigkeiten in der Stichprobe 1 (nämlich 40%) grösser ist als bei Stichprobe 2 (rund ein Viertel) und 3 (rund ein Drittel). Mediale Informationen zu Gesundheitsrisiken scheinen bei den letzteren beiden Gruppen weniger Schwierigkeiten auszulösen als bei der Gesamtstichprobe. Dies könnte mit einem allgemein kritischeren Umgang mit dem „Wahrheitsgehalt“ von Nachrichten in der Stichprobe 1 zu tun haben und/oder mit

einem grösseren Autoritätsglauben (u.a. in Fachpersonen) der beiden MigrantInnengruppen. (Auf eine allfällige Verwandtschaft von Gesundheits- und Medienkompetenz wird im gesonderten Reviewteil (Abel, 2016) eingegangen.)

Grundsätzlich ist positiv zu vermerken: jeweils weit mehr als die Hälfte (im Minimum 60%) der drei untersuchten Gruppen fühlen sich in der Lage, solche Informationen auf ihre Vertrauenswürdigkeit hin überprüfen zu können. In Zeiten von „Fake News“, manipulativen, von wirtschaftlichen Interessen gesteuerten Informationen grenzen diese Einschätzungen möglicherweise auch an eine protektive Selbstüberschätzung. Aber auch hier wäre es sicherlich sinnvoll, in weiteren Analysen (qualitativ und quantitativ) die inhaltliche Validität der optimistischen Einschätzungen zu überprüfen.

**Q 1.29** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu entscheiden, ob Sie sich **gegen Grippe impfen lassen** sollten?

42% der Befragten der Stichprobe 1 und Stichprobe 3 finden es „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ sich entsprechend zu entscheiden. Dabei spielen bei der Stichprobe 1 weder das Alter, das Geschlecht noch die Bildung eine statistisch signifikante Rolle. Ein Migrationshintergrund in Stichprobe 1 erhöht aber die Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten zu berichten signifikant (OR=1.7,  $p < 0.001$ ).

Bei den PortugiesInnen antworten nur 26%, dass ihnen dieser Entscheid Schwierigkeiten bereiten würde. Es können keine signifikanten, soziodemographischen Trends festgestellt werden. Dieser Befund gilt in gleicher Art auch für die TürkInnen.

**Kommentar:** Die Fallzahlen für diese Auszählungen sind gering und statistisch nicht hinreichend stark abgesichert. Trotzdem hier eine für zukünftige Analysen gegebenenfalls relevante Anmerkung: Im schweizerischen Gesundheitswesen arbeiten mehr Portugiesinnen als TürkInnen (Merçay et al., 2016), wo eine Grippeimpfung zwar freiwillig, aber doch relativ verbreitet ist und insbesondere gratis angeboten wird. Dieser strukturelle Vorteil gepaart mit einem zu vermutenden höheren Fachwissen beim Gesundheitspersonal könnte also zu weniger Schwierigkeiten beim Entscheid führen.

**Q 1.31** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach **aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützen kann?**

Am meisten Schwierigkeiten bereitet diese Frage der Stichprobe 1 (ca. 31% der Befragten), gefolgt von Stichprobe 3 (ca. 29% der Befragten) und der Stichprobe 2 (ca. 15% der Befragten). In Stichprobe 1 ist neben dem Bildungs- und Alterseffekt auch ein Geschlechtereffekt signifikant: Männer dieser Stichprobe haben eine etwas höhere

Wahrscheinlichkeit (OR=1.3, p=0.039) Schwierigkeiten anzugeben als Frauen dieser Stichprobe. Bei den TürkinInnen ist ein deutlicher Alterstrend erkennbar: Im Vergleich zur Gruppe der 15- bis 39-jährigen haben die Gruppe der 40-bis 64-jährigen (OR=4.1, p<0.001) und die Gruppe der 65+-jährigen (OR=5.2, p=0.003) ein erhöhtes Risiko Schwierigkeiten zu berichten. Bei den PortugiesInnen ist weder bei der Bildung noch beim Alter ein Trend auszumachen.

**Kommentar:** Die Kommentare zu den Fragen Q1.12 und Q1.28 können an dieser Stelle analog herangezogen werden – bei den angestellten Spekulationen könnten dieselben Grundmechanismen relevant sein.

**Q 1.38** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach **Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?**

Rund 35% der Antwortenden der Stichprobe 1 bekundeten Schwierigkeiten mit dieser alltäglichen Herausforderung. Ähnlich schwer taten sich die Befragten der Stichprobe 2, von denen 28% Schwierigkeiten berichteten, und die Befragten der Stichprobe 3, von denen 33% Defizite bekundeten. Bei Stichprobe 1 zeigt sich wiederum der Trend in der Bildung und im Alter (64% der SeniorInnen über 65 Jahren taxieren die Frage als „sehr schwierig“). Dieser Trend wird auch bei der Stichprobe 3 festgestellt. Bei den PortugiesInnen zeigt sich kein Alterstrend. Nach Migrationshintergrund ist in der Stichprobe 1 kein signifikanter Trend auszumachen.

**Kommentar:** Eine Literaturrecherche rund um die gesunde Lebensmittelwahl der KonsumentInnen in der Schweiz kam bezüglich den Lebensmittelverpackungen zu folgendem Befund: „Beim Einkaufen hat jeder zweite Konsument Schwierigkeiten, die Lebensmittelverpackungen zu lesen und zu verstehen.“ (Bundesamt für Gesundheit, 2012). Das heisst, dass das gute Drittel in unserer Untersuchung möglicherweise eher das untere Minimum darstellen könnte.

Bei der grossen Anzahl von SeniorInnen, die Schwierigkeiten bekunden, können zwei sich gegenseitig verstärkende Argumente herangezogen werden: Es kann sein, dass ältere Menschen aufgrund ihrer abnehmenden Gedächtnisleistung mehr Probleme haben, die dargebotenen Informationen (Zusammensetzungen, Prozentangaben der Zutaten, bestimmte nicht-alltägliche Ausdrücke, Herkunftsdeklarationen, Labels etc.) richtig zu verorten, also eine kognitive Überforderung besteht. Diesem Faktor spielt aber auch der Umstand in die Hände, dass SeniorInnen möglicherweise zunehmend eine Sehschwäche entwickeln und entsprechend Leseschwierigkeiten auftreten, dies insbesondere, da solche Angaben oft relativ klein gedruckt sind, auf einer glänzenden Oberfläche stehen oder aufgrund des verpackten Gutes zerknittert sind.



## 2.3 Ergebnisse zu Korrelationen von Einzelitems

In diesem Kapitel wird die Fragestellung (3) beantwortet, nämlich: Inwiefern sind Einzelkomponenten miteinander verwandt? Zum Prüfen des Zusammenhangs zwischen den Einzelitems wurden Korrelationskoeffizienten-Matrizen (Spearman's- $\rho$ ) erstellt. Hierbei wurden zunächst sämtliche 47, die Gesundheitskompetenz betreffenden Fragen miteinander verglichen. Die Matrizen zeichnen für die 3 Stichproben die folgenden Bilder:

*Stichprobe 1:* Die Korrelationsmatrix weist lediglich zwei eher starke Zusammenhänge (Spearman's- $\rho \geq 0.6$ ) aus, dies sind namentlich: Frage-Nr. 1 (Finden von Informationen über Krankheitssymptome) und Nr. 2 (Finden von Informationen über Therapiemöglichkeiten) ( $\rho = 0.70$ ) sowie Frage-Nr. 8 (Anweisungen des Arztes oder Apothekers verstehen) und Frage-Nr. 16 (Anweisungen des Arztes oder Apothekers folgen) ( $\rho = 0.63$ ). Damit konnten keine voneinander separierten Gruppen hochkorrelierender Items identifiziert werden. Auffällig ist die Anhäufung von schwachen Zusammenhängen (Spearman's- $\rho < 0.1$ ) der Items innerhalb der Dimension der „Gesundheitsförderung“; möglicherweise wurde dieses Handlungsfeld in der breiten Bevölkerung noch nicht rezipiert. Des Weiteren wurden keine negativen Zusammenhänge zwischen den Einzelitems festgestellt, was dafür spricht, dass alle Items grundsätzlich für eine oder mehrere Dimensionen der Gesundheitskompetenz stehen. Für die in diversen Einzelitems lokalisierten „Problemgruppen“ („65+ J.“ und „kleinste Bildung“) wurden separate Matrizen erstellt. Bei der Gruppe „65+ J.“ lässt sich ein konsistentes Muster mit vielen mittelstarken und starken Zusammenhängen beobachten. Dies deutet darauf hin, dass sich in dieser Altersgruppe relativ viele Menschen finden, die konsistent eher viel oder eher wenig Schwierigkeiten bei Gesundheitsfragen haben.

*Stichprobe 2:* Bei den PortugiesInnen wurden im Vergleich zur Stichprobe 1 sowohl mehr stark korrelierte als auch unkorrelierte Items festgestellt. Letztere treten nun auch im Handlungsfeld der Krankheitsprävention und -bewältigung auf. Die Korrelationsmatrix ergibt hier kein konsistentes Bild, verfügt aber ausschliesslich über positive Korrelationskoeffizienten.

*Stichprobe 3:* Bemerkenswert sind die eher schwachen Zusammenhänge der Einzelitems bei den TürkinInnen über fast alle Items hinweg ( $0.1 < \rho < 0.4$ ). Gruppen hochkorrelierender Items lassen sich demnach auch hier keine ausmachen. Dies könnte als Hinweis gelten, dass in der Gruppe der TürkinInnen die Validität des Konstrukts „Gesundheitskompetenz“ geringer ist, als in anderen Gruppen von Befragten.

**Kommentar:** Die Befundlage ergibt kein konsistentes Bild und die Korrelationen sind insgesamt schwach ausgeprägt. Sämtliche Ergebnisse ergeben positive Korrelationen und die groben Abweichungen in den Korrelationsmustern sind konsistent mit den bekannten Zusammenhängen, die einen Alters- bzw. einen Bildungsgradient zeigen.

## 2.4 Ergebnisse zum Vergleich verschiedener Indices

Fragestellung (2) lautet: Welche Bereiche und welche Fragen sind hinsichtlich der gesundheitlichen Konsequenzen besonderes relevant? Zum Beantworten dieser Frage wurden bestimmte Indices (zu den Stichworten „Impfungen“ und „Medien“) gebildet und mit den Stichproben 2 und 3 kontrastiert:

In einem ersten Schritt wurden die Korrelationsmatrizen zur Mustererkennung auf die „problematischen“ Fragen reduziert, d.h. auf diejenigen Fragen, bei denen in Stichprobe 1 mindestens 30 % der Befragten Schwierigkeiten bekunden - dazu gehören Frage-Nr. 10 (Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten beurteilen), 11 (Beurteilen, wann ein eine zweite Meinung von einem anderen Arzt eingeholt werden soll), 12 (Beurteilen, ob eine Information über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig ist), 22 (Verstehen, warum man Impfungen braucht), 26 (Verstehen, welche Impfungen man eventuell braucht), 27 (Beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen man durchführen lassen sollte), 28 (Beurteilen, ob Informationen zu Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind), 29 (Entscheiden, ob man sich gegen Grippe impfen lassen sollte), 31 (aufgrund von Informationen aus den Medien entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützt), 34 (Informationen finden, wie die Wohnumgebung gesundheitsförderlicher gemacht werden kann), 35 (etwas über politische Veränderungen herausfinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten), 38 (Angaben auf Lebensmittelverpackungen verstehen) und 41 (Beurteilen, wie sich die Wohnumgebung auf die Gesundheit auswirken kann). Bei einer näheren Betrachtung wurde festgestellt, dass die Fragen, die das Schlagwort „Impfungen“ enthielten, teils relativ gut korrelieren und als Cluster separiert werden können. Nach inhaltlichen Überlegungen, wonach ein Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, sich impfen zu lassen und einer guten Arzt-Patienten-Kooperation bestehen könnte, wurde folgende Hypothese formuliert:

*Personen, die Schwierigkeiten im Umgang mit Impfungen haben, berichten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit über Schwierigkeiten in der „Arzt-Patienten-Kooperation“, als Personen die keine Schwierigkeiten im Umgang mit Impfungen haben.*

Zum Prüfen des Zusammenhangs zwischen „Umgang mit dem Impfen“ und der „Arzt-Patienten-Kooperation“ wurden für die beiden Handlungsfelder Summenscores erstellt. Der Score zum „Umgang mit dem Impfen“ ergibt sich aus der Summe der Antworten zu den Frage-Nr. 19 (finden von Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen), 22, 26 und 29. Der Score der „Arzt-Patienten-Kooperation“ resultiert aus der Summe der Antworten zu Frage-Nr. 4 (Herausfinden, wo man professionelle Hilfe holen kann im Krankheitsfall), 5 (Verstehen, was der Arzt sagt), 9 (Verstehen, inwiefern die Informationen des Arztes auf einen zutreffen), 16 (den Anweisungen des Arztes oder Apothekers folgen). Die beiden Handlungsfelder korrelieren signifikant ( $r=0.517$ ,  $p<0.001$ ). Je mehr Probleme eine Person mit der Arzt-Patienten-Kooperation hat, desto mehr Probleme hat sie mit dem Umgang mit dem

Impfen, oder anders formuliert: mit zunehmender Schwierigkeiten beim Umgang mit dem Impfen, steigen die Schwierigkeiten bei der Arzt-Patienten-Kooperation. Nach Cohen (1992) handelt sich hierbei um einen starken Effekt. Personen der Stichprobe 1 mit Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Kooperation haben im Vergleich zu den Personen ohne Schwierigkeiten, eine grössere Wahrscheinlichkeit, Probleme im Umgang mit Impfungen aufzuweisen (OR=3.9,  $p<0.001$ ). Diesen Effekt beobachtet man auch in Stichprobe 2 (OR=2.0,  $p=0.29$ ) sowie in Stichprobe 3 (OR= 3.9,  $p<0.001$ ).

**Kommentar:** *Das sensible und in der Öffentlichkeit kontrovers diskutierte Thema der Impfung scheint mit der Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussbar zu sein: Diejenigen PatientInnen, die von einer guten Beziehung und einer entsprechend guten Kommunikation sprechen, sind eher geneigt, sich impfen zu lassen und umgekehrt. Ob dies aufgrund einer grundsätzlich positiven Grundeinstellung dem Impfen gegenüber geschieht, oder ob schlicht bei der Beantwortung der Impffragen weniger Schwierigkeiten vorhanden sind, entzieht sich aufgrund der vorhandenen Daten unserer Kenntnis – es kann einzig auf die Korrelation „gute Kommunikation geht einher mit weniger Schwierigkeiten bei Impffragen“ hingewiesen werden. Dieser Befund kann aber gleichsam als Symbol dafür genommen werden, wie wichtig und sicherheitsvermittelnd entsprechende ÄrztInnen-/ PatientInnen-Beziehungen für die öffentliche Gesundheit sind. In die Überlegungen mit einbezogen werden sollte hier auch die spezielle Rolle der HausärztInnen, welche ein zentrales Bindeglied zwischen dem Gesundheitssystem und den PatientInnen darstellt.*

Zu den „problematischen“ Fragen zählen u.a. 3 Fragen, die explizit „Medien“ bzw. „Medienkompetenz“ ansprechen. Für dieses Handlungsfeld wurde ein weiterer Summenscore aus den Antworten zu den Frage-Nr. 12, 28, 31 und 39 berechnet und anschliessend der Zusammenhang mit den obengenannten Scores geprüft: „Medienkompetenz“ korreliert sowohl mit dem „Umgang mit dem Impfen“ ( $r=0.466$ ,  $p<0.001$ ) als auch mit der „Arzt-Patienten-Kooperation“ ( $r=0.454$ ,  $p<0.001$ ) stark. Bezüglich der „Medienkompetenz“ in Stichprobe 1 sind folgende Trends festzuhalten: je höher das Alter, desto mehr Schwierigkeiten werden im Vergleich zur Gruppe der 15- bis 39-jährigen berichtet („40- bis 64-jährige“: OR=2.6,  $p<0.001$ , „65+ jährige“: OR=3.0,  $p<0.001$ ) und je tiefer die Bildung, desto mehr Schwierigkeiten werden im Vergleich zur Gruppe der höchsten Bildungsklasse angegeben.

**Kommentar:** *Der „Medien-Index“ korreliert mit dem Umgang mit dem Impfen, so dass ein Zusammenhang gezeigt werden konnte, dass wer über grössere Medienkompetenz verfügt, sich auch eher für eine Impfung entscheidet. Interessant ist aber, dass wer über mehr mediale Möglichkeiten verfügt, auch eine bessere Arzt-Patienten-Beziehung aufweist – wie wenn ein guter Informationsstand eine gewisse Auswirkung auf soziales Verhalten, einer guten Auffassungsgabe und dem Verstehen von Gesundheitsbotschaften förderlich wäre.*

## Literatur

- Abel, T. (2016) Expertise zu den Ergebnissen der quantitativen Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“. Review im Auftrag des BAG.
- Allianz Gesundheitskompetenz (2016): Gesundheitskompetenz fördern – Ansätze und Impulse. Ein Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz, Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit (2012). Die gesunde Lebensmittelwahl: Was wissen wir über den Konsumenten und die Konsumentin in der Schweiz? Interview mit Esther Infanger, Schweiz. Gesellschaft für Ernährung (SGE). Abrufbar unter [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05245/07232/13335/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/07232/13335/index.html?lang=de) [letzter Zugriff: 18.11.2016]
- Bundesamt für Gesundheit (2008) (Hrsg.). Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten. Bern: Autor.
- Bundesamt für Statistik (2015). Ausländische Wohnbevölkerung. Abgerufen unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/auslaendische-bevoelkerung.html> [03.11.2016]
- Cohen, J. (1992): A Power Primer. In: Psychological Bulletin, 112 ( 1), 155-159.
- Enquetekommission des Hessischen Landtages (2014) (Hrsg.). Migration und Integration. Abschlussbericht. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.
- FMH (2016). doctorfmh.ch – das Ärzteverzeichnis der FMH. Abgerufen unter <http://www.doctorfmh.ch/> [03.11.2016].
- gfs (2016). Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien. Bern: Autor. Abrufbar unter <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/gesundheitskompetenz-2015> [letzter Zugriff: 16.12.2016]
- Kettner, M. (2010). Kann Ökonomisierung gut und muss Kommerzialisierung schlecht sein? In F. Heubel, M. Kettner & A. Manzeschke (Hrsg.). Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven (S. 117-132). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Krumm, C. (2015). Keine Angst vorm Beipackzettel. Abgerufen unter <http://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Keine-Angst-vorm-Beipackzettel-504197.html> [18.11.2016].
- Lange, Joachim (2015). Anthropologische Kernannahmen – das Menschenbild. Abgerufen unter <http://kobesu.jolange.de/anthropologische-kernannahmen-das-menschenbild/> [02.11.2016].
- Maggiorini, M. & Wehrli, M. (2016). Damit Menschen besser verstehen, was Intensivmedizin ist. Schweizerische Ärztezeitung 97(28–29), S. 997–998
- Martin, M. & Kliegel, M. (2014). Psychologische Grundlagen der Gerontologie (4. Durchgesehene und aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Seiffge-Krenke, I. (2013). Stressbewältigung und Krankheitsmanagement bei chronischer Krankheit in Kindheit und Adoleszenz. In M. Pinquart (Hrsg.). Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention. (S.33-48). Heidelberg: Springer.
- Simon, M. (2016). Türkei – LIPortal, das Länderinformations-Portal. Kapitel Gesundheitswesen. Abgerufen unter <https://www.liportal.de/tuerkei/gesellschaft/> [04.11.2016].
- Sommerhalder, K. & Abel, T. (2015). Wie gesundheitskompetent ist die Schweizer Bevölkerung? In Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven (S. 27-31). Bern: Swiss Academies Reports 10 (4).

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>, letzter Zugriff 03.12.2014
- Statista (2016). Durchschnittliche Anzahl praktizierender Ärzte in ausgewählten OECD-Ländern im Jahr 2013 (je 1.000 Einwohner). Abgerufen unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77150/umfrage/oecd-laender-praktizierende-aerzte-je-1000-einwohner/> [04.11.2016].
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. & Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(6).
- WHO (2012). *Successful Health System Reforms: The Case of Turkey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Zeytin, Z. (2006). Die ärztliche Aufklärungspflicht nach dem türkischen Recht. In B.-R. Kern, E. Walde, K.P. Schroeder & C. Katzenmeier (Hrsg). *HUMANIORA: Medizin –Recht – Geschichte. Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag* (S. 1143-1168). Berlin: Springer.
- Ziegler, A., Hadlak, A., Mehlbeer, S., König, I.R. (2013). Verständnis von Nebenwirkungsrisiken im Beipackzettel. Eine Umfrage unter Ärzten, Apothekern und Juristen. *Dtsch Arztebl Int*, 110(40): 669-73. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0669