

Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015"



Schlussbericht

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

Inhaltsverzeichnis

1	WICHTIGSTES IN KÜRZE.....	3
2	EINLEITUNG	7
2.1	Mandat und Fragestellung	7
2.2	Gesundheitskompetenz	8
2.3	Fragebogen	9
2.4	Befragung und Stichprobe	9
2.5	Grafische Aufbereitung	14
3	BEFUNDE	18
3.1	Prävalenz Gesundheitskompetenz.....	18
3.1.1	Einzelelemente der Gesundheitskompetenz.....	18
3.1.2	Indexbildung	29
3.1.3	Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich	36
3.2	Sozioökonomische und -demografische Determinanten der Gesundheitskompetenz	40
3.2.1	Soziodemografische Determinanten	42
3.2.2	Sozioökonomische Determinanten.....	47
3.3	Wichtigkeit des Sozialgradienten auf die Gesundheitskompetenz und den selbstgeäußerten Gesundheitszustand.....	51
3.4	Vulnerable Gruppen	59
3.5	Konsequenzen der Gesundheitskompetenz	64
3.5.1	Gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsrisiken....	64
3.5.2	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	73
3.5.3	Nutzung medizinischer Leistungen	82
3.6	Portugiesische und türkische Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz.....	92
3.6.1	Prävalenz Gesundheitskompetenz	92
3.6.2	Sozioökonomische und -demografische Determinanten der Gesundheitskompetenz.....	103
3.6.3	Wichtigkeit des Sozialgradienten auf die Gesundheitskompetenz und den selbstgeäußerten Gesundheitszustand	110
3.6.4	Konsequenzen der Gesundheitskompetenz.....	114
3.6.5	Vergleich der drei Teilstichproben	135
4	SYNTHESE	145
4.1	Problemlage in der Schweiz.....	145
4.2	Schlussfolgerung und Ansätze für weiterführende Schritte	147
5	ANHANG	152
5.1	Verteilung sozioökonomische und -demografische Indikatoren	152
5.2	gfs.bern-Team	159

1 Wichtigstes in Kürze

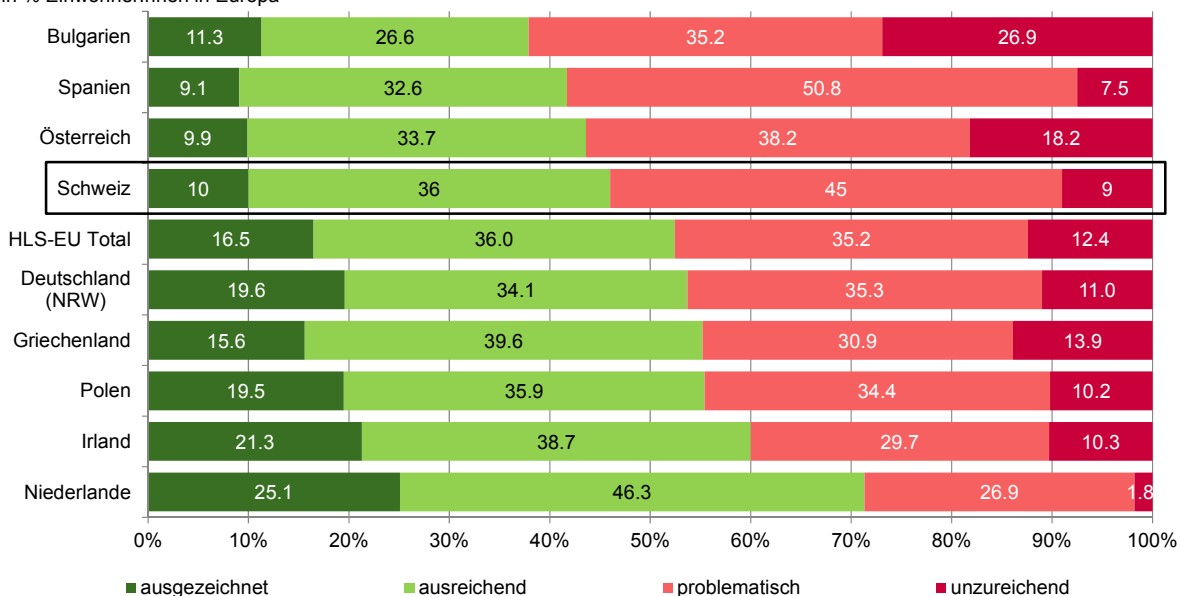
Wie gross ist das Problem begrenzter Gesundheitskompetenz in der Schweiz?

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. 3.1.2; "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.

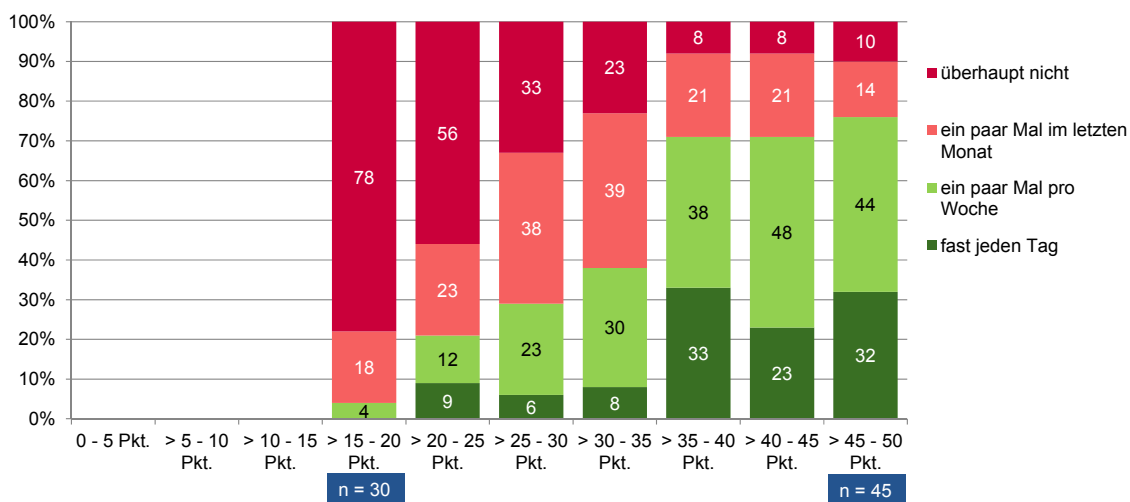
Was sind die Folgen mangelnder Gesundheitskompetenz?

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.

2 Einleitung

2.1 Mandat und Fragestellung

gfs.bern repliziert im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, die Erhebung HLS-EU 2009-2012¹ für die Schweiz. Dabei soll unter anderem die Gesundheitskompetenz der Schweizer Wohnbevölkerung in den europäischen Kontext gestellt und besonders vulnerable Gruppen identifiziert werden.

Folgende fünf Fragestellungen stehen im Zentrum der Erhebung:

- a Wie steht die Schweizer Bevölkerung bezüglich Gesundheitskompetenz im Vergleich mit anderen europäischen Staaten da?
- b Wie ist die Gesundheitskompetenz innerhalb der Schweizer Bevölkerung verteilt?
- c Wie ist zu erklären, ob ein Individuum eine höhere oder tiefere Gesundheitskompetenz hat?
- d Bei welchen Bevölkerungsgruppen, respektive Personenmerkmalen, ist ein Hinwirken auf eine Stärkung der Gesundheitskompetenz am dringendsten?
- e Mit welchen Massnahmen kann die Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerungsgruppen oder Personen am erfolgversprechendsten gestärkt werden? Wo besteht möglicherweise Handlungsbedarf auf Ebene des Gesundheitssystems?

Die Methodenwahl und Fragebogengestaltung erfolgte im Sinne einer grösstmöglichen Vergleichbarkeit mit der HLS-EU-Studie.

Nebst einer für die drei Sprachregionen repräsentativen Stichprobe der gesamten Schweizer Wohnbevölkerung sind zwei zusätzliche Stichproben für zwei ausländische Bevölkerungsgruppen gezogen worden. Die Wahl fiel auf portugiesische und türkische Staatsangehörige: Portugiesische Staatsangehörige bilden die grösste ausländische Bevölkerungsgruppe in der Schweiz, deren Herkunftssprache keine Schweizer Landessprache ist. Zudem sind sie sowohl in der Deutsch- als auch in der Westschweiz stark vertreten und soziodemografisch vergleichsweise heterogen zusammengesetzt. Türkische Staatsangehörige haben nach den Erkenntnissen aus dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) häufig grosse gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Der vorliegende Schlussbericht umfasst alle gewonnenen Erkenntnisse und orientiert sich in Aufbau und Analyse absprachegemäss sehr stark an der Berichterstattung der HLS-EU-Studie. Er fokussiert auf die Ergebnisse aus der Schweiz; für Details zur HLS-EU-Studie verweisen wir an den entsprechenden Bericht.

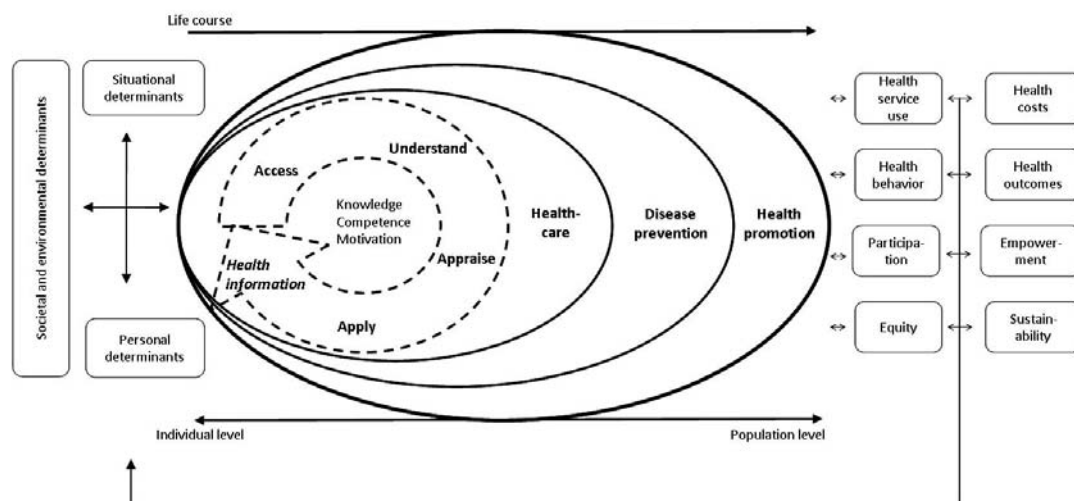
¹ HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States The European Health Literacy Survey HLS-EU (Second Extended and Revised Version, Date July 22nd, 2014), Online Publication: <http://www.health-literacy.eu>.

2.2 Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz

"Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken."
(Bundesamt für Gesundheit BAG)

Grafik 3



The HLS-EU Conceptual Model of Health Literacy (Sorensen et al. 2012, Abbildung aus der HLS-EU-Studie)

Konkret unterscheidet man die drei Bereiche Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung entlang der vier Arten: Informationen erlangen, Informationen verstehen, Informationen beurteilen und Informationen anwenden (s. Tabelle). Daraus ergeben sich (drei Mal vier gleich) zwölf Dimensionen der Gesundheitskompetenz.

Tabelle 2

Dimensionen von Gesundheitskompetenz

	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
Krankheitsbewältigung	Informationen über Krankheitsbewältigung finden (4)	Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen (4)	Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen (4)	Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden (4)
Krankheitsprävention	Informationen über Krankheitsprävention finden (4)	Informationen über Krankheitsprävention verstehen (3)	Informationen über Krankheitsprävention beurteilen (5)	Informationen über Krankheitsprävention anwenden (3)
Gesundheitsförderung	Informationen über Gesundheitsförderung finden (5)	Informationen über Gesundheitsförderung verstehen (4)	Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen (3)	Informationen über Gesundheitsförderung anwenden (4)

nach Sorensen et al. 2012

in Klammern: Anzahl Items, welche pro Dimension erhoben wurden. Total 47 Items.

2.3 Fragebogen

Damit die Schweizer Ergebnisse mit jenen der HLS-EU-Studie verglichen werden können, wurde der Fragebogen so wenig wie möglich verändert. Das Kernstück – die 47-teilige Item-Batterie zur Bestimmung der Gesundheitskompetenz (Q1) – wurde unverändert gelassen.

Die Frage nach den Schulabschlüssen (D9) wurde auf die Schweizer Verhältnisse angepasst, ebenso die Einkommenskategorien (D16). Statt der Frage nach öffentlicher, privater oder keiner Krankenversicherung (Q5) wurde nach Abschluss einer Zusatzversicherung gefragt. Der Migrationshintergrund wurde statt mit einer Frage (D5) ausführlich mit neun Fragen² abgefragt. Der NVS-Test (Newest Vital Sign Test, Q17 bis Q23) wurde in der Schweiz nicht befragt.

Basis bildete der deutschsprachige Fragebogen aus der HLS-EU-Studie. Für die portugiesische Version konnte der HLS-EU-PT@-Fragebogen lizenziert werden. Die französische, italienische und türkische Version sowie die veränderten Teile für die portugiesische Version wurden neu übersetzt und die Übersetzungen ins Deutsche rückübersetzt. Bei Abweichungen zwischen Rückübersetzung und deutschem Ausgangstext wurde in Absprache mit dem Übersetzungsdienst die Übersetzung korrigiert.

2.4 Befragung und Stichprobe

Die Ergebnisse der Befragung "Gesundheitskompetenz Schweiz 2015" basieren auf einer repräsentativen Befragung von 1'107 Einwohnerinnen und Einwohner ab 15 Jahren aus der ganzen Schweiz durch gfs.bern. Ergänzt wurde sie durch zwei weitere Teilstichproben: 255 Einwohnerinnen und Einwohner ab 15 Jahren aus der ganzen Schweiz mit portugiesischem respektive 250 mit türkischem Pass. Die HLS-EU-Studie berücksichtigte nur EU-Bürgerinnen und -Bürger. In der Schweizer Studie wurden alle Einwohnerinnen und Einwohner berücksichtigt, wobei nur 1 Prozent weder einen Schweizer noch einen EU-Pass besass.

(Zur soziodemografischen und -ökonomischen Zusammensetzung der Stichprobe verweisen wir auf Kapitel 5.1.)

Die HLS-EU-Studie wurde in acht EU-Ländern durchgeführt (Österreich, Bulgarien, Deutschland (Nordrhein-Westfalen), Griechenland, Irland, Niederlande, Polen und Spanien). In das von der HLS-EU-Studie ausgegebene Total fliessen die Ergebnisse der acht Länder zu gleichen Teilen ein. Der Einfachheit halber wird in der Berichterstattung von der "EU" gesprochen, wenn die Ergebnisse aus den acht Ländern gemeint sind, auch wenn nicht alle Länder der EU darin vorhanden sind.

Für den Vergleich mit der HLS-EU-Studie wurde ausschliesslich Teilstichprobe 1 verwendet. Die portugiesische und türkische Teilstichproben (2 & 3) dienten ausschliesslich dem Vergleich mit der gesamtschweizerischen Teilstichprobe (1). Das Kürzel "CH" in den Tabellen und Grafiken verweist auf die Teilstichprobe 1.

Auch in Teilstichprobe 1 befinden sich Einwohnerinnen und Einwohner portugiesischer und türkischer Nationalität, welche unabhängig von den Teilstichproben 2 oder 3 befragt wurden.

Die Befragung wurde zwischen dem 20. Oktober und 12. Dezember 2015 mittels Face-to-Face-Interviews (konkret: Computer Assisted Personal Interview CAPI) durchgeführt. Auch in der HLS-EU-Studie wurde mit Face-to-Face-

² Gemäss "Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitserhebungen" des BAG.

Interviews gearbeitet – in Bulgarien und Irland als PAPI (Paper Assisted Personal Interview), sonst als CAPI.

Es wurde pro zehn Interviews ein Sampling Point festgelegt (Teilstichprobe 1: 110; Teilstichproben 2 & 3: je 25 Sampling Points), geschichtet nach Sprachregion und Siedlungsart (ländlich, kleine/mittlere Agglomerationen, grosse Agglomerationen). In Teilstichprobe 1 wurden die französische und italienische Sprachregion überproportional in der Stichprobenziehung berücksichtigt, was für Aussagen zur Gesamtheit mittels Gewichtung rückgängig gemacht wurde. Die Verteilung der Sprachregionen in den Teilstichproben 2 und 3 sowie die Verteilung der Siedlungsart pro Sprachregion entsprach der realen Verteilung der jeweiligen Grundgesamtheit (auf ein Sampling Point = zehn Interviews genau).

Basis für die Ziehung der Sampling Points waren Gemeinden (Teilstichproben 1 & 2) respektive Bezirke (3) mit mindestens 1000 Personen aus der jeweiligen Grundgesamtheit. Grössere Gemeinden weisen mehrere Sampling Points auf (einen pro ganze 1000 Personen).

Innerhalb der gezogenen Gemeinden/Bezirke hat das Bundesamt für Statistik BFS, aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen SRPH eine Brutto-Stichprobe gezogen. Für Teilstichprobe 1 standen inklusive Reserve 8250, für Teilstichproben 2 und 3 je 1875 Ursprungsadressen zur Verfügung. In Teilstichprobe 1 hatten 58 Prozent der Adressen eine Telefonnummer, in Teilstichprobe 2 waren es 27 Prozent, in Teilstichprobe 3 waren es 33 Prozent.

An alle Adressen wurde ein Motivationsschreiben geschickt, in dem die Wichtigkeit der Studie hervorgehoben, die Verwendung der erhobenen Daten, das Vorgehen in der Befragung, das durchführende Institut sowie eine kurze Ausführung zu Datenschutz und Anonymität beschrieben wurde. Es wurde eine Telefon- und E-Mail-Hotline eingerichtet und im Schreiben erwähnt. Bei denjenigen Personen, für die in den Ursprungsadressen eine Telefonnummer hinterlegt war, wurde auf den bevorstehenden Anruf hingewiesen. Allen Schreiben lag eine Antwortkarte und vorfrankiertes Rückantwortcouvert bei, womit man einen Terminwunsch und eine Telefonnummer angeben konnte. Im November wurde aufgrund des Zwischenstandes entschieden, in allen Teilstichproben auch die Reserveadressen zu verwenden. Von den Briefen konnten 117 (Teilstichprobe 1), 85 (2) respektive 37 (3) nicht erfolgreich zugestellt werden.

Wo eine Telefonnummer vorhanden war, wurde die Zielperson per Telefon für eine Teilnahme und Terminzusage motiviert. Diese schriftliche und telefonische (Vor-)Rekrutierung ging weiter als in den europäischen Ländern. Dort wurden die Interviewerinnen und Interviewer mittels Random-Route-Verfahren direkt zu den Haushalten geschickt. Nur in den Niederlanden fand die Rekrutierung ebenfalls per Telefon oder Brief statt.

In Teilstichprobe 1 konnten 2756 Personen zusätzlich zum Motivationsschreiben kontaktiert werden, woraus 1107 Interviews realisiert wurden, was einer Antwortrate von 40 Prozent entspricht. Diese liegt höher als in der Niederlanden mit einem ähnlichen Rekrutierungsprozess. In den Teilstichproben 2 und 3 verlief die Rekrutierung schwieriger: Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner konnten 255 Interviews aus 881 Kontaktierten (29%), bei den türkischen 250 Interviews aus 1043 Kontaktierten (24%) realisiert werden. Aufgrund der tieferen Erfolgsrate und der geringen Anzahl Telefonnummer in Teilstichprobe 3, wurden zusätzlich Interviewerinnen und Interviewer direkt zu den Adressen geschickt, wo keine Telefonnummer vorhanden war oder zurückgemeldet wurde.

Als kontaktiert wird jede Person ausgewiesen, die auf irgendeine Form ausser dem Motivationsschreiben mit dem gfs-befragungsdienst in Kontakt getreten ist, sei es per Telefon, per E-Mail, per Rückantwortschreiben oder direkt an der Haustüre inklusive Absagen.

Tabelle 3

Übersicht Antwortraten im Ländervergleich

	Schweiz ¹	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande ¹	Polen
Anzahl Sampling Points	91	284	260	328	250	272	255	699	250
Anzahl Startpunkte	n.a. ¹	284	260	328	250	272	255	699	250
Anzahl Adressen	8250	1769	1725	2425	3244	3490	1869	24942	2181
Anzahl kontaktierter Individuen	2756 ²	1512	1331	1992	1540	1619	1459	2817	1493
1. Besuch	n.a.	1769	1725	2425	3244	3490	1869	n.a.	2181
2. Besuch	n.a.	1012	125	1165	141	413	67	n.a.	300
3. Besuch	n.a.	460	22	602	38	311	19	n.a.	33
4. Besuch	n.a.	73	11	356	9	238	4	n.a.	12
Anzahl abgebrochener Interviews	58	4	43	0	1	0	0	0	0
Anzahl definitiver Interviews	1107	1015	1002	1057	1000	1000	1005	1023	1000
Anzahl Verweigerungen	1591	493	286	935	539	619	454	1794	493
Antwortrate (%)	40%	67%	75%	53%	65%	62%	69%	36%	67%
Anzahl Interviewer	94	71	106	76	37	39	54	221	94
durchschnittliche Interviewdauer (in Minuten)	22.5	26	29	23	28	21	22	26	27
kürzestes Interview (in Minuten)	8.0	13	15	9	20	5	12	15	15
längstes Interview (in Minuten)	96.7	64	75	95	40	52	41	99	60

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015

¹ CH & NL: (Vor-)Rekrutierung wurde zentral organisiert.

² An alle Adressen wurde eine postalische Vorinformation geschickt. Ein (telefonischer) Kontakt konnte nur vorgenommen werden, wenn eine Telefonnummer im Ursprungsfile vorhanden war oder diese per Antwortkarte gemeldet wurde.

Tabelle 4

Übersicht Antwortraten nach Teilstichprobe

	EinwohnerInnen allgemein	portugiesische EinwohnerInnen	türkische EinwohnerInnen
Anzahl Sampling Points	91	20	19
Anzahl Adressen	8250	1875	1875
Anzahl kontaktierter Individuen ¹	2756	881	1043
Anzahl abgebrochener Interviews	58	2	9
Anzahl definitiver Interviews	1107	255	250
Anzahl Verweigerungen	1591	624	784
Antwortrate (%)	40%	29%	24%
Anzahl Interviewer	94	12	24
durchschnittliche Interviewdauer (in Minuten)	22.5	16.6	21.3
kürzestes Interview (in Minuten)	8.0	4.3	4.8
längstes Interview (in Minuten)	96.7	48.7	104.6

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015

(Vor-)Rekrutierung wurde zentral organisiert.

¹ An alle Adressen wurde eine postalische Vorinformation geschickt. Ein (telefonischer) Kontakt konnte nur vorgenommen werden, wenn eine Telefonnummer im Ursprungsfile vorhanden war oder diese per Antwortkarte gemeldet wurde.

Bei einer Stichprobe entscheiden zwei Faktoren über die Qualität der später gewonnenen Aussagen massgeblich mit: Auf der einen Seite definiert sich die Datenqualität über die Grösse des **Stichprobenfehlers**. Dieser Index weist die Irrtumswahrscheinlichkeit und Irrtumgrösse einer getroffenen statistischen Aussage aus. Einerseits setzt man bei 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. Andererseits unterliegen statistische Aussagen einem Stichprobenfehler, welcher von der Grösse der Stichprobe und der Basisverteilung der Variable in der Bevölkerung abhängt, wobei der Fehler kleiner wird, je grösser die Stichprobe ist.

Tabelle 5

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.

Gerade bei Untergruppenanalysen weist die untersuchte Gruppe schnell weniger als 50 Befragte aus, was bei einem Stichprobenfehler von ± 14 Prozentpunkten eine adäquate Interpretation nahezu verunmöglicht. Deshalb nehmen wir bei weniger als 50 Fällen möglichst keine Subgruppenanalysen vor. Wo kleinere Subgruppen ausgewiesen sind, wird explizit darauf hingewiesen.

Da der Stichprobenfehler selbst für 1100 Fälle mehrere Prozentpunkte gross ist, weisen wir – anders als die HLS-EU-Studie – bis auf wenige Ausnahmen nur ganzzahlige Ergebnisse für Prozentwerte aus.

Das andere Element einer qualitativ hochstehenden Analyse ist die Gewährleistung von **Repräsentativität**. Repräsentativität bedeutet nichts anderes, als dass jede Person aus der Grundgesamtheit genau die gleiche Chance haben muss, an der Befragung teilnehmen zu können. Werden bei der Stichprobenziehung systematisch Gruppen ausgeschlossen, ist eine Befragung nicht repräsentativ.

Diese ist durch den SRPH des BFS gewährleistet. Der SRPH basiert auf amtlichen Personenregistern und wird quartalsweise auf den neusten Stand gebracht, wodurch ein aktueller und vollständiger Stichprobenrahmen gewährleistet wird. Das BFS zieht daraus die Brutto-Stichprobe nach dem Zufallsprinzip.

Um in allen Sprachregionen genügend Fälle für eine gesicherte statistische Analyse zu erhalten, wurde in Teilstichprobe 1 eine Übergewichtung der italienisch- und französischsprachigen Schweiz vorgenommen. Im Datensatz wurde diese Übergewichtung mittels Gewichtungsfaktoren jedoch wieder rückgängig gemacht, auch die leichten Verzerrungen in den Teilstichproben 2 und 3 wurden mittels Gewichtung korrigiert. In einem zweiten Schritt wurde in jeder Teilstichprobe nach Alterskohorte und Geschlecht interlocked gewichtet, um Verzerrungen der Teilnahmebereitschaft auszugleichen.

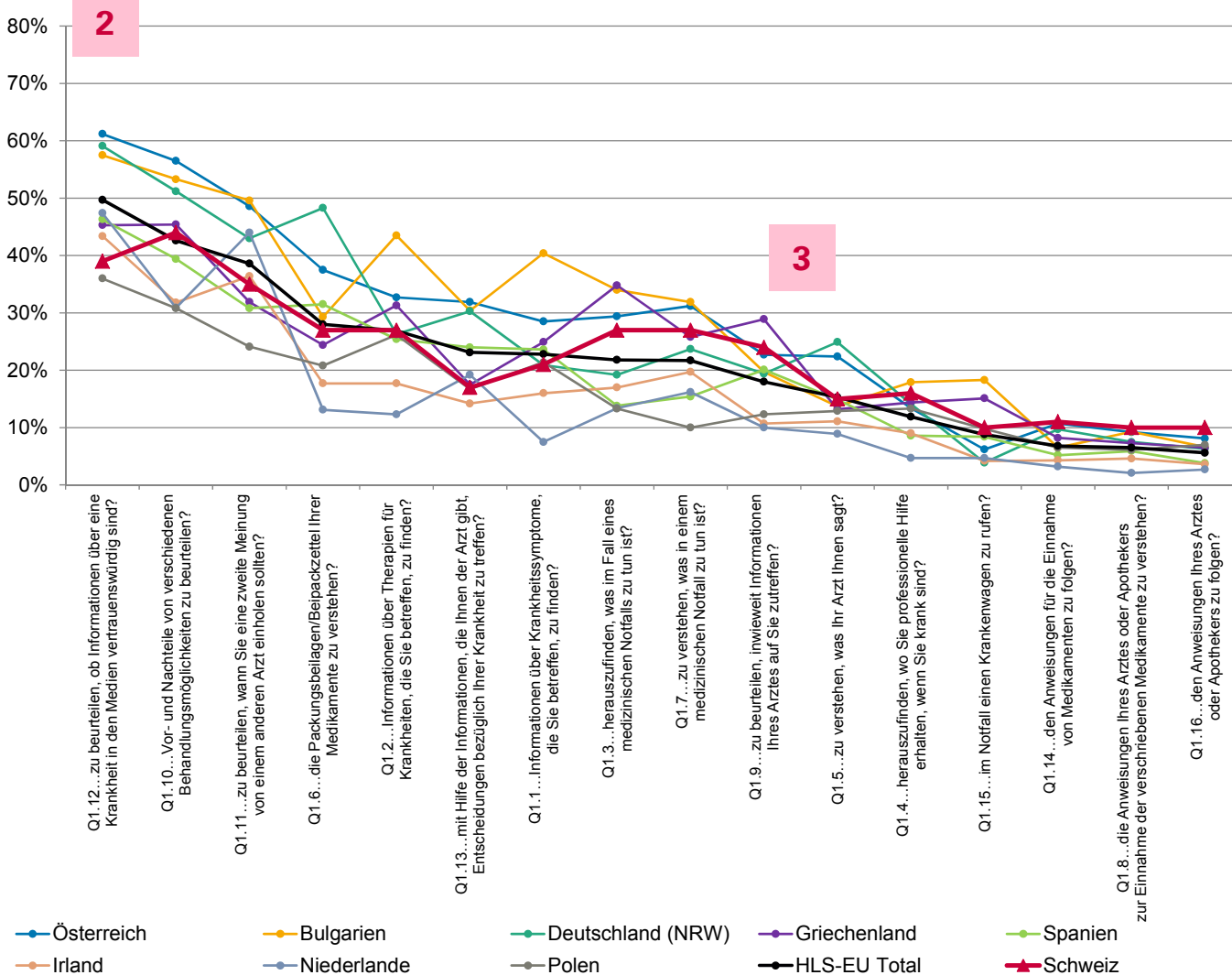
2.5 Grafische Aufbereitung

Die meisten im Schlussbericht enthaltenen Grafiken wurden gemäss dem HLS-EU-Bericht gestaltet. Das grundlegende Schema wird im Folgenden kurz erklärt:

Grafik 4

Elemente Krankheitsbewältigung (HC-HL) im Ländervergleich **1**

"Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ..."
in % EinwohnerInnen in Europa (Anteil sehr schwierig und ziemlich schwierig)



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

4

1

Im Titel lässt sich sowohl eine schlagwortartige Zusammenfassung der Frage, als auch in Anführungszeichen der genaue Fragetext ablesen.

2

Die Referenzgrösse gibt darüber Aufschluss, auf welche Gruppe sich die Auswertung in der Grafik bezieht. In den meisten Fällen sind dies Einwohnerinnen und Einwohner ab 15 aus Europa (den acht HLS-EU-Länder und der Schweiz) respektive eine Teilgruppe davon.

3

In grafischer Form werden die Ergebnisse dargestellt. Je nach angestrebter Aussage visualisieren wir Resultate mittels Balken-, Säulen- oder Liniengrafiken. Für die Darstellung von multivariaten Zusammenhängen werden Regressionen in Tabellenform verwendet (s. unten).

4

Der Fusszeile entnimmt man sowohl den Zeitraum (November 2015) als auch die Anzahl der befragten Personen der Schweizer Befragung, welche für die

Aussage in der entsprechenden Grafik relevant sind. Für den Zeitraum und die Fallzahlen der einzelnen HLS-EU-Länder verweisen wir auf den HLS-EU-Bericht.

Bivariate Zusammenhänge zwischen zwei Variablen werden zusätzlich häufig als Tabelle dargestellt:

Tabelle 6

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und soziodemografischen Variablen im Ländervergleich

2a	General-HL und ...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Geschlecht	r	.068*	.144	.022	.064*	-.039	.019	.088**	.094**	.068*	.046**
	N	1028	1107	1005	1161	1043	1009	972	992	1044	8233
Alter	r	-.042	-.142**	-.232**	.039	-.305**	-.205**	-.007	.097**	-.221**	-.121**
	N	1028	1007	1005	1161	1043	1009	972	992	1044	8233
Migrationshintergrund ³	r	-.076*	-.014	-.016	-.065*	.010	-.004	.016	.029	.042	.006
	N	1028	1006	1000	1160	1043	1009	964	991	1042	8215
Bildungsniveau	r	.213**	.168**	.250**	.156**	.399**	.239**	.184**	.157**	.240**	.239**
	N	1027	1007	999	1155	1043	1009	963	988	1043	8207
2b finanzielle Deprivation	r	-.312**	-.260**	-.415**	-.282**	-.377**	-.128**	-.352**	-.141**	-.417**	-.300**
	N	976	947	946	1117	1032	981	917	968	984	7892
sozialer Status (Selbst.) ¹	r	-.193**	.159**	.374**	.103**	.335**	.170**	.329**	.175**	.285**	.291**
	N	915	931	986	1110	1019	995	907	970	1016	7934
sozialer Status (Index) ¹	r	.102**									
	N	880									
Erwerbsstatus	r	.036	-.146**	-.252**	-.018	-.250**	-.146**	-.029	-.035	-.155**	-.119**
	N	1028	993	999	1159	1043	1006	960	959	1042	8161

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

¹ Selbsteinschätzung des sozialen Status basiert auf einer direkten Frage, bei welcher die Befragten ihre Stellung in der Gesellschaft auf einer 10er-Skala angeben; Index basiert auf Bildung und Einkommen in Anlehnung an Winkler und Stolzenberg (2009), nur für die Schweiz berechnet

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status (Selbsteinschätzung) von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // sozialer Status (Index) von 2=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 14=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Erwerbsstatus von 1=Vollzeit bis 5=pensioniert

1

Im Titel lässt sich ablesen, welche Variablen in der Tabelle miteinander verglichen werden und welche Kenngrösse (hier: Rangkorrelationskoeffizient) berechnet wird.

2

In der linken Spalte ist in der Kopfzeile (2a) die Variable angegeben, welche mit den jeweils anderen Variablen (2b) in Beziehung gesetzt wird.

3

Die Zeilen der einzelnen Variablen teilen sich in jeweils zwei Unterzeilen: r gibt den Wert des Rangkorrelationskoeffizienten Spearman's Rho wieder. Der Wert kann zwischen -1 und +1 liegen. +1 bedeutet, dass ein perfekter, positiver Zusammenhang zwischen beiden Variablen besteht. -1 bedeutet, dass ein

³ Definition gemäss "Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitserhebungen" des BAG: mindestens ein Elternteil im Ausland geboren

perfekter, negativer Zusammenhang zwischen beiden Variablen besteht. 0 bedeutet, dass beide Variablen vollständig voneinander unabhängig sind.

Anhand der Signifikanzen lässt sich erkennen, wie wahrscheinlich ein in der Stichprobe gemessener Zusammenhang auch in der Grundgesamtheit vorkommt. Ein Sternchen bedeutet, dass die beiden Variablen mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit vorkommen. Bei zwei Sternchen ist es eine 99-prozentige Wahrscheinlichkeit.

N gibt die Fallzahl wieder ("weiss nicht" und fehlende Werte werden für die Berechnung nicht berücksichtigt).

4

Der Fusszeile entnimmt man neben dem Zeitraum und der Anzahl der befragten Personen der Schweizer Befragung insgesamt, wie die verwendeten Variablen codiert sind. Die Bedeutung des Vorzeichens des Rangkorrelationskoeffizienten (positiver/negativer Zusammenhang) kann anhand dieser Codierung interpretiert werden.

Lesebeispiel: Das Geschlecht (in der Ausprägung 0=männlich und 1=weiblich) und die generelle Gesundheitskompetenz (von 0=minimal bis 50=maximal) weisen eine leichte, positive Korrelation auf (.068). Das heisst, dass Frauen eher eine höhere Gesundheitskompetenz haben als Männer. Der Zusammenhang kommt mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit auf.

Für multivariate Zusammenhänge zwischen einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen werden lineare Regressionen gerechnet, die als Tabellen dargestellt werden:

Tabelle 7

Regressionsmodell (Einschluss) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit soziodemografischen Variablen im Ländervergleich

1

2a	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
General-HL nach ...										
Geschlecht	.069	3a	.050 ^a	.094	.029 ^a	.021 ^a	.074	.119	.09	.063
Alter	-.113		-.14	-.016 ^a	-.173	-.153	-.019 ^a	.033 ^a	-.099	-.094
Bildungsniveau	.148	.058 ^a	.107	.102	.224	.138	.046 ^a	.113	.083	.131
finanzielle Deprivation	-.443	-.234	-.31	-.23	-.228	-.071	-.278	-.142	-.349	-.239
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	3b	.040 ^a	.108	.002 ^a	.111	.069	.228	.115	.068	.142
korrigiertes R ²	.228	.096	.247	.082	.289	.089	.19	.081	.208	.174

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

4

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft

1

Im Titel lässt sich ablesen, welche abhängige Variable anhand welcher unabhängigen Variablen erklärt wird. Zudem lässt sich ablesen, welche Methode (Einschluss oder schrittweise) verwendet wurde. Bei der Einschluss-Methode wird ein Modell mit sämtlichen unabhängigen Variablen berechnet, unabhängig von ihrer Signifikanz. Die schrittweise Methode nimmt nacheinander unabhängige Variablen ins Modell auf, beginnend mit der unabhängigen Variable mit der höchsten Korrelation mit der abhängigen Variable, dann mit der Variable mit der nächsthöheren Korrelation, bis keine Variable mehr signifikant ist. Es ist jeweils das zuletzt berechnete Modell dargestellt.

2

In der linken Spalte ist in der Kopfzeile (2a) die abhängige Variable angegeben, darunter die unabhängigen Variablen (2b).

3

Pro unabhängiger Variable wird der standardisierte Regressionskoeffizient β angegeben (3a). Der Wert kann zwischen -1 und $+1$ liegen. $+1$ bedeutet, dass ein perfekter, positiver Zusammenhang zwischen beiden Variablen besteht. -1 bedeutet, dass ein perfekter, negativer Zusammenhang zwischen beiden Variablen besteht. 0 bedeutet, dass beide Variablen vollständig voneinander unabhängig sind.

Bei der Einschluss-Methode sind alle Regressionskoeffizienten mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit signifikant, wenn sie nicht durch ein hochgestelltes α gekennzeichnet sind. Bei der schrittweisen Methode werden alle nicht-signifikanten Variablen (auf dem 95-Prozent-Signifikanzniveau) durch "n.s." gekennzeichnet (der Regressionskoeffizient wurde nicht berechnet).

Wurde eine Variable bewusst aus der Regression ausgeklammert, wird sie mit "n.g." (nicht gerechnet) gekennzeichnet (wenn mehrere Modelle in derselben Tabelle dargestellt sind).

In der untersten Zeile wird als Bestimmtheitsmass das korrigierte R^2 ausgegeben (3b). Es kann einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen, wobei 1 bedeutet, dass mit den Variablen im Modell 100 Prozent der Varianz der abhängigen Variable erklärt werden können.

4

Der Fusszeile entnimmt man neben dem Zeitraum und der Anzahl der befragten Personen der Schweizer Befragung insgesamt, wie die verwendeten Variablen codiert sind. Die Bedeutung des Vorzeichens des standardisierten Regressionskoeffizient β (positiver/negativer Zusammenhang) kann anhand dieser Codierung interpretiert werden.

Lesebeispiel: Das Geschlecht (in der Ausprägung 0 =männlich und 1 =weiblich) hat in diesem Modell (mit den weiteren unabhängigen Variablen Alter, Bildungsniveau, finanzielle Deprivation und sozialer Status) einen leichten, positiven Einfluss auf die generelle Gesundheitskompetenz ($.069$). Das heisst, dass Frauen eher eine höhere Gesundheitskompetenz haben als Männer, auch wenn man die weiteren unabhängigen Variablen im Modell berücksichtigt. Der Zusammenhang kommt mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit auf.

Alle multivariaten Regressionen wurden auf mögliche Multikollinearität untersucht. Wo diese Möglichkeit bestand, wurde das Modell angepasst. Alle signifikanten, ausgewiesenen Variablen weisen einen Varianzinflationsfaktor VIF von unter 2 aus⁴.

Alle Daten zu den acht HLS-EU-Ländern und dem HLS-EU Total entstammen aus dem HLS-EU-Bericht respektive dem Anhang zum Bericht.

⁴ Je nach Lehrbuch gilt die Faustregel, dass ab einem Wert von 5 oder 10 ein kritischer Wert erreicht ist.

3 Befunde

Die Ergebnisse aus den Teilstichproben 2 und 3 werden in Kapitel 3.6 behandelt. Kapitel 3.1 bis 3.5 beziehen sich ausschliesslich auf Teilstichprobe 1.

3.1 Prävalenz Gesundheitskompetenz

3.1.1 Einzelemente der Gesundheitskompetenz

Im Zentrum der Analyse stehen die 47 Items rund um die Gesundheitskompetenz. Wie in der der HLS-EU-Studie konnten die meisten Items von den Befragten beantwortet werden: Bei neun Items ist der Anteil "keine Antwort" leicht erhöht (Q1.9, Q1.11, Q1.34, Q1.38, Q1.40, Q1.41, Q1.45 je 6%, Q1.35, Q1.39 je 7%). Einziger Ausreisser ist – wie in der EU – die Informationsfindung über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Q1.36) mit 13 Prozent "keine Antwort".

Wie in der HLS-EU-Studie weist das Rufen eines Krankenwagens (Q1.15) mit 48 Prozent den höchsten und die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von medialen Informationen (Q1.12) mit 10 Prozent den tiefsten Anteil "sehr einfach" auf. Ebenso hat die Informationsfindung über die Auswirkungen politischer Veränderungen (Q1.35) mit 11 Prozent den höchsten und das Befolgen von Anweisungen (Q1.16) mit 0 Prozent den tiefsten Anteil "sehr schwierig". Auch das Verstehen von Gesundheitswarnungen (Q1.21), die Informationsfindung bei Unterstützungsmöglichkeiten über gesundheitsschädliches (Q1.17) und gesundheitsfördernden Verhalten (Q1.32) haben einen Anteil von 0 Prozent "sehr schwierig".

Wie in der HLS-EU-Studie ist das Befolgen von ärztlichen Anweisungen (Q1.16) auch in der Summe von sehr und ziemlich einfach (90%) das einfachste Item. Anders ist hingegen, dass das schwierigste Item die Beurteilung, welche Impfungen nötig sind (Q1.26), mit 48 Prozent sehr und ziemlich schwierig summiert ist.

Tabelle 8

Elemente Gesundheitskompetenz (Schweiz)

in % EinwohnerInnen in der Schweiz

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...	sehr schwierig	ziemlich schwierig	ziemlich einfach	sehr einfach	keine Antwort
Q1.1	... Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	2	19	56	21	2
Q1.2	... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	2	24	53	18	3
Q1.3	... herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?	4	23	49	22	2
Q1.4	... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Hinweis: z. B. Arzt, Apotheker, Psychologe)	1	14	52	29	4
Q1.5	... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	1	13	55	26	5
Q1.6	... die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?	3	23	55	16	3

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...	sehr schwierig	ziemlich schwierig	ziemlich einfach	sehr einfach	keine Antwort
Q1.7	... zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?	2	23	49	21	5
Q1.8	... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	1	9	56	30	4
Q1.9	... zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?	2	20	56	16	6
Q1.10	... Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	7	34	43	11	5
Q1.11	... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	4	29	48	13	6
Q1.12	... zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)	7	30	48	10	5
Q1.13	... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	1	15	63	17	4
Q1.14	... den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?	1	10	51	35	3
Q1.15	... im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?	1	9	40	48	2
Q1.16	... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	0	9	59	31	1
Q1.17	... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?	0	12	58	30	0
Q1.18	... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	4	23	52	18	3
Q1.19	... Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	1	22	52	20	5
Q1.20	... Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel?	2	19	51	23	5
Q1.21	... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	0	14	51	30	5
Q1.22	... zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?	2	28	42	23	5
Q1.23	... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	1	17	55	22	5
Q1.24	... zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z. B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?	2	22	49	23	4
Q1.25	... zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchten sollten, um sich untersuchen zu lassen?	2	23	48	22	5
Q1.26	... zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?	9	39	32	16	4
Q1.27	... zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	3	26	51	15	5
Q1.28	... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)	5	32	47	11	5

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...	sehr schwierig	ziemlich schwierig	ziemlich einfach	sehr einfach	keine Antwort
Q1.29	... zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?	7	31	32	26	4
Q1.30	... aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	2	19	51	24	4
Q1.31	... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Hinweis: Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	3	28	52	14	3
Q1.32	... Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden?	0	12	58	30	0
Q1.33	... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Hinweis: Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)	1	16	57	24	2
Q1.34	... Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte? (Hinweis: Minderung der Lärm- und Schadstoffbelastung; Schaffung von Grünflächen, Freizeiteinrichtungen)	5	27	47	15	6
Q1.35	... etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten? (Hinweis: Gesetzgebung, neue Vorsorgeprogramme, Regierungswechsel, Gesundheitsreformen etc.)	11	33	38	11	7
Q1.36	... sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?	1	21	44	21	13
Q1.37	... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	1	13	54	27	5
Q1.38	... Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?	7	28	47	12	6
Q1.39	... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Hinweis: Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	2	24	52	15	7
Q1.40	... Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?	2	23	52	17	6
Q1.41	... zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt? (Hinweis: Ihre Gemeinde, Ihre Nachbarschaft)	2	26	51	15	6
Q1.42	... zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?	1	18	60	16	5
Q1.43	... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? (Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	1	17	52	26	4
Q1.44	... Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	2	24	48	23	3
Q1.45	... einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?	4	16	42	32	6
Q1.46	... Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? (Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	2	23	53	19	3
Q1.47	... sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?	4	20	56	17	3

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Hinweis: Abgesehen von obenstehender Tabelle 8 sind die Prozentwerte aller folgenden Tabellen und Grafiken analog der HLS-EU-Studie immer OHNE "keine Antwort" berechnet.

Einzelelemente Vergleich Schweiz relativ zur HLS-EU-Studie

Dass Impfungen bezüglich Gesundheitskompetenz in der Schweiz eine besondere Rolle zukommt, zeigt sich im direkten Vergleich mit der HLS-EU-Studie: Im Durchschnitt haben die Befragten in der Schweiz kaum mehr Mühe mit den einzelnen Elementen der Gesundheitskompetenz, jedoch mit einer anderen Gewichtung. Bei drei Items ist der Anteil "sehr" und "ziemlich schwierig" deutlich erhöht im Vergleich zur EU: beurteilen, welche Impfungen nötig sind (Q1.26, 50% sehr und ziemlich schwierig, +17.3 Prozentpunkte im Vergleich zur EU; vgl. Tabelle 9), verstehen, warum Impfungen nötig sind (Q1.22, 32%, +15.4) und entscheiden, sich gegen Grippe zu impfen (Q1.29, 40%, +13.8). Bezüglich Impfungen ist die Schweizer Bevölkerung überdurchschnittlich verunsichert – nur in Bulgarien sind diese Elemente für die Bevölkerung noch schwieriger.

Weitere Elemente, bei denen die Schweizer Bevölkerung im Vergleich mehr Mühe hat: beurteilen, wann einen Arzt aufzusuchen (Q1.25, 27%, +10.7), beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind (Q1.24, 24%, +9.6) und verstehen, warum Vorsorgeuntersuchungen nötig sind (Q1.23, 19%, +8.6).

Diesen sechs Elementen ist gemein, dass sie dem Bereich **Krankheitsprävention** entstammen. Es handelt sich eher um die Arten **Beurteilen** und **Verstehen**. Auf Basis der Einzelelemente lässt sich in der Schweiz also eine vergleichsweise geringere Gesundheitskompetenz beim Beurteilen und Verstehen im Bereich Krankheitsprävention festhalten, mit dem thematischen Schwerpunkt Impfungen.

Tendenziell zählen zu diesen Elementen auch die Beurteilungen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen (Q1.43, 19%, +6.4) und inwiefern Informationen des Arztes oder der Ärztin zutreffen (Q1.9, 24%, +6.0).

Auf der anderen Seite haben die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz weniger Probleme damit, sich für die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens in der Wohnumgebung zu engagieren (Q1.47, 24%, –14.9), die Vertrauenswürdigkeit von krankheitsbezogenen Informationen in den Medien zu beurteilen (Q1.12, 39%, –10.7), Information zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Q1.36, 25%, –9.8), tendenziell auch zu Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen (Q1.18, 27%, –6.5) oder zu Auswirkungen politischer Veränderungen zu finden (Q1.35, 47%, –6.2), Entscheidungen mit Hilfe der ärztlichen Informationen zu treffen (Q1.13, 17%, –6.1) und aufgrund der Medienberichterstattung zu entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützt (Q1.31, 31%, –5.9).

Drei dieser sieben Elemente entstammen dem Bereich **Gesundheitsförderung**, drei dem Bereich **Krankheitsbewältigung**. Drei behandeln das **Finden** von Informationen.

Tabelle 9

Elemente Gesundheitskompetenz im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa, Anteil sehr schwierig und ziemlich schwierig

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total MW
Q1.1	... Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	21	28.5	40.4	20.9	24.9	23.6	16	7.5	21.4	22.8
Q1.2	... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	27	32.7	43.5	26.3	31.3	25.4	17.7	12.3	26.2	26.9
Q1.3	... herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?	27	29.4	34	19.2	34.8	13.8	17	13.4	13.3	21.8
Q1.4	... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Hinweis: z. B. Arzt, Apotheker, Psychologe)	16	13.4	17.9	14.1	14.4	8.6	9	4.7	13.3	11.9
Q1.5	... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	15	22.4	13.7	24.9	13.2	14.9	11.1	8.9	12.9	15.3
Q1.6	... die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?	27	37.5	29.3	48.3	24.4	31.5	17.7	13.1	20.8	28
Q1.7	... zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?	27	31.2	31.9	23.7	25.8	15.4	19.7	16.2	10	21.7
Q1.8	... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	10	9.2	9.3	7.5	7.3	5.9	4.6	2.1	6.1	6.5
Q1.9	... zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?	24	22.7	19.7	19.4	28.9	20.1	10.7	10	12.3	18
Q1.10	... Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	44	56.5	53.3	51.2	45.4	39.4	31.8	30.9	30.8	42.6
Q1.11	... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	35	48.6	49.6	43	31.9	30.8	36.4	44	24.1	38.6
Q1.12	... zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)	39	61.2	57.5	59.1	45.3	46.3	43.4	47.4	36	49.7
Q1.13	... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	17	31.9	30.4	30.3	17.5	24	14.2	19.2	16.7	23.1
Q1.14	... den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?	11	10.7	6.5	9.7	8.2	5.2	4.3	3.2	6.5	6.8
Q1.15	... im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?	10	6.2	18.3	3.9	15.1	8.4	4.2	4.7	9.8	8.8
Q1.16	... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	10	8.1	6.6	6.3	6.5	3.8	3.6	2.7	7	5.6

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total MW
Q1.17	... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?	12	20.5	26.2	14.2	16.4	11.5	11	2.8	15.3	14.7
Q1.18	... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	27	38.1	49.8	36.3	31.6	32.3	30.7	22	27.9	33.5
Q1.19	... Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	24	25.1	48.2	16.9	19.6	25.2	19.9	11.6	26.7	24
Q1.20	... Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel?	22	20.8	34.3	15.6	18.7	16.7	12.8	6.3	20.3	18.1
Q1.21	... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	15	16.1	14.5	10.3	15	6.7	7.5	1.8	11	10.3
Q1.22	... zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?	32	19.6	36.3	14.9	16.7	11.7	15.8	4.8	13.7	16.6
Q1.23	... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	19	12.6	18.4	8.5	6.5	8.4	12.3	3.7	12.9	10.4
Q1.24	... zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z. B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?	24	20.8	20.1	14	16.7	12.2	7.5	9.2	14.5	14.4
Q1.25	... zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchten sollten, um sich untersuchen zu lassen?	27	19.7	16.9	17.4	15	11	10.6	20.9	18.4	16.3
Q1.26	... zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?	50	34.5	62.4	29.9	32	25.2	26.6	23.2	29.2	32.7
Q1.27	... zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	30	24.2	43.1	19.7	15.5	20.5	28.3	23.2	27.7	25.1
Q1.28	... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)	39	49.3	47.2	54.6	40.2	35.8	36.2	44.9	27	42.1
Q1.29	... zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?	40	37.6	40.3	24.9	33.3	17.8	18.2	15.1	23.4	26.2
Q1.30	... aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	22	29.6	23.4	27.2	18.4	13.5	18	30.5	16.8	22.2

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total MW
Q1.31	... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Hinweis: Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	31	47.4	41.2	39.3	36.7	31.6	33.7	38.7	25.5	36.9
Q1.32	... Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden?	12	18.2	33.3	13.6	14.9	10.5	9.1	2.8	13.1	14.3
Q1.33	... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Hinweis: Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen, Pilates etc.)	18	25.8	45.1	24.5	16.7	16.1	19.6	13.6	20.4	22.6
Q1.34	... Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte? (Hinweis: Minderung der Lärm- und Schadstoffbelastung; Schaffung von Grünflächen, Freizeiteinrichtungen)	35	42.8	62.7	40	32.3	42.9	37.5	45.1	20	40.3
Q1.35	... etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten? (Hinweis: Gesetzgebung, neue Vorsorgeprogramme, Regierungswechsel, Gesundheitsreformen etc.)	47	61.6	71	60.3	44.2	49.9	43.1	55.7	40	53.2
Q1.36	... sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?	25	50.6	54.4	34.5	41	24.2	21.9	21.2	27.6	34.8
Q1.37	... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	14	19.7	13.2	15.6	12	7.9	11	13.3	10.9	13
Q1.38	... Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?	37	51.4	46.1	54.4	20.8	32.8	31.8	30.1	21.2	36.2
Q1.39	... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Hinweis: Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	27	31.5	30.8	29.6	19.3	25.3	20.6	13.6	15.3	23.3
Q1.40	... Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?	26	32.9	43.1	32.7	22.1	16.5	23.4	17.3	21.1	26.1
Q1.41	... zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt? (Hinweis: Ihre Gemeinde, Ihre Nachbarschaft)	30	37.5	31.1	29.3	17.2	15.6	23.2	28.8	13.9	24.6
Q1.42	... zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?	20	32.7	21.7	29.8	11.4	12.6	19.1	16.9	11.6	19.5
Q1.43	... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? (Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	19	20.7	20	12.1	8.3	5.7	16.9	5.4	12.1	12.6

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total MW
Q1.44	... Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	27	30.3	31.9	24.1	24.9	11.1	11.1	21.1	18.9	21.7
Q1.45	... einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?	21	21.1	58.4	12.1	30.4	19.6	10.9	10.4	32.8	24.1
Q1.46	... Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? (Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	26	30.2	41.2	21.1	32.7	23.8	14.4	19.6	21.7	25.5
Q1.47	... sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?	24	45.3	61.9	33	40.6	37.4	13.3	45.7	36.6	38.9

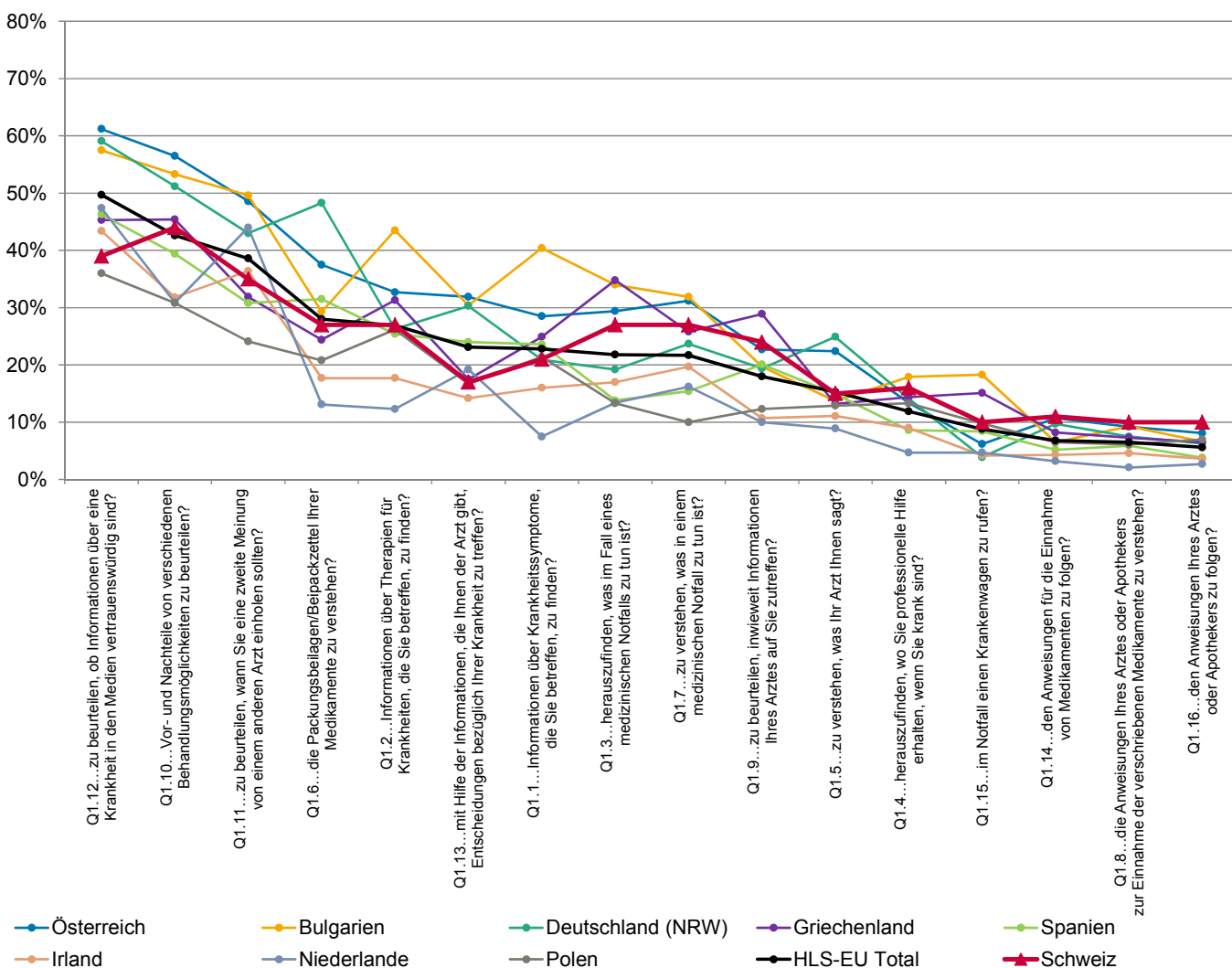
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Grafik 5

Elemente Krankheitsbewältigung (HC-HL) im Ländervergleich

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

in % EinwohnerInnen in Europa (Anteil sehr schwierig und ziemlich schwierig)



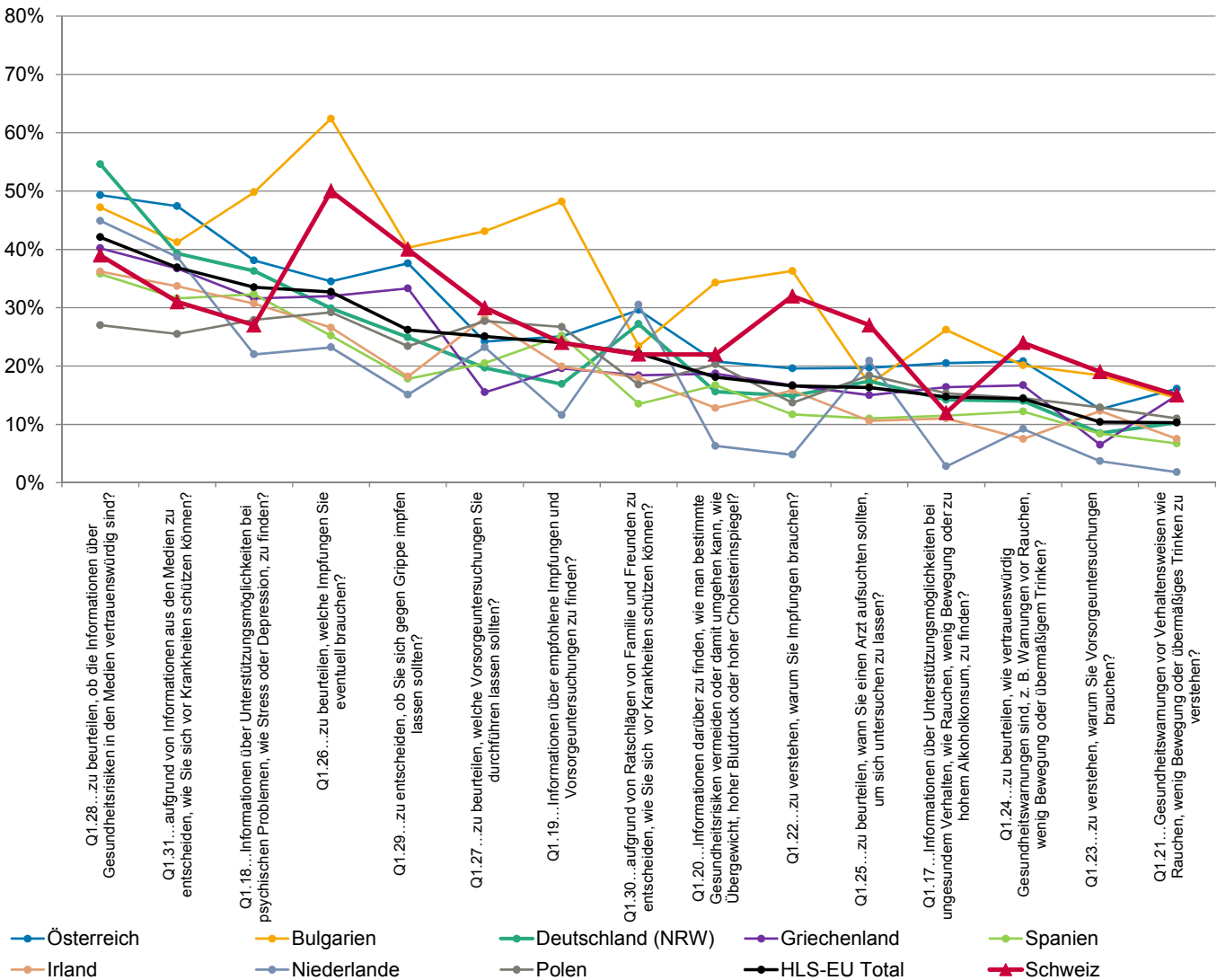
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Von den Elementen zur Krankheitsbewältigung ist für die Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner die Beurteilung der Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten (Q1.10, 44% sehr und ziemlich schwierig) am schwierigsten, gefolgt von der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von krankheitsbezogenen Informationen in den Medien (Q1.12, 39%). Letzteres ist allerdings klar weniger problematisch als in der EU. Tendenziell zu den problematischen Elementen zählt auch die Beurteilung, wann man eine Zweitmeinung einholen soll (Q1.11, 35%).

Wie in der EU sind die geringsten Probleme, den Anweisung zur Medikamenteneinnahme zu folgen (Q1.14, 11%), im Notfall einen Krankenwagen zu rufen (Q1.15, 10%), die Anweisungen von Arzt oder Apotheker zur Medikamenteneinnahme zu verstehen (Q1.8, 10%) und den Anweisungen von Arzt oder Apotheker zu folgen (Q1.16, 10%).

Elemente Krankheitsprävention (DP-HL) im Ländervergleich

"Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ..."
 in % EinwohnerInnen in Europa (Anteil sehr schwierig und ziemlich schwierig)



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Wie vorgängig erwähnt, stehen in der Schweiz – absolut und im Vergleich zur EU – bei den Elementen zur Krankheitsprävention vor allem Impfungen im Vordergrund: Es ist schwierig zu beurteilen, welche Impfungen man eventuell braucht (Q1.26, 50% sehr und ziemlich schwierig), zu entscheiden, sich gegen die Grippe impfen zu lassen (Q1.29, 40%), und zu verstehen, warum man Impfungen braucht (Q1.22, 32%).

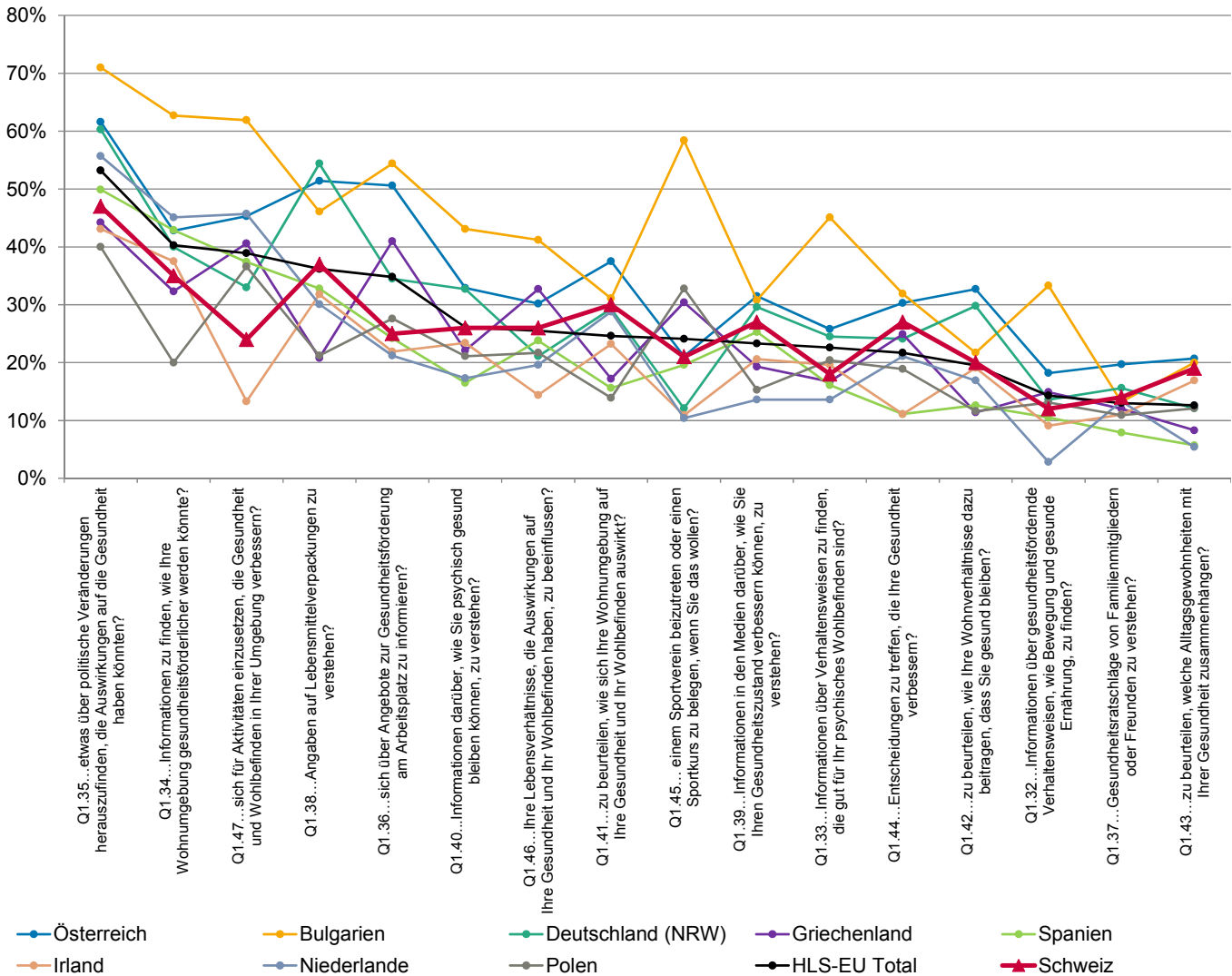
Weiter tut man sich schwer damit, zu beurteilen, ob die medial verbreiteten Informationen zu Gesundheitsrisiken vertrauenswürdig sind (Q1.28, 39%), wie man sich aufgrund dieser medial vermittelten Informationen vor Krankheiten schützen kann (Q1.31, 31%) und zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen man durchführen lassen soll (Q1.27, 30%).

Die geringsten Probleme zeigen sich beim Finden von Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten (Q1.17, 12%), an zweiter Stelle beim Verstehen von Gesundheitswarnungen vor ungesunden Verhaltensweisen (Q1.21, 15%).

Elemente Gesundheitsförderung (HP-HL) im Ländervergleich

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

in % EinwohnerInnen in Europa (Anteil sehr schwierig und ziemlich schwierig)



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Bei den Elementen zur Gesundheitsförderung tun sich die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz im Durchschnitt etwas weniger schwer als jene der EU.

Wie in der EU bereitet die grössten Probleme, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, welche Auswirkungen auf die Gesundheit haben können (Q1.35, 47% sehr und ziemlich schwierig). Zu den problematischeren Elementen zählt auch, die Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen (Q1.38, 37%), Informationen zu finden, wie die Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte (Q1.34, 35%) und zu beurteilen, wie sich die Wohnumgebung auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken (Q1.41, 30%).

Hingegen kaum Probleme zeigen sich beim Finden von Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (Q1.32, 12%) und dem Verstehen von Gesundheitsratschlägen von Familienmitgliedern und Freunden (Q1.37, 14%).

3.1.2 Indexbildung

Aus den 47 Items lassen sich 20 verschiedene Indices berechnen:

- Ein Index zur generellen Gesundheitskompetenz (General-HL) aus allen 47 Items
- Drei spezifische Sub-Indices für die drei Bereiche Krankheitsbewältigung (HC-HL), Krankheitsprävention (DP-HL) und Gesundheitsförderung (HP-HL) aus je 15 resp. 16 Items
- Vier spezifische Sub-Indices für die vier Arten Informationen finden (FHI), Informationen verstehen (UHI), Informationen beurteilen (JHI) und Informationen anwenden (AHI) aus je 11 bis 13 Items
- 12 spezifische Sub-Sub-Indices für jede Art pro Bereich (vgl. Tabelle 2) aus je drei bis fünf Items

Das Schwergewicht dieses Berichts liegt wie im HLS-EU-Bericht auf der generellen Gesundheitskompetenz, teilweise auch auf den Sub-Indices der drei Bereiche. Für die Übersicht, welche Items zu welchen (Sub-)Sub-Indices zugeordnet werden, verweisen wir auf den HLS-EU-Bericht.

Tabelle 10

Befragte mit gültigem Index-Wert für die vier Indices im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa

		Index generelle Gesundheits- kompetenz (General-HL)	Index Krankheits- bewältigung (HC-HL)	Index Krankheits- prävention (DP-HL)	Index Gesundheits- förderung (HP-HL)
Schweiz	Valid	92.5	92.5	92.9	90.2
	Missing	7.5	7.5	7.1	9.8
Österreich	Valid	96.5	98.1	96.7	93.7
	Missing	3.5	1.9	3.3	6.3
Bulgarien	Valid	92.3	95.4	92.3	90.0
	Missing	7.7	4.6	7.7	10.0
Deutschland (NRW)	Valid	98.8	98.5	99.1	95.4
	Missing	1.2	1.5	0.9	4.6
Griechenland	Valid	99.8	99.8	99.3	99.4
	Missing	0.2	0.2	0.7	0.6
Spanien	Valid	97.4	98.1	98.6	95.3
	Missing	2.6	1.9	1.4	4.7
Irland	Valid	95.5	96.8	94.3	95.6
	Missing	4.5	3.2	5.7	4.4
Holland	Valid	97.1	97.1	97.4	95.7
	Missing	2.9	2.9	2.6	4.3
Polen	Valid	92.1	94.6	92.0	89.4
	Missing	7.9	5.4	8.0	10.6
HLS-EU Total	Valid	96.2	97.3	96.3	94.3
	Missing	3.8	2.7	3.7	5.7

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Für die Auswertung wurden jeweils nur Befragte verwendet, welche mindestens 80 Prozent der jeweiligen Items inhaltlich beantwortet haben (also ohne

"keine Antwort"). Für alle vier wichtigen Haupt-Indices sind damit mindestens 90 Prozent der Befragten in der Auswertung enthalten.

Die Indices wurden analog zum HLS-EU-Bericht berechnet: Aus den inhaltlich beantworteten Items eines Index, wurden individuelle Mittelwerte gerechnet, wobei "sehr einfach" 4, "ziemlich einfach" 3, "ziemlich schwierig" 2 und "sehr schwer" 1 Punkt gab. Davon wurde 1 abgezogen, multipliziert mit 50, dividiert durch 3:

$$Index = (Mittelwert - 1) \times \left(\frac{50}{3}\right)$$

Dadurch erstreckt sich jeder Index von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 50.

In der HLS-EU-Studie haben sich die Indices als konsistent erwiesen. Auch in der Schweizer Studie ergibt sich ein hohes Cronbachs Alpha, das nicht schlechter ist als die Werte in den Niederlanden:

Tabelle 11

Cronbachs Alpha für vier Indices im Ländervergleich

	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
General-HL	0.94	0.96	0.97	0.96	0.97	0.96	0.97	0.95	0.98	0.97
HC-HL	0.88	0.90	0.93	0.91	0.92	0.89	0.91	0.88	0.94	0.91
DP-HL	0.88	0.90	0.93	0.91	0.92	0.89	0.91	0.87	0.94	0.91
HP-HL	0.87	0.90	0.93	0.90	0.93	0.89	0.93	0.88	0.95	0.92

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Wie in der HLS-EU-Studie korrelieren alle Items mit ihren jeweiligen Indices mit mindestens 0.3.

In der Schweiz bewegt sich der Mittelwert der vier Haupt-Indices nahe beieinander. Am tiefsten ist der Index Krankheitsprävention DP-HL (32.5), was mit der vorherigen Beobachtung auf Ebene der Einzelelemente übereinstimmt. Den höchsten Wert hat der Index Krankheitsbewältigung HC-HL (33.6). Dazwischen liegt der Index Gesundheitsförderung HP-HL (32.7), der also sogar leicht über dem EU-Wert liegt. Die generelle Gesundheitskompetenz liegt bei 33.0.

Die Standardabweichungen sind in der Schweiz leicht kleiner als in der EU, was bedeutet, dass die Werte stärker "eingemittelt" sind und es weniger Ausreisser nach oben und unten gibt.

Tabelle 12

Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) der vier Indices im Ländervergleich

		Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
General-HL	MW	33.0	32	30.5	34.5	33.6	32.9	35.2	37.1	34.5	33.8
	SD	6.5	7.6	9.2	7.9	8.5	6.1	7.8	6.4	8.0	8.0
HC-HL	MW	33.6	32.8	32.8	34.8	34.1	33.2	36.3	38	35.4	34.7
	SD	7.1	8.3	9.5	8.5	8.7	6.7	7.8	6.8	8.1	8.3
DP-HL	MW	32.5	32.6	30.4	35.8	34	33.2	35.1	37.7	34.1	34.2
	SD	7.7	8.5	10.1	8.8	9.1	6.7	8.5	7.1	9.0	8.8
HP-HL	MW	32.7	30.5	27.9	32.9	32.7	32.2	34.0	35.7	33.8	32.5
	SD	7.2	8.8	10.2	8.9	9.6	6.9	9.7	7.6	8.8	9.1

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Tabelle 13

Pearson-Korrelationskoeffizient aller Indices (Schweiz)

	GEN-HL	HC-HL	DP-HL	HP-HL	FHI	UHI	JUI	AHI	HC-FHI	HC-UHI	HC-JUI	HC-AHI	DP-FHI	DP-UHI	DP-JUI	DP-AHI	HP-FHI	HP-UHI	HP-JUI	HP-AHI	
GEN-HL	1																				
HC-HL	0.89	1																			
DP-HL	0.91	0.73	1																		
HP-HL	0.89	0.68	0.73	1																	
FHI	0.91	0.83	0.82	0.83	1																
UHI	0.90	0.82	0.81	0.81	0.78	1															
JUI	0.90	0.82	0.85	0.77	0.75	0.73	1														
AHI	0.91	0.79	0.84	0.85	0.78	0.79	0.76	1													
HC-FHI	0.73	0.84	0.61	0.52	0.81	0.59	0.63	0.61	1												
HC-UHI	0.72	0.83	0.56	0.55	0.64	0.83	0.58	0.62	0.57	1											
HC-JUI	0.69	0.80	0.51	0.53	0.56	0.56	0.81	0.54	0.56	0.54	1										
HC-AHI	0.78	0.81	0.69	0.61	0.71	0.72	0.62	0.83	0.58	0.62	0.45	1									
DP-FHI	0.77	0.64	0.82	0.64	0.87	0.68	0.60	0.69	0.58	0.51	0.40	0.63	1								
DP-UHI	0.72	0.56	0.82	0.57	0.64	0.79	0.58	0.67	0.45	0.48	0.30	0.64	0.66	1							
DP-JUI	0.80	0.66	0.88	0.60	0.64	0.65	0.89	0.67	0.55	0.46	0.56	0.54	0.56	0.61	1						
DP-AHI	0.70	0.54	0.79	0.58	0.59	0.59	0.62	0.78	0.43	0.42	0.43	0.50	0.53	0.52	0.60	1					
HP-FHI	0.73	0.52	0.58	0.85	0.83	0.62	0.59	0.63	0.40	0.41	0.42	0.49	0.56	0.45	0.45	0.48	1				
HP-UHI	0.74	0.57	0.58	0.81	0.62	0.82	0.61	0.63	0.40	0.48	0.50	0.48	0.48	0.43	0.50	0.49	0.62	1			
HP-JUI	0.74	0.54	0.62	0.82	0.65	0.61	0.72	0.67	0.44	0.41	0.39	0.52	0.53	0.51	0.52	0.47	0.62	0.54	1		
HP-AHI	0.73	0.55	0.57	0.82	0.61	0.60	0.59	0.85	0.45	0.45	0.40	0.50	0.51	0.45	0.47	0.46	0.52	0.53	0.59	1	

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Die Korrelation zwischen den Indices ist auch in der Schweizer Stichprobe hoch und im Vergleich zur EU nur geringfügig tiefer. Der Index zur generellen Gesundheitskompetenz korreliert mit den zwölf Sub-Sub-Indices mit einem Wert zwischen 0.69 und 0.80, mit den drei Bereichs-Indices mit 0.89 bis 0.91.

Tabelle 14

Deskriptive Statistik und Perzentile für die vier Indizes (Schweiz)

		Index generelle Gesundheits- kompetenz (General-HL)	Index Krankheits- bewältigung (HC-HL)	Index Krankheits- prävention (DP-HL)	Index Gesundheits- förderung (HP-HL)
N	Valid	1028	1032	1032	996
	Missing	79	75	75	111
Mittelwert		33.0	33.6	32.5	32.7
Standardfehler des Mittelwerts		0.20	0.22	0.24	0.22
Median		32.6	33.3	32.2	33.3
Modus		33.3	33.3	33.3	33.3
Standardabweichung		6.5	7.1	7.7	7.2
Schiefe		-0.132	-0.396	-0.005	-0.198
Standardfehler Schiefe		0.076	0.076	0.076	0.077
Kurtosis		0.989	1.160	0.129	0.547
Standardfehler Kurtosis		0.153	0.153	0.153	0.155
Spannweite		50	50	50	50
Minimum		0	0	0	0
Maximum		50	50	50	50
Perzentile	10	26.2	26.0	23.3	24.0
	20	28.6	29.2	26.7	27.8
	25	29.4	30.0	27.8	28.6
	30	30.1	31.0	28.6	30.0
	40	31.6	32.3	30.0	31.3
	50	32.6	33.3	32.2	33.3
	60	34.0	34.4	34.4	34.4
	70	35.5	36.5	36.7	35.6
	75	36.5	37.5	37.8	36.6
	80	37.6	38.5	38.9	37.8
90	41.5	42.7	42.2	41.7	

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Obenstehende Tabelle zeigt den Mittelwert, Median und Modus für die vier Haupt-Indices in der Schweiz. Diese liegen allen sehr nahe beieinander (jeweils zwischen 32 und 34), wie in der HLS-EU-Studie.

Die General-HL, HC-HL und HP-HL sind wie in der HLS-EU-Studie linksschief (negative Schiefe). Die Schiefe der DP-HL ist nahe bei 0, also anders als in der EU weder links- noch rechtsschief. Vor allem die HC-HL und die General-HL weisen eine höhere Kurtosis als in der HLS-EU-Studie auf. Ein positiver Wert spricht für eine schmalgipflige Verteilung, das heisst, dass die Verteilung in der Schweiz einen schmaleren Gipfel aufweist, was auch ein Blick auf die nachfolgenden Grafiken zeigt.

Um die Indices besser kommunizieren zu können, ist es sinnvoll, sie in vier Kategorien zu teilen. Die HLS-EU-Studie hat hierzu folgende Schwellenwerte definiert:

- unzureichend (inadequate, 0 bis 25 Punkte, d.h. weniger als 1/2 der Punkte)

- problematisch (problematic, mehr als 25 bis 33 Punkte, d.h. bis ca. 2/3 der Punkte)
- ausreichend (sufficient, mehr als 33 bis 42 Punkte, d.h. bis ca. 5/6 der Punkte)
- ausgezeichnet (excellent, mehr als 42 bis 50 Punkte)

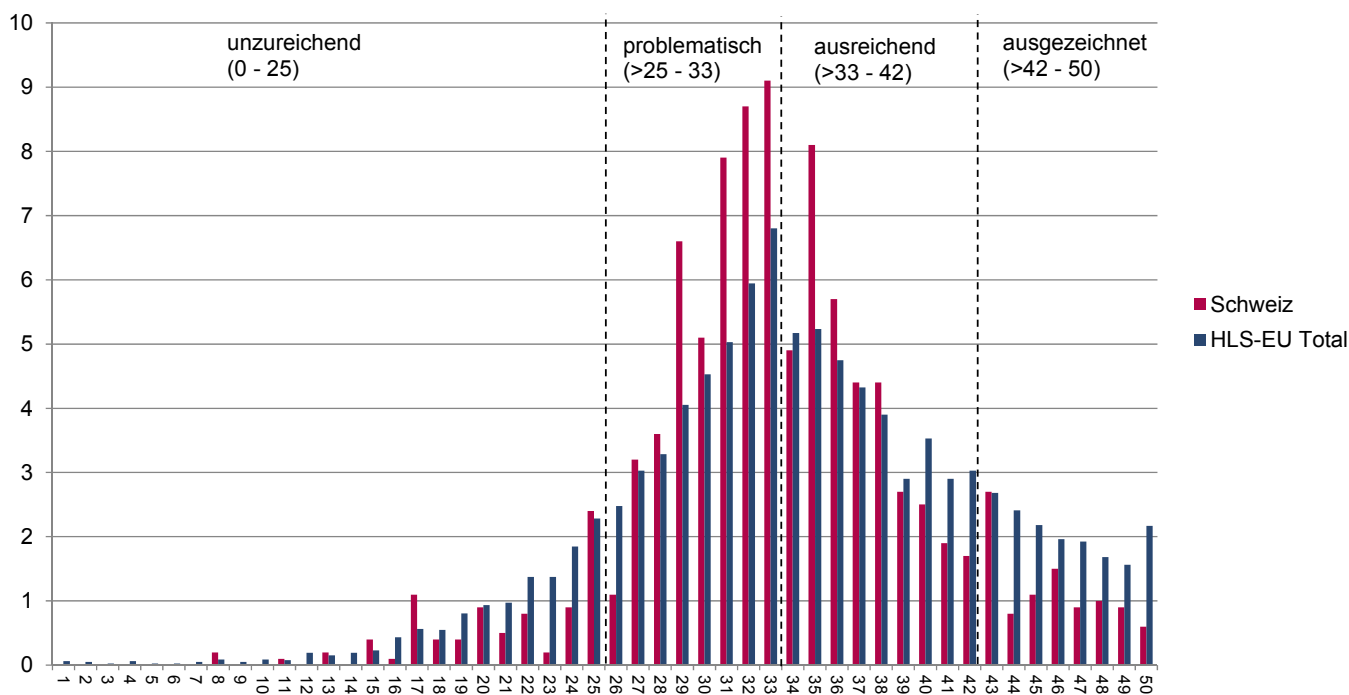
Die unzureichende und problematische Gesundheitskompetenz wird auch als begrenzte (limited) Gesundheitskompetenz zusammengefasst.

Die Definition der Schwellenwerte ist letztlich arbiträr. Dadurch, dass ein Schwellenwert bei 33 Punkten gesetzt ist und auch der Modus, Median und Mittelwert nahe daran liegen, verdeutlicht das Problem: Läge der Schwellenwert nur um 1 Punkt tiefer oder höher, kann sich der Anteil einer Kategorie um mehrere Prozentpunkte (Beispiel HC-HL um bis zu 13 Prozentpunkte) verringern oder erhöhen. Zur Vergleichbarkeit mit der Studie verwenden wir dieselben Schwellenwerte wie in der HLS-EU-Studie.

Grafik 8

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL)

in % EinwohnerInnen in Europa

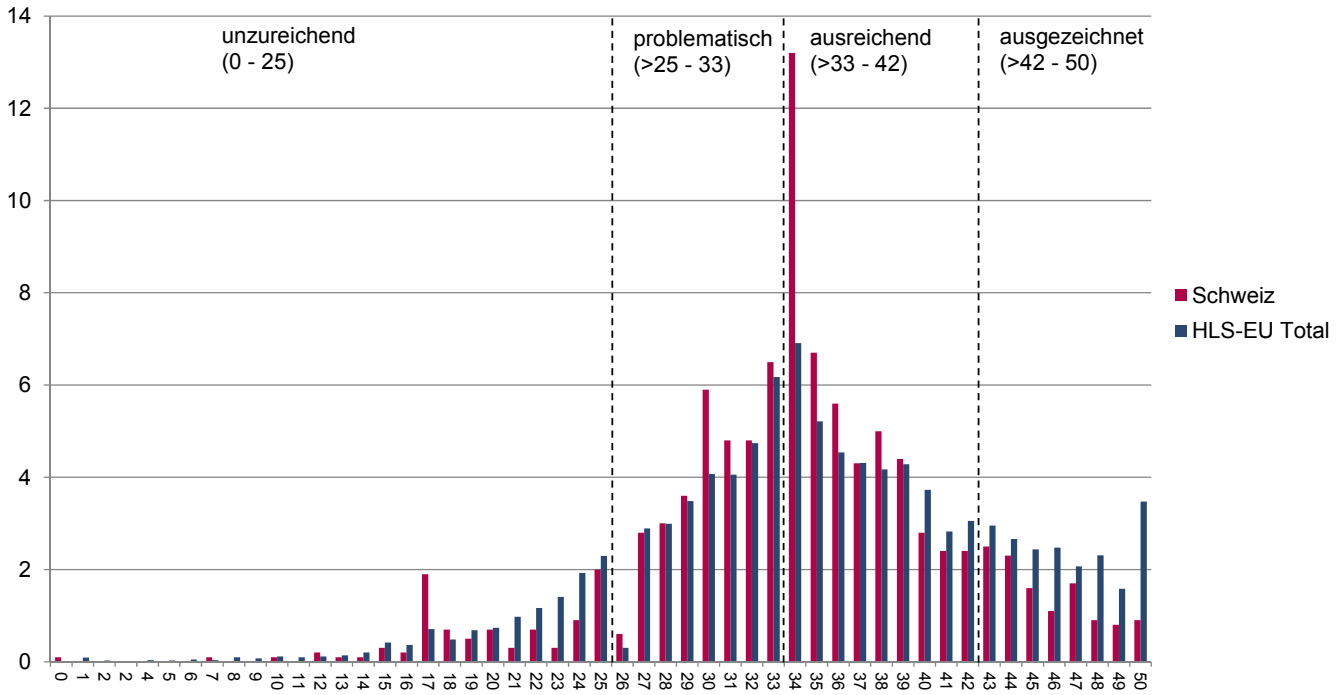


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Grafik 9

Index Krankheitsbewältigung (HC-HL)

in % EinwohnerInnen in Europa

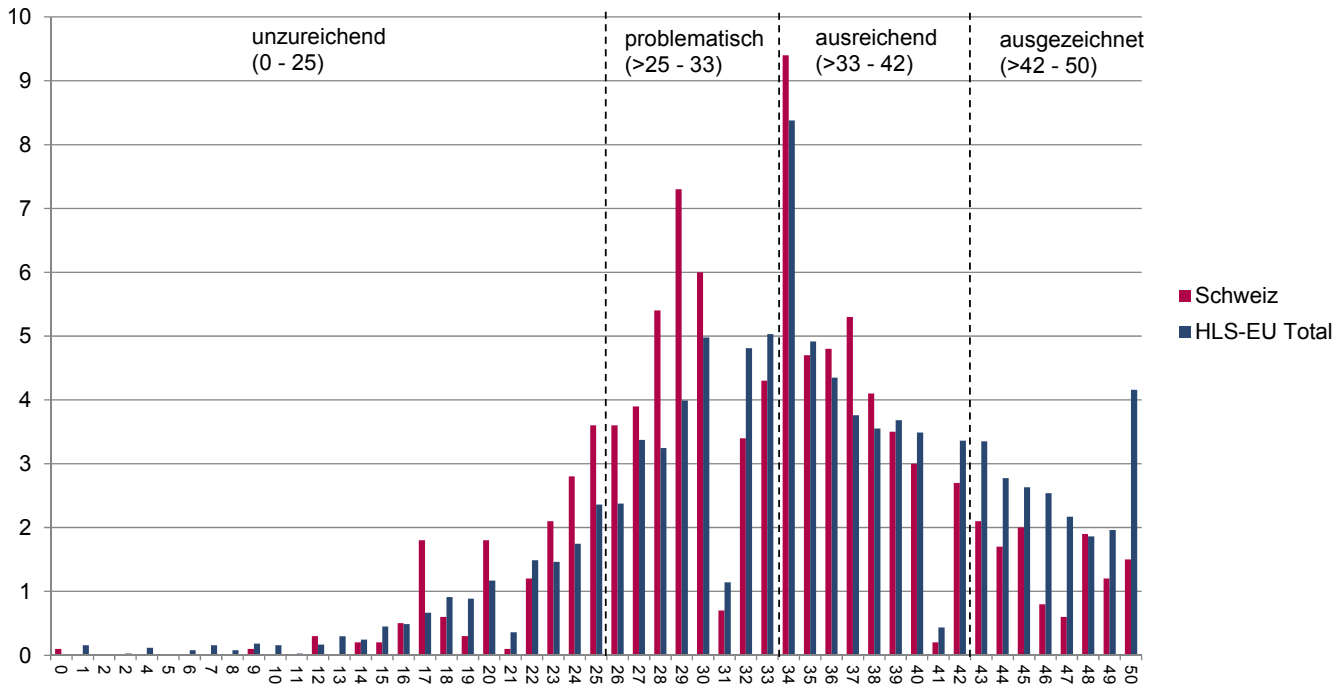


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Grafik 10

Index Krankheitsprävention (DP-HL)

in % EinwohnerInnen in Europa

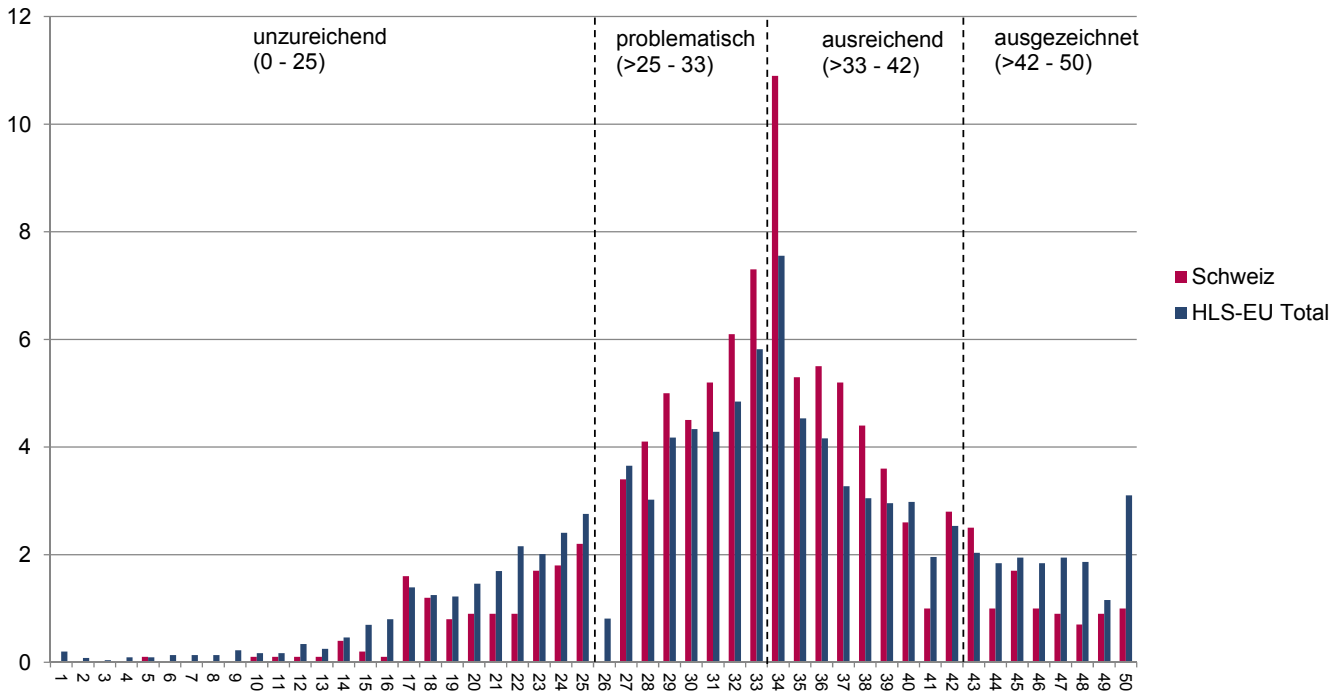


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Grafik 11

Index Gesundheitsförderung (HP-HL)

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

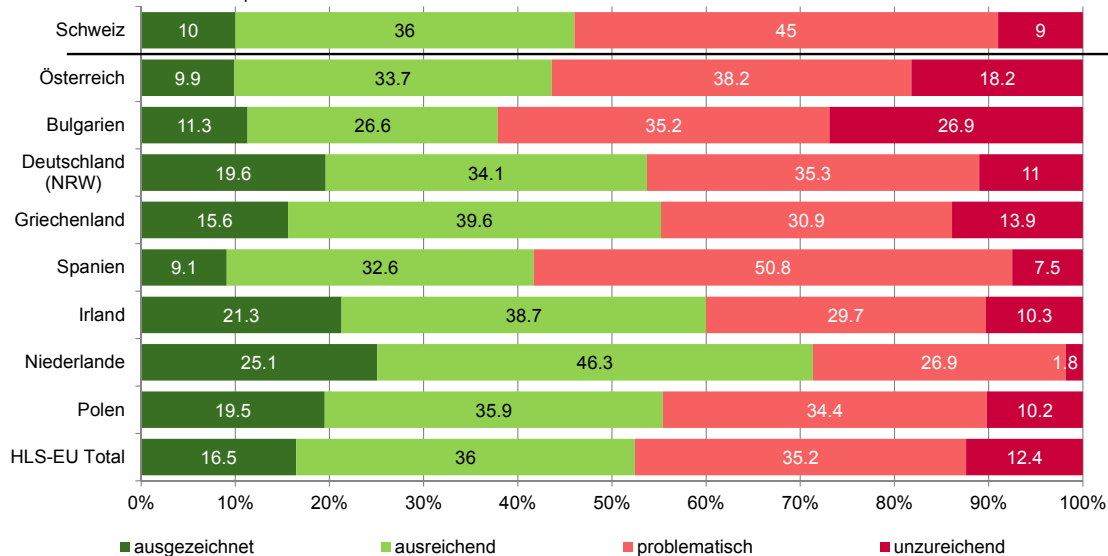
3.1.3 Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich

Die generelle Gesundheitskompetenz von Schweizer Einwohnern und Einwohnerinnen ab 15 Jahren ist leicht unter dem Mittel der acht europäischen Vergleichsländer:

Grafik 12

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

So zeigt der Index zur generellen Gesundheitskompetenz (General-HL) für Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz eine knapp mehrheitliche problematische (45%) oder unzureichende (9%) Gesundheitskompetenz. Damit ist begrenzte Gesundheitskompetenz auch in der Schweiz ein gewichtiges Phänomen – und dies sogar leicht über dem europäischen Mittel.

Auf der anderen Seite weisen 10 Prozent eine ausgezeichnete und 36 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz auf. Damit liegt die Schweiz im europäischen Vergleich im hinteren Mittelfeld, vor Bulgarien, Spanien und Österreich. Vom Spitzenreiter Niederlande mit über 71 Prozent ausgezeichneter oder ausreichender Gesundheitskompetenz ist die Schweiz deutlich entfernt.

Kurz vor Publikation dieses Bericht wurden erstmals auch Ergebnisse für Deutschland insgesamt⁵ (anstatt nur Nordrhein-Westfalen) veröffentlicht: In Deutschland weisen 7.3 Prozent eine ausgezeichnete, 38.4 Prozent eine ausreichende, 44.6 eine problematische und 9.7 Prozent eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Damit weist Deutschland insgesamt (anders als NRW) eine sehr ähnliche generelle Gesundheitskompetenz auf wie die Schweiz.

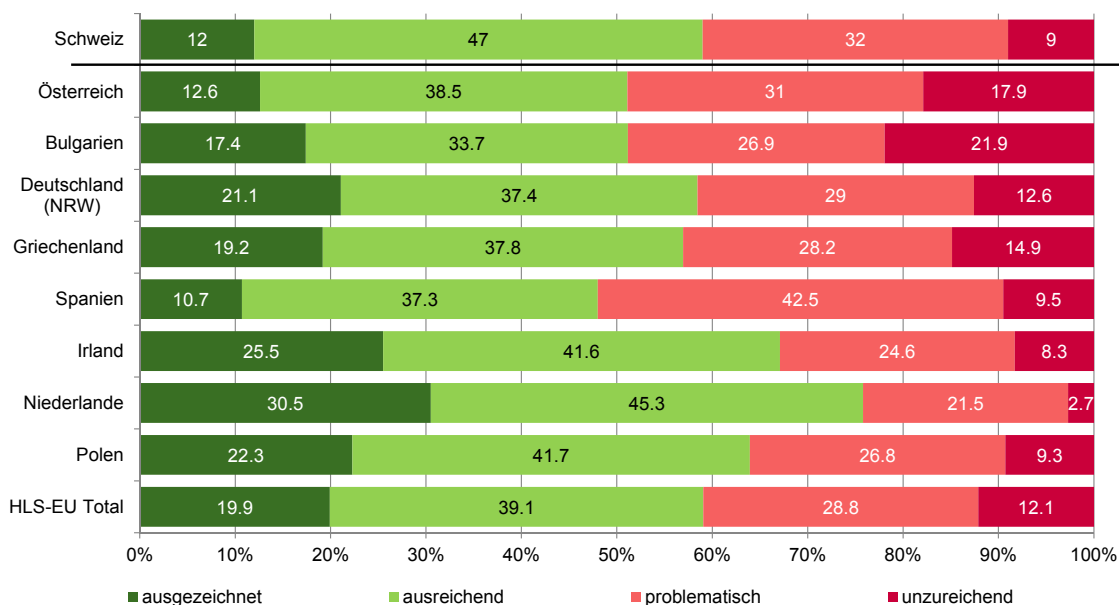
Positiv gilt es festzuhalten, dass unter die schlechteste Kategorie "unzureichend" nur 9 Prozent fallen. Mit Ausnahme der Niederlande und Irland ist das ein vergleichsweise tiefer Wert. Das spricht dafür, dass die Verteilung "eingemittelt" ist, wie vorgängig festgehalten. Es gibt nur wenige Ausreisser nach oben oder unten. Die meisten Einwohnerinnen und Einwohner befinden sich im Grenzbereich zwischen einer problematischen und ausreichenden Gesundheitskompetenz. Das heisst, viele sind (potenziell) von mangelnder Gesundheitskompetenz betroffen, aber nur sehr wenige haben ein aussergewöhnlich grosses Defizit.

Diese generelle Aussage zur unterdurchschnittlichen Gesundheitskompetenz in der Schweiz stimmt allerdings nicht für alle drei Bereichs-Sub-Indices gleichermaßen. So ist die Kompetenz in der Krankheitsbewältigung und bei der Gesundheitsförderung mehrheitlich mindestens ausreichend und ziemlich genau im Schnitt der betrachteten Vergleichsländer:

Grafik 13

Index Krankheitsbewältigung (HC-HL) im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

⁵ "Health Literacy – Gesundheitskompetenz: 1. Repräsentative Studie für Deutschland", <http://blog.careum.ch/koproduktion-19-2/>

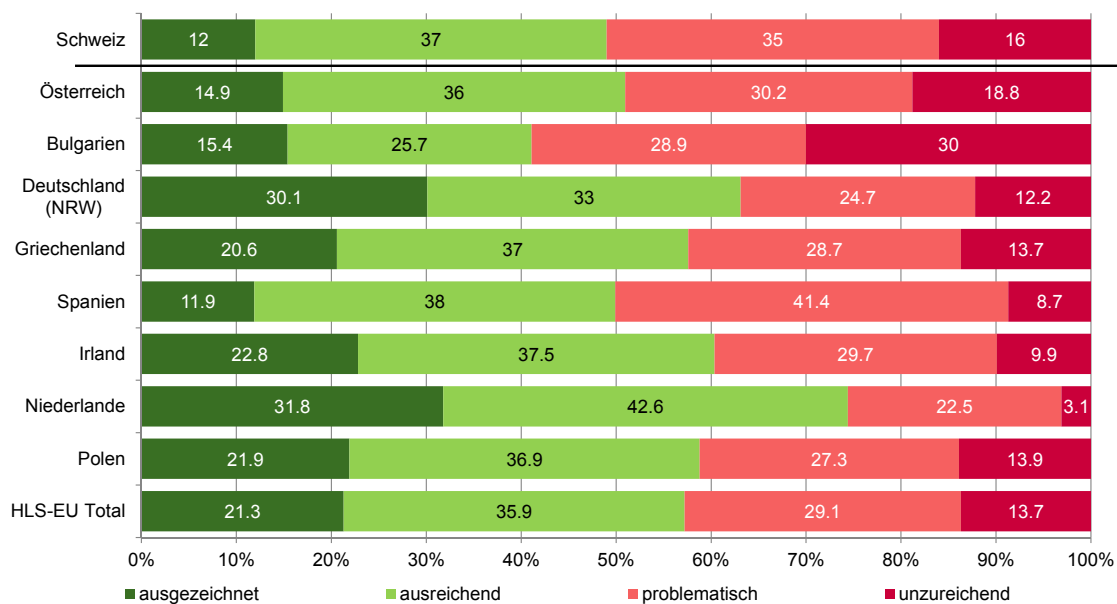
12 Prozent haben eine ausgezeichnete, 47 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung (HC-HL). In der Summe entspricht dies dem HLS-EU-Total. Bei 32 Prozent ist eine problematische, bei 9 Prozent eine unzureichende Kompetenz in diesem Bereich festzustellen. Wiederum sind die oberen und unteren Extreme gegenüber den europäischen Vergleichsländern unterdurchschnittlich vorhanden.

Nur die Niederlande, Irland und tendenziell auch Polen weisen eine bessere Gesundheitskompetenz zur Krankheitsbewältigung auf. Die Schweiz hat ähnlich hohe Werte wie Deutschland (NRW) und Griechenland. Spanien, Bulgarien und Österreich liegen zurück.

Grafik 14

Index Krankheitsprävention (DP-HL) im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

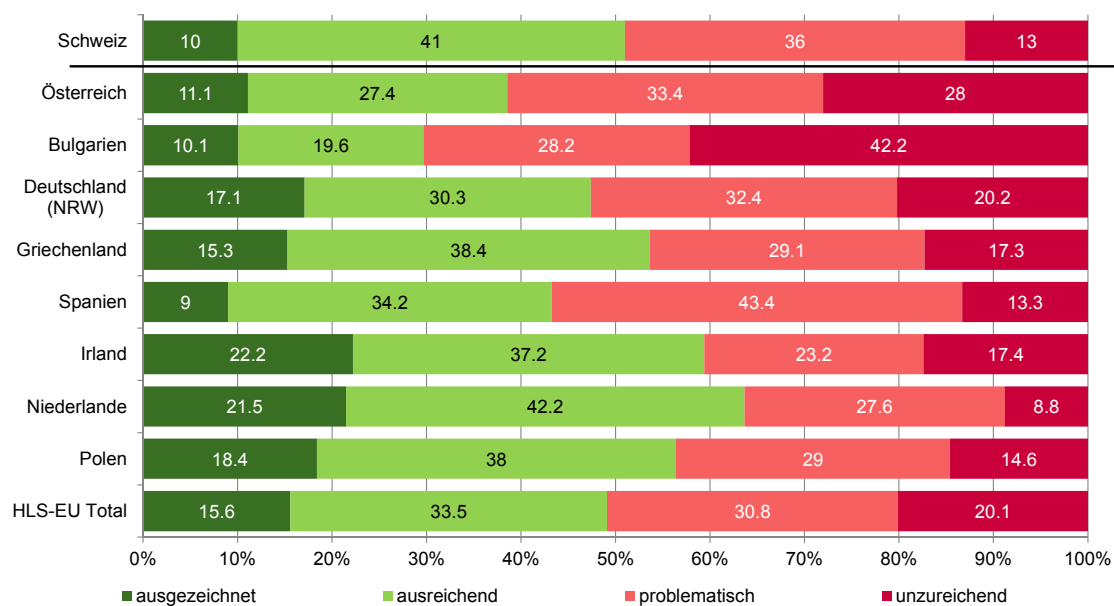
Unter dem europäischen Vergleichswert und mehrheitlich problematisch (35%) bis unzureichend (16%) ist hingegen in der Schweiz die Kompetenz in der Krankheitsprävention (DP-HL). 12 Prozent haben eine ausgezeichnete, 37 Prozent eine ausreichende Kompetenz in diesem Bereich.

Nur Bulgarien steht in diesem Index schlechter da als die Schweiz. Österreich und Spanien haben vergleichbare Werte. Alle anderen Länder liegen darüber, wobei wie bei allen Indices die Niederlande die Spitzenposition einnimmt.

Mit 16 Prozent unzureichender Kompetenz ist in diesem Bereich auch diese Extremkategorie überdurchschnittlich stark vertreten. Somit verdichtet sich das Bild, dass vor allem der Bereich Krankheitsprävention (mit Schwerpunkt beim Thema Impfungen) ein blinder Fleck in der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung darstellt.

Index Gesundheitsförderung (HP-HL) im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Auch beim Index zur Gesundheitsförderung (HP-HL) kann die Schweiz mit den europäischen Ländern mithalten, sie liegt in der Summe von ausgezeichneter (10%) und ausreichender Kompetenz (41%) sogar leicht über dem europäischen Durchschnitt – wobei die Differenz innerhalb des Stichprobenfehlers liegt. 36 Prozent haben eine problematische, 13 Prozent eine unzureichende Kompetenz in diesem Bereich.

Wie beim Index zur Krankheitsbewältigung liegen die Niederlande, Irland und Polen vor der Schweiz. Griechenland liegt knapp davor, Deutschland (NRW) knapp dahinter. Spanien und Österreich liegen zurück. Bulgarien ist das Schlusslicht.

3.2 Sozioökonomische und -demografische Determinanten der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz stützt sich in der Schweiz im Kern auf die gleichen soziostrukturellen Determinanten, wie dies auch unter den acht untersuchten europäischen Ländern sichtbar wurde:

Tabelle 15

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und soziodemografischen Variablen im Ländervergleich

General-HL und ...		Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Geschlecht	r	.068*	.044	.022	.064*	-.039	.019	.088**	.094**	.068*	.046**
	N	1028	1007	1005	1161	1043	1009	972	992	1044	8233
Alter	r	-.042	-.142**	-.232**	.039	-.305**	-.205**	-.007	.097**	-.221**	-.121**
	N	1028	1007	1005	1161	1043	1009	972	992	1044	8233
Migrationshintergrund⁶	r	-.076*	-.014	-.016	-.065*	.010	-.004	.016	.029	.042	.006
	N	1028	1006	1000	1160	1043	1009	964	991	1042	8215
Bildungsniveau	r	.213**	.168**	.250**	.156**	.399**	.239**	.184**	.157**	.240**	.239**
	N	1027	1007	999	1155	1043	1009	963	988	1043	8207
finanzielle Deprivation	r	-.312**	-.260**	-.415**	-.282**	-.377**	-.128**	-.352**	-.141**	-.417**	-.300**
	N	976	947	946	1117	1032	981	917	968	984	7892
sozialer Status (Selbst.)¹	r	-.193**	.159**	.374**	.103**	.335**	.170**	.329**	.175**	.285**	.291**
	N	915	931	986	1110	1019	995	907	970	1016	7934
sozialer Status (Index)¹	r	.102**									
	N	880									
Erwerbsstatus	r	.036	-.146**	-.252**	-.018	-.250**	-.146**	-.029	-.035	-.155**	-.119**
	N	1028	993	999	1159	1043	1006	960	959	1042	8161

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

¹ Selbsteinschätzung des sozialen Status basiert auf einer direkten Frage, bei welcher die Befragten ihre Stellung in der Gesellschaft auf einer 10er-Skala angeben; Index basiert auf Bildung und Einkommen in Anlehnung an Winkler und Stolzenberg (2009)⁷, nur für die Schweiz berechnet

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status (Selbsteinschätzung) von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // sozialer Status (Index) von 2=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 14=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Erwerbsstatus von 1=Vollzeit bis 5=pensioniert

Die höchste Korrelation mit der Gesundheitskompetenz weist auch in der Schweiz die finanzielle Deprivation auf (r = -.312), sogar leicht stärker als in der EU. Je höher die Deprivation, desto geringer die Gesundheitskompetenz.

⁶ Definition gemäss "Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitserhebungen" des BAG: mindestens ein Elternteil im Ausland geboren

⁷ Winkler, Joachim und Stolzenberg, Heribert (2009): Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. In: Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers, Heft 07/2009.

Der zweitstärkste Einfluss findet sich bei der Bildung (.213), wobei der Wert fast so hoch ist wie in der HLS-EU-Studie insgesamt. Mit zunehmendem Bildungsgrad (gemessen in ISCED-Levels) steigt die generelle Gesundheitskompetenz. Der Effekt ist nicht ganz so stark wie in Spanien, Bulgarien, Polen und vor allem Griechenland, aber stärker als in Irland, Österreich, den Niederlanden oder Deutschland (NRW).

Die drittstärkste Korrelation ist der selbstverortete soziale Status (-.193). Letzterer korreliert jedoch negativ (höherer sozialer Status bedeutet tiefere Gesundheitskompetenz), während in den acht HLS-EU-Ländern jeweils ein positiver Zusammenhang festzustellen ist. Zur Kontrolle dieses Ergebnisses haben wir aufgrund der Bildungs- und der Einkommensvariable einen Index zum sozialen Status gebildet. Einerseits korreliert dieser Index positiv mit der Selbsteinschätzung (.317); das spricht dafür, dass die Selbsteinschätzung kein vollständig falscher Indikator ist. Andererseits korreliert der Index (schwach) positiv mit der generellen Gesundheitskompetenz (.102), was dafür spricht, dass die Selbsteinschätzung potenziell etwas anderes misst. Aus drei Gründen verwenden wir in den weiteren Berechnungen trotzdem den selbsteingeschätzten Sozialstatus: Erstens für die Vergleichbarkeit mit der HLS-EU-Studie. Zweitens weil der Index selbst nur unvollständig ist, da er die Stellung im Beruf nicht beinhaltet.⁸ Drittens würde der so berechnete Index in multivariaten Regressionen insbesondere den Effekt der Bildungsvariable künstlich relativieren, da diese gleichzeitig auch im Index enthalten ist.

Anders als in der EU gibt es einen schwachen Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund (-.076). Personen mit Migrationshintergrund haben eine leicht tiefere Gesundheitskompetenz als Personen ohne Migrationshintergrund. Nur in Deutschland (NRW) ist der Zusammenhang ebenfalls signifikant. Der direkte Vergleich zwischen der Schweizer und der HLS-EU-Studie ist insofern eingeschränkt, als in der HLS-EU-Studie nur EU-Bürgerinnen und -Bürger befragt wurden, während in der Schweizer Studie eine Stichprobe aus sämtlichen Nationalitäten gezogen wurde.

Einen schwachen Zusammenhang findet sich auch mit dem Geschlecht (.068), wobei Frauen eine höhere Gesundheitskompetenz als Männer haben. Auch in den Niederlanden, Irland, Polen und Deutschland (NRW) ist das der Fall.

Anders als auf europäischer Ebene sehen wir aber keine signifikante Korrelation beim Alter und in Bezug auf den Erwerbsstatus.

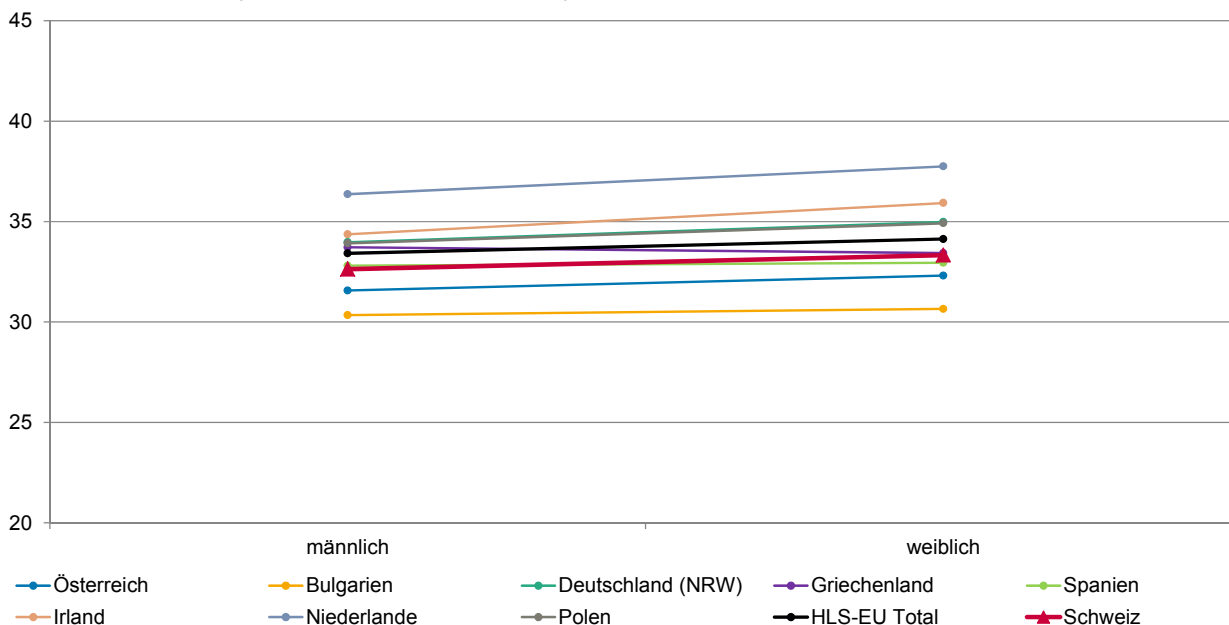
⁸ Bei Winkler und Stolzenberg (2009) fließt neben Einkommen und Bildung auch die berufliche Stellung in den Index ein. Die Frage zum Erwerbsstatus, welche in dieser Studie befragt wurde, kann dazu nicht herangezogen werden. Diese Komponente fehlt im hier berechneten Index.

3.2.1 Soziodemografische Determinanten

Grafik 16

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Geschlecht im Ländervergleich

Mittlere Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen in Europa



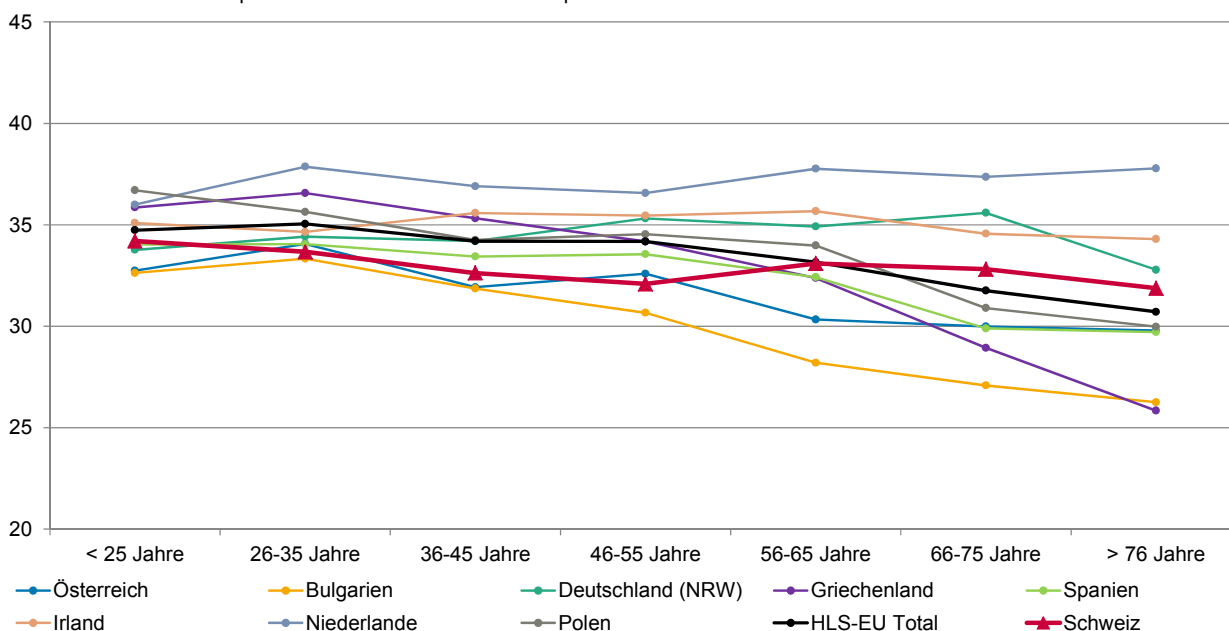
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Das Geschlecht ist in der Schweiz eine signifikante, aber schwache Determinante für die Gesundheitskompetenz: Frauen haben im Durchschnitt einen Wert von 33.3, Männer von 32.6. Der Zusammenhang ist stärker als im EU-Schnitt. Nur in den Niederlanden und in Irland ist der Zusammenhang leicht stärker.

Grafik 17

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Alter im Ländervergleich

Mittlere Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Anders als in der HLS-EU-Studie insgesamt gibt es keinen (linearen) Zusammenhang zwischen dem Alter und der Gesundheitskompetenz. Auch in Deutschland (NRW) und Irland ist dieser nicht signifikant. Besonders stark ist er in Griechenland, aber auch in Bulgarien, Polen und Spanien.

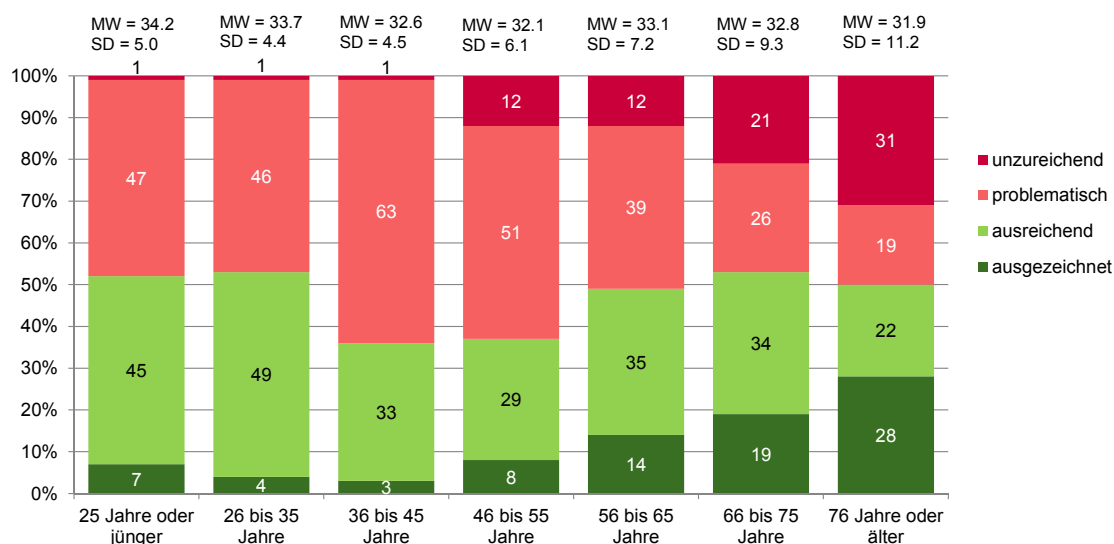
Auf den zweiten Blick ist in der Schweiz die Gesundheitskompetenz durchaus auch altersabhängig: Betrachtet man lediglich die Gruppen zwischen 15 und 55 Jahren, ist ein signifikanter, negativer Zusammenhang feststellbar ($r = -.18$). Von den 15- bis 25-Jährigen (MW = 34.2) bis zu den 46- bis 55-Jährigen (32.1) nimmt der durchschnittliche Wert der generellen Gesundheitskompetenz ab. In der Gruppe 56 bis 65 Jahre (33.1) ist er wieder höher und nimmt tendenziell (jedoch nicht signifikant) bis zur ältesten Kohorte der ab 76-Jährigen (31.9) ab.

Und auch der dritte Blick zeigt einen stärkeren Zusammenhang als der Rangkorrelationskoeffizient vermuten lässt:

Grafik 18

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Alter in der Schweiz

in % EinwohnerInnen in der Schweiz

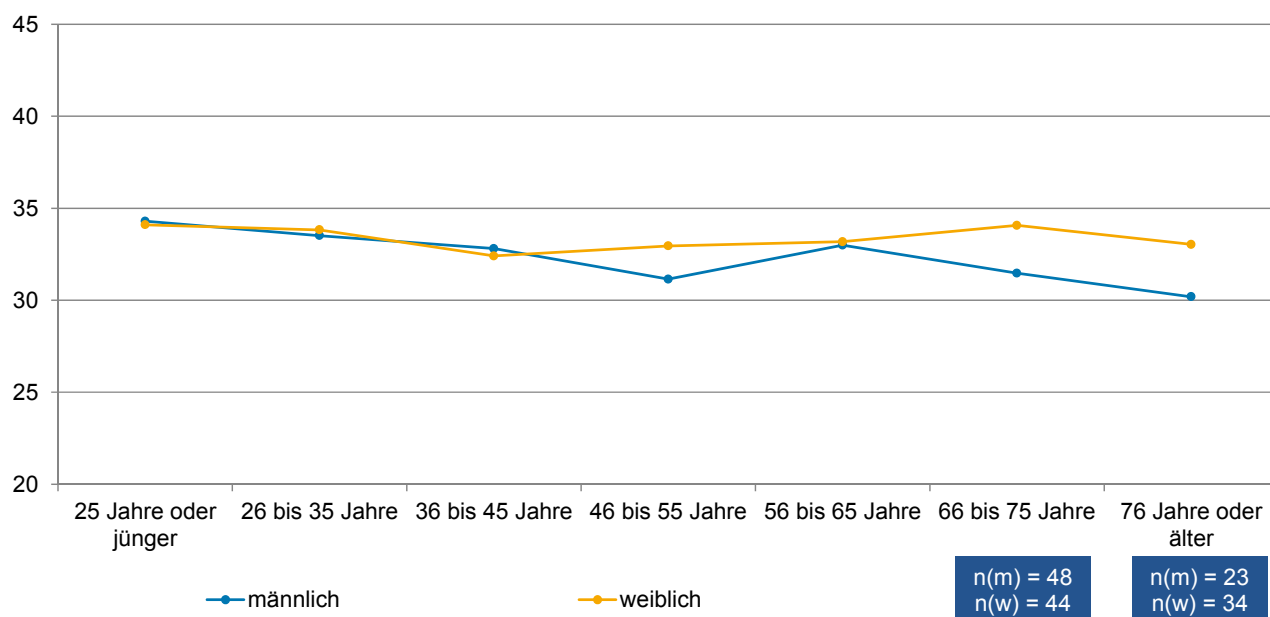


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107), sig.

Bei den Altersgruppen bis 45 sind jeweils über 90 Prozent in den mittleren Gruppen mit ausreichender bis problematischer Gesundheitskompetenz. Danach nimmt sowohl der Anteil von ausgezeichneter, aber auch von unzureichender Kompetenz zu. Bei den ab 76-Jährigen sind es 31 (unzureichend) respektive 28 Prozent (ausgezeichnet). Während bei den Jüngeren es wenige Ausreisser nach oben und nach unten gibt, öffnet sich die Schere bei den Älteren.

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Alter und Geschlecht in der Schweiz

in Mittelwerten EinwohnerInnen in der Schweiz



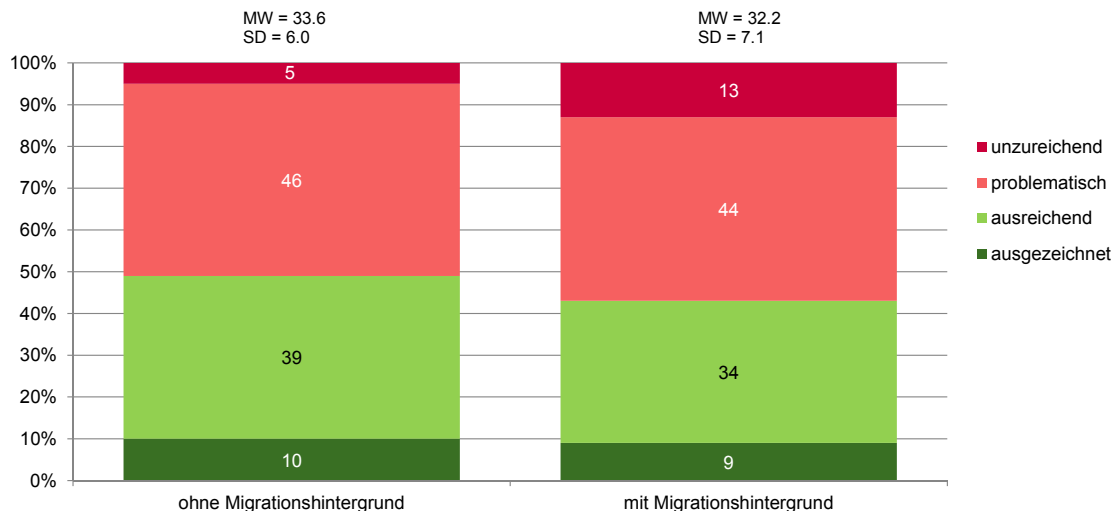
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Wenn man die Gesundheitskompetenz nach Alter und Geschlecht untersucht, stellt man fest, dass es bei den bis 45-Jährigen kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Auch bei den 56- bis 65-Jährigen sind die Unterschiede gering. Bei den übrigen Altersgruppen weisen die Männer jeweils eine tiefere Gesundheitskompetenz auf: Das trifft einerseits auf die Gruppe zwischen 46 und 55 Jahren zu. Männer haben mit 31.1 Punkten gegenüber 33.0 Punkten der Frauen im Durchschnitt eine tiefere Gesundheitskompetenz. Bei der Gruppe 66 bis 75 ist der Unterschied noch grösser, mit 31.5 bei den Männern und 34.1 bei den Frauen, die hinsichtlich Gesundheitskompetenz mit den bis 25-Jährigen gleichaufliegen. Auch bei der Altersgruppe darüber (Männer 30.2; Frauen 33.0) ist der Unterschied festzustellen; die Fallzahl ist jedoch zu gering für belastbare Aussagen.

Grafik 20

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Migrationshintergrund in der Schweiz

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



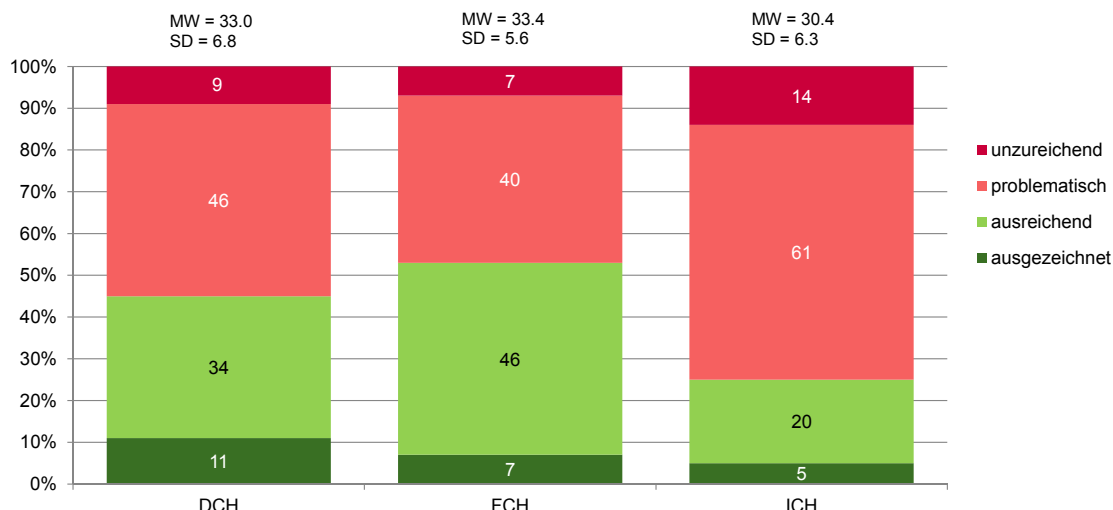
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107), sig.

Anders als in allen HLS-EU-Ländern ausser Deutschland (NRW) gibt es in der Schweiz einen leichten Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund. Der Mittelwert der Personen mit Migrationshintergrund (32.2) ist leicht tiefer als derjenige der Personen ohne Migrationshintergrund (33.6). Jene mit Migrationshintergrund weisen vor allem auch einen erhöhten Anteil an Personen mit unzureichender Gesundheitskompetenz auf (13%).

Grafik 21

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Sprachregion in der Schweiz

in % EinwohnerInnen in der Schweiz

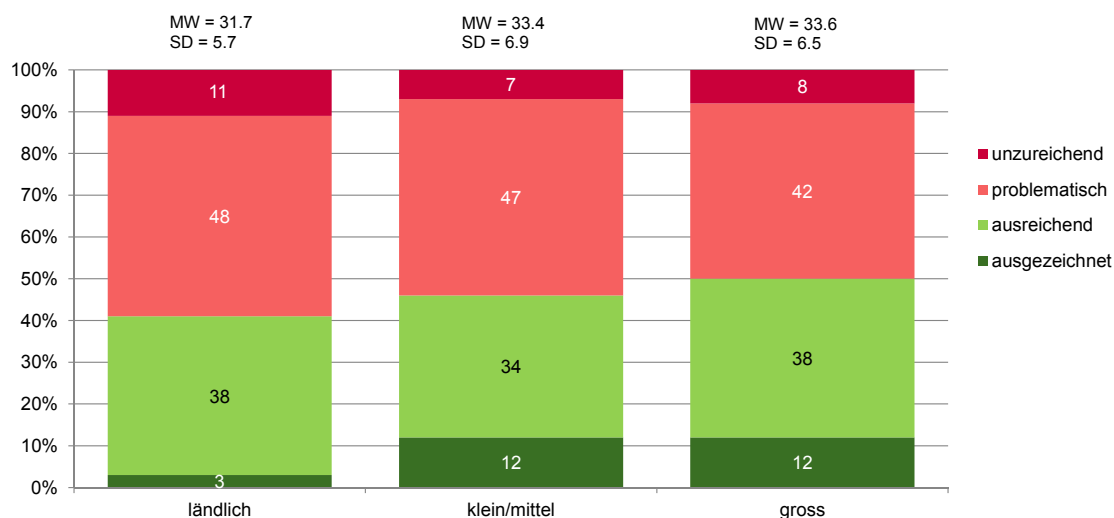


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107), sig.

Interessant ist der sprachregionale Graben: In der französischsprachigen Schweiz ist der Mittelwert (33.4) und der Anteil an ausreichender bis ausgezeichneter Gesundheitskompetenz (53%) am höchsten, in der italienischsprachigen Schweiz (MW = 30.4 resp. 25%) am tiefsten.

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Siedlungsart in der Schweiz

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

In den ländlichen Gebieten sind der Mittelwert (31.7) und der Anteil ausreichender bis ausgezeichneter Gesundheitskompetenz (41%) leicht tiefer als in urbanen Gebieten.

In Teilstichprobe 1 geben fast 94 Prozent der Befragten an, dass die Sprache an ihrem Wohnort auch ihre Muttersprache (oder eine der Muttersprachen) ist. Gemäss "Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen" des BAG wurde in einem ersten Schritt nach der Muttersprache oder den Muttersprachen gefragt. Nur wenn diese sich von der Amtssprache am Wohnort unterscheidet, wurde gefragt, wie die Person ihre Sprachkompetenz in der Amtssprache am Wohnort einschätzt. In bilinguen Orten (Fribourg/Freiburg, Biel-Bienne) wurde die Nachfrage nur gestellt, wenn keine der beiden Amtssprachen mit der Muttersprache übereinstimmte.

Um die Sprachkompetenz auch in multivariaten Analysen mit allen Befragten verwenden zu können, haben wir die Variable wie folgt recodiert: 1=Muttersprache, 2=sehr gut, 3=gut, 4=mittelmässig, 5=schlecht und 6=sehr schlecht. Dies folgt der inhärenten Logik der Schlüsselmerkmale, wonach bei einer Muttersprachlerin oder einem Muttersprachler von einer höheren Sprachkompetenz ausgegangen werden kann als bei einer Nicht-Muttersprachlerin oder einem Nicht-Muttersprachler. Diese Logik schliesst jedoch aus, dass auch innerhalb der muttersprachlichen Bevölkerung grosse Unterschiede in der Sprachkompetenz vorliegen können. Während dieses Konzept wahrscheinlich für die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner sowie auch für die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein funktioniert, gibt es deutliche Anzeichen, dass dem bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern nicht so ist (vgl. Kap. 3.6.3).

Entsprechend dem geringen Anteil an Nicht-Muttersprachlerinnen und Nicht-Muttersprachlern und der oben erwähnten Einschränkung, gibt es auf Ebene aller Einwohnerinnen und Einwohner keine signifikante Korrelation zwischen Sprach- und Gesundheitskompetenz. Auch in den multivariaten Regressionen der Teilstichprobe 1, ist die so gemessene Sprachkompetenz (mit wenigen Ausnahmen) nicht relevant.

Wenn man nur die kleine Gruppe an Nicht-Muttersprachlerinnen und Nicht-Muttersprachlern für sich betrachtet, gibt es einen relativ starken, bivariaten

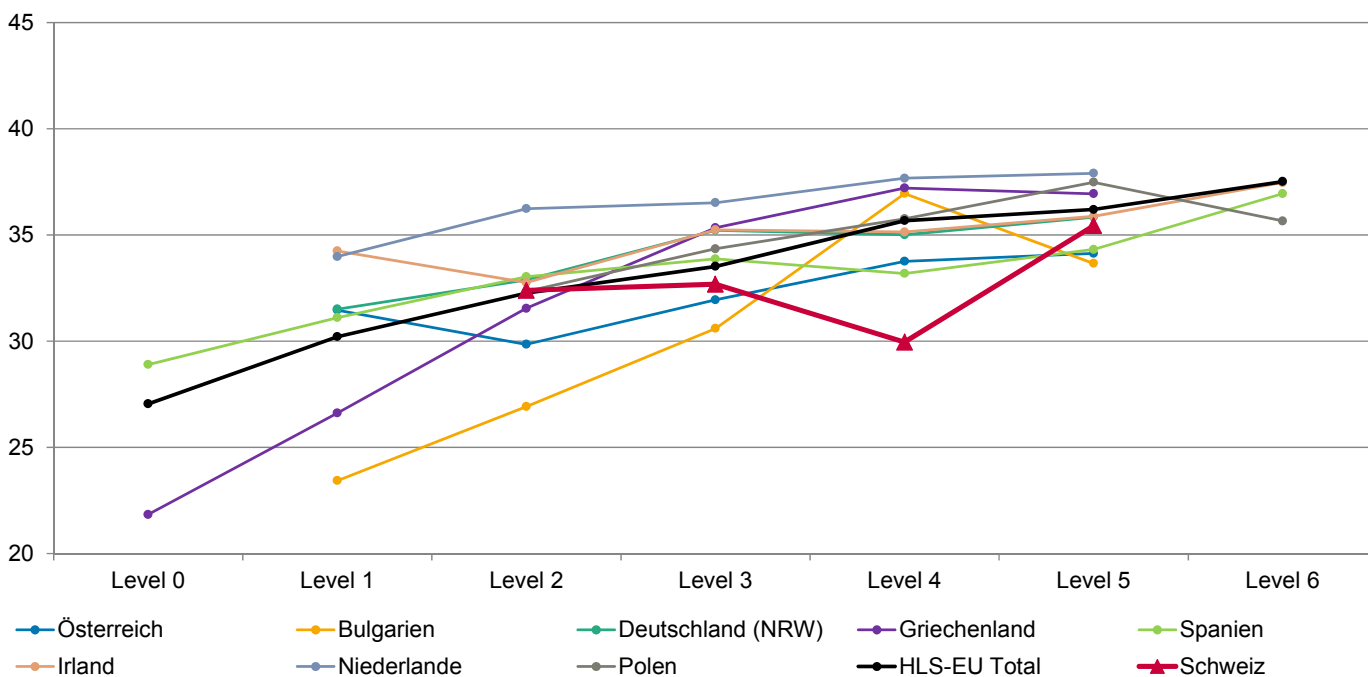
Zusammenhang (-.329), wobei eine erhöhte Sprachkompetenz mit einer erhöhten Gesundheitskompetenz einhergeht.

3.2.2 Sozioökonomische Determinanten

Grafik 23

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Bildungsniveau im Ländervergleich

Mittlere Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen in Europa

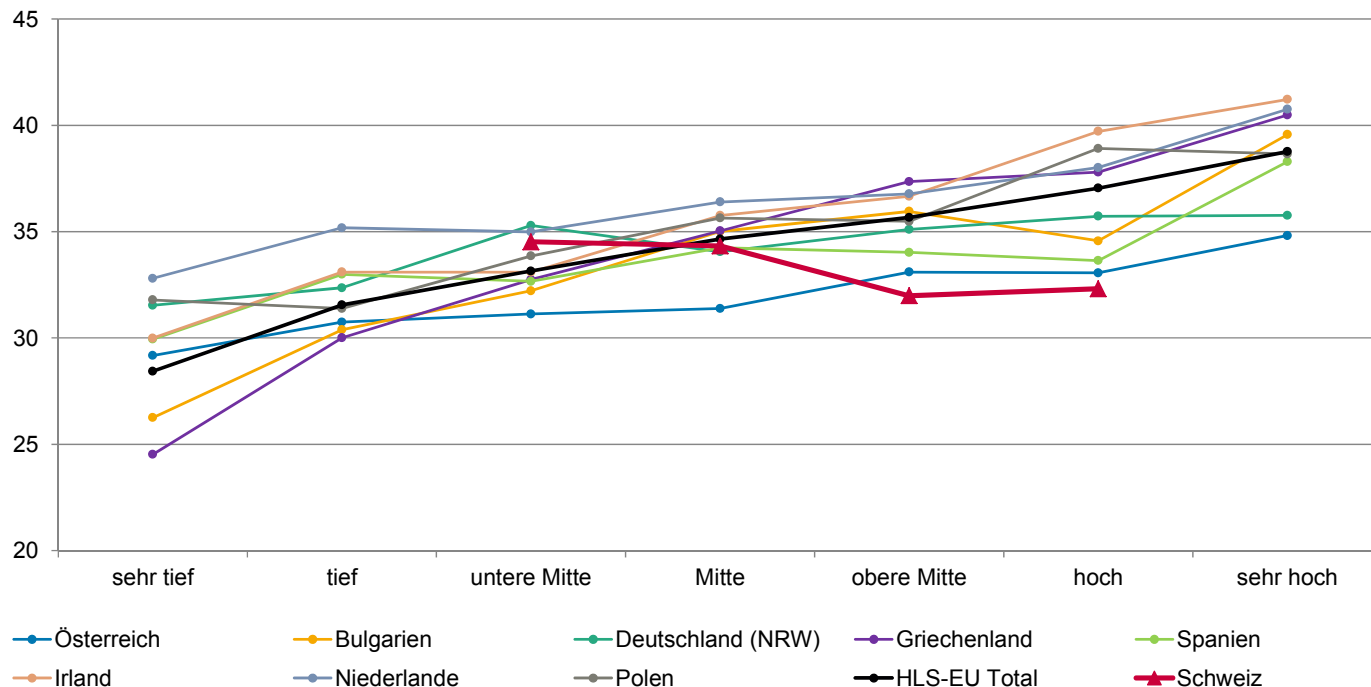


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Einen stärkeren Zusammenhang findet sich bei der Bildung. Eine unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz weisen Personen mit ISCED-Level 4 auf. Unter das ISCED-Level 4 fallen alle, welche als Zweitausbildung eine Berufsbildung, eine Maturitätsschule für Erwachsene oder eine Berufsmaturität nach der Lehre gemacht haben. Level 4 ist in der Schweiz vergleichsweise selten; die meisten weisen Level 3 (Berufsbildung, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität) auf, am zweitmeisten Level 5 (höhere Fach-/Berufsausbildung, pädagogische Hochschule, Fachhochschule, Universität, ETH). Level 4 weist mit 29.9 einen tieferen Durchschnitt des Index auf als Level 2 (obligatorische Schule, 32.4), 3 (32.7) oder 5 (35.4). Nur Level 0 (keine Ausbildung) und 1 (Primarstufe) haben noch tiefere Werte; Level 6 (Doktorat) hat einen deutlich höheren Wert (aufgrund der geringen Fallzahl werden Level 0, 1 und 6 nicht separat ausgewiesen).

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach sozialem Status im Ländervergleich

Mittlere Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

In der Schweiz weist der selbstgeäußerte soziale Status auf einer Skala von 1 bis 10 eine negative Korrelation mit der Gesundheitskompetenz auf, während in allen europäischen Ländern der Zusammenhang positiv ist. Konkret sind die "obere Mitte" (Wert 7, MW 32.0) und der Sozialstatus "hoch" (8, 32.3) leicht unterdurchschnittlich kompetent, während die "untere Mitte" (5, 34.5) und die "Mitte" (6, 34.3) über dem Durchschnitt liegen. Auch "sehr hoch" (9-10), "tief" (4) und "sehr tief" (0-3) liegen über dem Durchschnitt, wobei die Fallzahlen zu gering sind für exakte Zahlenwerte.

Eine eindeutige Begründung für diesen Effekt gibt es nicht. Es lässt sich festhalten, dass auch bei den Sub-Indices der drei Bereiche des Gesundheitswesens und den Sub-Indices der vier Arten des Umgangs mit Gesundheitsinformationen "obere Mitte" und "hoch" tiefere Werte aufweisen, als "untere Mitte" und "Mitte". Es rührt also nicht von der Bewertung einzelner Elemente her, sondern weist auf ein generell leicht tieferes Niveau der Gesundheitskompetenz hin. Da sich die hier gemessene Gesundheitskompetenz und der soziale Status auf Selbsteinschätzung stützen, ist nicht auszuschließen, dass sich die Personen bei einer oder beiden der Variablen über- oder unterschätzen.

Dass der selbstgeäußerte soziale Status jedoch nicht ein komplett falsches Bild wiedergibt, zeigt sich daran, dass er positiv mit dem Bildungsgrad, dem Netto-Einkommen und negativ mit der finanziellen Deprivation korreliert (insgesamt jedoch schwächer als in der EU). Anders als in den meisten HLS-EU-Ländern, ordnen sich über 90 Prozent zwischen "untere Mitte" und "hoch" ein, mit einem Schwerpunkt bei "obere Mitte". Allerdings ist eine ähnliche Verteilung auch in den Niederlanden zu beobachten, wo der soziale Status positiv mit der Gesundheitskompetenz korreliert.

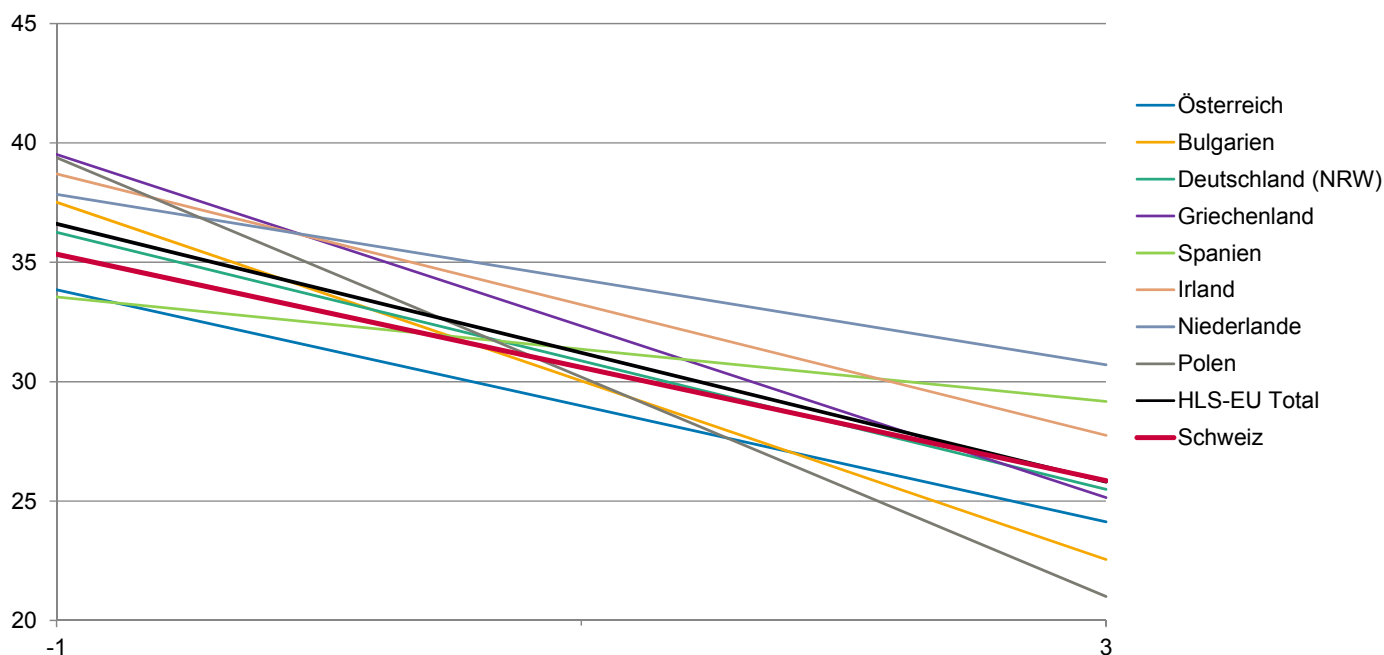
Unser Test hat gezeigt, dass ein Sozialstatus-Index, berechnet aus Einkommen und Bildung, einen positiven Zusammenhang mit der generellen Gesundheitskompetenz aufweist (s. oben) – wie der selbstgeäußerte Sozialstatus in der HLE-EU-Studie. Gestützt auf dieses Ergebnis und unsere Erfahrung lässt sich

festhalten, dass es für Schweizer Verhältnisse unüblich ist, den eigenen sozialen Status einzuordnen; entsprechend sollte der Zusammenhang zwischen selbstgeäußertem Sozialstatus und Gesundheitskompetenz in der Schweiz nicht überinterpretiert werden.

Grafik 25

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach finanzieller Deprivation im Ländervergleich

Mittlere Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen in Europa



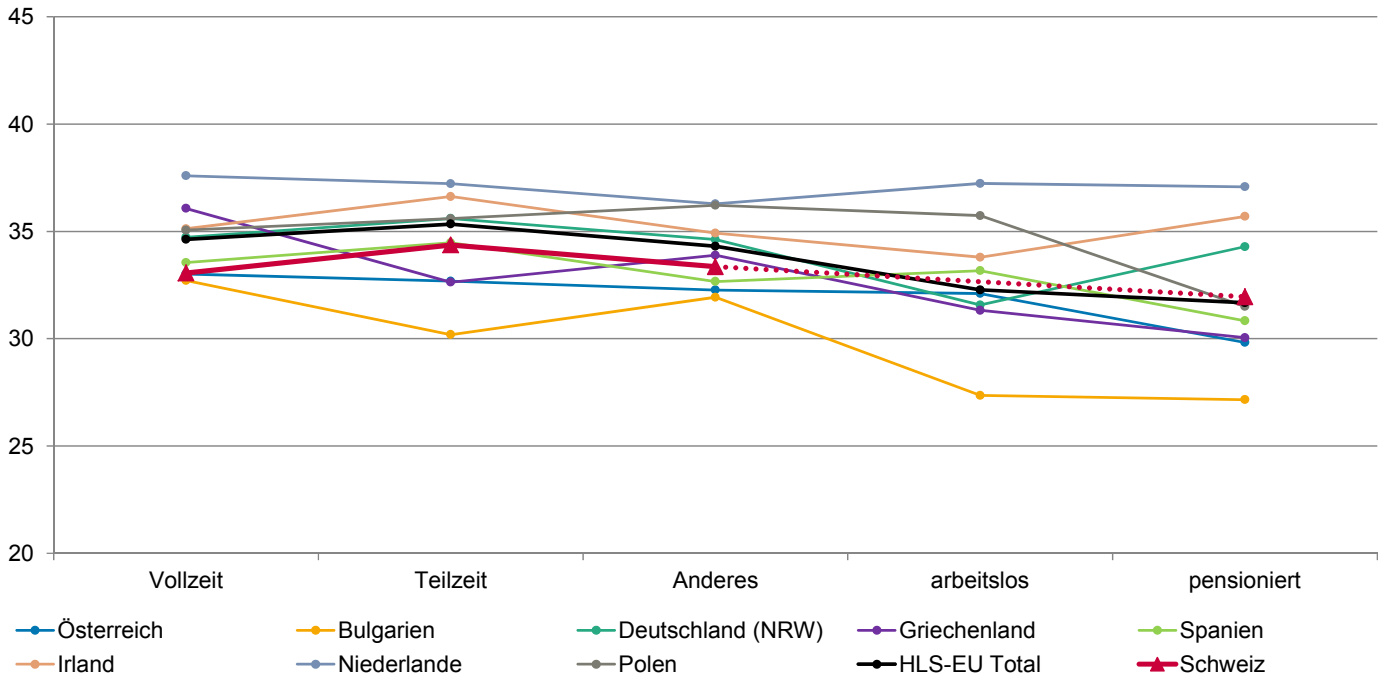
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Anmerkung: Im Gegensatz zur Tabelle 15 (Spearman's Rho) werden die Steigung und der Achsenabschnitt in der Grafik anhand einer linearen Regression festgelegt. Dadurch variiert die Rangfolge zwischen den Ländern leicht; die grundsätzliche Aussage ändert sich aber nicht.

Die finanzielle Deprivation ist der stärkste Einflussfaktor für die Gesundheitskompetenz in der Schweiz und in der EU. Am stärksten ist der Effekt in Polen und Bulgarien, aber auch in Irland und Griechenland ist ein stärkerer Effekt als in der Schweiz feststellbar. In Spanien und den Niederlanden ist er schwächer.

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Erwerbsstatus im Ländervergleich

Mittlere Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Schweiz: "arbeitslos" zu geringe Fallzahl

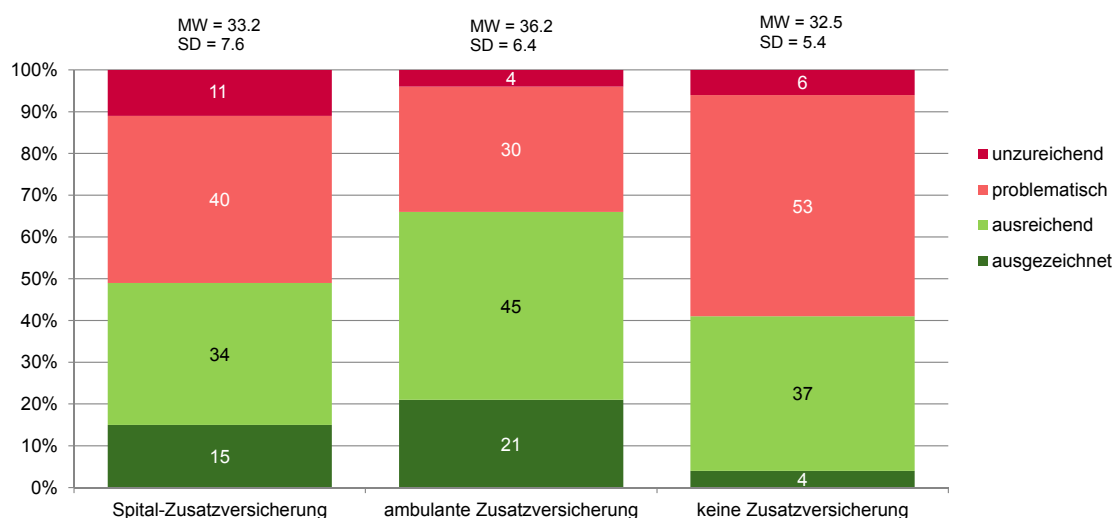
Gemessen am Spearmans Rho⁹ gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Gesundheitskompetenz bezüglich Erwerbsstatus. Am tiefsten ist der Mittelwert bei den Pensionierten (32.0), am höchsten bei den Teilzeit-Erwerbstätigen (34.4). Die Vollzeit-Erwerbstätigen (33.1) sind nahe am Durchschnitt, Personen mit einem anderen Erwerbsstatus (in Ausbildung, erwerbsunfähig, im Militär-/Zivildienst, Hausfrau/-mann) nur knapp darüber (33.4). In der Stichprobe ist die Fallzahl der Arbeitslosen zu gering, um eine gesicherte Aussage über sie machen zu können.

Bei der detaillierten Betrachtung fällt bei den Pensionierten auf, dass sowohl der Anteil mit einer ausgezeichneten (19%) als auch mit einer unzureichenden Gesundheitskompetenz (27%) erhöht ist, was sich bereits bei der Betrachtung nach Alterskohorten gezeigt hat.

⁹ Der Rangkorrelationskoeffizient Spearmans Rho bedingt Daten mindestens auf Ordinalniveau. Der Erwerbsstatus, wie er hier gruppiert ist, kann nur ansatzweise als ordinal bezeichnet werden; entsprechend ist Spearmans Rho mit Einschränkung interpretierbar. Spearmans Rho wurde trotzdem aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der HLS-EU-Studie berechnet.

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Zusatzversicherung in der Schweiz

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

Wer eine ambulante Zusatzversicherung abgeschlossen hat, weist im Schnitt eine höhere Gesundheitskompetenz auf (36.2). Hingegen zeigt sich keine Abweichung vom gesamtschweizerischen Mittel bei denjenigen ab, die eine Spital-Zusatzversicherung haben (33.2). Leicht unterdurchschnittlich sind Personen ohne Zusatzversicherung (32.5).

Bei den Zusatzversicherungen ist die Kausalität jedoch nicht eindeutig: Schliesst man eher eine ambulante Zusatzversicherung ab, weil man gesundheitskompetent ist oder interessiert man sich vermehrt für Gesundheitsthemen, wenn man eine solche Versicherung abschliesst?

3.3 Wichtigkeit des Sozialgradienten auf die Gesundheitskompetenz und den selbstgeäusserten Gesundheitszustand

Nachdem der Zusammenhang zwischen der generellen Gesundheitskompetenz und den soziodemografischen und -ökonomischen Determinanten auf der bivariaten Ebene betrachtet haben, rechnen wir Regressionsmodelle, die den Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen auf eine abhängige Variable gleichzeitig berechnet. Beim Einfluss vor allem von sozioökonomischen Faktoren auf Gesundheitsaspekte spricht man auch vom Sozialgradienten.

In einem ersten Schritt berechnen wir dasselbe Modell wie in der HLS-EU-Studie, das die Gesundheitskompetenz anhand von Geschlecht, Alter, Bildung, finanzieller Deprivation und sozialem Status erklärt:

Tabelle 16

Regressionsmodell (Einschluss) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit soziodemografischen Variablen im Ländervergleich

General-HL nach ...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Geschlecht	.069	.079	.050 ^a	.094	.029 ^a	.021 ^a	.074	.119	.09	.063
Alter	-.113	-.145	-.14	-.016 ^a	-.173	-.153	-.019 ^a	.033 ^a	-.099	-.094
Bildungsniveau	.148	.058 ^a	.107	.102	.224	.138	.046 ^a	.113	.083	.131
finanzielle Deprivation	-.443	-.234	-.31	-.23	-.228	-.071	-.278	-.142	-.349	-.239
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.312	.040 ^a	.108	.002 ^a	.111	.069	.228	.115	.068	.142
korrigiertes R²	.228	.096	.247	.082	.289	.089	.19	.081	.208	.174

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft

Das Modell erklärt fast 23 Prozent ($R^2 = .228$) der Gesamtvarianz der generellen Gesundheitskompetenz und damit mehr als das Modell der HLS-EU-Studie im Total. Nur in Griechenland und Bulgarien kann mit den fünf Determinanten mehr erklärt werden als in der Schweiz, in Polen leicht weniger. Das heisst, dass der Einfluss sozioökonomischer Indikatoren in der Schweizer Bevölkerung eine grössere Rolle spielt, als in den meisten HLS-EU-Ländern.

Am deutlichsten kommt das bei der finanziellen Deprivation zur Geltung: Je grösser die finanzielle Deprivation, desto schlechter die Gesundheitskompetenz (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = -.443$). Diese ist in der Schweiz klar der stärkste Prädiktor, wie in fast allen HLS-EU-Ländern.

Am zweitstärksten ist der selbstgeäusserte soziale Status, der einen grösseren Einfluss ($-.312$) aufweist. Auch im multivariaten Modell weicht die Wirkungsrichtung von derjenigen in der EU ab. Zur Validität dieser Variable verweisen wir auf das vorangehende Kapitel 3.2.

Diese beiden Effekte verstärken sich gegenseitig: Das standardisierte β der finanziellen Deprivation läge nur bei $-.350$, wenn der soziale Status nicht im Modell vorhanden wäre. Umgekehrt hat der soziale Status nur ein β von $-.183$ ohne Berücksichtigung der finanziellen Deprivation.

Einen mittleren, positiven Einfluss (.148) hat das Bildungsniveau auf die Gesundheitskompetenz. Einen etwas schwächeren, negativen Einfluss ($-.113$) hat das Alter. Das Geschlecht ist von den fünf getesteten Determinanten am schwächsten (.069). Die Rangierung der unabhängigen Variablen in der Schweiz entspricht somit der Rangierung in der EU, mit dem bereits diskutierten Unterschied, dass der soziale Status ein anderes Vorzeichen aufweist.

Ergänzen wir das Modell um weitere, schweizspezifische Variablen, bleibt die Grundaussage erhalten:

Tabelle 17

Regressionsmodell (Einschluss) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit erweiterten soziodemografischen Variablen (Schweiz)

General-HL nach ...	Koeffizient (standardisiert)	Standardfehler	t-Wert
Geschlecht	.060	.365	2.062
Alter	-.167	.012	-5.025
Bildungsniveau	.139	.173	4.535
finanzielle Deprivation	-.409	.199	-12.662
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.269	.149	-8.350
Migrationshintergrund	-.053 ^a	.383	-1.753
Sprachregion: FCH	.062	.453	2.048
Sprachregion: ICH	-.089	.930	-2.961
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	.076	.472	2.090
Siedlungsart: grosse Agglomeration	.026 ^a	.483	0.708
Spital-Zusatzversicherung	.037 ^a	.419	1.108
ambulante Zusatzversicherung	.166	.456	5.407
korrigiertes R²	.271		

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachregion FCH und ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart kleine/mittlere und grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // ambulante Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt

Für Sprachregion und Siedlungsart wurden dichotome Dummy-Variablen verwendet. Die Dummy-Variablen sind gegenseitig exklusiv, weshalb es eine Dummy-Variable weniger als Kategorien benötigt. Im Regressionsmodell wurden deshalb "Sprachregion: DCH" und "Siedlungsart: ländlich" nicht gerechnet.

Finanzielle Deprivation (–.409) und sozialer Status (–.269) haben den stärksten, das Alter (–.167) und das Bildungsniveau (.139) einen mittleren Einfluss.

Es zeigt sich zudem, dass Personen mit einer ambulanten Zusatzversicherung (.166) eher eine höhere Gesundheitskompetenz aufweisen, während es keinen signifikanten Unterschied ausmacht, ob man eine Spital-Zusatzversicherung hat oder nicht.

Weiter zeigt sich, dass der Migrationshintergrund in Kombination mit anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat. Dies gilt im Übrigen auch dann, wenn die Variable auf Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation (befragte Person selber und mindestens ein Elternteil nicht in der Schweiz geboren) eingeeengt wird. In der italienischsprachigen Schweiz herrscht eine leicht tiefere (–.089), in kleinen und mittleren Agglomerationen eine leicht höhere (.076) Gesundheitskompetenz vor.

Das so ergänzte Modell erklärt 27 Prozent ($R^2 = .271$) der Gesamtvarianz und ist damit leicht besser als das Basismodell.

Tabelle 18

Regressionsmodell (Einschluss) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen (Schweiz)

General-HL nach ...	Koeffizient (standardisiert)	Standardfehler	t-Wert
Geschlecht	.084	.383	2.776
Alter	-.064 ^a	.012	-1.841
Beurteilung Gesundheitszustand	-.190	.328	-5.142
Bildungsniveau	.129	.179	4.155
finanzielle Deprivation	-.297	.215	-8.645
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.261	.149	-8.176
langandauernde Krankheit	.073	.501	2.002
Sport	-.220	.203	-6.825
BMI	.098	.058	3.027
korrigiertes R²	.311		

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Beurteilung Gesundheitszustand 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Verdichten wir das Basismodell für die generelle Gesundheitskompetenz um gesundheitsrelevantes Verhalten und den Gesundheitszustand, verbessert sich das Modell auf ein korrigiertes R² von .311.

Neben den bereits erwähnten Effekten zeigt sich, dass die selbsteingeschätzte Gesundheit mit der Gesundheitskompetenz korreliert (-.190), wobei eine höhere Gesundheit mit einer höheren Kompetenz einhergeht. Noch stärker korreliert der Sport (-.220): Mit zunehmender Sporttätigkeit steigt die Gesundheitskompetenz. Die Kausalität kann hier in beide Richtungen funktionieren: Man treibt mehr Sport, weil man eine höhere Gesundheitskompetenz hat (und Sport aus gesundheitlichen Überlegungen betreibt). Andererseits kann der Sport andere Ursachen haben, aber das Interesse an Gesundheitsthemen wecken und damit die Gesundheitskompetenz verbessern. Das Bildungsniveau weist einen mittelstarken Zusammenhang (.129) auf. Mit zunehmendem Body-Mass-Index steigt auch die generelle Gesundheitskompetenz (.098).

Das Vorliegen einer langandauernden Krankheit (.073) hat dagegen nur einen schwachen Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz in diesem Modell, ebenso das Geschlecht (.084). Zum Alter gibt es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang.

Neben der Einschluss-Methode¹⁰ können die Regressionen schrittweise¹¹ berechnet werden:

Tabelle 19

Regressionsmodelle (schrittweise) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit soziodemografischen und gesundheitspezifischen Variablen (Schweiz)

General-HL nach...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
Geschlecht	.067	.059	.088	.094
Alter	-.116	-.151	-.099	-.105
Bildungsniveau	.154	.149	.121	.095
finanzielle Deprivation	-.435	-.412	-.343	-.331
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.312	-.282	-.260	-.242
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	-.115	-.103	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	.080	.064	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	.172	n.g.	.183
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
Sport	n.g.	n.g.	-.253	-.251
BMI	n.g.	n.g.	.096	n.s.
korrigiertes R²	.243	.268	.291	.311

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Im Modell 1 werden jeweils die soziodemografischen Variablen verwendet. Im Modell 2 kommen die Zusatzversicherungen hinzu. Bei Modell 3 kommen gesundheitsrelevante Variablen wie Krankheiten, Sport und der BMI hinzu, wobei die Zusatzversicherungen weggelassen werden. Modell 4 wird mit allen Variablen gerechnet.

¹⁰ Jede unabhängige Variable wird ins Modell aufgenommen.

¹¹ Zuerst wird die unabhängige Variable ins Modell aufgenommen, welche die grösste bivariate Korrelation mit der abhängigen Variable aufweist. Dann wird die unabhängige Variable aufgenommen, die im aktuellen Modell die nächstgrössere Korrelation aufweist – solange, bis keine der verbliebenen unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variable signifikant korrelieren.

Bei Modell 1 zeigen sich die bereits vorgängig beschriebenen Effekte: Die generelle Gesundheitskompetenz hängt in erster Linie von der finanziellen Deprivation (-.435) einer Person ab, sekundär von ihrem sozialen Status (-.312).

Weniger stark wirken das Bildungsniveau (.154), das Alter (-.116) und schwach auch das Geschlecht (.067) der befragten Person. Alle die Effekte bleiben auch in den Modellen 2 bis 4 bestehen, wobei sie mit Ausnahme des Geschlechts im Total-Modell gegenüber Modell 1 an Wirkung einbüßen. Das Geschlecht bleibt jedoch auch im Total-Modell die schwächste Variable, die gerade noch signifikant ist.

Im Modell 1 zeigt sich zudem eine tiefere Gesundheitskompetenz in der italienischen Schweiz (-.115) und eine leicht höhere in kleinen und mittleren Agglomerationen (.080). Beide Effekte sind jedoch in Modell 3 und 4, wo auch die sportliche Aktivität eingerechnet ist, nicht mehr signifikant.

In Modell 4 wirken neben den fünf eingangs erwähnten Variablen auch die sportliche Aktivität (-.251 und damit knapp als zweitstärkster Einfluss) und die ambulante Zusatzversicherung. Der BMI, der in Modell 3 schwach wirksam ist (.096), ist im Total-Modell mit den Zusatzversicherungen nicht mehr signifikant.

Zusammenfassend sind tiefe finanzielle Deprivation, viel Sport, ein tiefer sozialer Status, der Abschluss einer ambulanten Zusatzversicherung, ein tiefes Alter, ein hoher Bildungsgrad und das weibliche Geschlecht Anzeichen für eine höhere Gesundheitskompetenz als in den entsprechenden Gegengruppen. Damit können 31 Prozent ($R^2 = .311$) der Varianz erklärt werden.

In einem weiteren Schritt wird untersucht, inwiefern die soziodemografischen und -ökonomischen Determinanten einen (direkten) Einfluss auf den selbstgeäußerten Gesundheitszustand haben:

Tabelle 20

Regressionsmodell (Einschluss) Beurteilung Gesundheitszustand mit soziodemografischen Variablen im Ländervergleich

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Geschlecht	-.026 ^a	.037 ^a	.043 ^a	-.022 ^a	.034 ^a	.075	.009 ^a	.031 ^a	-.032 ^a	.028
Alter	.448	.479	.514	.325	.531	.407	.251	.152	.463	.392
Bildungsniveau	.020 ^a	-.025 ^a	-.022 ^a	-.048 ^a	-.108	-.044 ^a	-.158	-.026 ^a	.007 ^a	-.065
finanzielle Deprivation	.385	.189	.143	.254	.119	.116	.089	.096	.229	.113
sozialer Status (Selbsteinsch.)	.056 ^a	-.023 ^a	-.066 ^a	-.063 ^a	-.085	-.038 ^a	-.096	-.186	-.157	-.14
korrigiertes R ²	.298	.284	.369	.192	.447	.222	.14	.079	.418	.249

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft

Wie zu erwarten war, nimmt der Gesundheitszustand mit dem Alter der Person ab ($\beta = .448$). Sowohl in der Schweiz als auch (mit Ausnahme der Niederlande) in jedem HLS-EU-Land ist dies der deutlichste Prädiktor.

Der Gesundheitszustand ist zudem tiefer, je grösser die finanzielle Deprivation einer Person ist (.385). In keinem anderen Land hat die finanzielle Deprivation einen so starken Effekt. Im Gegenzug ist der selbstgeäußerte soziale Status

nicht signifikant. In der Hälfte der HLS-EU-Länder ist der soziale Status ebenfalls nicht signifikant, in der anderen Hälfte nimmt mit ihm der Gesundheitszustand zu.

Das Bildungsniveau und das Geschlecht sind in der Schweiz nicht signifikant. Auf der Gesamtebene der HLS-EU-Studie sind die Effekte nur sehr schwach vorhanden.

Das Modell erklärt fast 30 Prozent der Gesamtvarianz ($R^2 = .298$).

Nur minim besser ($R^2 = .307$) wird es mit weitere soziodemografischen Variablen:

Tabelle 21

Regressionsmodell (Einschluss) Beurteilung Gesundheitszustand mit erweiterten soziodemografischen Variablen (Schweiz)

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Koeffizient (standardisiert)	Standardfehler	t-Wert
Geschlecht	<i>-.025^a</i>	.042	-0.897
Alter	.405	.001	12.840
Bildungsniveau	<i>.013^a</i>	.020	0.446
finanzielle Deprivation	.383	.022	12.758
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	<i>.055^a</i>	.017	1.826
Migrationshintergrund	<i>.040^a</i>	.044	1.393
Sprachregion: FCH	<i>.006^a</i>	.051	0.199
Sprachregion: ICH	.061	.106	2.122
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	<i>-.016^a</i>	.055	-0.471
Siedlungsart: grosse Agglomeration	<i>.015^a</i>	.055	0.426
Spital-Zusatzversicherung	.107	.048	3.379
ambulante Zusatzversicherung	<i>-.025^a</i>	.053	-0.845
korrigiertes R²	.307		

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachregion FCH und ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart kleine/mittlere und grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // ambulante Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt

Für Sprachregion und Siedlungsart wurden dichotome Dummy-Variablen verwendet. Die Dummy-Variablen sind gegenseitig exklusiv, weshalb es eine Dummy-Variable weniger als Kategorien benötigt. Im Regressionsmodell wurden deshalb "Sprachregion: DCH" und "Siedlungsart: ländlich" nicht gerechnet.

Alter ($\beta = .405$) und finanzielle Deprivation (.383) bleiben die bestimmenden Faktoren.

Weiter haben Personen, welche eine Spital-Zusatzversicherung abschliessen, einen tieferen Gesundheitszustand (.107). Kein signifikanter Zusammenhang zeigt sich mit ambulanten Zusatzversicherungen.

Knapp signifikant ist, dass in der italienischsprachigen Schweiz ein leicht tieferer Gesundheitszustand geäussert wird (.061). Nicht signifikant ist die französische Sprachregion ebenso wie die Siedlungsart.

Tabelle 22

Regressionsmodelle (schrittweise) Beurteilung Gesundheitszustand mit soziodemografischen und gesundheitspezifischen Variablen (Schweiz)

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.444	.402	.213	.223
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	.060	.056
finanzielle Deprivation	.380	.389	.238	.230
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	.058	.063	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	.065	.061	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	.096	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	-.076
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.399	.411
Sport	n.g.	n.g.	.188	.179
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.302	.308	.459	.464

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Im schrittweise berechneten Modell 1, das nur soziodemografische Variablen enthält, hängt die Beurteilung des Gesundheitszustandes primär vom Alter (.444), sekundär von der finanziellen Deprivation (.380) der befragten Person ab. Beide Effekte bleiben auch im Total-Modell bestehen.

Der soziale Status (.058) und Sprachregionen – ein leicht tieferer Gesundheitszustand in der italienischsprachigen Schweiz (.065) – sind nur solange signifikant, wie das Vorliegen einer langandauernden Krankheit und Sportaktivitäten nicht Teil des Modells sind.

Im Total-Modell hängt der Gesundheitszustand primär von langandauernden Krankheiten ab (.411). Neben der finanziellen Deprivation (.230) und dem Alter (.223) sind fehlende sportliche Aktivitäten (.179) ein Anzeichen für eine schlechte Gesundheit.

Schwach sinkt der Gesundheitszustand mit steigendem Bildungsniveau (.056) und dem Vorliegen einer ambulanten Zusatzversicherung (–.076).

3.4 Vulnerable Gruppen

Die Studie soll zeigen, welche Gruppen einen besonders hohen Anteil an begrenzter (unzureichender oder problematischer) Gesundheitskompetenz aufweisen. Gemäss der Definition der HLS-EU-Studie wird eine Subgruppe "sehr vulnerabel" genannt, wenn mindestens 60 Prozent eine unzureichende oder problematische (=begrenzte) Gesundheitskompetenz haben. Mit einem Anteil ab 50 bis 60 Prozent gilt die Subgruppe als "vulnerabel".

Ausgewiesen werden nur Gruppen, welche mit mindestens 50 Fällen in der Stichprobe vertreten sind.

Tabelle 23

Sehr vulnerable Gruppen im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa, Anteil unzureichende und problematische (=begrenzte) generelle Gesundheitskompetenz (General-HL)

Indikator	Kategorie	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	sehr tief	*	78.5	79.7	58.7	79.6	84.3	64	49.9	59.9	73.9
Beurteilung Gesundheitszustand	schlecht; sehr schlecht	*	86	82.8	56.5	83.3	77.8	55.6	41.2	71.7	72.8
Bildungsniveau	Level 0; Level 1	*	63.2	76.5	58.1	77.2	74.4	50.8	41.3	100	68
Finanzierbarkeit Medikamente	sehr schwierig	*	77.6	81.2	40	66	55.2	59.8	57.5	61.9	67.1
Finanzierbarkeit Arzt	ziemlich schwierig; sehr schwierig	68	76.1	80.1	56.3	61.1	68	55.7	42.1	74.5	66.5
Einschränkung durch gesundheitliche Probleme	erheblich eingeschränkt	72	81.9	80.8	54.6	80	76.7	56.3	34.7	65.9	65.6
monatliches Haushaltseinkommen	weniger als € 800.— ¹	*	37.7	83.6	56.4	70.2	70.3	58.4	38.4	61.6	65.6
Finanzierbarkeit Medikamente	ziemlich schwierig	57	66.6	71.7	65.8	59.6	71.7	51	35.5	67.5	63.6
Schwierigkeiten Bezahlung Rechnungen	meistens	*	67.1	75.1	46.7	60.7	61.7	61.2	33.5	42.2	63.4
langandauernde Krankheit	Ja, mehr als eine	64	78.5	83.3	58.4	73.9	69.5	45.3	32.6	54.3	61
Alter	76 oder älter	50	72.6	75.4	53.9	72.3	71.1	46	28.8	65.4	60.8
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	tief	*	59.4	62.1	63.9	57.4	59.2	53.3	48.4	63.8	60

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

¹CH: weniger als CHF 3000; *weniger als 50 Fälle

Personen, die sich (subjektiv) durch gesundheitliche Probleme erheblich eingeschränkt fühlen (72% begrenzte Gesundheitskompetenz), für die es ziemlich oder sehr schwierig ist, Arztrechnungen zu bezahlen (68%), oder mehr als eine langandauernde Krankheit haben (64%) sind sowohl in der Schweiz als auch in der EU sehr vulnerable Gruppen.

Wer Mühe hat, die Medikamente zu bezahlen (57%) und die ab 76-Jährigen sind in der Schweiz nur vulnerabel, in der HLS-EU-Studie sehr vulnerabel. Die anderen Gruppen, welche in der HLS-EU-Studie sehr vulnerabel sind, bestehen in der Schweiz aus weniger als 50 Fällen, weshalb wir die Werte nicht ausweisen.

Tabelle 24

Vulnerable Gruppen im Ländervergleich

in % EinwohnerInnen in Europa, Anteil unzureichende und problematische (=begrenzte) generelle Gesundheitskompetenz (General-HL)

Indikator	Kategorie	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Beurteilung Gesundheitszustand	mittelmässig	63	76.6	65.4	59.2	60.9	68.2	50.7	34.8	55.2	59.4
Familienstand	verwitwet	61	73.6	73.4	61	60.8	71	36.1	28.5	58	59.1
Arztbesuche letzte 12 Monate	6-mal oder öfter	43	69.9	74	56.2	58.4	69.4	46.7	30.8	54.1	58.8
Einschränkung durch gesundheitliche Probleme	eingeschränkt, aber nicht erheblich	58	70.7	80.5	59.3	59.9	64	40.5	32.6	55.4	58.2
Alter	66 – 75	48	71.4	79.7	39.7	66.2	77.1	37.1	30.4	58.7	58.1
Erwerbsstatus	pensioniert od. frühpensioniert	47	69	78.4	45.6	60.3	69.2	31.5	29.7	60.2	57.8
monatliches Haushaltseinkommen	€ 800.— bis € 1'350.— ¹	59	58.7	70	57.5	55.1	59.4	57.7	32.4	63.6	57.7
Bildungsniveau	Level 2	51	69.7	77.5	57	55.8	59.7	52	35.1	59.6	57.2
Erwerbsstatus	arbeitslos	*	44.4	75.4	57.3	55.5	60.4	46.4	27.2	39.6	55.4
langandauernde Krankheit	Ja, eine	53	63.6	73.6	51.1	56.2	65	45.7	32	58.7	55.2
Finanzierbarkeit Arzt	ziemlich einfach	62	64.6	64.2	62.6	42.8	68.1	37.8	44.3	53.5	54.2
Schwierigkeiten Bezahlung Rechnungen	gelegentlich	53	63.3	60.6	65	45.7	57.2	48.9	33.1	53.4	53.2
Notfalldienst letzte 2 Jahre	3-mal oder öfter	*	88.6	70.8	55.2	65.2	63.8	44.9	30.7	50	53.2
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	untere Mitte	41	60.3	57.9	43.2	51.9	57.4	53.9	40.2	53.3	53.1
Krankenhausaufenthalte letzte 12 Mt.	3-mal oder öfter	*	86.4	80	57.1	51.7	68.8	47.1	31.3	47.6	53
Alkoholkonsum	kein Alkohol	59	64.5	69.2	48.4	55.9	60.3	37.4	28.2	46.7	52.8
Begleitung Arztbesuch	Nein	59	55.7	70.6	46.7	48.7	63.4	38.8	36.3	53.9	52.1
monatliches Haushaltseinkommen	€ 1'350.— bis € 1'850.— ²	57	65.3	63.3	56.6	40.5	57.5	40.8	33.3	55.3	52.1
Krankenversicherung	öffentlich	n.a.	57.5	62.3	48.9	45.2	58.1	47.6	33	45.3	51.9
andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate	0-mal	58	52	63.8	41	52.1	59.1	45.4	31.3	49.5	51.9

Indikator	Kategorie	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Notfalldienst letzte 2 Jahre	1- bis 2-mal	60	60.1	70.3	59.3	53.9	63	40.3	27.7	46.4	51.4
Erwerbsstatus	Hausfrau/-mann, Kindererziehung oder Pflegende/r in Vollzeit	*	73.6	60.6	46.5	55.9	68.2	43.9	35	35.4	50.8
Krankenhausaufenthalte letzte 12 Mt.	1- bis 2-mal	68	64	71.2	55.4	52.5	62.4	38.7	28.1	55.9	50.7
Body-Mass-Index	Übergewicht; Adipositas	46	61.6	62.5	51.7	51.3	59.5	38.4	29.6	46.6	50.3
Gemeindeleben	überhaupt nicht	59	57.9	64.7	49.3	45.2	61.1	43	31.7	47	50.1
Alter	56 – 65	52	65.8	75.2	39.7	52.1	60.5	35.7	23.9	46.8	50.1

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

¹CH: CHF 3000 bis 5000; ²CH: CHF 5000 bis 7000; *weniger als 50 Fälle

Personen mit ein- bis zweimaligem Krankenhausaufenthalt (68%) respektive so vielen Beanspruchungen des Notfalldienstes in den letzten zwei Jahren (60%), mit einem mittelmässigen Gesundheitszustand (63%), denen es ziemlich einfach fällt, Arztrechnungen zu bezahlen (62%) sowie Verwitwete (61%) sind in der Schweiz gemäss Definition sehr vulnerabel, während sie in der der EU nur vulnerabel sind.

Personen mit sozialem Status "untere Mitte" (41%), mit sechs oder mehr Arztbesuchen im letzten Jahr (43%), mit Übergewicht oder Adipositas (46%), die (früh-)pensioniert sind (47%) und zwischen 66 und 75 Jahren alt sind (48%) sind im Gegensatz zur HLS-EU-Studie keine vulnerablen Gruppen.

Die anderen vulnerablen Gruppen in der EU sind auch in der Schweiz vulnerabel (resp. haben zu wenige Fälle für statistisch belastbare Aussagen.)

Die folgenden Tabellen weisen alle (sehr) vulnerable Gruppen (mit mindestens 50 Fällen) in der Schweiz aus:

Tabelle 25

Sehr vulnerable Gruppen (Schweiz)

in % EinwohnerInnen in der Schweiz, Anteil unzureichende und problematische (=begrenzte) generelle Gesundheitskompetenz (General-HL)

Indikator	Kategorie	CH
Sport	überhaupt nicht	79
Sprachregion	ICH	74
Einschränkung durch gesundheitliche Probleme	erheblich eingeschränkt	72
Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate	1- bis 2-mal	68
Finanzierbarkeit Arzt	ziemlich schwierig; sehr schwierig	68
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	obere Mitte	65
langandauernde Krankheit	Ja, mehr als eine	64
Alter	36-45 Jahre	64
Sport	ein paar Mal im Monat	64
Finanzierbarkeit Medikamente	ziemlich einfach	64
Beurteilung Gesundheitszustand	mittelmässig	63

Indikator	Kategorie	CH
Tabakkonsum	RaucherIn	63
Finanzierbarkeit Arzt	ziemlich einfach	62
Alter	46-55 Jahre	62
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	hoch	62
Familienstand	verwitwet	61
Notfalldienst letzte 2 Jahre	1- bis 2-mal	60

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Es zeigt sich, dass Personen, die überhaupt keine (79%) oder nur ein paar Mal pro Monat sportliche Aktivitäten ausüben (64%) oder die rauchen (63%), eine sehr vulnerable Gruppe sind. Ebenso Personen mit mehr als einer langandauernden Krankheit (64%), einer erheblichen Einschränkung durch gesundheitliche Probleme (72%) oder einer mittelmässigen Gesundheit (63%). Auch Personen mit einer schlechten bis sehr schlechten Gesundheit würden in diese Kategorie fallen, werden aufgrund der tiefen Fallzahl jedoch nicht ausgewiesen.

Sehr vulnerable Gruppen sind auch diejenigen, die ein- bis zweimal in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus waren (68%) oder den Notfalldienst in Anspruch nahmen (60%).

Wer die Begleichung von Arztrechnung als ziemlich bis sehr schwierig (68%) oder auch nur ziemlich einfach (62%) findet, fällt ebenfalls in eine sehr vulnerable Gruppe. Bei der Finanzierbarkeit von Medikamenten sind es jene, die es ziemlich einfach finden (64%). Personen mit der Antwortkategorie "ziemlich schwierig" fallen knapp unter die vulnerablen Gruppen (57%), während "sehr schwierig" eine zu geringe Fallzahl aufweist.

Abgesehen von den Verhaltensaspekten (Sport, Rauchen), dem Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und finanziellen Aspekten fällt als soziodemografische Komponente vor allem die italienischsprachige Schweiz (74%) ins Auge. Altersmässig findet sich ein erhöhtes Problem bei den 36- bis 45-Jährigen (64%) und den 46- bis 55-Jährigen (62%). Sehr vulnerabel sind auch die Verwitweten (61%).

Wie bereits weiter oben (Kapitel 3.2.2) besprochen, sind in der Schweiz die selbstgeäusserten Gruppen mit einem sozialen Status der "oberen Mitte" (65%) und "hoch" (62%) sehr vulnerabel. Die anderen Sozialstatus-Gruppen fallen unter die Grenze von 50 Prozent begrenzter Gesundheitskompetenz.

Dadurch, dass in der Schweiz auf der Gesamtebene bereits 54 Prozent nur eine begrenzte Gesundheitskompetenz haben und damit die Schweiz insgesamt gemäss Definition als vulnerabel bezeichnet werden könnte, sind auch viele Subgruppen vulnerabel. Beispiel: Sowohl Männer (57%) als auch Frauen (51%) sind vulnerabel. Für zielgruppenspezifische Massnahmen empfiehlt es sich deshalb, auf die sehr vulnerablen Gruppen zu fokussieren. Der Vollständigkeit halber führen wir alle vulnerablen Gruppen gemäss Definition auf.

Tabelle 26

Vulnerable Gruppen (Schweiz)

in % EinwohnerInnen in der Schweiz, Anteil unzureichende und problematische (=begrenzte) generelle Gesundheitskompetenz (General-HL)

Indikator	Kategorie	CH
Familienstand	verheiratet	59
Body-Mass-Index	Normalgewicht	59
Siedlungsart	ländlich	59
Alkoholkonsum	kein Alkohol	59
Begleitung Arztbesuch	Ja	59
monatliches Haushaltseinkommen	CHF 3'000 bis CHF 5'000	59
Begleitung Arztbesuch	Nein	59
Gemeindeleben	überhaupt nicht	59
Arztbesuche letzte 12 Monate	1- bis 2-mal	58
andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate	0-mal	58
Einschränkung durch gesundheitliche Probleme	eingeschränkt, aber nicht erheblich	58
Finanzierbarkeit Medikamente	ziemlich schwierig	57
Geschlecht	Männer	57
Erwerbsstatus	Vollzeit	57
Migrationshintergrund	Ja	57
monatliches Haushaltseinkommen	CHF 5'000 bis CHF 7'000	57
Beurteilung Gesundheitszustand	gut	56
Sprachregion	DCH	55
monatliches Haushaltseinkommen	CHF 7'000 bis CHF 9'000	54
Schwierigkeiten Bezahlung Rechnungen	nahezu nie/nie	54
Siedlungsart	klein/mittel	53
langandauernde Krankheit	Ja, eine	53
langandauernde Krankheit	Nein	53
Notfalldienste letzte 2 Jahre	0-mal	53
Arztbesuche letzte 12 Monate	3- bis 5-mal	53
Schwierigkeiten Bezahlung Rechnungen	gelegentlich	53
Alkoholkonsum	gering	52
Alter	56 – 65	52
Geschlecht	Frauen	51
Migrationshintergrund	Nein	51
Siedlungsart	gross	51
Bildungsniveau	Level 2	51
Alter	76 oder älter	50

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

3.5 Konsequenzen der Gesundheitskompetenz

Das folgende Kapitel beleuchtet die (möglichen) Konsequenzen aus einer begrenzten Gesundheitskompetenz für gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und die Nutzung medizinischer Leistungen. Wo möglich vergleichen wir die Ergebnisse mit den Resultaten aus anderen Studien.

3.5.1 Gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsrisiken

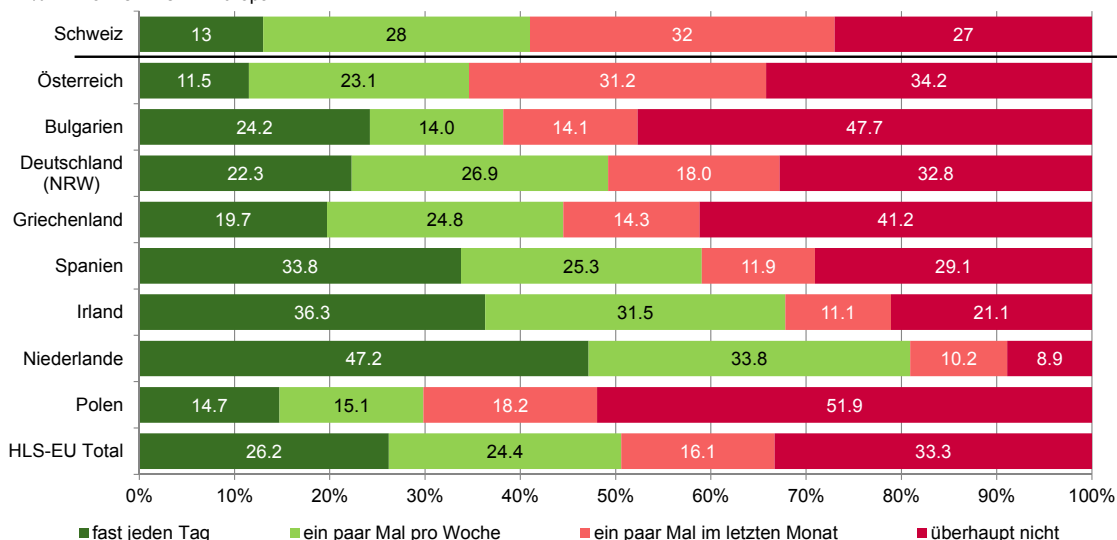
Im europäischen Vergleich sind die Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner eher Sportmuffel:

Grafik 28

Sport im Ländervergleich

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

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Nur 13 Prozent macht fast jeden Tag und 28 Prozent ein paar Mal pro Woche Sport – summiert 41 Prozent. In der EU macht nach eigenem Bekunden rund die Hälfte mindestens einmal pro Woche Sport. Besonders die niederländische, irische und spanische Bevölkerung tut sich dabei hervor. Schlusslicht sind die Polen, wo über die Hälfte überhaupt keinen Sport betreibt. In der Schweiz sind nur 27 Prozent Sportverweigerer. 32 Prozent hat immerhin ein paar Mal im letzten Monat mindestens eine halbe Stunde lang Sport getrieben.

Gemäss der Gesundheitsstatistik 2014¹² bewegen sich "beinahe drei von vier Personen" ausreichend um als "aktiv" eingestuft zu werden; 11 Prozent bewegen sich weniger als eine halbe Stunde pro Woche und gelten somit als "inaktiv". 57 Prozent geben an, Sport zu treiben.

¹² Bundesamt für Statistik (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Die Ergebnisse basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB, welche 2012 telefonisch durchgeführt wurde.

Alkoholkonsum im Ländervergleich

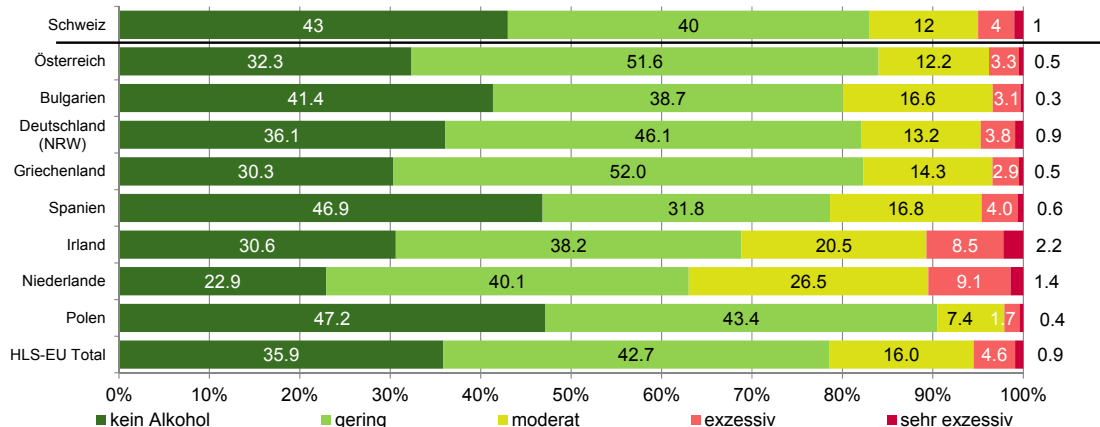
"Haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken, also Bier, Wein, Spirituosen, Apfelwein oder andere alkoholische Getränke?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 5 oder mehr alkoholische Getränke (z.B. Gläser Wein, Flaschen Bier etc.) bei einer Gelegenheit zu sich genommen?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?"

"Wenn Sie nun an einen Tag denken, an dem Sie Alkohol trinken: Ungefähr wie viele Gläser oder Flaschen trinken Sie da normalerweise?"

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

In der Schweiz geben 43 Prozent an, in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol konsumiert zu haben. Das liegt leicht über dem europäischen Wert. Es ist nicht auszuschliessen, dass (nicht nur in der Schweiz) soziale Erwünschtheit bei dem heiklen Thema mitspielt. Selbst wenn Anonymität zugesichert wird, kann vermutet werden, dass zumindest ein Teil der Befragten den eigenen Alkoholkonsum herunterspielt.

Nach Definition der HLS-EU-Studie¹³ haben 40 Prozent einen geringen Alkoholkonsum. Bei 12 Prozent ist er moderat, bei 4 Prozent exzessiv und nur bei 1 Prozent sehr exzessiv. Damit ist der moderate bis sehr exzessive Alkoholkonsum in der Schweiz geringer als im EU-Durchschnitt. In den Niederlanden und in Irland ist er deutlich erhöht. In Polen gehört dagegen nach eigenen Aussagen weniger als ein Zehntel in diese Gruppe.

Das Suchtmonitoring Schweiz¹⁴ kommt zum Schluss, dass 87.3 Prozent zumindest gelegentlich Alkohol trinken. 10.3 Prozent trinken täglich, 43.2 Prozent trinken mehrmals wöchentlich aber weniger als täglich, 33.6 Prozent trinken seltener als wöchentlich. Sofern die beiden Studien sich direkt vergleichen lassen, weist die vorliegende Studie einen höheren Anteil an Personen auf, welche (in den letzten 30 Tagen) keinen Alkohol getrunken haben. Der Anteil an exzessiven bis sehr exzessiven respektive täglichen Konsum ist in beiden Studien relativ gering.

¹³ vgl. Appendix Table 57 (S.81) im Anhang der HLS-EU-Studie: Der Alkoholkonsum ergibt sich aus der Häufigkeit und der durchschnittlichen Anzahl Getränke.

¹⁴ www.suchtmonitoring.ch, Ergebnisse basieren auf der fortlaufenden, telefonischen Befragung CoRoLAR (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks).

Grafik 30

Alkoholkonsum nach Geschlecht in der Schweiz

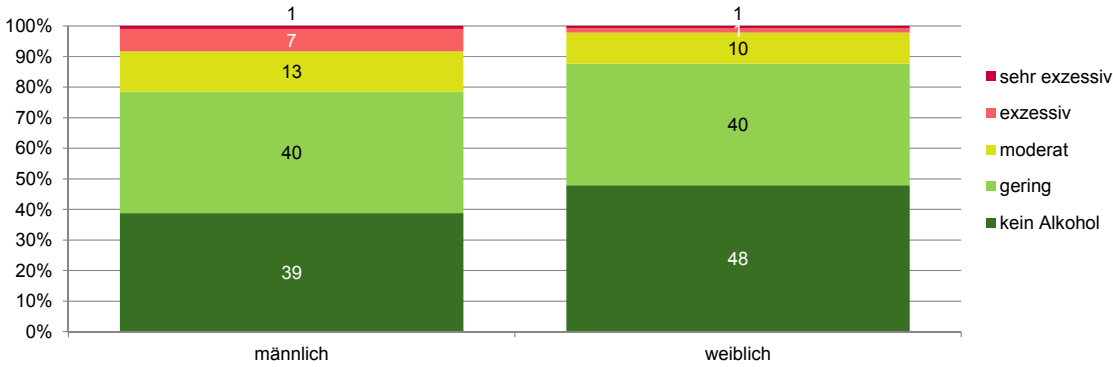
"Haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken, also Bier, Wein, Spirituosen, Apfelwein oder andere alkoholische Getränke?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 5 oder mehr alkoholische Getränke (z.B. Gläser Wein, Flaschen Bier etc.) bei einer Gelegenheit zu sich genommen?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?"

"Wenn Sie nun an einen Tag denken, an dem Sie Alkohol trinken: Ungefähr wie viele Gläser oder Flaschen trinken Sie da normalerweise?"

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

In der Schweiz gibt fast die Hälfte der Frauen (48%) an, in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken zu haben. Unter den Männern sind es nur 39 Prozent. Der Geschlechterunterschied findet sich auch im Suchtmonitoring Schweiz.

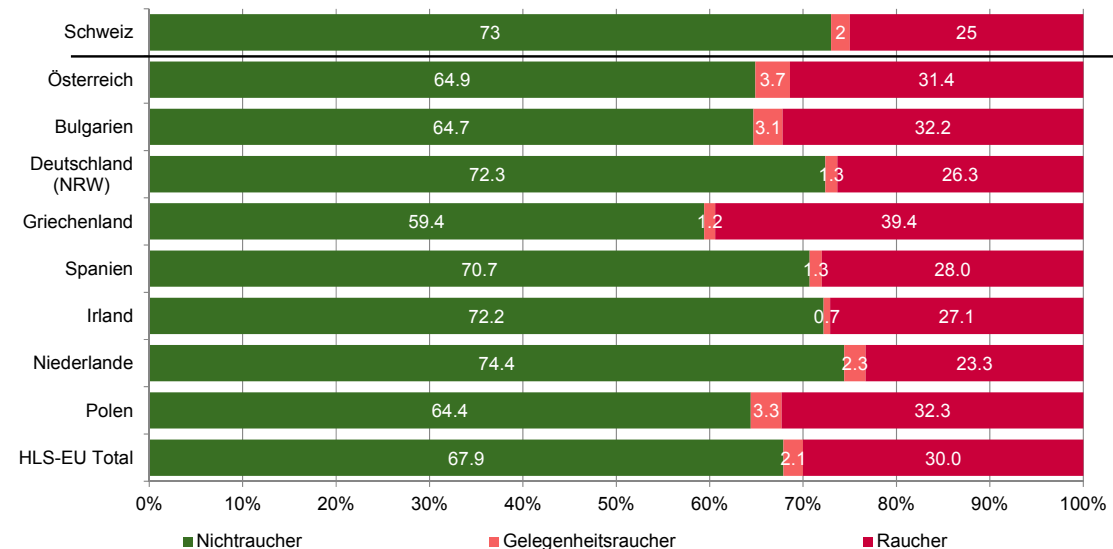
Im Gegenzug ist exzessiver bis sehr exzessiver Alkoholkonsum unter Männern mit rund acht Prozent deutlich häufiger vorhanden als bei den Frauen mit nur zwei Prozent.

Grafik 31

Tabakkonsum im Ländervergleich

"Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie in Bezug auf das Rauchen von Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zu?"
 "Rauchen Sie die folgenden Tabakprodukte täglich, gelegentlich oder niemals?"

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Mit einem Viertel Raucher ist die Schweiz leicht unter dem europäischen Vergleichswert. 73 Prozent sind Nichtraucher, 2 Prozent Gelegenheitsraucher. Weniger Raucher gibt es nur in den Niederlanden, am meisten in Griechenland.

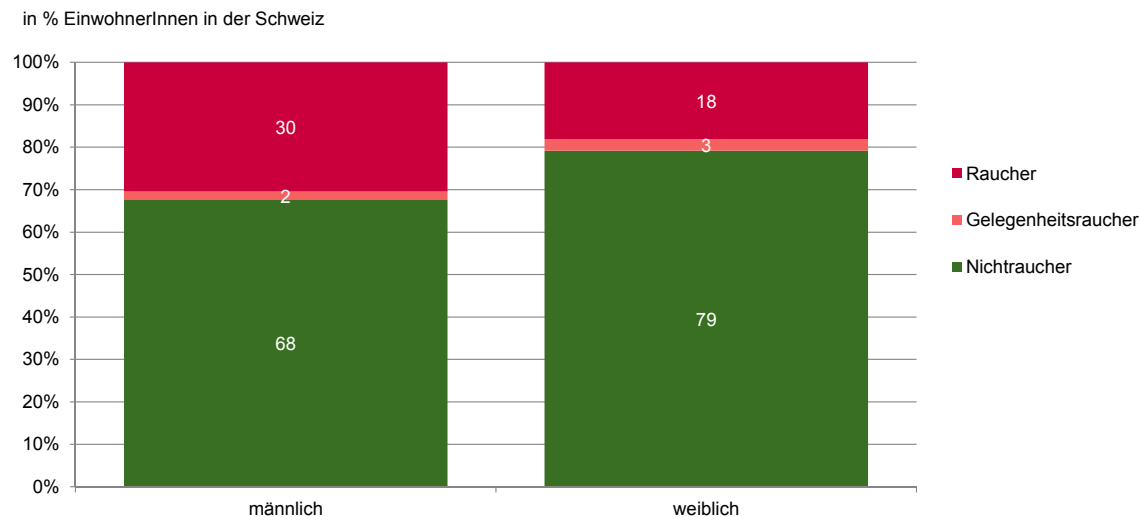
Das Suchtmonitoring geht ebenfalls von rund einem Viertel an Raucherinnen und Rauchern aus, wobei 17.3 Prozent täglich und 7.6 Prozent gelegentlich rauchen.

Auch bezüglich Tabakkonsums gibt es in der Schweiz einen Geschlechterunterschied:

Grafik 32

Tabakkonsum nach Geschlecht in der Schweiz

"Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie in Bezug auf das Rauchen von Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zu?"
"Rauchen Sie die folgenden Tabakprodukte täglich, gelegentlich oder niemals?"



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

32 Prozent der Männer sind Raucher oder zum geringeren Teil Gelegenheitsraucher. Bei den Frauen sind es nur 21 Prozent. Die Ergebnisse im Suchtmonitoring sind sehr ähnlich: 28.8 Prozent rauchende Männer und 21.1 Prozent rauchende Frauen.

Einer der wenigen deutlichen Unterschiede zwischen der Schweizer und der HLS-EU-Studie zeigt sich beim Body-Mass-Index BMI¹⁵:

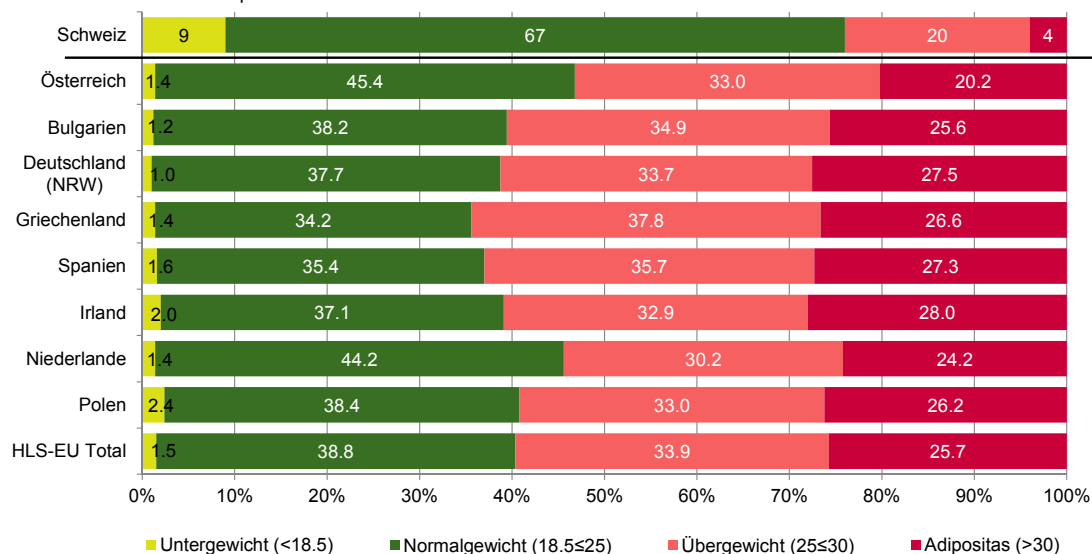
Grafik 33

Body-Mass-Index im Ländervergleich

"Wie gross sind Sie?"

"Wie viel wiegen Sie?"

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Zwei Drittel (67%) in der Schweiz sind normalgewichtig. Der Anteil ist deutlich grösser als in allen HLS-EU-Ländern. Erhöht ist auch der Anteil Untergewichtiger (9%), während die Übergewichtigen (20%) und Adipösen (4%) im Vergleich untervertreten sind.

Wie andere Angaben der Befragung beruhen sie auf den Antworten der Befragten, nicht auf Messungen. Es ist möglich, dass das Gewicht "grosszügig" abgerundet wurde. Warum dieser Effekt jedoch in der Schweiz stärker zum Tragen kam als in anderen Ländern, bleibt offen. Gemäss BFS¹⁶ sind 30.8 Prozent übergewichtig und 10.3 Prozent adipös.

¹⁵ $BMI = \frac{Gewicht[kg]}{Grösse[m]^2}$; Gruppierung analog HLS-EU-Studie gemäss BMI-Klassifikation der WHO.

¹⁶ Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), BFS; in % Bevölkerung ab 15 Jahren, 2012; <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/key/02.html>

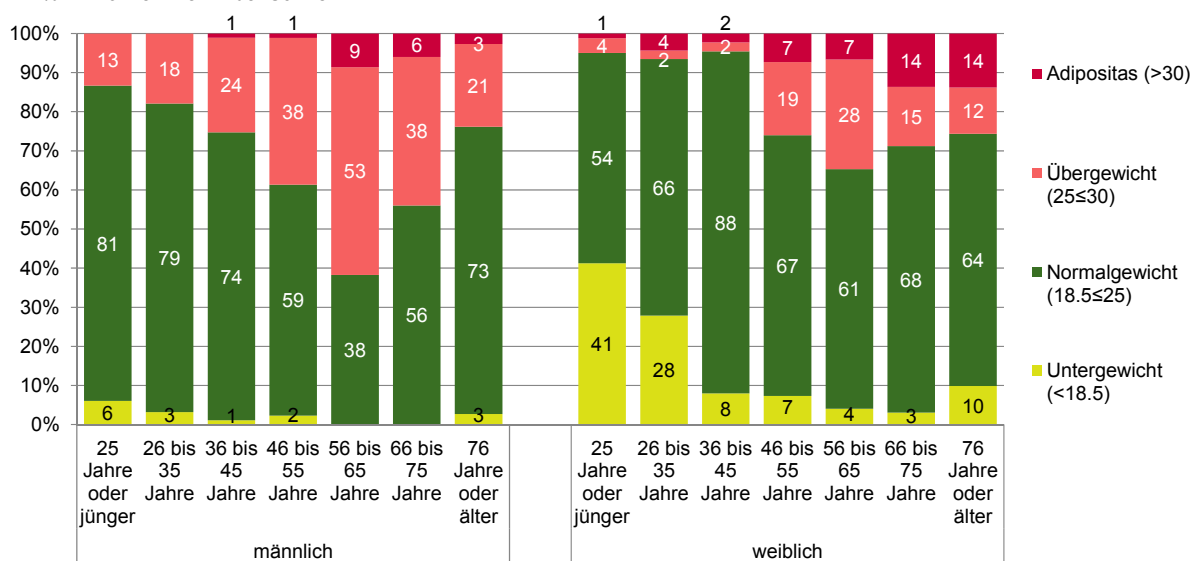
Grafik 34

Body-Mass-Index nach Alter und Geschlecht

"Wie gross sind Sie?"

"Wie viel wiegen Sie?"

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

Vor allem viele Frauen bis 25 Jahre geben eine Kombination aus Körpergrösse und -gewicht an, dass sie als untergewichtig eingestuft werden müssen (41%). Auch Frauen zwischen 26 und 35 weisen einen höheren Anteil davon auf (28%), während er in den anderen Gruppen deutlich tiefer liegt.

Der Anteil Adipöser nimmt bei den Frauen mit zunehmendem Alter tendenziell zu; am grössten ist er bei Frauen ab 76 Jahren (14%). Bei den Männern ist der Anteil am höchsten unter den 56- bis 65-Jährigen (9%).

Generell ist auch der Anteil an Übergewichtigen bei den 56- bis 65-Jährigen am höchsten (Männer 53%, Frauen 28%).

Tabelle 27

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und Gesundheitsverhalten im Ländervergleich

General-HL und ...		Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Tabak-konsum	r	.116**	.011	.130**	-.080**	.092**	.004	-.087**	-.024	-.041	-.012
	N	1028	1001	1002	1154	1042	1007	967	970	1038	8181
Alkohol-konsum	r	.098**	.044	.098**	-.023	.160**	.06	-.053	-.016	.073*	.065**
	N	1028	941	987	1133	1038	996	957	970	1008	8030
Sport	r	-.464**	-.195**	-.144**	-.205**	-.213**	-.042	-.154**	-.079*	-.127**	-.189**
	N	1028	1002	998	1160	1043	1006	970	991	1037	8207
Body-Mass-Index	r	.090**	-.127**	-.057	-.064*	-.120**	-.055	.031	-.038	-.080*	-.066**
	N	981	914	976	1078	1039	958	934	980	1009	7888

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Tabakkonsum 1=Raucher bis 3=Nichtraucher // Alkoholkonsum 1=kein Alkohol bis 5=sehr exzessiv // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

In der Schweiz zeigt sich schon auf Ebene der Rangkorrelationskoeffizienten ein deutlicher Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheitskompetenz (-.464), noch viel deutlicher als in der EU. Wer viel Sport treibt, hat eine höhere Gesundheitskompetenz und umgekehrt.

Signifikant ist auch der Zusammenhang zwischen Nicht-Rauchen und Gesundheitskompetenz (.116). Nur in Bulgarien ist er noch stärker. In diversen anderen Ländern wie Deutschland (NRW) und Irland ist es sogar so, dass Raucher eine höhere Gesundheitskompetenz aufweisen. In der Summe ergibt sich dadurch auf europäischer Ebene kein signifikanter Effekt.

Gesundheitskompetenz ist in der Schweiz ebenso wie in der EU positiv mit Alkoholkonsum korreliert (.098), das heisst, dass Personen mit hoher Gesundheitskompetenz mehr Alkohol trinken und umgekehrt. Dass der Zusammenhang jedoch nicht linear und eindeutig ist, zeigt sich weiter unten.

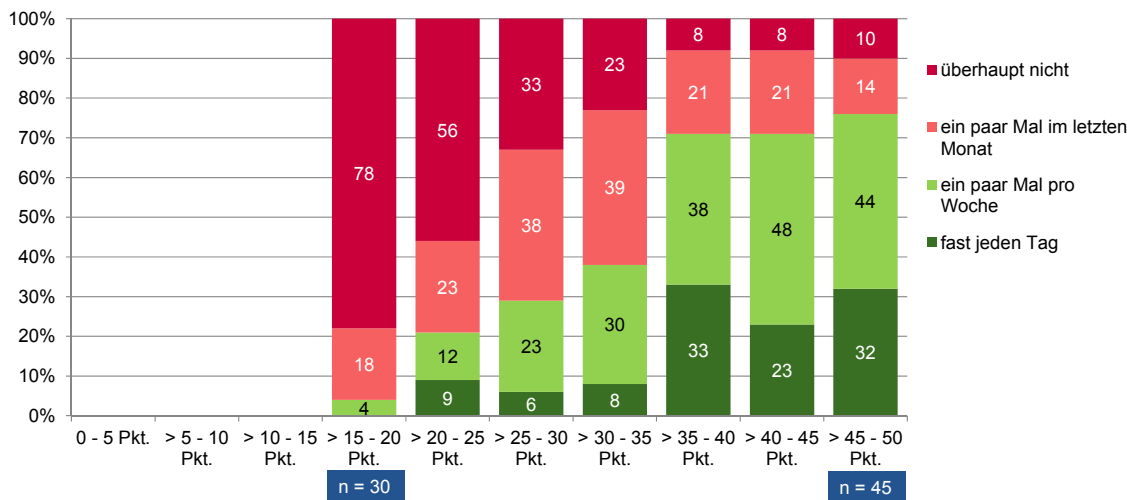
Anders als in der EU, wo ein schwacher negativer Effekt gemessen werden kann, gibt es in der Schweiz einen schwachen positiven Zusammenhang zwischen BMI und Gesundheitskompetenz. Das heisst, dass ein höherer Body-Mass-Index tendenziell mit höherer Gesundheitskompetenz einhergeht.

Grafik 35

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.

In den Gruppen mit 35 und mehr Punkten genereller Gesundheitskompetenz, treiben über 70 Prozent mindestens ein paar Mal pro Woche Sport. Bei über 20 bis 25 Punkten sind es gerademal 21 Prozent. (Bei über 15 bis 20 Punkten sogar nur 4 Prozent, jedoch bei sehr geringer Fallzahl.)

Grafik 36

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

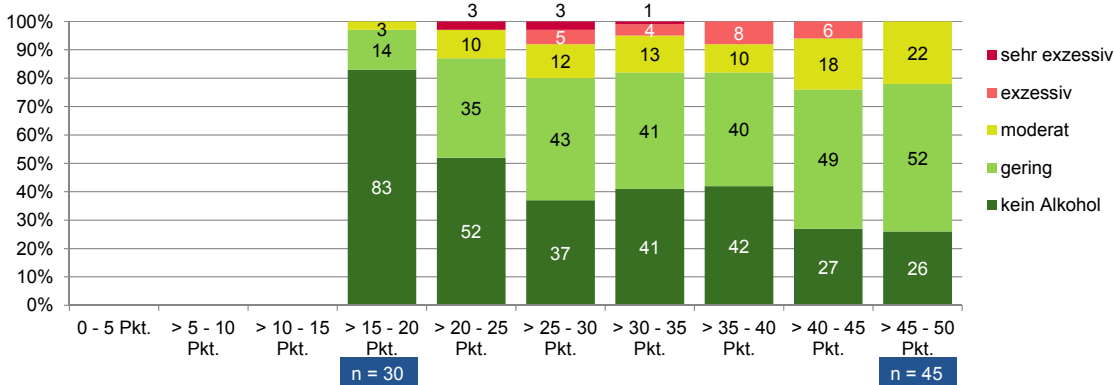
"Haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken, also Bier, Wein, Spirituosen, Apfelwein oder andere alkoholische Getränke?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 5 oder mehr alkoholische Getränke (z.B. Gläser Wein, Flaschen Bier etc.) bei einer Gelegenheit zu sich genommen?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?"

"Wenn Sie nun an einen Tag denken, an dem Sie Alkohol trinken: Ungefähr wie viele Gläser oder Flaschen trinken Sie da normalerweise?"

in % EinwohnerInnen der Schweiz



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

Der völlige Verzicht auf Alkohol steigt mit abnehmender Gesundheitskompetenz tendenziell. Das könnte mit dem im Durchschnitt schlechteren Gesundheitszustand in diesen Gruppen zusammenhängen.

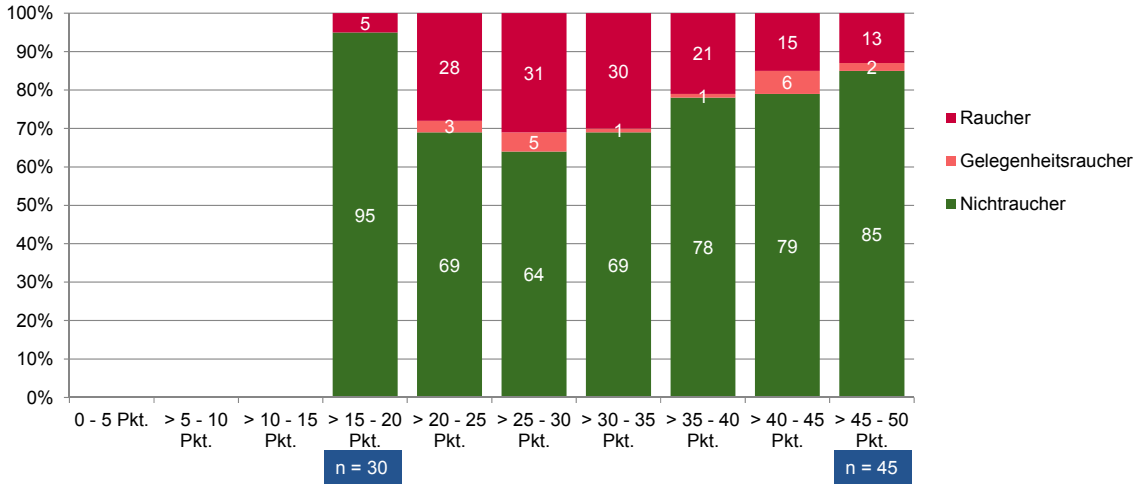
Der Anteil geringen bis moderaten Alkoholkonsums nimmt mit steigender Gesundheitskompetenz tendenziell zu. Das gilt nicht für (sehr) exzessiven Alkoholkonsum, welcher bei hoher Gesundheitskompetenz tiefer ist.

Grafik 37

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

"Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie in Bezug auf das Rauchen von Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zu?"
 "Rauchen Sie die folgenden Tabakprodukte täglich, gelegentlich oder niemals?"

in % EinwohnerInnen der Schweiz



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

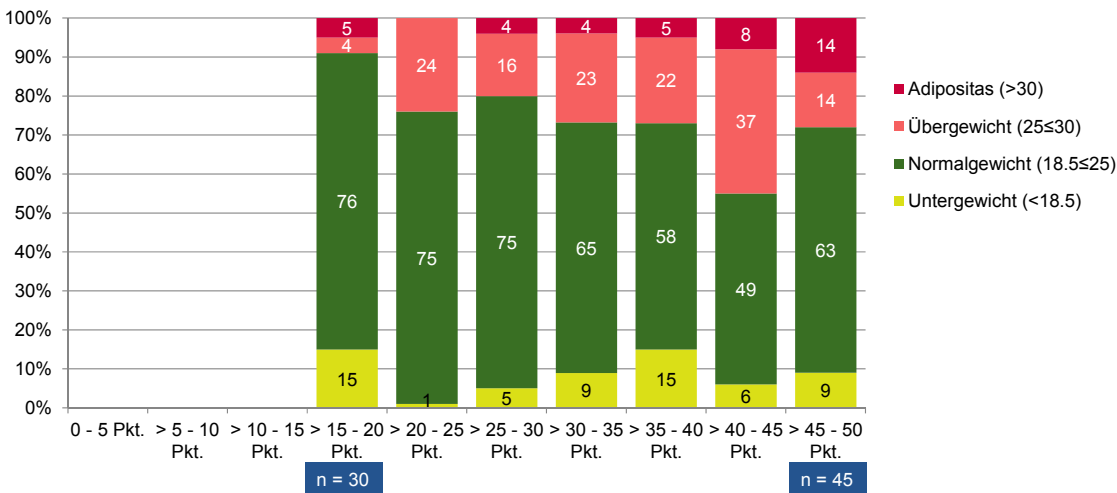
Mit Ausnahme der (sehr kleinen) Gruppe mit über 15 bis 20 Punkten, in welcher 95 Prozent Nichtraucher sind, nimmt der Anteil an Nichtrauchern mit steigender Gesundheitskompetenz tendenziell zu. Bei über 45 bis 50 Punkten sind es 85 Prozent.

Grafik 38

Body-Mass-Index nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wie gross sind Sie?"
 "Wie viel wiegen Sie?"

in % EinwohnerInnen der Schweiz



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

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und BMI ist nicht eindeutig. Tendenzuell steigt mit zunehmender Gesundheitskompetenz der Anteil Adipöser, während der Anteil Normalgewichtiger abnimmt. In Europa nimmt hingegen der Anteil Normalgewichtiger mit zunehmender Gesundheitskompetenz zu.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Gesundheitskompetenz in der Schweiz stark mit Sporttätigkeit korreliert und weniger stark mit Tabakabsti-

nenz. Ein Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum ist messbar, jedoch nimmt mit der Kompetenz auch der Konsum zu.

3.5.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

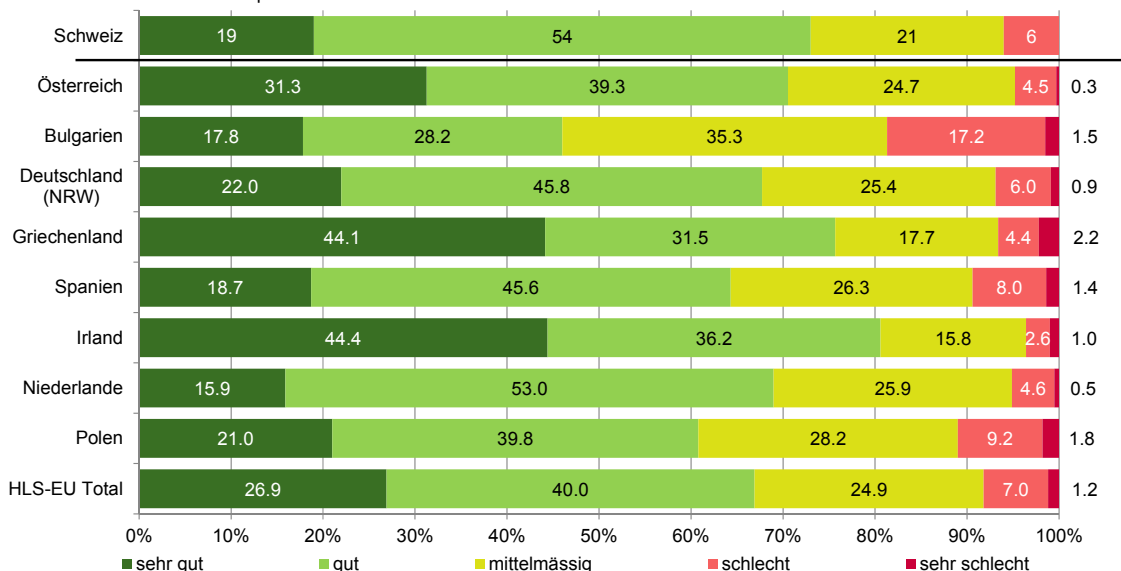
Die Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner fühlen sich im Allgemeinen gesund:

Grafik 39

Beurteilung Gesundheitszustand im Ländervergleich

"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er ..."

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Die absolute Mehrheit (54%) beurteilt den eigenen Gesundheitszustand als gut, 19 Prozent sogar als sehr gut. 21 Prozent machen Einschränkungen, beurteilen sie nur als mittelmässig, 6 Prozent gar als schlecht. Bei "sehr schlecht" sind es nur 0 Prozent (2 Personen). Das deckt sich im Grossen und Ganzen mit den Ergebnissen, die wir auch aus den Befragungsreihen "Gesundheitsmonitor" und dem "H+ Spital- und Klinik-Barometer" haben¹⁷. Gemäss Gesundheitsstatistik 2014 bezeichnen "fünf von sechs Personen" ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut und nur vier Prozent als schlecht oder sehr schlecht.

Auch im europäischen Vergleich ist die Schweiz gesund: Zwar ist der Anteil sehr guter Gesundheit geringer als in der HLS-EU-Studie insgesamt (was vor allem durch die sehr hohen Anteile von Griechenland, Irland und tendenziell auch Österreich angehoben wird), jedoch ist auch der Anteil mittelmässiger bis sehr schlechter Gesundheit in der Schweiz geringer.

¹⁷ Die Grundgesamtheit bei diesen beiden Studienreihen sind Stimmberechtigte, nicht Einwohnerinnen und Einwohner ab 15 Jahren, und die Frage und die Antwortkategorien sind leicht anders als in der vorliegenden Studie. Insgesamt sind die Ergebnisse jedoch vergleichbar, wobei im Gesundheitsmonitor eine leicht schlechtere und im Spital- und Klinik-Barometer eine leicht bessere Gesundheitsbeurteilung gemessen wurde.

Tabelle 28

Mittelwert und Standardabweichung Beurteilung Gesundheitszustand im Ländervergleich

	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Mittelwert	2.1	2.0	2.6	2.2	1.9	2.3	1.8	2.2	2.3	2.2
Standardabweichung	0.8	0.9	1.0	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	1.0	1.0

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

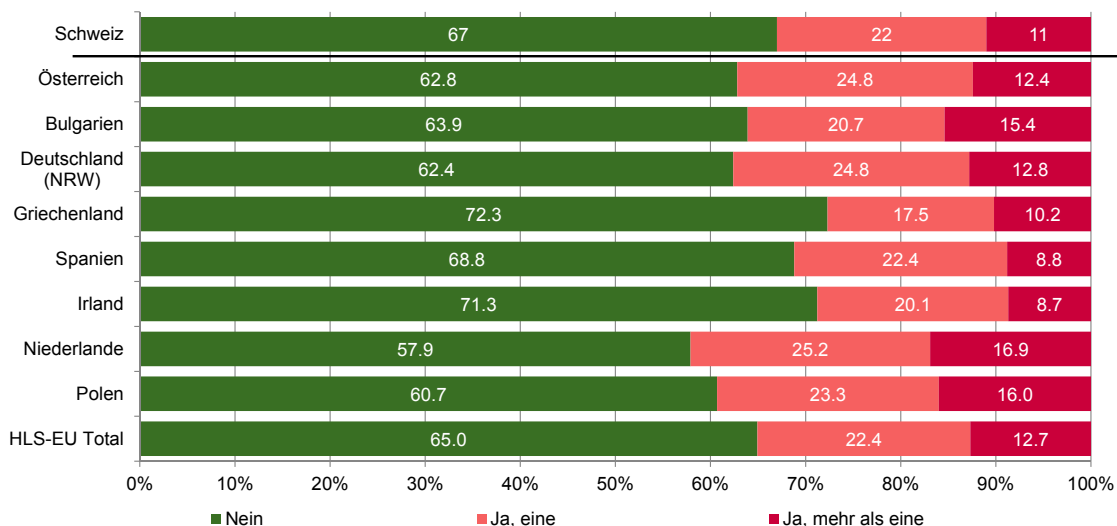
Das zeigt sich auch beim Mittelwert (2.1) dieser Frage, was minim besser ist als in der HLS-EU-Studie. (Wir weisen jedoch darauf hin, dass der Mittelwert aus einer ordinal skalierten Variable in der Regel kein belastbares Ergebnis darstellt.)

Grafik 40

Vorliegen langandauernder Krankheit im Ländervergleich

"Haben Sie irgendeine langandauernde Krankheit oder ein langandauerndes gesundheitliches Problem? Mit langandauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden."

in % EinwohnerInnen in Europa



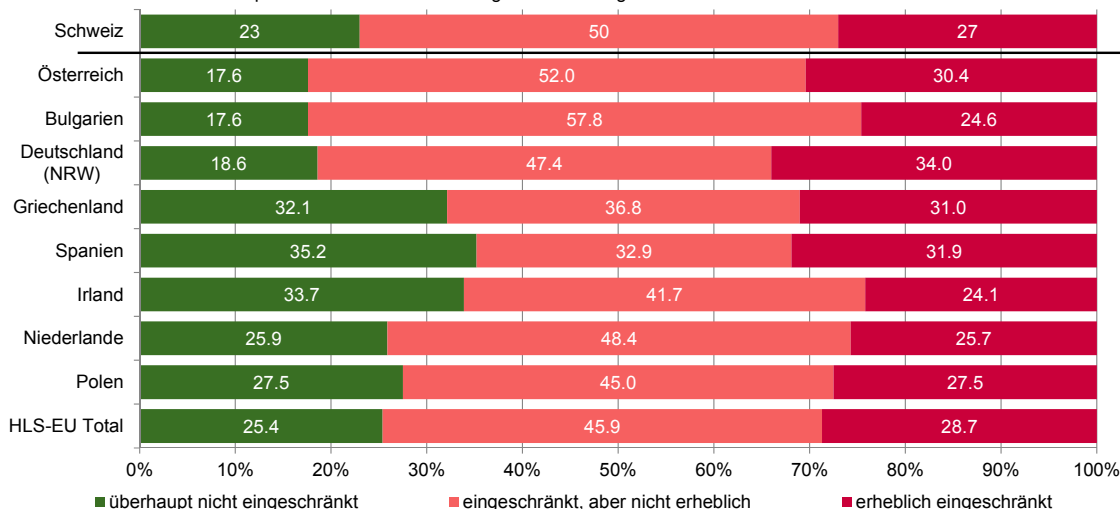
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

22 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner haben eine langandauernde, das heisst bereits sechs Monate oder länger dauernde, Krankheit oder ein lang andauerndes Problem. Weitere 11 Prozent haben sogar mit mehreren davon zu kämpfen. Zwei Drittel (67%) sind davon verschont. Die Anteile sind sehr nahe an den europäischen Werten. In Griechenland, Irland und Spanien haben weniger Personen eine oder mehrere langandauernde Krankheiten als in der Schweiz.

Filter Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme im Ländervergleich

"Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt?"

in % EinwohnerInnen in Europa mit mindestens einem langandauernden gesundheitlichen Problem



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (n = 352)

Von denjenigen mit einer oder mehreren langandauernden Krankheiten, fühlen sich 23 Prozent davon nicht eingeschränkt. Die Hälfte (50%) fühlt sich eingeschränkt, aber nicht erheblich. 27 Prozent leiden unter einer erheblichen Einschränkung. Von allen Einwohnerinnen und Einwohnern berichten 9 Prozent von einer erheblichen und 18 Prozent von einer nicht erheblichen Einschränkung durch gesundheitliche Probleme. Damit liegen die Schweizer nahe an den europäischen Werten. Wiederum sind es Spanien, Irland und Griechenland mit dem höchsten Anteil an Personen ohne Einschränkung.

Tabelle 29

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und Gesundheitszustand im Ländervergleich

General-HL und ...		Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Beurteilung Gesundheitszustand	r	-.274**	-.309**	-.278**	-.232**	-.314**	-.282**	-.237**	-.154**	-.332**	-.274**
	N	1027	1002	1002	1159	1043	1009	972	990	1041	8218
langandauernde Krankheit	r	.097**	.227**	.257**	.136**	.256**	.127**	.091**	.047	.209**	.156**
	N	1024	994	1002	1159	1043	1004	969	989	1037	8197
Einschränkung durch gesundheitliche Probleme ¹	r	.244**	.278**	.197**	.08	.324**	.212**	.123*	.093	.151**	.170**
	N	301	360	351	452	289	323	291	413	453	2932

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit von 1=ja, mehrere bis 3=nein // Einschränkung durch gesundheitliche Probleme 1=erheblich eingeschränkt bis 3=überhaupt nicht eingeschränkt

¹nur EinwohnerInnen mit mindestens einem langandauernden gesundheitlichen Problem

Sowohl in der Schweiz (-.274) wie auch in den europäischen Vergleichsländern ist der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand sichtbar stark. Wer seine eigene Gesundheit schlechter einschätzt, verfügt über eine tiefere Gesundheitskompetenz, respektive umgekehrt: Wer eine niedrige Gesundheitskompetenz hat, fühlt sich weniger gesund.

Leicht stärker als in der EU zeigt sich in der Schweiz ein Zusammenhang mit der Einschränkung durch gesundheitliche Probleme (.244), sofern die Person ein oder mehrere langandauernde gesundheitliche Probleme hat. Wer über eine höhere Gesundheitskompetenz verfügt, fühlt sich seltener eingeschränkt durch gesundheitliche Probleme. Nur in Griechenland, wo alle drei Variablen stärker als im HLS-EU-Durchschnitt mit dem Gesundheitszustand korrelieren, und in Österreich ist der Zusammenhang stärker.

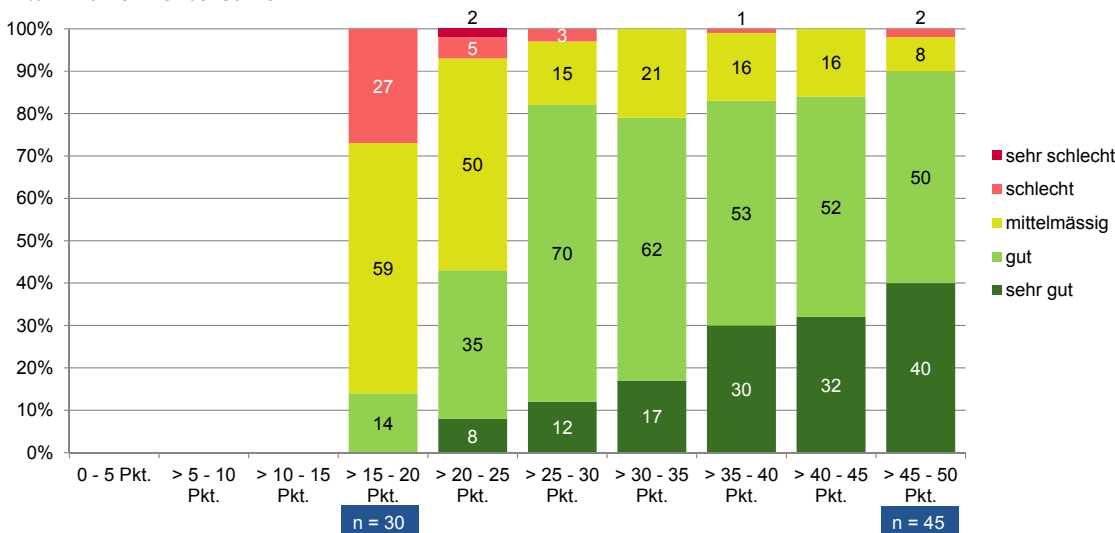
Eine Korrelation beobachten wir in schwächerer Abhängigkeit auch in Bezug auf das Vorliegen von Langzeiterkrankung (.097). Je tiefer die Gesundheitskompetenz einer Person ist, desto eher leidet sie an einer langandauernden Krankheit. Auch im europäischen Vergleich ist der Zusammenhang in der Schweiz eher gering.

Grafik 42

Beurteilung Gesundheitszustand nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er ..."

in % EinwohnerInnen der Schweiz



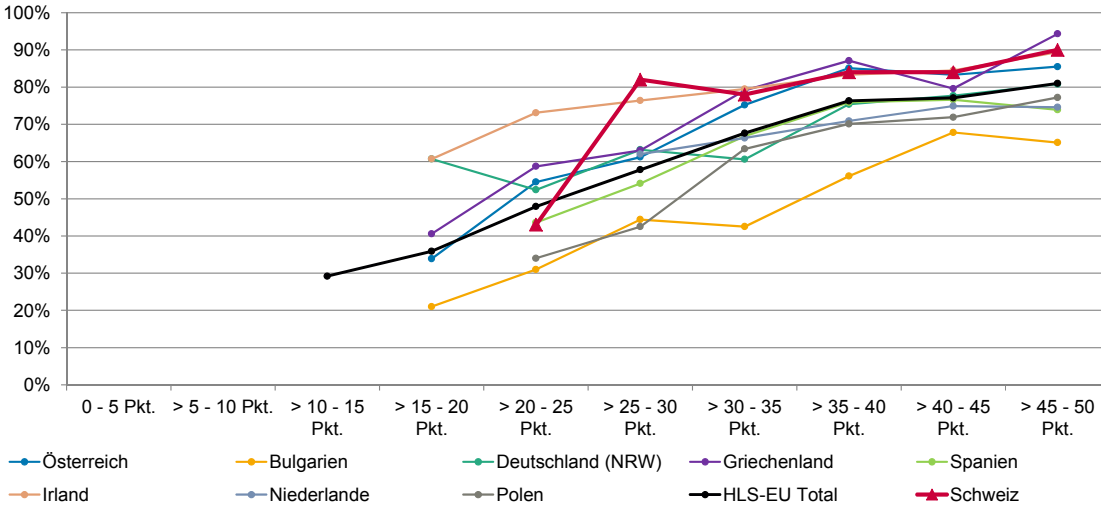
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107), sig.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand zeigt sich vor allem beim Anteil "sehr gut": Mit über 20 bis 25 Punkten geben nur 8 Prozent eine sehr gute Gesundheit an; mit über 40 bis 45 Punkten sind es 32. Auch die Gruppen mit bis zu 20 und über 45 Punkten unterstreichen diesen Zusammenhang.

Beurteilung Gesundheitszustand nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) im Ländervergleich

"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er ..."

in % EinwohnerInnen in Europa (Anteil sehr gut und gut)



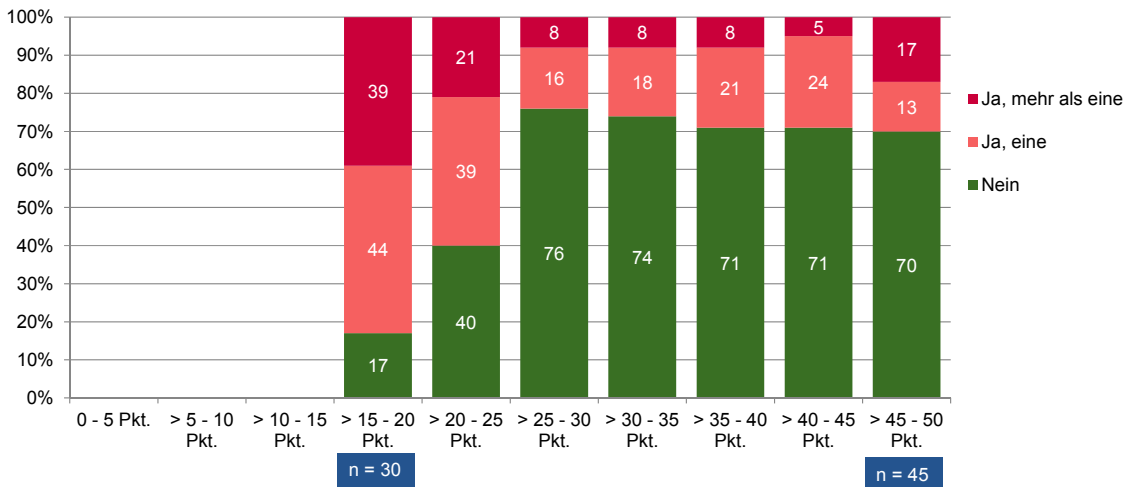
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Summiert man gute und sehr gute Gesundheit, ist in der Schweiz ein sprunghafter Anstieg zwischen über 20 bis 25 Punkten (43%) und über 25 bis 30 Punkten (82%) zu beobachten. Mit weiter steigender Gesundheitskompetenz nimmt der summierte Wert von gut und sehr gut nicht mehr eindeutig zu. Bei den meisten HLS-EU-Ländern ist der Anstieg flacher. Mit über 25 Punkten ist der Gesundheitszustand in der Schweiz besser als im Mittelwert der HLS-EU-Länder.

Vorliegen langandauernder Krankheit nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit lang andauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden."

in % EinwohnerInnen der Schweiz



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

Wie bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes ist eine sprunghafte Zunahme bei über 25 bis 30 Punkten zu verzeichnen (76%). Darüber bleibt der Anteil relativ stabil (über 45 Punkte: 70%). Bei über 20 bis 25 Punkten sind es nur 40 Prozent. Bei tieferer Gesundheitskompetenz tendenziell noch weniger.

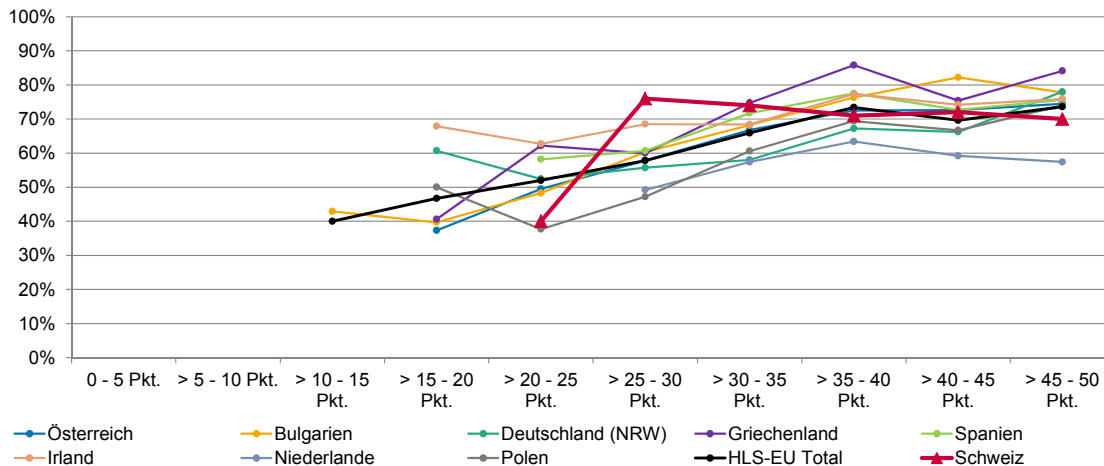
Mit Ausnahme der höchsten Kategorie (mit geringer Fallzahl) nimmt auch der Anteil an Multimorbidität (mehrere langandauernde Krankheiten) mit zunehmende Gesundheitskompetenz ab (über 40 bis 45 Punkte: 5%).

Grafik 45

Vorliegen langandauernder Krankheit nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) im Ländervergleich

"Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit lang andauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden."

in % EinwohnerInnen in Europa (Anteil Nein)



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

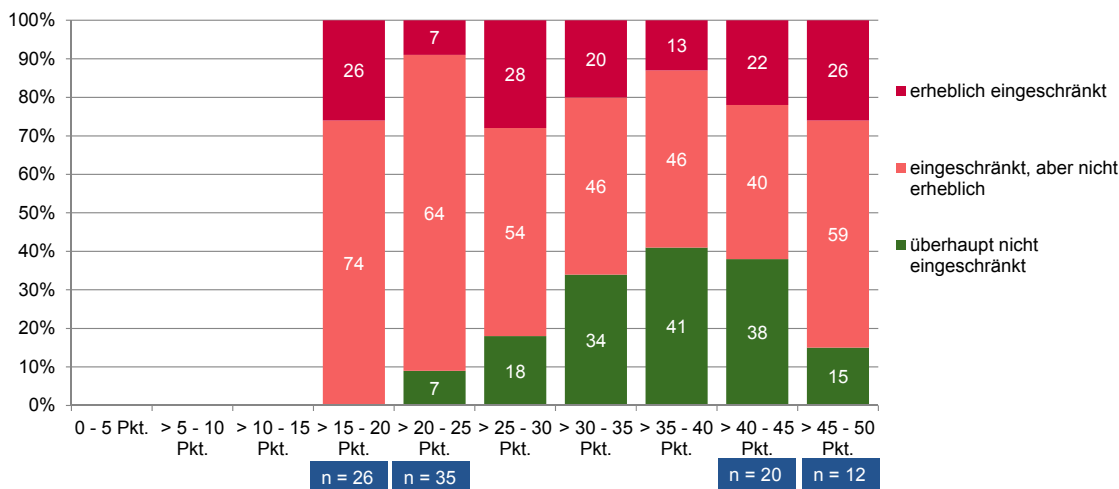
Der sprunghafte Anstieg weicht auch von den HLS-EU-Ländern ab. Dort nimmt die Kurve bis 40 Punkte einen glatteren Verlauf. Darüber hinaus gibt es im HLS-EU-Total keine eindeutige Entwicklung mehr. Mit über 20 bis 25 Punkten ist der Anteil "Nein" in der Schweiz tiefer, mit über 25 bis 35 Punkten höher als im HLS-EU-Mittelwert. Darüber ähneln sich die Werte der Schweiz und der EU stark.

Grafik 46

Filter Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt?"

in % EinwohnerInnen der Schweiz mit einem lang andauernden gesundheitlichen Problem



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (n Ew. = 352), sig.

Zumindest innerhalb des Bereiches, in dem genügend Personen mit mindestens einem lang andauernden gesundheitlichen Problem pro Kategorie vorhanden

den sind (über 25 bis 40 Punkte), ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einschränkung und einem Mangel an Gesundheitskompetenz festzustellen. Bei über 25 bis 30 Punkten sind nur 18 Prozent der Personen mit langandauernden gesundheitlichen Problemen überhaupt nicht eingeschränkt. Bei über 35 bis 40 Punkten sind es 41 Prozent. Im Gegenzug nimmt vor allem der Anteil einer erheblichen Einschränkung klar ab (von 28 auf 13 Prozent).

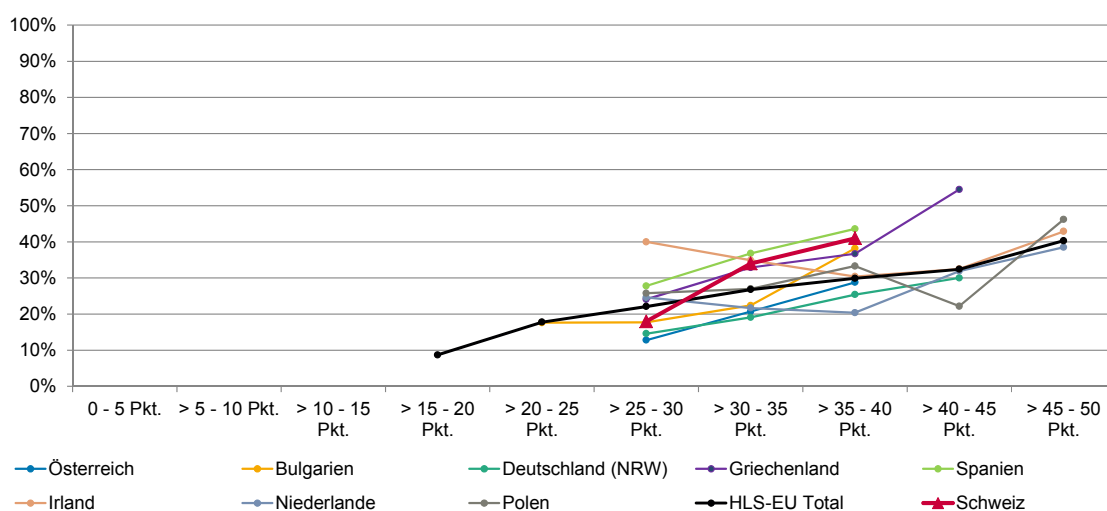
In den Bereichen mit über 40 Punkten ist tendenziell ein negativer Zusammenhang zu vermuten, jedoch lässt sich dies aufgrund der sehr tiefen Fallzahl nicht erhärten. Die Bereiche mit 25 und weniger Punkten stützen die Beobachtung eines generellen Zusammenhangs zwischen einer nicht-vorhandenen Einschränkung und Gesundheitskompetenz.

Grafik 47

Filter Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) im Ländervergleich

"Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt?"

in % Einwohner/Innen in Europa mit einem lang andauernden gesundheitlichen Problem (Anteil "überhaupt nicht eingeschränkt")



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (n = 352)

Im Bereich über 25 bis 40 Punkte ist der Anstieg in der Schweiz steiler als in den meisten HLS-EU-Ländern. Bis 30 Punkte ist der Anteil ohne Einschränkung tiefer, darüber ist er höher als in der EU.

Im multivariaten Modell bleibt der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und selbsteingeschätzter Gesundheit bestehen:

Tabelle 30

Regressionsmodell (Einschluss) Beurteilung Gesundheitszustand mit soziodemografischen Variablen, Gesundheitsverhalten und genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) im Ländervergleich

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
langandauernde Krankheit	.399	.420	.391	.426	.508	.337	.528	.431	.390	.438
Alter	.172	.226	.277	.137	.302	.211	.118	-.010 ^a	.256	.182
General-HL	-.132	-.135	-.082	-.086	-.078	-.173	-.122	-.117	-.105	-.130
sozialer Status (Selbsteinsch.)	-.025 ^a	-.015 ^a	-.040 ^a	-.038 ^a	-.077	-.009 ^a	-.051 ^a	-.135	-.093	-.108
Sport	.126	.086	.085	.126	.039 ^a	.089	.100	.024 ^a	.132	.083
Body-Mass-Index	.010 ^a	.114	.010 ^a	.087	-.028 ^a	.124	.078	.161	.046 ^a	.069
Geschlecht	-.026 ^a	.067	.024 ^a	.025 ^a	.012 ^a	.075	.030 ^a	.028 ^a	-.046 ^a	.030
finanzielle Deprivation	.193	.086	.049 ^a	.127	.052	.049 ^a	.037 ^a	.048 ^a	.132	.028
korrigiertes R ²	.409	.481	.462	.379	.626	.357	.426	.300	.543	.436

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Alter in Jahren // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation

Wie in der HLS-EU-Studie und den einzelnen Ländern ist ein (schlechter) Gesundheitszustand auch in der Schweiz hochgradig mit langandauernder Krankheit korreliert (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = -.399$). Auch das Alter (.172) ist ein wichtiger Prädiktor dafür.

Die generelle Gesundheitskompetenz (-.132) hat einen mittelstarken, positiven Einfluss, praktisch gleich stark wie in der HLS-EU-Studie. Insofern kann festgehalten werden: Gesundheitskompetenz ist ein Faktor guter Gesundheit.

Anders als in der EU ist es jedoch nicht der dritt-, sondern der viertstärkste Faktor: Die finanzielle Deprivation (.193) ist stärker mit dem Gesundheitszustand korreliert. In keinem anderen Land spielt die finanzielle Deprivation eine so grosse Rolle für die selbstgeäusserte Gesundheit wie in der Schweiz. Im Gegenzug ist der selbstgeäusserte soziale Status nicht signifikant damit verknüpft.

Einen relativ hohen Zusammenhang ist auch bei der sportlichen Aktivität (.126) festzustellen. Keine signifikanten Zusammenhänge sind mit dem Body-Mass-Index oder dem Geschlecht festzustellen; in der EU sind diese auf der Gesamtebene schwach vorhanden.

Mit diesem Modell können 41 Prozent ($R^2 = .409$) der selbstgeäusserten Gesundheit erklärt werden, was fast gleich gut ist wie in der HLS-EU-Studie insgesamt.

Tabelle 31

Regressionsmodelle (schrittweise) Beurteilung Gesundheitszustand mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen (Schweiz)

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
General-HL	-.205	-.212	-.146	-.146
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.360	.310	.168	.168
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	.255	.262	.193	.193
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.068	-.064	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	.116	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.406	.406
Sport	n.g.	n.g.	.119	.119
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.268	.278	.414	.414

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Rechnet man die Regression schrittweise, bleibt die generelle Gesundheitskompetenz sowohl im Modell 1 (-.205) als auch etwas schwächer im Modell 4 (-.146) als erklärende Variable vorhanden.

Wichtiger als die Gesundheitskompetenz sind für den selbstgeäusserten Gesundheitszustand jedoch langandauernde Krankheiten (.406 im Modell 4), finanzielle Deprivation (.193) und das Alter (.168). Etwas weniger wichtig sind sportliche Aktivitäten (.119).

Spital-Zusatzversicherungen korrelieren mit einem schlechten Gesundheitszustand (.116 in Modell 2) nur, wenn das Vorliegen von langandauernden Krankheiten nicht im Modell ist. Das gilt ebenso für den selbsteingeschätzten sozialen Status (-.064).

3.5.3 Nutzung medizinischer Leistungen

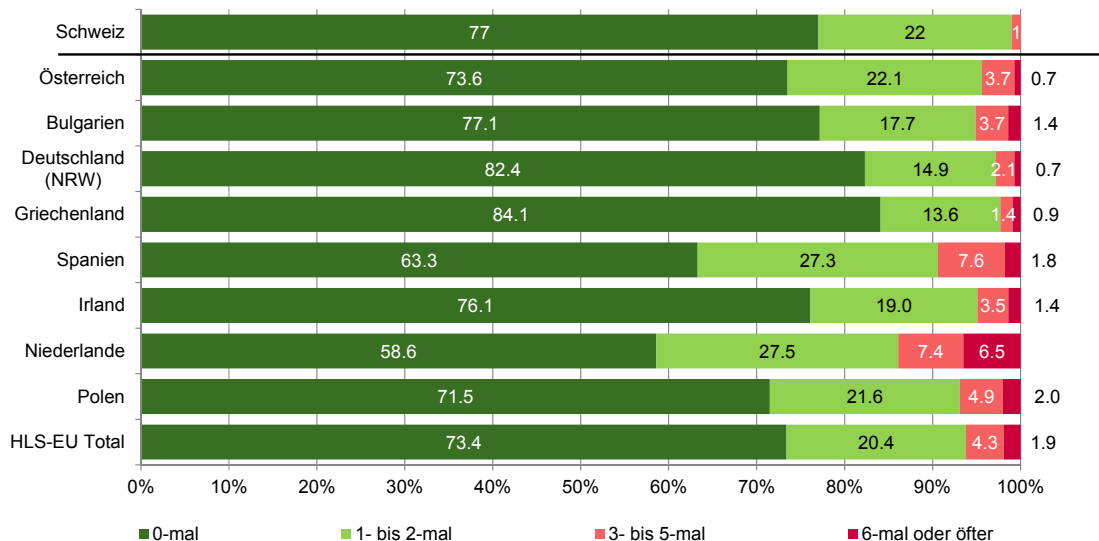
Die Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner haben den Notfalldienst in den letzten zwei Jahren etwas weniger häufig in Anspruch genommen, als jene der HLS-EU-Länder insgesamt:

Grafik 48

Notfalldienst letzte 2 Jahre im Ländervergleich

"Wie oft mussten Sie in den letzten zwei Jahren den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen? (Hinweis: Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme)"

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

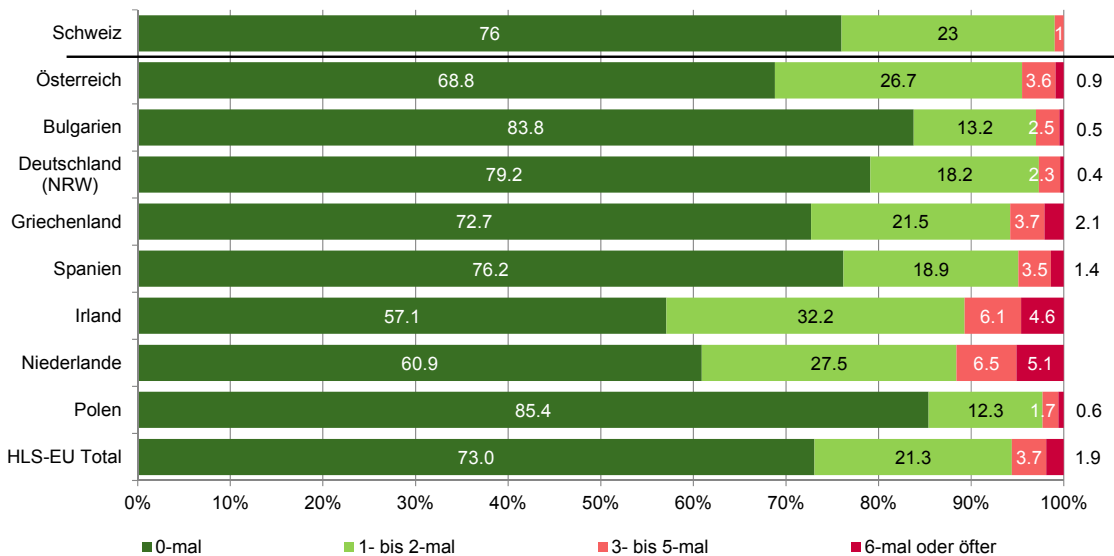
77 Prozent haben den Notfalldienst in dieser Zeit nie in Anspruch genommen, 22 Prozent ein- bis zweimal und nur 1 Prozent dreimal oder häufiger. Besonders diese sehr häufige Nutzung ist deutlich geringer als in der EU. Vor allem in den Niederlanden, aber auch in Spanien werden die Notfalldienste von Einzelnen relativ häufig genutzt. Nur in Griechenland und Deutschland (NRW) ist der Anteil derjenigen, welche den Notfalldienst in den letzten zwei Jahren nicht genutzt haben, grösser als in der Schweiz. In Bulgarien und Irland ist er fast gleich gross.

Grafik 49

Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate im Ländervergleich

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus?"

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

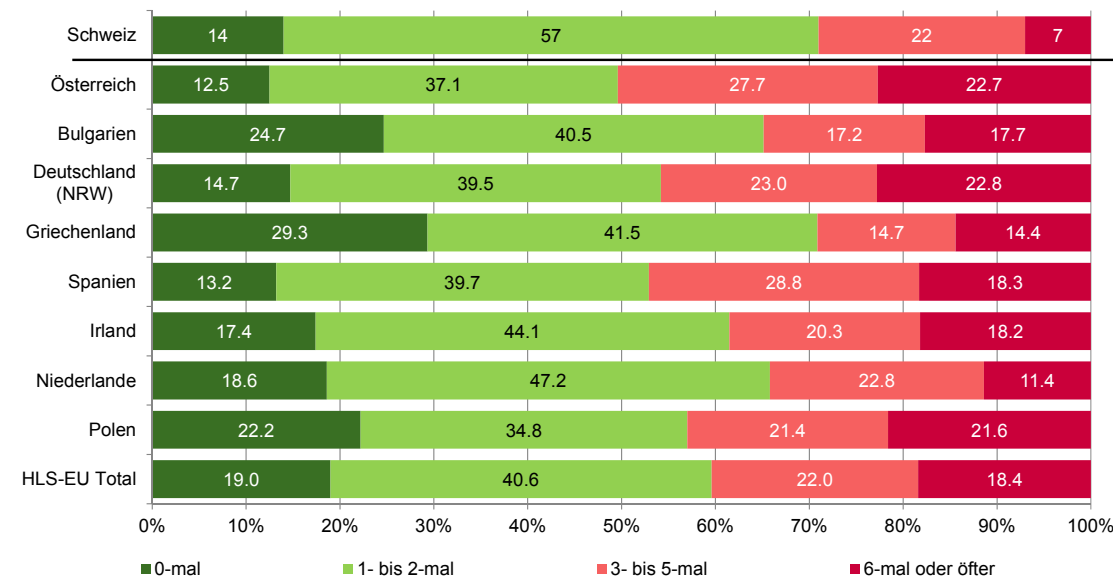
76 Prozent waren in den letzten zwölf Monaten nicht als Patientin oder Patient in einem Krankenhaus. 23 Prozent waren ein- oder zweimal, 1 Prozent sogar drei- oder mehrmals. Wiederum ist der Anteil dieser Vielnutzenden im Vergleich zur EU geringer. In Irland und den Niederlanden wurde Spitaldienstleistungen überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen, in Bulgarien am wenigsten. Ebenfalls waren in Deutschland (NRW) in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung weniger Leute hospitalisiert als in der Schweiz. Die Unterschiede zwischen den Ländern werden auch durch das jeweilige Gesundheitssystem beeinflusst, zum Beispiel welche Dienstleistungen spitalextern zur Verfügung stehen.

Grafik 50

Arztbesuche letzte 12 Monate im Ländervergleich

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufsuchen?"

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Nur 14 Prozent der Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner waren im letzten Jahr nicht bei einem Arzt oder einer Ärztin. Nur in Österreich, Spanien und Deutschland (NRW) sind es ähnlich wenige. Die Mehrheit (57%) machte ein bis zwei Arztbesuche, 22 Prozent mussten drei- bis fünfmal und 7 Prozent sechs- oder mehrmals zum Arzt oder zur Ärztin. Wie bei den Notfalldiensten und Krankenhausaufenthalten ist der Anteil an Personen mit sehr vielen Arztbesuchen geringer als in den HLS-EU-Ländern.

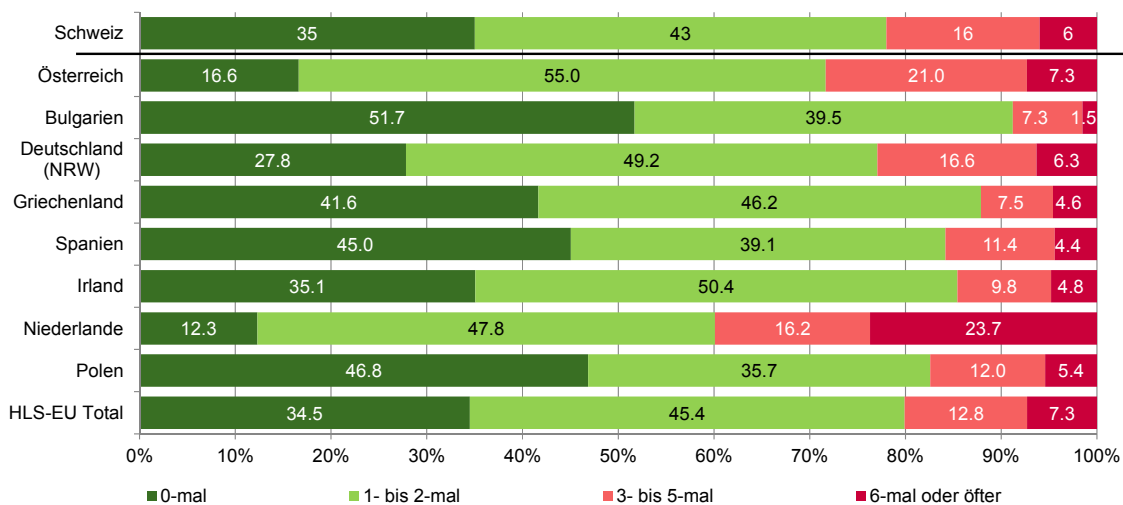
Bei der Inanspruchnahme weiterer medizinischer Dienstleistungen wie Zahnärztinnen, Optiker oder Psychologinnen verhält sich die Schweizer Bevölkerung ähnlich wie der europäische Durchschnitt:

Grafik 51

Andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate im Ländervergleich

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten, wie z.B. Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker, in Anspruch nehmen?"

in % EinwohnerInnen in Europa



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

Ein gutes Drittel (35%) hat keine solchen Dienstleistungen in den letzten 12 Monaten genutzt. Die relative Mehrheit (43%) war zumindest ein- bis zweimal bei einer solchen Fachperson, 16 Prozent waren drei- bis fünfmal, 6 Prozent sogar mehr als fünfmal. Anders als bei den Notfalldiensten, Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen fällt die Schweiz nicht durch einen tiefen Anteil an Vielnutzenden auf. Innerhalb der HLS-EU-Länder gibt es eine relativ breite Streuung: In Bulgarien hat über die Hälfte keine solche Dienstleistung in Anspruch genommen, während dies in den Niederlanden fast ein Viertel sechsmal oder öfter getan hat.

Insgesamt ist die Nutzung medizinischer Leistungen in der Schweiz mit den HLS-EU-Ländern vergleichbar. Der Anteil von Vielnutzenden ist in der Tendenz jedoch geringer.

Tabelle 32

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und Gesundheitsnutzung im Ländervergleich

General-HL und ...		Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
Notfalldienst letzte 2 Jahre	r	-.120**	-.151**	-.100**	-.112**	-.086**	-.103**	-.046	-.011	-.076*	-.061**
	N	1028	999	995	1161	1043	1009	970	990	1035	8202
Arztbesuche letzte 12 Mt.	r	-.009	-.185**	-.117**	-.073*	-.168**	-.155**	-.077*	-.014	-.095**	-.114**
	N	1028	1003	1002	1160	1042	1007	971	990	1041	8216
Krankenhausaufenthalte letzte 12 Mt.	r	-.161**	-.188**	-.121**	-.112**	-.120**	-.065*	-.048	-.031	-.147**	-.062**
	N	1028	998	988	1160	1043	1008	969	990	1043	8199
andere med. Dienstleistungen letzte 12 Mt.	r	.059	-.06	.061	-.016	.114**	-.015	.033	0	.070*	.062**
	N	1027	1003	999	1161	1042	1008	971	992	1041	8217

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // restliche Variablen jeweils 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter

In der Schweiz ist vor allem ein Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Krankenhausaufenthalten (-.161) festzustellen: je höher die Gesundheitskompetenz, desto weniger Krankenhausaufenthalte. Der Effekt ist auch in mehreren HLS-EU-Ländern messbar, vor allem in Österreich und Polen. In der HLS-EU-Studie insgesamt ist der Effekt weniger stark.

Weiter nimmt mit zunehmender Gesundheitskompetenz die Häufigkeit von in Anspruch genommenen Notfalldiensten ab (-.120). Wieder ist der Effekt in der Gesamt-HLS-EU-Studie schwächer, jedoch in Österreich stärker.

In der Schweiz ist allerdings kein Zusammenhang (anhand Spearman's Rho) zwischen Gesundheitskompetenz und Arztbesuchen festzustellen. In der EU ist der negative Zusammenhang signifikant, ausser in den Niederlanden.

In der Schweiz ist Spearman's Rho bei den anderen medizinischen Dienstleistungen wie Zahnärzten, Optikerinnen oder Psychologen knapp nicht signifikant. Der Wert ist fast gleich gross wie in der EU – dort allerdings (aufgrund der gut achtfachen Fallzahl) signifikant. Auf der Ebene der einzelnen Länder ist die Signifikanz nur in Griechenland und Polen gegeben. Das positive Vorzeichen bedeutet, dass man mehr solche Dienstleistungen nutzt, je höher die Gesundheitskompetenz ist.

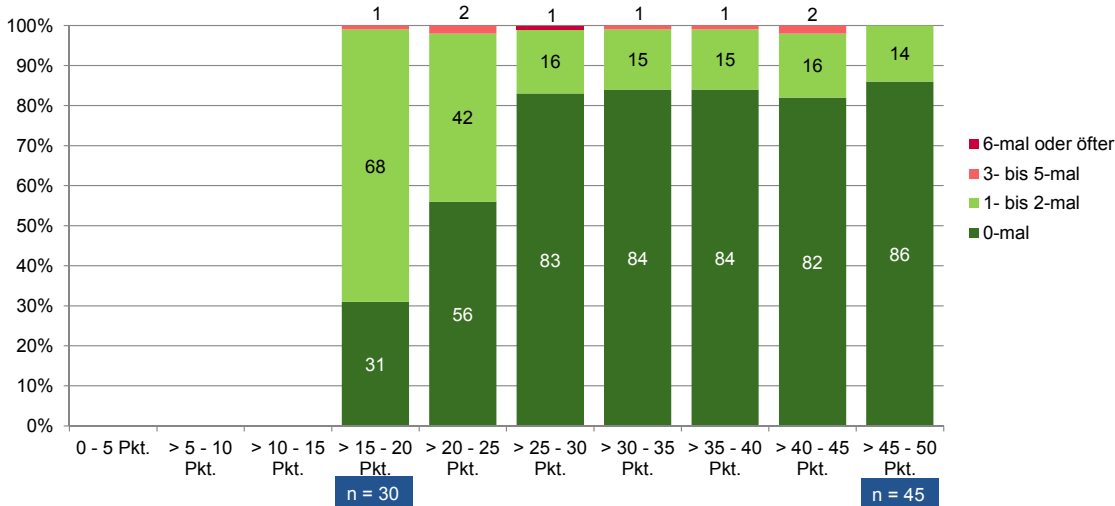
Wie beispielsweise schon beim Gesundheitszustand ist auch beim Notfalldienst und bei den Krankenhausaufenthalten ein Knick bei 25 Punkten (der Grenze zwischen problematisch und unzureichend) auf der Gesundheitskompetenz-Skala auszumachen:

Grafik 52

Notfalldienst letzte 2 Jahre nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wie oft mussten Sie in den letzten zwei Jahren den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen? (Hinweis: Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme)"

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

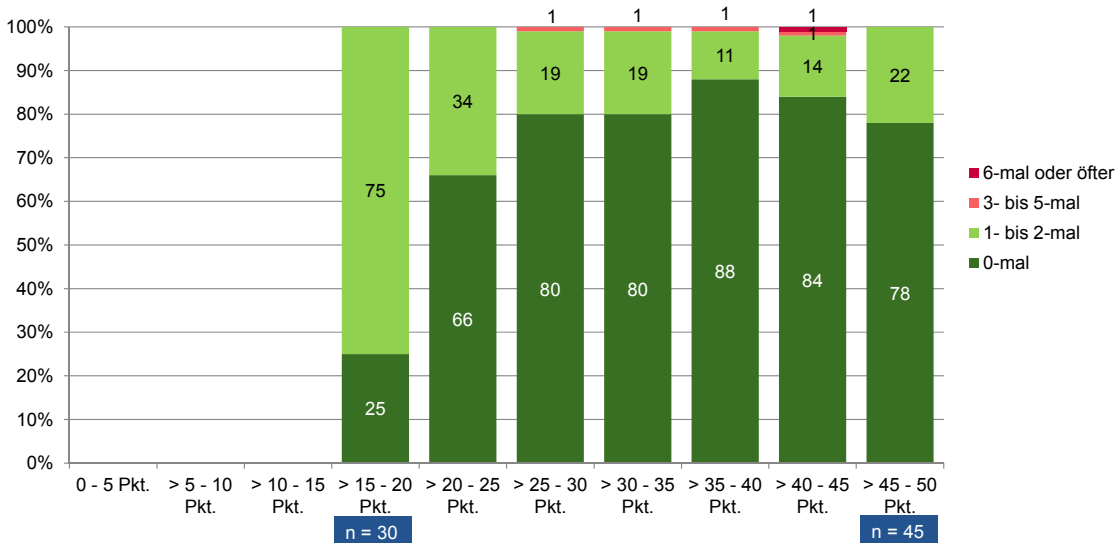
Mit mehr als 25 Punkten liegt der Anteil an Personen, welche den Notfalldienst in den vergangenen zwei Jahren nicht in Anspruch nehmen mussten, über 80 Prozent. Bei über 20 bis 25 Punkten ist es noch gut die Hälfte (56%). Bei dem Bereich darunter, musste die Mehrheit den Notfalldienst beanspruchen (sofern die geringe Fallzahl diese Aussage zulässt).

Grafik 53

Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus?"

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

Bei über 25 Punkten ist der Anteil an Personen ohne Krankenhausaufenthalt hoch (mindestens 78%). Bei über 20 bis 25 Punkten noch rund zwei Drittel, im Bereich darunter deutlich tiefer.

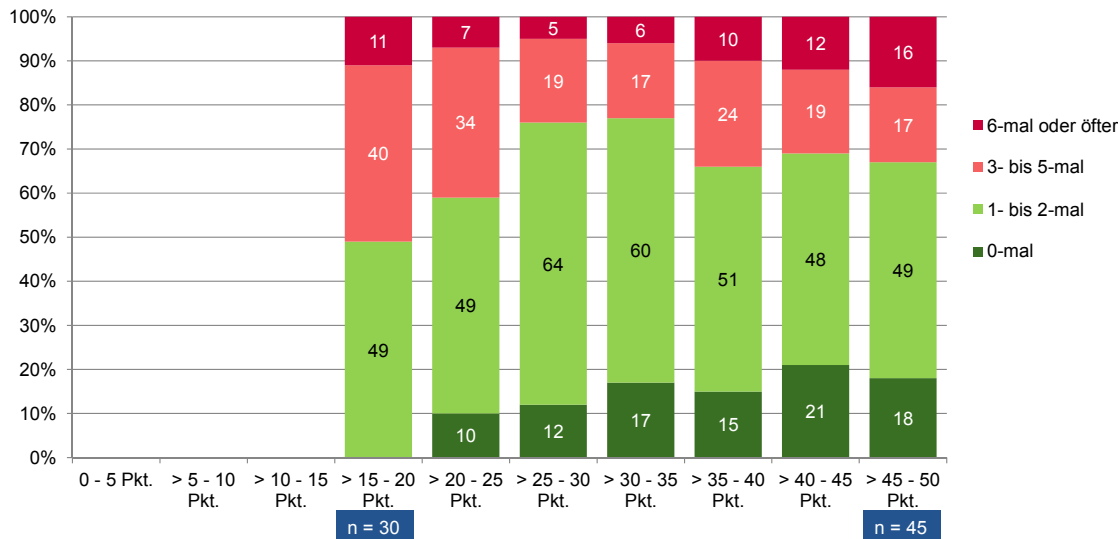
Die Arztbesuche nach Gesundheitskompetenz weisen kein eindeutiges Muster auf:

Grafik 54

Arztbesuche letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufsuchen?"

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

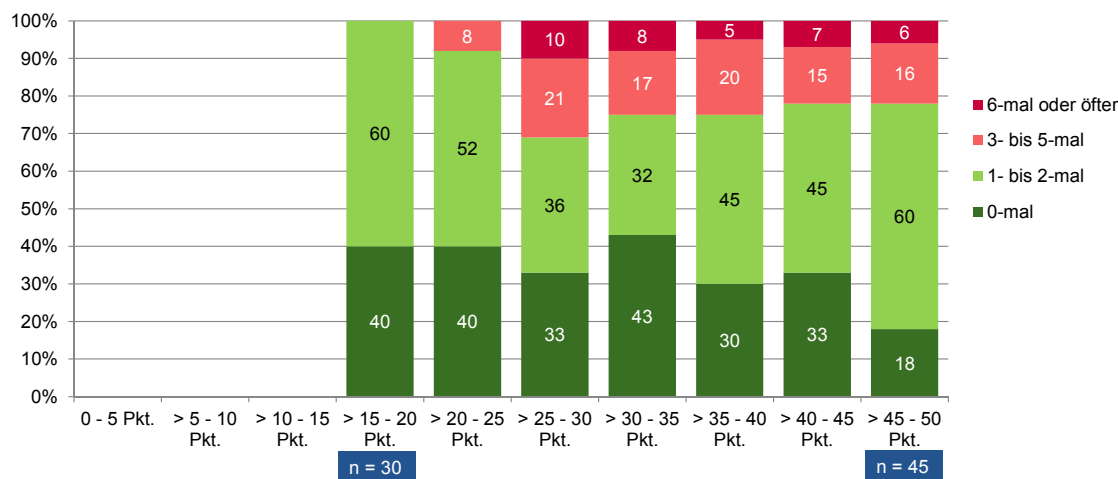
In der Tendenz nimmt der Anteil an Personen, welche nicht bei einem Arzt oder einer Ärztin waren, mit zunehmender Gesundheitskompetenz zu. Gleichzeitig (zumindest ab 25 Punkten) nimmt auch der Anteil an Personen mit sehr vielen Arztbesuchen zu. Allerdings nimmt dieser Anteil auch zu, wenn die Gesundheitskompetenz unter 25 Punkte fällt.

Grafik 55

Andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) in der Schweiz

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten, wie z.B. Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker, in Anspruch nehmen?"

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



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

Personen mit über 25 Punkten nehmen häufiger andere medizinische Leistungen in Anspruch. Jeweils über 20 Prozent haben diese drei oder mehrere Male genutzt. Bei den Gruppen unter 25 Punkten ist der einmalige Besuch solcher Fachleute der Standard. Der Anteil an Personen, welche im letzten Jahr keine Fachperson aufgesucht haben, nimmt tendenziell mit zunehmender Gesundheitskompetenz ab.

Mit einer multivariaten Regression wird berechnet, was die Häufigkeit der Arztbesuche am besten erklärt:

Tabelle 33

Regressionsmodell (Einschluss) Arztbesuche mit soziodemografischen Variablen und Gesundheitsverhalten im Ländervergleich

Arztbesuche letzte 12 Monate ...	Schweiz	Österreich	Bulgarien	Deutschland (NRW)	Griechenland	Spanien	Irland	Niederlande	Polen	HLS-EU Total
langandauernde Krankheit	.333	.321	.501	.367	.250	.239	.277	.251	.354	.324
Beurteilung Gesundheitszustand	.196	.282	.126	.248	.300	.214	.295	.238	.245	.235
Geschlecht	.071	.077	.137	.118	.061	.087	.159	.089	.148	.111
Alter	.079	.104	.04 ^a	.051	.179	.103	.062	-.011 ^a	.064 ^a	.069
finanzielle Deprivation	.051 ^a	.054 ^a	-.090	.012 ^a	-.073	.029 ^a	.031 ^a	-.008 ^a	-.079	-.046
Body-Mass-Index	.080	.028 ^a	.002 ^a	.034 ^a	-.060	-.035 ^a	.024 ^a	.095	.053	.025
korrigiertes R ²	.312	.390	.380	.343	.366	.209	.311	.210	.353	.304

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

a (und kursiv) = auf dem 0.05-Level nicht signifikant

Arztbesuche letzte 12 Monate von 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Beurteilung Gesundheitszustand 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Wie vermutet werden konnte, ist in der Schweiz ebenso wie in der EU, das Vorliegen einer langandauernden Krankheit ($\beta = .333$) einer der wichtigsten Gründe für einen Arztbesuch. Weiter überrascht auch nicht, dass mit abnehmendem Gesundheitszustand (.196) die Zahl der Arztbesuche steigt. Der Betakoeffizient ist in der Schweiz etwas niedriger als in der EU, dafür ist das Alter (.079) relativ wichtiger. Mit zunehmendem Alter nehmen auch die Arztbesuche zu.

Darüber hinaus ist in der Schweiz das Geschlecht knapp signifikant (.071) – weniger stark als in der HLS-EU-Studie. Frauen gehen im Durchschnitt leicht häufiger zum Arzt oder zur Ärztin als Männer. Ebenso knapp signifikant ist der BMI (.080): Je höher der Body-Mass-Index, desto häufiger die Arztbesuche.

Die finanzielle Deprivation hat keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Anzahl an Arztbesuchen. In der HLS-EU-Studie sind ganz schwache Effekte vorhanden.

Mit dem Modell kann 31 Prozent ($R^2 = .312$) der Varianz erklärt werden.

Tabelle 34

Regressionsmodelle (schrittweise) Arztbesuche mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen (Schweiz)

Arztbesuche letzte 12 Monate nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
General-HL	n.s.	n.s.	.080	.073
Geschlecht	.061	n.s.	.055	n.s.
Alter	.377	.305	.103	.085
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	.158	.174	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	.157	.159	.148	.149
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	-.185	n.g.	-.068
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	n.g.	.292	.291
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.339	.325
Sport	n.g.	n.g.	-.063	-.063
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.181	.205	.370	.370

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Arztbesuche letzte 12 Monate von 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

In der schrittweisen Regression sind Arztbesuche zunächst in Modell 1 vom Alter abhängig (.377). Dieser singuläre Effekt verringert sich deutlich in Modell 4 (.085), wenn zur Kontrolle der eigene Gesundheitszustand (.291) und langandauernde Krankheiten (.325) mitgerechnet werden.

Die finanzielle Deprivation (.158 in Modell 1) und das Geschlecht (.061) verlieren mit diesen Kontrollvariablen ihren signifikanten Einfluss. Stabil höher sind jedoch die Arztbesuche in der französischen Schweiz, auch unter Einbezug der gesundheitsbezogenen Variablen (.149 in Modell 4).

Wer keine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, suchte im vergangenen Jahr leicht seltener einen Arzt oder eine Ärztin auf (–.068 in Modell 4). Tendenziell

nimmt mit zunehmender Gesundheitskompetenz (.073) die Anzahl Arztbesuche zu, wobei der Effekt schwach und in der bivariaten Betrachtung nicht eindeutig positiv ist.

Beim Notfalldienst und den Krankenhausaufenthalten bleibt der bivariat gemessene Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz auch im multivariaten Modell erhalten, wenn auch leicht schwächer:

Tabelle 35

Regressionsmodelle (schrittweise) Notfalldienst mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), sozio-demografischen und gesundheitsspezifischen Variablen (Schweiz)

Notfalldienst letzte 2 Jahre nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI.)	Modell 4 (Total)
General-HL	-0.099	-.118	n.s.	n.s.
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.285	.237	.137	.137
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	.171	.178	.153	.153
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.091	-.081	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	.062	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	-.115	n.g.	n.s.
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	n.g.	.098	.098
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.274	.274
Sport	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.142	.148	.206	.207

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Notfalldienst letzte 2 Jahre von 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Im Modell 1 wird der Notfalldienst weniger benutzt, je höher die generelle Gesundheitskompetenz ist (-.099). Klar grösseren Einfluss haben jedoch das Alter und die finanzielle Deprivation: Je älter (.285) oder je finanziell deprivierter

(.171) eine Person ist, desto häufiger hat sie in den letzten zwei Jahren den Notfalldienst genutzt.

Auch im Modell 4 sind das Alter (.137) und die finanzielle Deprivation (.153) signifikant. Die Nutzungshäufigkeit wird am deutlichsten durch das Vorliegen einer langandauernden Krankheit bestimmt (.274) erklärt, teilweise auch durch einen schlechten Gesundheitszustand (.098). Wenn diese beiden Faktoren berücksichtigt werden, wirkt die generelle Gesundheitskompetenz nicht mehr direkt auf die Nutzungshäufigkeit von Notfalldiensten.

Tabelle 36

Regressionsmodelle (schrittweise) Krankenhausaufenthalte mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), sozio-demografischen und gesundheitsspezifischen Variablen (Schweiz)

Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate nach ...	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 2 (+Zusatzversicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/Sport/BMI.)	Modell 4 (Total)
General-HL	-.102	-.116	n.s.	-.075
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.258	.185	.075	n.s.
Bildungsniveau	-.101	-.104	-.090	-.088
finanzielle Deprivation	.138	.139	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	-.064	n.s.	-.066	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	.158	n.g.	.120
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	n.g.	.122	.105
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.281	.280
Sport	n.g.	n.g.	.118	.097
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.120	.136	.217	.224

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate von 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Mit höherer genereller Gesundheitskompetenz sinkt im Modell 1 auch die Anzahl Krankenhausaufenthalte leicht (-.102). Auch hier gilt, dass mit zunehmender

dem Alter (.258) und zunehmender finanzieller Deprivation (.138) die Krankenhaustage steigen.

Diese beiden Effekte werden im Modell 4 jedoch überdeckt. Wiederum korreliert das Vorliegen einer langandauernden Krankheit besonders stark (.280), sekundär auch mit der Beurteilung des Gesundheitszustandes (.105). Zusätzlich sind es auch eher weniger sportliche Personen, welche häufiger im Krankenhaus sind (.097). Personen mit einer Spitalzusatzversicherung liegen häufiger im Krankenhaus (.120).

Neben der generellen Gesundheitskompetenz, welche auch im Modell 4 mit einer tieferen Anzahl Krankenhausaufenthalten schwach korreliert (-.075), gilt dies auch für den Bildungsgrad der befragten Person (-.088). Je nach Kombination der unabhängigen Variablen ist die Gesundheitskompetenz jedoch knapp nicht signifikant (Modell 3). Ebenso uneinheitlich ist ein sehr schwacher Effekt der Sprachkompetenz; in Modell 1 sinken mit der Sprachkompetenz auch die Krankenhaustage leicht (-.064). In den Modellen, in denen die Spital-Zusatzversicherung berücksichtigt wird, ist die Sprachkompetenz kein signifikanter Faktor.

3.6 Portugiesische und türkische Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz

Im Folgenden werden den Ergebnissen aus der Teilstichprobe 1 (Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz ab 15 Jahren insgesamt) die Ergebnisse der Teilstichproben 2 (portugiesische) und 3 (türkische Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz ab 15 Jahren) gegenübergestellt.

Zur Unterscheidung der Teilstichproben wird von "Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein" (resp. "EinwohnerInnen allg." in Tabellen und Grafiken) gesprochen, wenn Teilstichprobe 1 gemeint ist, von "portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner" ("port. EinwohnerInnen") bei Teilstichprobe 2 und "türkischen Einwohnerinnen und Einwohner" ("türk. EinwohnerInnen") bei Teilstichprobe 3.

3.6.1 Prävalenz Gesundheitskompetenz

Tabelle 37

Elemente Gesundheitskompetenz nach Teilstichprobe

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen, Anteil sehr schwierig und ziemlich schwierig

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	EinwohnerInnen allg.	port. EinwohnerInnen	türk. EinwohnerInnen
Q1.1	... Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	21	5	8
Q1.2	... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	27	8	19
Q1.3	... herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?	27	24	20
Q1.4	... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Hinweis: z. B. Arzt, Apotheker, Psychologe)	16	5	19
Q1.5	... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	15	2	26
Q1.6	... die Packungsbeilagen/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?	27	15	23
Q1.7	... zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?	27	22	26

Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	EinwohnerInnen allg.	port. EinwohnerInnen	türk. EinwohnerInnen
Q1.8	... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	10	2	15
Q1.9	... zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes auf Sie zutreffen?	24	5	25
Q1.10	... Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	44	15	24
Q1.11	... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	35	31	23
Q1.12	... zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)	39	27	29
Q1.13	... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	17	5	25
Q1.14	... den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?	11	1	17
Q1.15	... im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?	10	2	16
Q1.16	... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	10	1	8
Q1.17	... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden?	12	3	7
Q1.18	... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	27	16	24
Q1.19	... Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	24	22	31
Q1.20	... Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel?	22	11	32
Q1.21	... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	15	3	28
Q1.22	... zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?	32	11	31
Q1.23	... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	19	3	28
Q1.24	... zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z. B. Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?	24	4	33
Q1.25	... zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?	27	28	30
Q1.26	... zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?	50	38	33
Q1.27	... zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	30	19	32
Q1.28	... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)	39	24	32
Q1.29	... zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?	40	28	42
Q1.30	... aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	22	9	24
Q1.31	... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Hinweis: Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	31	14	28
Q1.32	... Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Bewegung und gesunde Ernährung, zu finden?	12	4	6

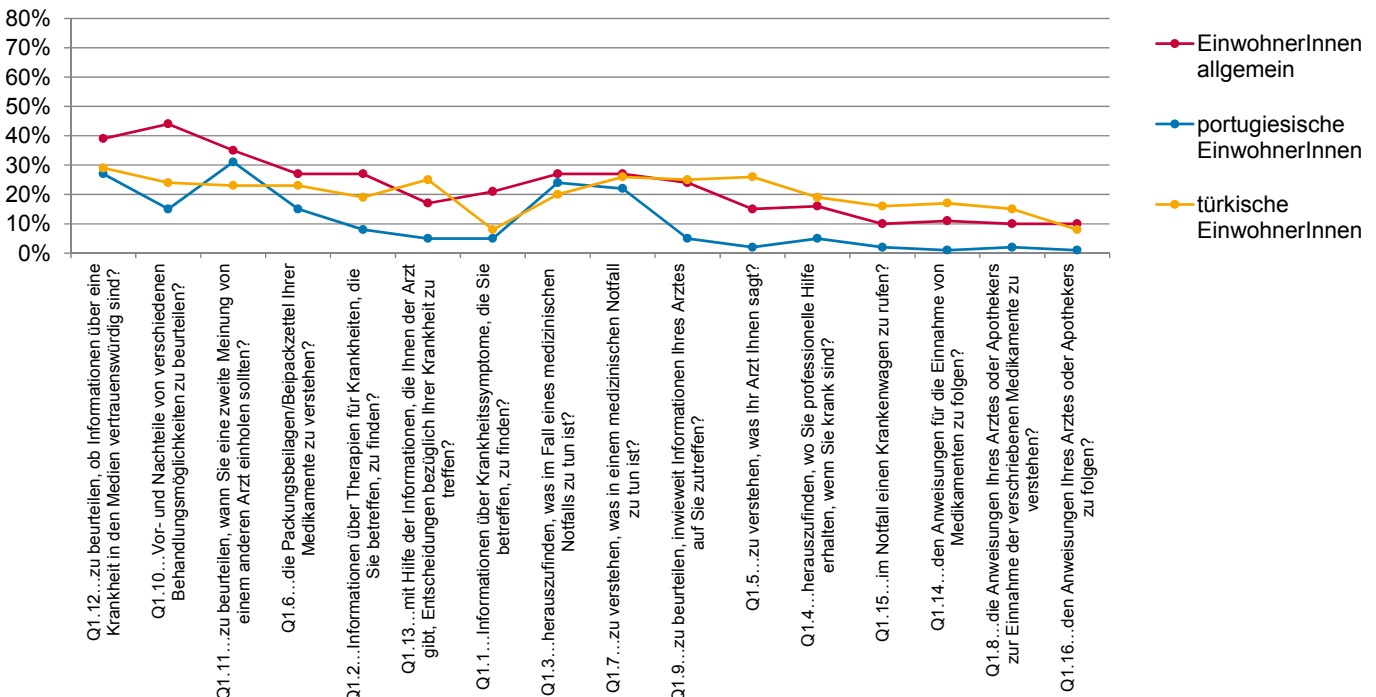
Item	Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	EinwohnerInnen allg.	port. EinwohnerInnen	türk. EinwohnerInnen
Q1.33	... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Hinweis: Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)	18	7	19
Q1.34	... Informationen zu finden, wie Ihre Wohnumgebung gesundheitsförderlicher werden könnte? (Hinweis: Minderung der Lärm- und Schadstoffbelastung; Schaffung von Grünflächen, Freizeiteinrichtungen)	35	16	36
Q1.35	... etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten? (Hinweis: Gesetzgebung, neue Vorsorgeprogramme, Regierungswechsel, Gesundheitsreformen etc.)	47	38	42
Q1.36	... sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?	25	28	28
Q1.37	... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	14	8	28
Q1.38	... Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen?	37	29	33
Q1.39	... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Hinweis: Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	27	9	35
Q1.40	... Informationen darüber, wie Sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen?	26	4	27
Q1.41	... zu beurteilen, wie sich Ihre Wohnumgebung auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt? (Hinweis: Ihre Gemeinde, Ihre Nachbarschaft)	30	26	36
Q1.42	... zu beurteilen, wie Ihre Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Sie gesund bleiben?	20	3	28
Q1.43	... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? (Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	19	4	25
Q1.44	... Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	27	5	30
Q1.45	... einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?	21	18	29
Q1.46	... Ihre Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben, zu beeinflussen? (Hinweis: Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	26	6	32
Q1.47	... sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern?	24	26	27

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew.= 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Zunächst fällt auf, dass die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner generell einen tieferen Anteil an Personen aufweisen, die ein Einzelelement als sehr oder ziemlich schwierig einstufen. Die Anteile bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind nahe an denjenigen der Einwohnerinnen und Einwohner allgemein, je nach Bereich leicht darüber oder darunter.

Elemente Krankheitsbewältigung (HC-HL) nach Teilstichprobe

"Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ..."
in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren (Anteil "sehr schwierig/ziemlich schwierig")



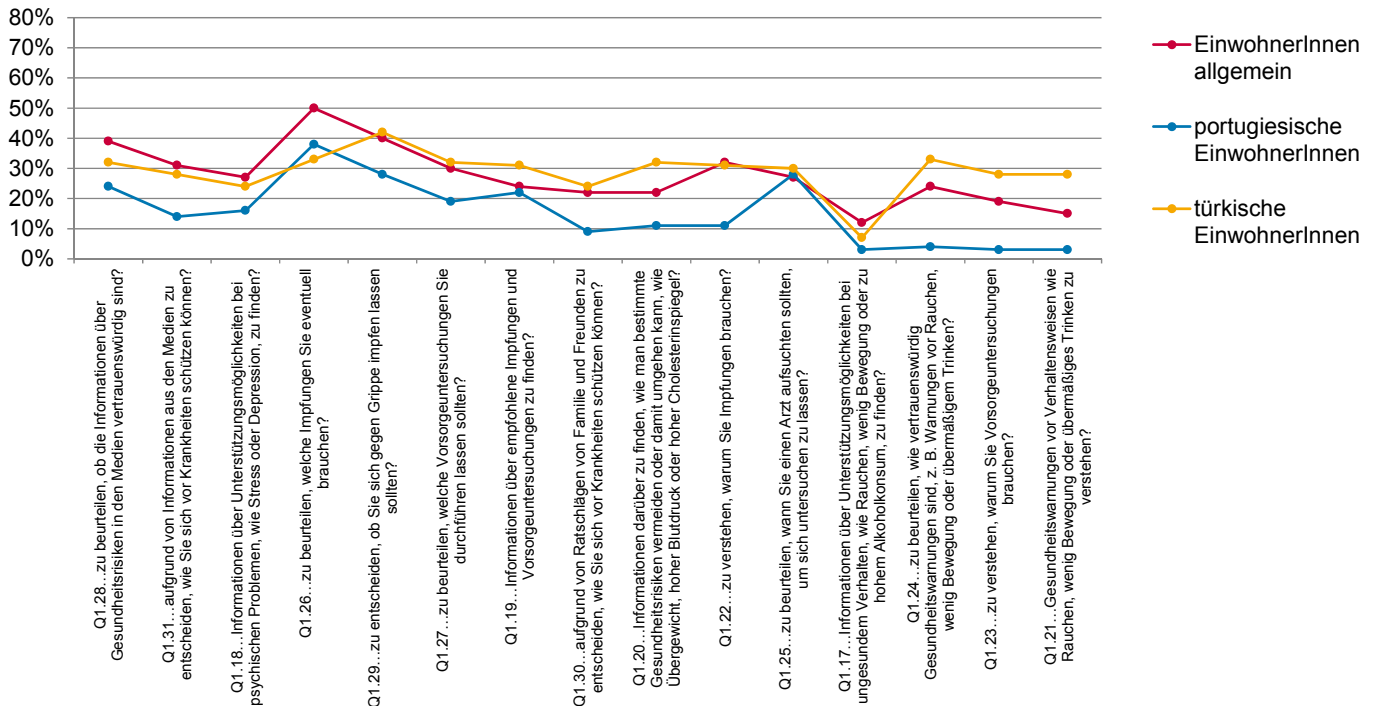
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Im Bereich Krankheitsbewältigung liegen die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner bei jedem Einzelelement unterhalb der Einwohnerinnen und Einwohner allgemein, mit Ausnahme von zwei Elementen auch unterhalb der türkischen Einwohnerinnen und Einwohner. Am ehesten verspüren sie Probleme bei der Frage, wann sie eine Zweitmeinung bei einem anderen Arzt oder einer anderen Ärztin einholen sollen (Q1.11, 31% sehr oder ziemlich schwierig), ob Informationen über Krankheiten in den Medien vertrauenswürdig sind (Q1.12, 27%) oder was in einem medizinischen Notfall zu tun ist (Q1.3, 24%). Kaum Probleme haben sie dabei, den Anweisungen von Ärztinnen oder Ärzten, Apothekerinnen oder Apothekern (Q1.16, 1%) oder den Anweisungen zur Medikamenteneinnahme zu folgen (Q1.14, 1%), die Anweisungen zur Medikamenteneinnahme zu verstehen (Q1.8, 2%), im Notfall einen Krankenwagen zu rufen (Q1.15, 2%) oder den Arzt oder die Ärztin zu verstehen (Q1.5, 2%).

Auch den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern fallen mehrere Elemente im Bereich Krankheitsbewältigung leichter, als den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein. Sie haben relativ wenig Mühe, den Anweisungen der Ärzte- und Apothekerschaft zu folgen (Q1.16, 8%) oder Informationen über Krankheitssymptome zu finden (Q1.1, 8%). Schwieriger ist es für sie, mediale Informationen über Krankheiten zu beurteilen (Q1.12, 29%), zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist (Q1.7, 26%), den Arzt oder die Ärztin zu verstehen (Q1.7, 26%), zu beurteilen, inwieweit diese Informationen auf sie selber zutreffen (Q1.9, 25%) oder mit Hilfe der ärztlichen Informationen Entscheidungen bezüglich der Krankheit zu treffen (Q1.13, 25%).

Elemente Krankheitsprävention (DP-HL) nach Teilstichprobe

"Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ..."
in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren (Anteil "sehr schwierig/ziemlich schwierig")



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

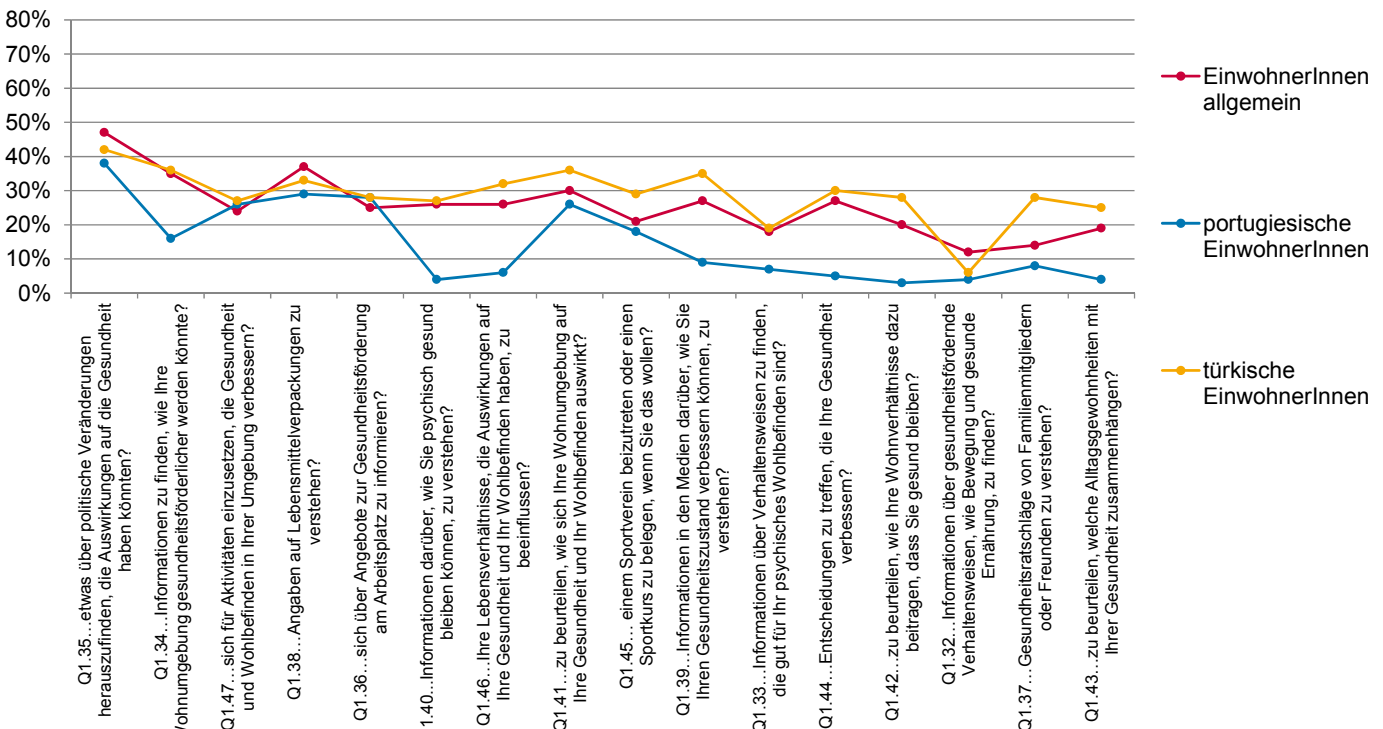
Auch im Bereich Krankheitsprävention ist der Anteil "sehr und ziemlich schwierig" bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern in fast jedem Fall tiefer als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein. Nur bei der Frage, wann man ärztliche Hilfe suchen soll (Q1.25, 28% sehr oder ziemlich schwierig), ist der Anteil praktisch gleich hoch. Wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein ist es tendenziell schwierig zu beurteilen, welche Impfungen man braucht (Q1.26, 38%), und ob man sich gegen Grippe impfen lassen soll (Q1.29, 28%). Nur gering sind die Probleme bei der Suche nach Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten (Q1.17, 3%), der Frage, warum man Vorsorgeuntersuchungen braucht (Q1.23, 3%), Gesundheitswarnungen zu verstehen (Q1.21, 3%) oder deren Vertrauenswürdigkeit zu beurteilen (Q1.24, 4%).

Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner haben die grössten Fragezeichen bei der Entscheidung zur Grippeimpfung (Q1.29, 42%), bei den Fragen, welche Impfungen sie eventuell brauchen (Q1.26, 33%), wie glaubwürdig Gesundheitswarnungen sind (Q1.24, 33%), wie vertrauenswürdig Medien bezüglich Gesundheitsrisiken sind (Q1.28, 32%), welche Vorsorgeuntersuchungen man durchführen lassen sollte (Q1.27, 32%) und wo man Informationen zur Vermeidung von und dem Umgang mit bestimmten Gesundheitsrisiken findet (Q1.20, 32%). Gering ist das Problem, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten zu finden (Q1.17, 7%).

Elemente Gesundheitsförderung (HP-HL) nach Teilstichprobe

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

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren (Anteil "sehr schwierig /ziemlich schwierig")



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner haben auch bei der Gesundheitsförderung weniger Probleme als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein, ausser bei der Information über Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Q1.36, 28% sehr oder ziemlich schwierig) und den Aktivitäten, um Gesundheit und Wohlbefinden in der Umgebung zu verbessern (Q1.47, 26%). Zu den problematischeren Punkten zählen auch die Information über politische Veränderungen und deren gesundheitliche Folgen (Q1.35, 38%), die Angaben auf Lebensmittelverpackungen (Q1.38, 29%) und der Beurteilung, wie sich die Wohnumgebung auf die Gesundheit auswirkt (Q1.41, 26%). Relativ unproblematisch sind die Beurteilung über den Beitrag der Wohnverhältnisse für die Gesundheit (Q1.42, 3%), die Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (Q1.32, 4%), die Beurteilung von Alltagsgewohnheiten auf die Gesundheit (Q1.43, 4%) und Informationen, um psychisch gesund zu bleiben (Q1.40, 4%).

Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner haben generell mehr Mühe im Bereich Gesundheitsförderung als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein. Ausnahme sind die Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (Q1.32, 6%). Auch Informationen über den Zusammenhang von Alltagsgewohnheiten und Gesundheit (Q1.33, 19%), sind eher einfach zu finden. Problematischer ist es, etwas über politische Veränderungen im Hinblick auf die Gesundheit herauszufinden (Q1.35, 42%), zu beurteilen, wie sich die Wohnumgebung auf die Gesundheit auswirkt (Q1.41, 36%), Informationen zu finden, um die Wohnumgebung gesundheitsförderlicher zu machen (Q1.34, 36%) und Informationen zu Gesundheitsförderung in den Medien zu verstehen (Q1.39, 35%).

Tabelle 38

Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) der vier Indices nach Teilstichprobe

		EinwohnerInnen allgemein	portugiesische EinwohnerInnen	türkische EinwohnerInnen
General-HL	MW	33.0	32.9	30.9
	SD	6.5	4.5	5.7
HC-HL	MW	33.6	34.1	31.9
	SD	7.1	5.4	5.8
DP-HL	MW	32.5	32.0	30.2
	SD	7.7	4.8	6.2
HP-HL	MW	32.7	32.4	30.3
	SD	7.2	4.9	6.4

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Aufgrund der Anteile "sehr und ziemlich schwierig" könnte man eine sehr hohe (durchschnittliche) Gesundheitskompetenz bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern vermuten. In der Tat ist der Mittelwert für die generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) mit 32.9 praktisch gleich hoch wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein. Der Wert für die Krankheitsbewältigung (HC-HL) liegt leicht darüber (34.1), diejenigen für die Krankheitsprävention (32.0) und die Gesundheitsförderung (32.4) leicht darunter.

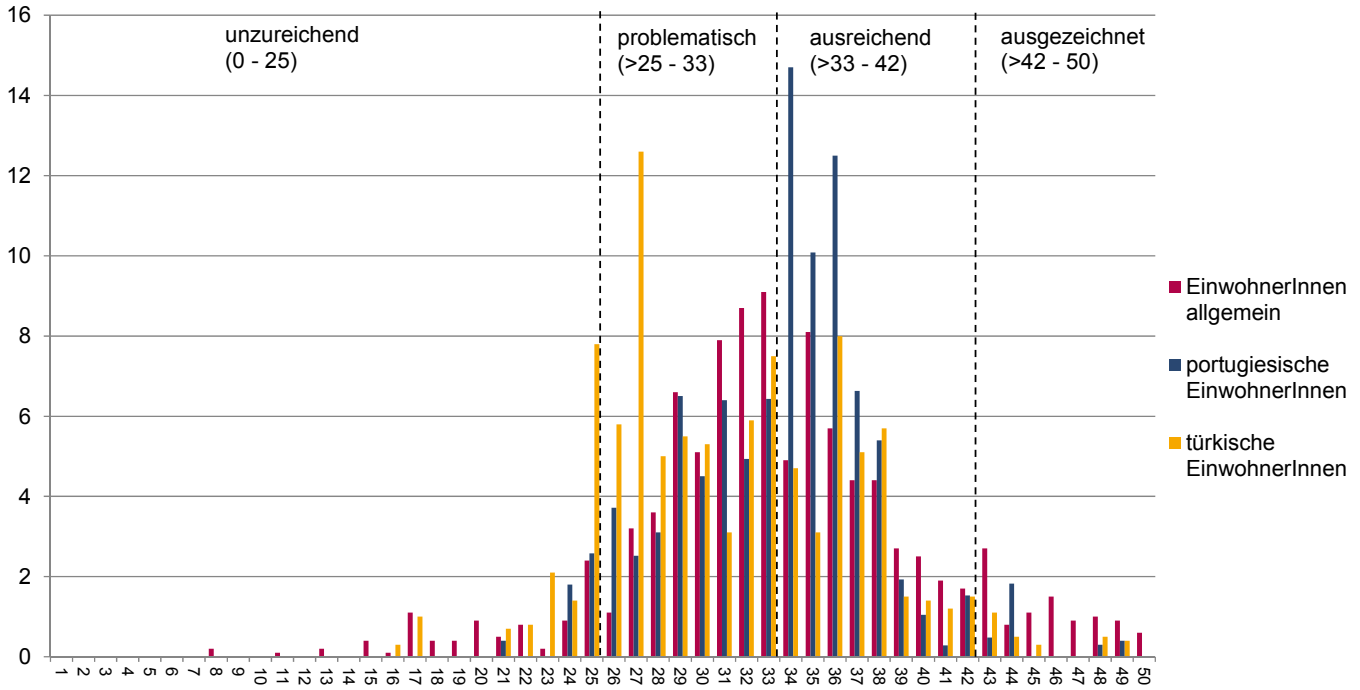
Eine Lösung für diesen scheinbaren Widerspruch (wenig "sehr und ziemlich schwierig", aber keine höhere Gesundheitskompetenz) erkennt man in der Standardabweichung: Bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern liegt diese bei 4.5 für die generelle Gesundheitskompetenz. Das bedeutet, dass die Differenzen zwischen den einzelnen Personen in der Tendenz kleiner sind. Die portugiesische Einwohnerinnen und Einwohner sind noch stärker "eingemittelt" als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein. Es gibt nur wenige mit einer sehr tiefen, aber auch sehr wenige mit einer sehr hohen Gesundheitskompetenz

Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner weisen dagegen im Durchschnitt eine tiefere Gesundheitskompetenz auf, sowohl beim generellen Index (30.9) als auch in allen Bereichen (HC-HL 31.9, DP-HL 30.2, HP-HL 30.3). Die Standardabweichung ist tiefer als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein, aber höher als bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern.

Grafik 59

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL)

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren

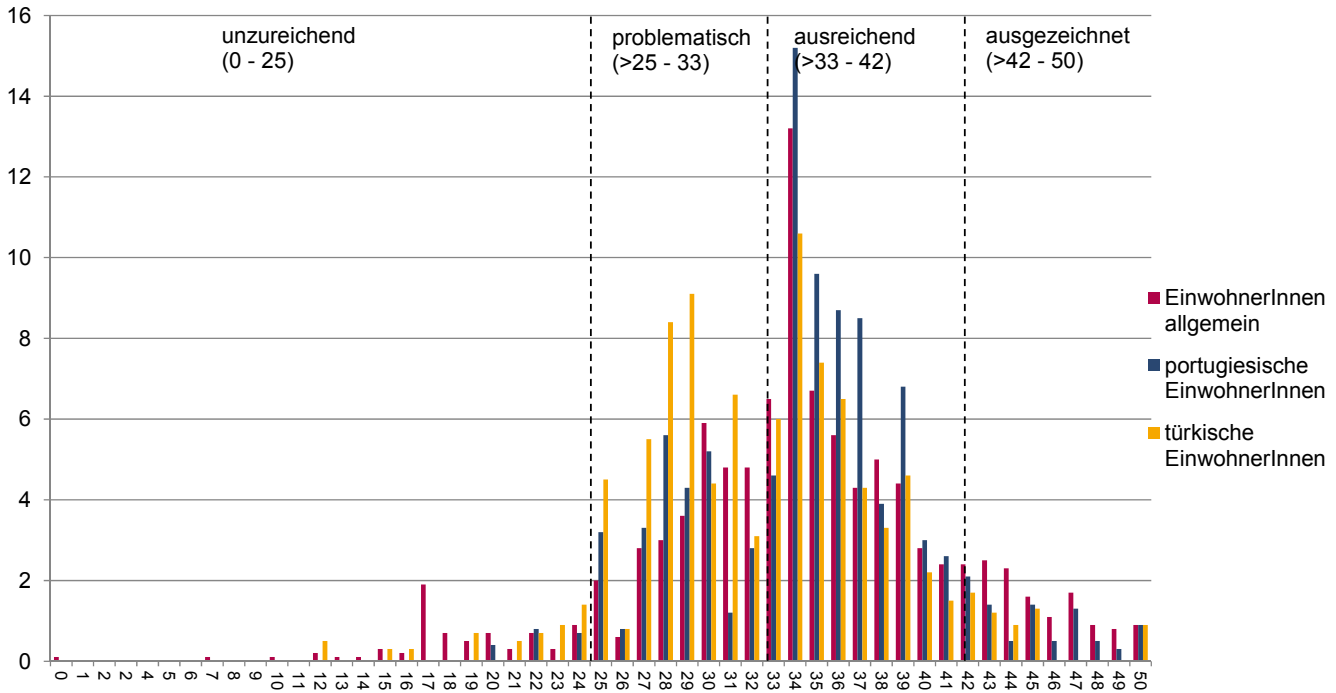


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Grafik 60

Index Krankheitsbewältigung (HC-HL)

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren

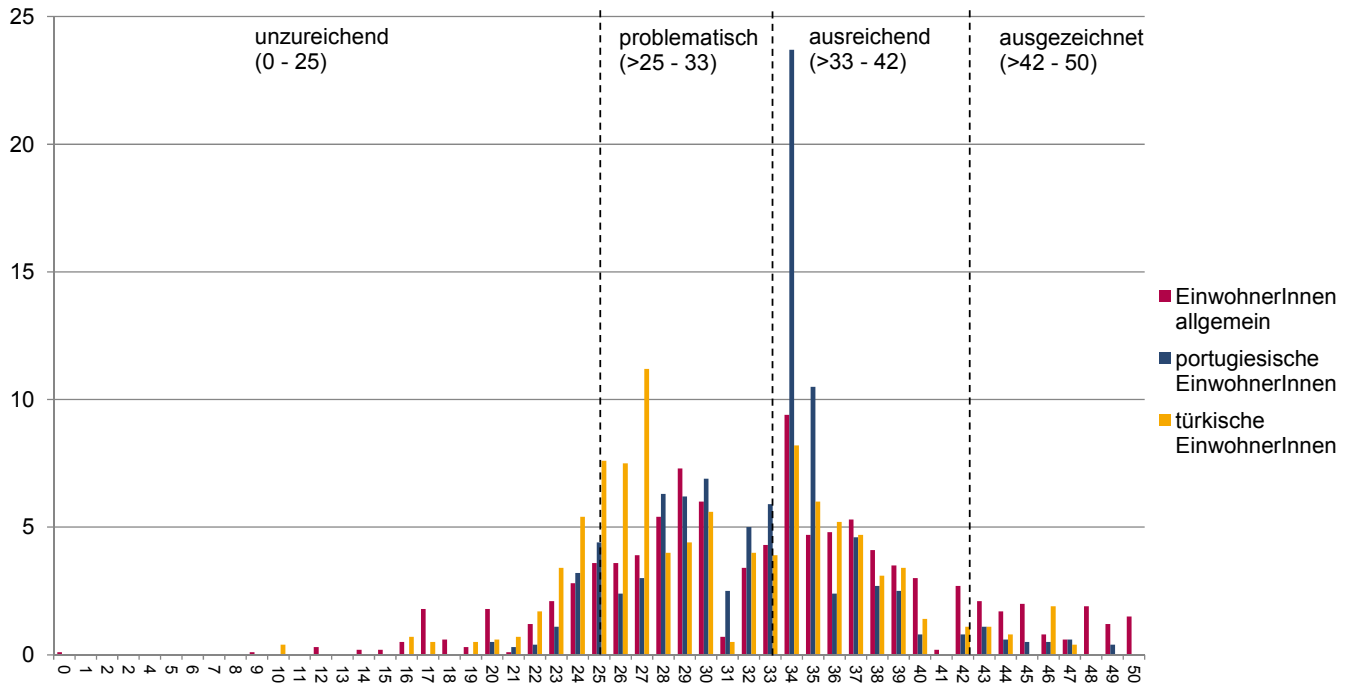


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Grafik 61

Index Krankheitsprävention (DP-HL)

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren

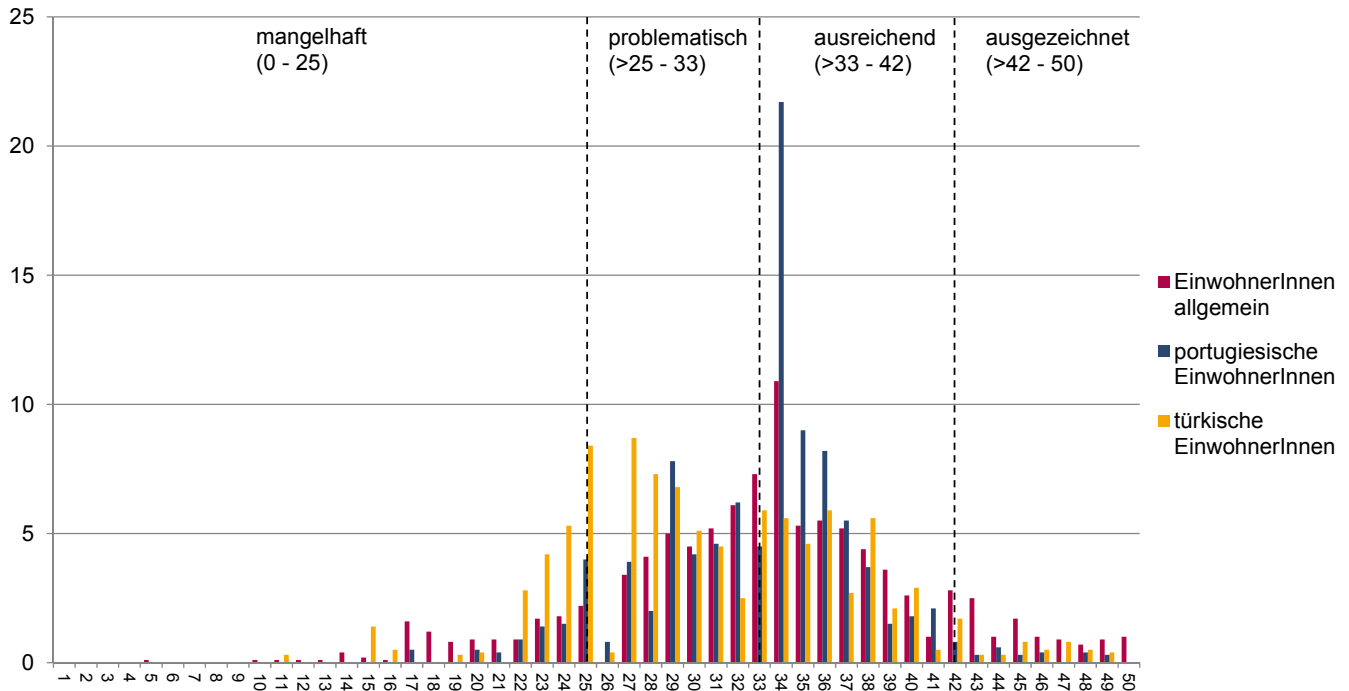


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Grafik 62

Index Gesundheitsförderung (HP-HL)

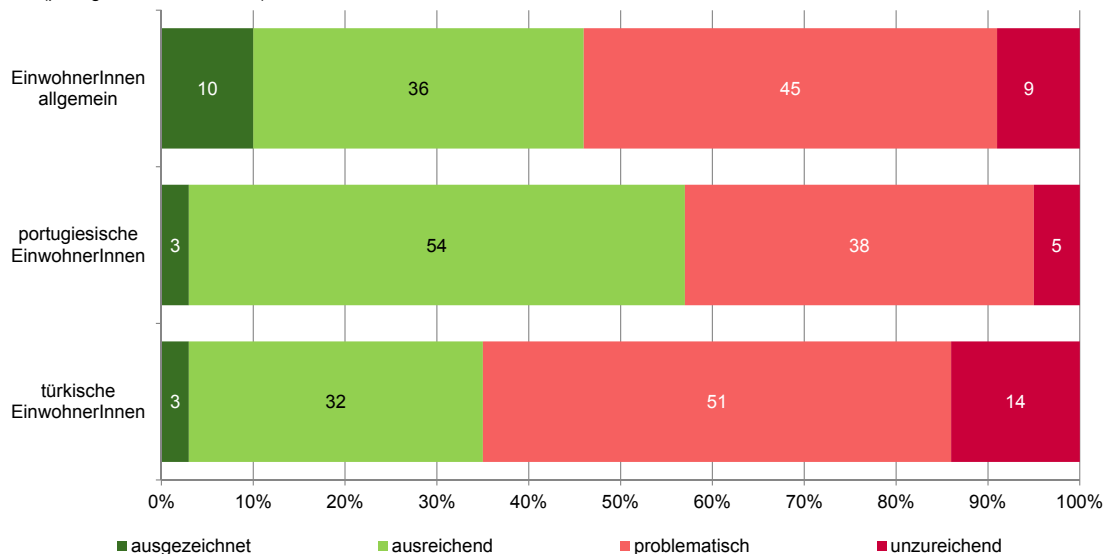
in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Teilstichprobe

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

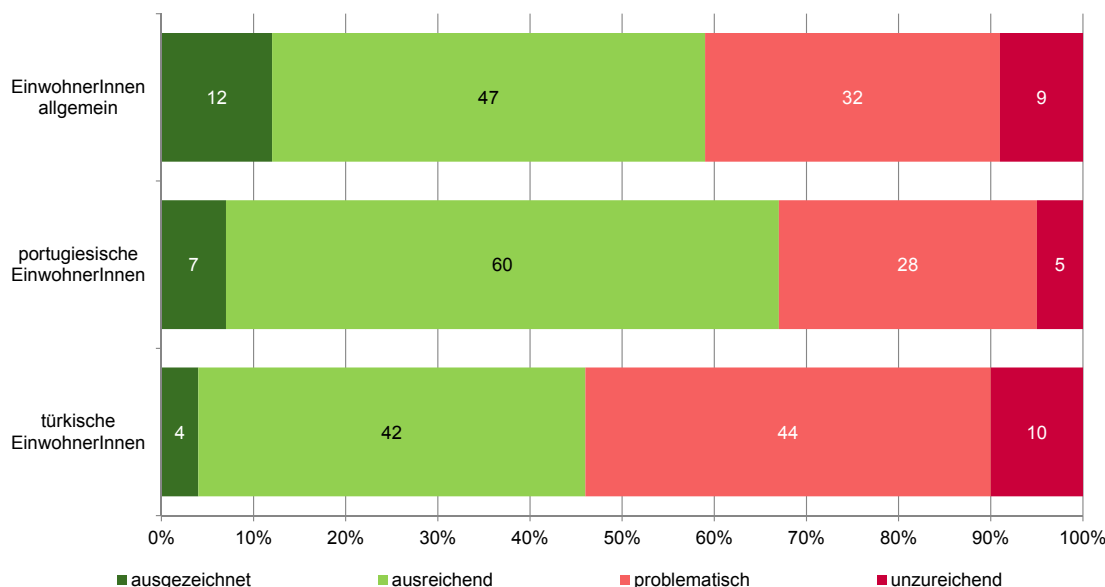
Dadurch befindet sich die absolute Mehrheit (54%) der portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern im Bereich einer ausreichenden generellen Gesundheitskompetenz. Der zweitgrösste Teil (38%) liegt im problematischen Bereich. Nur drei Prozent haben eine ausgezeichnete, fünf Prozent eine unzureichende Gesundheitskompetenz.

Von den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern hat gut die Hälfte (51%) eine problematische Gesundheitskompetenz, fast ein Drittel (32%) eine ausreichende. 14 Prozent, und damit mehr als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein, haben eine unzureichende Gesundheitskompetenz, nur drei Prozent eine ausgezeichnete.

Diese Verhältnisse sind auch bei den drei Bereichen ersichtlich:

Index Krankheitsbewältigung (HC-HL) nach Teilstichprobe

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



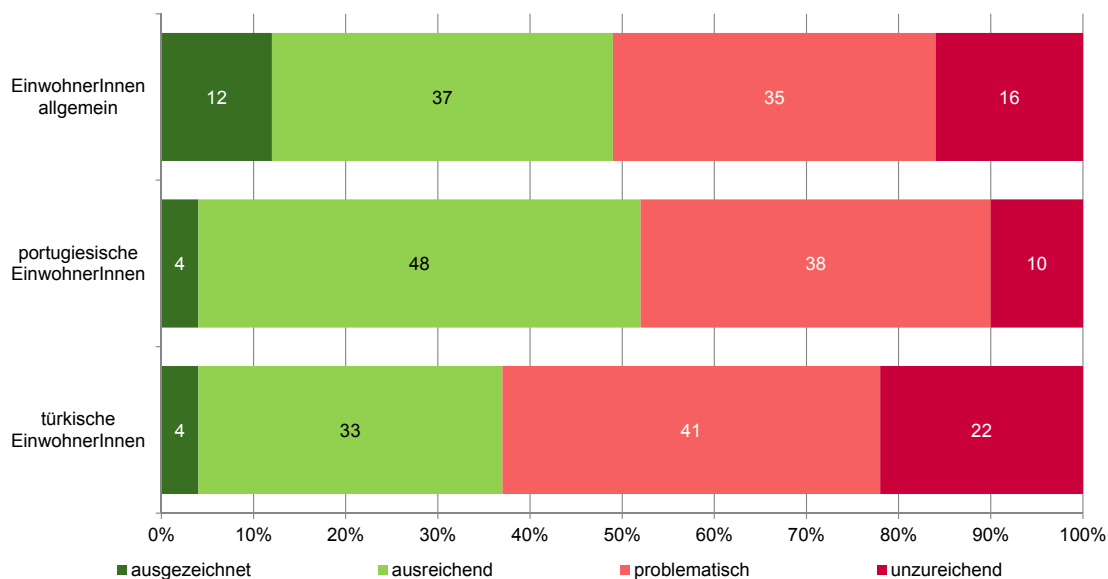
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner haben zum grössten Teil (60%) eine ausreichende Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung. Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind die Anteile von problematischer (44%) und ausreichender (42%) Gesundheitskompetenz fast gleich gross.

Grafik 65

Index Krankheitsprävention (DP-HL) nach Teilstichprobe

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



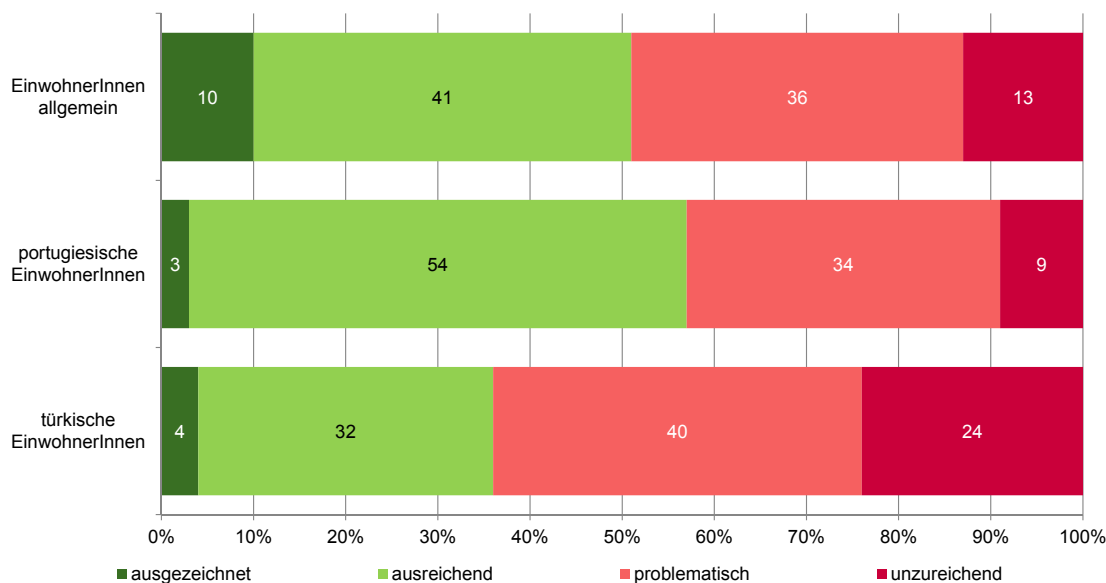
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Bei der Krankheitsprävention ist der Anteil ausreichender Gesundheitskompetenz bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern nicht ganz so hoch (48%) wie in den andere Bereichen. 38 Prozent haben eine problematische, 10 Prozent gar eine unzureichende Gesundheitskompetenz.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern weisen gar 22 Prozent eine unzureichende Gesundheitskompetenz in diesem Bereich auf, weitere 41 Prozent eine ausreichende. Nur ein Drittel hat eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Index Gesundheitsförderung (HP-HL) nach Teilstichprobe

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

54 Prozent der portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner haben eine ausreichende Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung, gut ein Drittel (34%) eine problematische.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern haben nur 32 Prozent eine ausreichende, 40 Prozent eine problematische und fast ein Viertel (24%) eine unzureichende Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung.

3.6.2 Sozioökonomische und -demografische Determinanten der Gesundheitskompetenz

Aufgrund der tiefen Fallzahl in den Teilstichproben 2 und 3 (255 resp. 250) sind nur in wenigen Untergruppen genügend Fälle für einigermaßen belastbare Aussagen vorhanden. Für die Grafiken wurden die Untergruppen so gruppiert, dass die Fallzahl pro Teilgruppe möglichst über 50 liegt.

Tabelle 39

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und soziodemografischen Variablen nach Teilstichprobe

General-HL und ...		EinwohnerInnen allgemein	portugiesische EinwohnerInnen	türkische EinwohnerInnen
Geschlecht	r	.068*	.212**	.007
	N	1028	242	244
Alter	r	-.042	-.167**	-.270**
	N	1028	242	244
Bildungsniveau	r	.213**	.247**	-.012
	N	1027	241	241
finanzielle Deprivation¹	r	-.312**	-.185**	.282**
	N	976	224	230
sozialer Status (Selbsteinschätzung)²	r	-.193**	.280**	-.376**
	N	915	180	188
sozialer Status (Index)²	r	.102**	.056	.003
	N	880	174	202
Erwerbsstatus	r	.036	-.344**	.018
	N	1028	242	244
Sprachkompetenz (alle Befragten)	r	.055	-.127	.298**
	N	1028	242	244
Sprachkompetenz (Nicht-Muttersprache)	r	-.329**	-.096	-.272*
	N	62	102	69

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew = 1107, N PT = 255 N TR = 250)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

¹ Die finanzielle Deprivation errechnet sich aus einer Faktoranalyse. Der Faktorwert eines Falles hängt davon ab, mit welchen anderen Fällen die Faktoranalyse gerechnet wird. Die finanzielle Deprivation wurde für jede Teilstichprobe separat berechnet.

² Selbsteinschätzung des sozialen Status basierend auf einer direkten Frage, bei welcher die Befragten ihre Stellung in der Gesellschaft auf einer 10er-Skala angeben; Index basierend auf Bildung und Einkommen in Anlehnung an Winkler und Stolzenberg (2009)¹⁸, nur für die Schweiz berechnet

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status (Selbsteinschätzung) von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // sozialer Status (Index) von 2=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 14=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Erwerbsstatus von 1=Vollzeit bis 5=pensioniert // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern ist der stärkste Rangkorrelationskoeffizient beim Erwerbsstatus zu finden (-.344). Die Vollzeit-Erwerbstätigen haben im Schnitt eine höhere Gesundheitskompetenz als die übrigen Befragten.

Am zweistärksten wirkt der selbstgeäußerte soziale Status (.280). Anders als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein ist die Wirkungsrichtung gleich wie in der HLS-EU-Studie, nämlich dass mit zunehmendem Sozialstatus auch die Gesundheitskompetenz wächst. Der berechnete Sozialstatus-Index korreliert hingegen nicht mit der Gesundheitskompetenz bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern.

Ein namhafter Effekt ist auch beim Bildungsniveau zu verorten (.247): Je höher der Bildungsgrad (gemessen in ISCED-Levels), desto höher die Gesundheitskompetenz.

¹⁸ Winkler, Joachim und Stolzenberg, Heribert (2009): Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. In: Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers, Heft 07/2009.

Das Geschlecht wirkt stärker (.212) als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein oder in den HLS-EU-Ländern. Portugiesische Frauen haben eine höhere Gesundheitskompetenz als portugiesische Männer.

Mit der finanziellen Deprivation nimmt die Gesundheitskompetenz unter den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern ab (-.185). Der Effekt ist geringer als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein und in den meisten HLS-EU-Ländern.

Daneben nimmt mit zunehmendem Alter die Gesundheitskompetenz ab (-.167). Die Sprachkompetenz ist bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner nicht signifikant.

Der Alterseffekt ist bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern noch deutlicher (-.270). Daneben sind in dieser Teilstichprobe drei weitere Rangkorrelationskoeffizienten signifikant:

Erstens der selbstgeäußerte soziale Status (-.376), wobei wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein der Zusammenhang negativ ist (höherer Sozialstatus korreliert mit tieferer Gesundheitskompetenz). Zieht man hingegen den auf Basis von Bildung und Einkommen berechneten Sozialstatus-Index heran, ist keine Korrelation innerhalb der türkischen Teilstichprobe messbar.

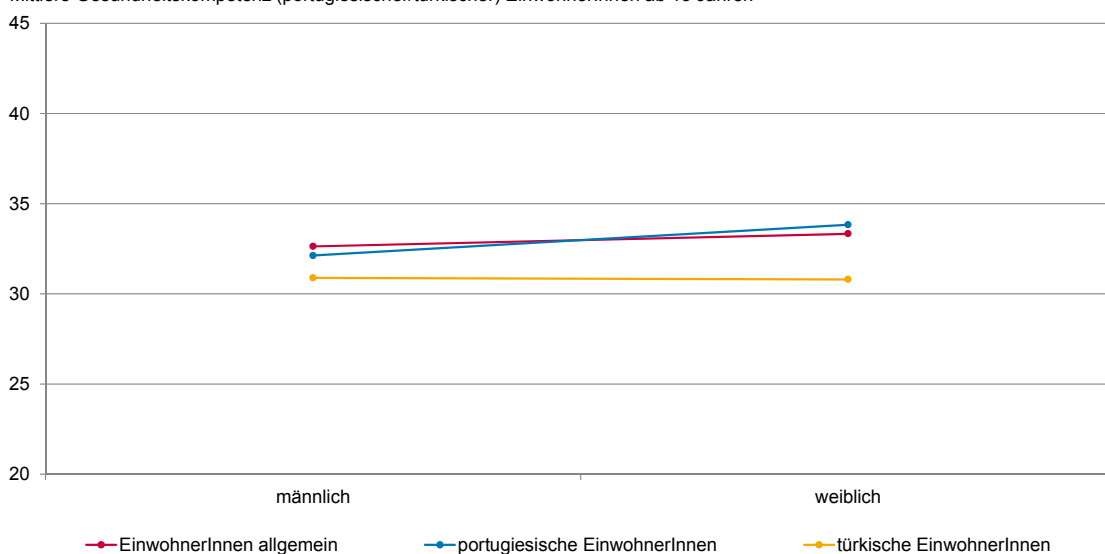
Zweitens die finanzielle Deprivation (.282), wobei das Vorzeichen positiv ist (höhere finanzielle Deprivation korreliert mit höherer Gesundheitskompetenz). Es ist unbekannt, warum der Zusammenhang nicht dem vermuteten Muster entspricht.

Drittens die Sprachkompetenz (.298), wobei Personen, deren Muttersprache mit der Lokalsprache übereinstimmt, eine tiefere Gesundheitskompetenz aufweisen als Personen, bei denen das nicht der Fall ist. Legt man den Fokus nur auf diejenigen türkischen Einwohnerinnen und Einwohner, welche die Lokalsprache nicht als Muttersprache sprechen, zeigt sich, dass eine höhere (selbstgeäußerte) Sprachkompetenz auch mit einer höheren Gesundheitskompetenz einhergeht (-.272).

Grafik 67

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Geschlecht nach Teilstichprobe

Mittlere Gesundheitskompetenz (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



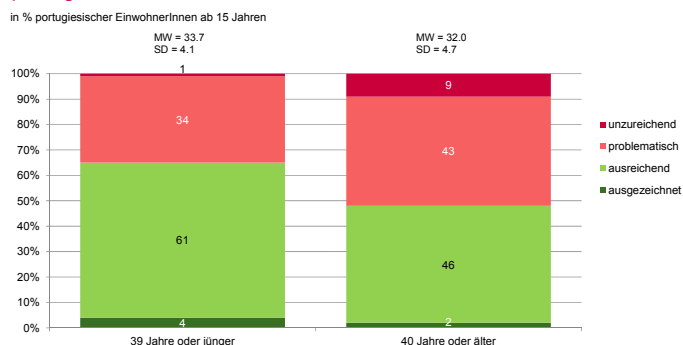
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Während sich der Mittelwert der generellen Gesundheitskompetenz zwischen den türkischen Männern (30.9) und den türkischen Frauen (30.8) nicht signifikant unterscheidet, ist er bei den Portugiesinnen (33.8) und Portugiesen (32.1)

deutlicher. Die Differenz beträgt 1.7 Punkte, während sie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein nur 0.7 Punkte ausmacht.

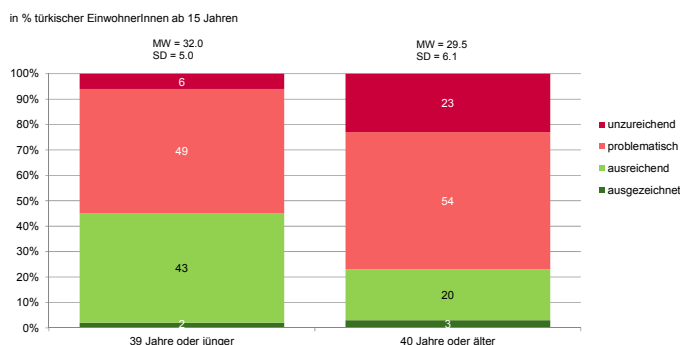
Grafik 68

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Alter – portugiesische EinwohnerInnen



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 255), sig.

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Alter – türkische EinwohnerInnen



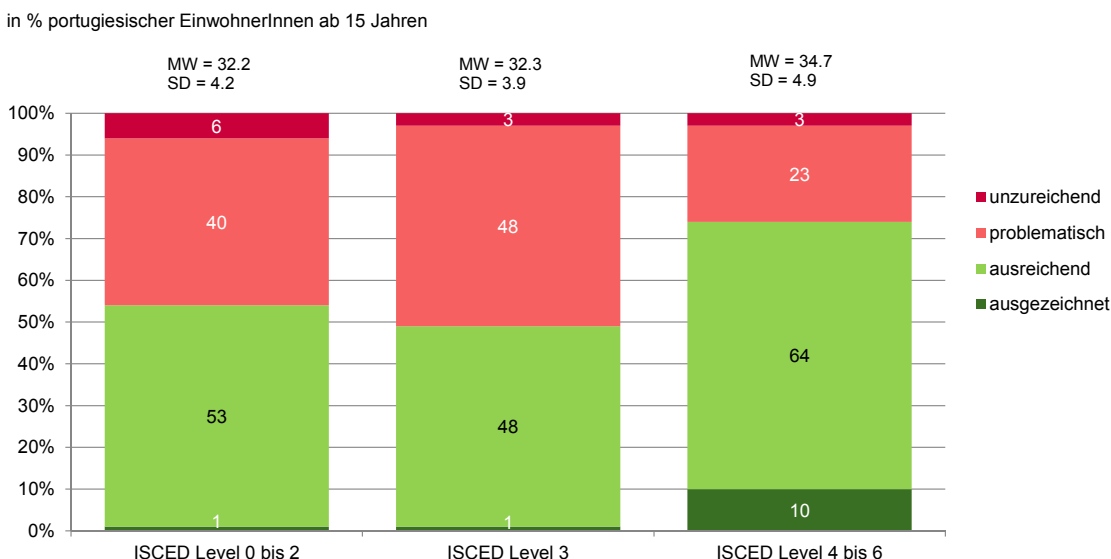
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Von den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern bis 39 Jahre weist der Grossteil (65%) eine ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf. Bei den ab 40-Jährigen ist es knapp weniger als die Hälfte (48%).

Auf tieferem Niveau ist dasselbe bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern zu beobachten: Bis 39 Jahre sind 45 Prozent ausreichend bis ausgezeichnet gesundheitskompetent. Bei den ab 40-Jährigen sind es noch 23 Prozent. Besonders der Anteil unzureichender Gesundheitskompetenz ist mit 23 Prozent sichtlich erhöht.

Grafik 69

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Bildungsniveau – portugiesische EinwohnerInnen



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 255), sig.

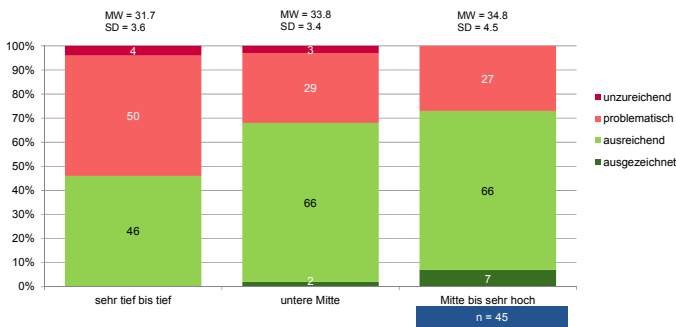
Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern haben Personen mit einer hohen Bildung (ISCED-Level 4 bis 6) eine höhere Gesundheitskompetenz (74% ausreichend oder ausgezeichnet) als jene mit einer mittleren (ISCED-Level 3: 49%) oder tieferen Bildung (ISCED-Level 0 bis 2: 54%).

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern ist kein signifikanter, bivariater Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Gesundheitskompetenz festzustellen.

Grafik 70

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach sozialem Status – portugiesische EinwohnerInnen

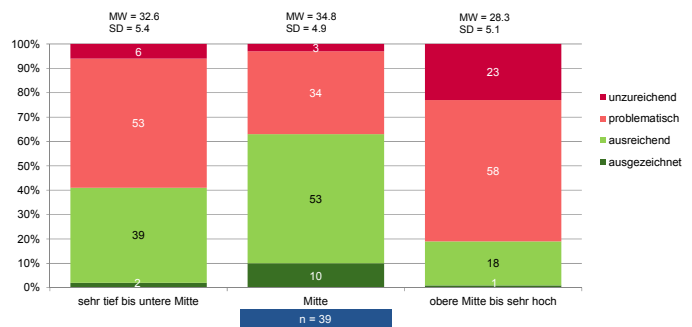
in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 255), sig.

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach sozialem Status – türkische EinwohnerInnen

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Anmerkung: Aufgrund der Fallzahlen wurde der soziale Status in den Teilstichproben 2 und 3 unterschiedlich gruppiert.

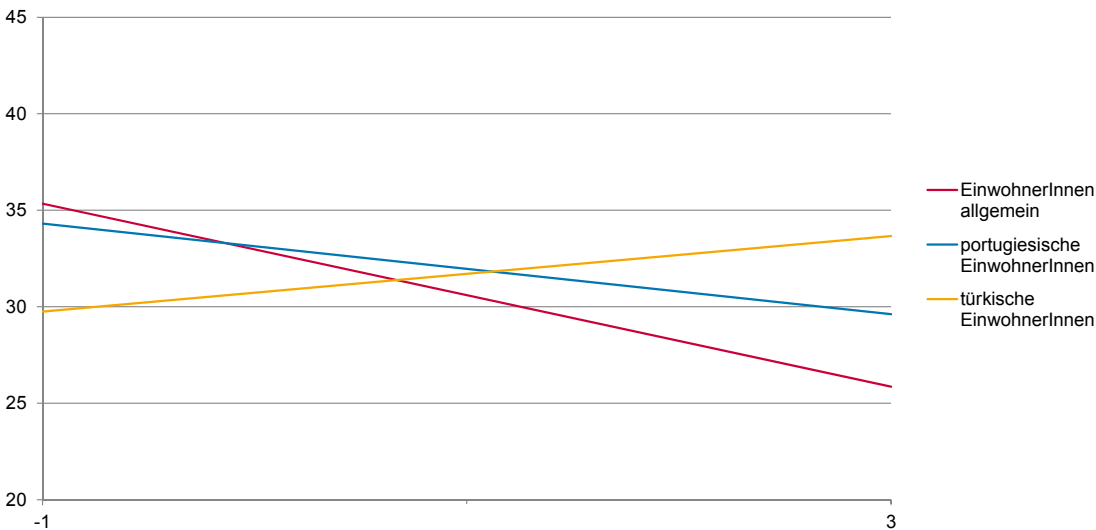
Portugiesische Einwohnerinnen und Einwohner, die sich einen sehr tiefen bis tiefen Sozialstatus zuschreiben, haben seltener eine ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (46%) als jene der unteren Mitte (68%) oder jene von Mitte bis sehr hoch (73%).

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern weisen vor allem Personen der oberen Mitte bis sehr hoch einen sehr tiefen Anteil ausreichender bis ausgezeichneter Gesundheitskompetenz auf (19%). Bei einem sehr tiefen Sozialstatus bis zur unteren Mitte ist der Anteil höher (41%), noch höher in der Mitte (63%), wobei letztgenannte Gruppe eine tiefe Fallzahl aufweist.

Grafik 71

Index generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach finanzieller Deprivation nach Teilstichprobe

Mittlere Gesundheitskompetenz (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



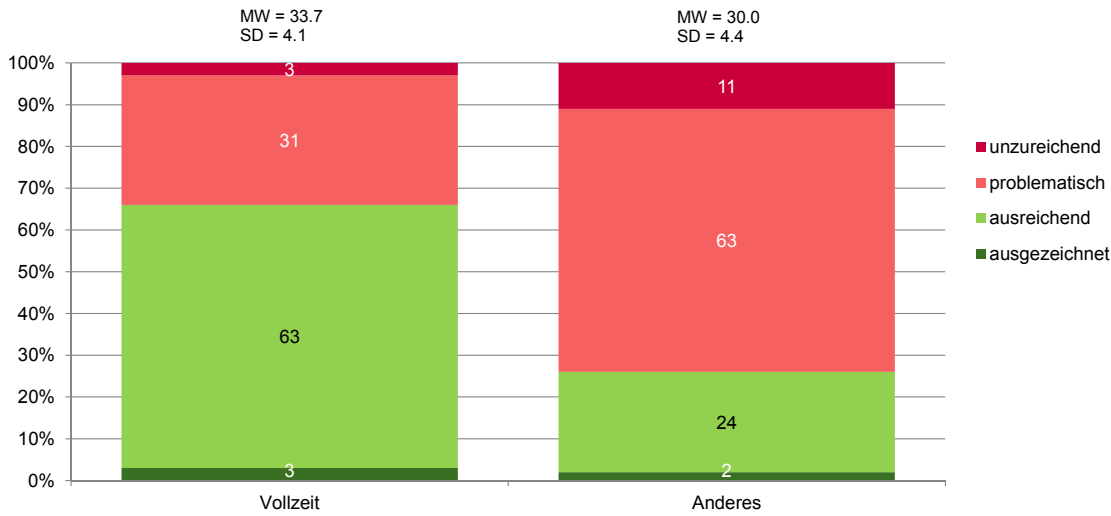
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Bei der finanziellen Deprivation fällt einerseits auf, dass der Effekt bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern weniger stark ist als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein, andererseits dass er bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern umgekehrt funktioniert: je höher die finanzielle Deprivation, desto höher die Gesundheitskompetenz.

Grafik 72

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Erwerbsstatus – portugiesische EinwohnerInnen

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 255), sig.

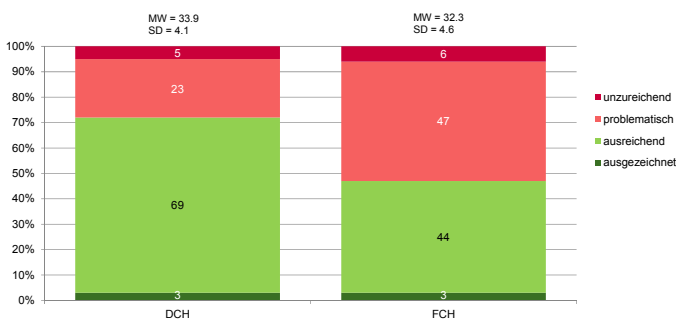
Die Vollzeit angestellten portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner weisen mehrheitlich eine ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf (66%). Bei den Übrigen (Teilzeit, arbeitslos, pensioniert und anderer Erwerbsstatus gruppiert) sind dies nur gut ein Viertel (26%).

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern ist kein signifikanter, bivariater Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheitskompetenz festzustellen.

Grafik 73

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Sprachregion – portugiesische EinwohnerInnen

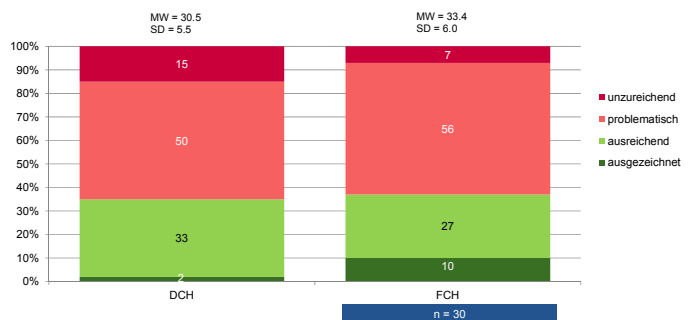
in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 255), sig.

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Sprachregion – türkische EinwohnerInnen

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

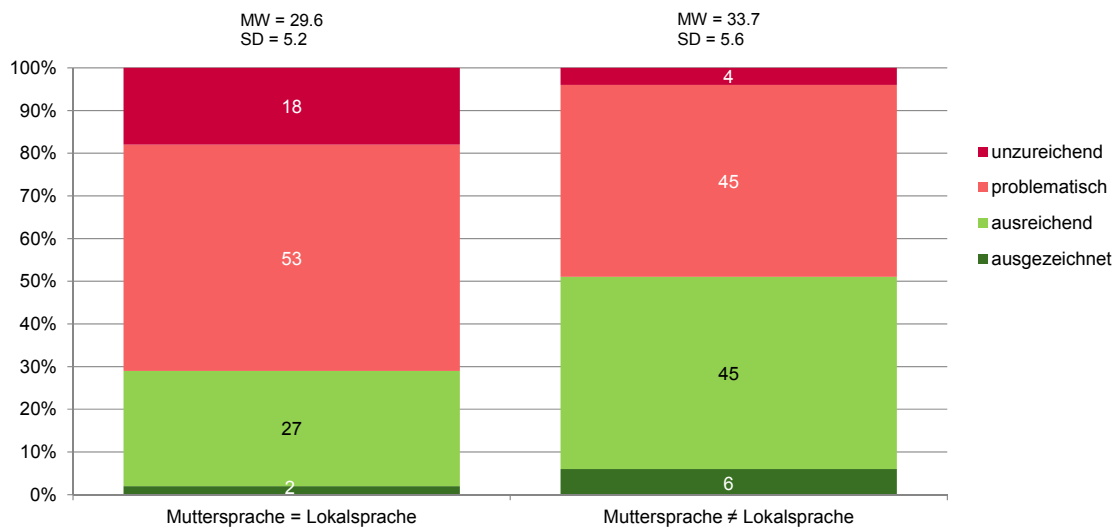
Unter den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern der deutschsprachigen Schweiz (72%), ist der Anteil an ausreichender bis ausgezeichneter Gesundheitskompetenz höher als in der französischsprachigen Schweiz (47%).

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern unterscheidet sich der Anteil (DCH: 35%; FCH: 37%) kaum, jedoch ist beim Mittelwert (30.5 resp. 33.4) eine grössere Differenz festzustellen, soweit dies aufgrund der tiefen Fallzahl in der französischsprachigen Schweiz festgestellt werden kann.

Die Fallzahl in der italienischsprachigen Schweiz (nur in Teilstichprobe 2 befragt) ist zu gering für eine separate Auswertung.

Generelle Gesundheitskompetenz (General-HL) nach Sprachkompetenz am Wohnort – türkische EinwohnerInnen

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern findet sich ein interessanter Unterschied bezüglich Sprachkompetenz: Wessen Muttersprache identisch mit der Lokalsprache ist, weist einen geringeren Anteil an ausgezeichneter oder ausreichender Gesundheitskompetenz auf (29%). Wer hingegen die Lokalsprache nicht als seine Muttersprache bezeichnet, hat hingegen eher eine höhere Gesundheitskompetenz (51%). Wir weisen darauf hin, dass, wer die Lokalsprache als seine Muttersprache bezeichnet, nicht per se eine höhere Sprachkompetenz aufweisen muss als jemand, bei dem oder der dies nicht der Fall ist (vgl. Kap. 3.2.1).

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

3.6.3 Wichtigkeit des Sozialgradienten auf die Gesundheitskompetenz und den selbstgeäußerten Gesundheitszustand

Wir berechnen auch für die Teilstichproben 2 und 3 (schrittweise) Regressionsmodelle, welche einerseits die Gesundheitskompetenz, andererseits den Gesundheitszustand soziodemografisch erklären sollen:

Tabelle 40

Regressionsmodelle (schrittweise) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – portugiesische EinwohnerInnen

General-HL nach...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
Geschlecht	.228	.229	.250	.251
Alter	-.384	-.383	n.s.	n.s.
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	.298	.196	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	-.144	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	-.185	n.g.	-.152
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	-.204	-.175
Sport	n.g.	n.g.	-.471	-.471
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.264	.293	.339	.357

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 255)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern hängt die Gesundheitskompetenz stark vom Geschlecht ab (.251 in Modell 4), wobei Frauen eine höhere Gesundheitskompetenz aufweisen.

Sowohl die Komponenten Alter (-.384 in Modell 1) als auch selbsteingeschätzte sozialer Status (.298) verlieren ihre Erklärungskraft, wenn für sportliche Aktivität (-.471 in Modell 4) und langandauernde Krankheiten (-.175) kontrolliert

wird. Sport ist klar die wichtigste erklärende Variable in diesem Modell – wobei die Kausalität auch umgekehrt sein könnte –, während die finanzielle Deprivation im Gegensatz zu den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein keine Rolle spielt. Zudem weisen Personen, welche eine Spital-Zusatzversicherung abgeschlossen haben, eine tiefere Gesundheitskompetenz auf (–.152).

Tabelle 41

Regressionsmodelle (schrittweise) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit soziodemografischen und gesundheitspezifischen Variablen – türkische EinwohnerInnen

General-HL nach...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	-.317	-.372	-.252	-.308
Bildungsniveau	.172	n.s.	.162	n.s.
finanzielle Deprivation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.294	-.258	-.289	-.218
Sprachkompetenz	.330	.247	.300	.211
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	-.182	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	.228	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	-.217
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
Sport	n.g.	n.g.	-.188	-.201
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.268	.299	.273	.291

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 250)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern sinkt die Gesundheitskompetenz mit zunehmendem Alter (–.308 in Modell 4) und selbsteingeschätztem sozialem Status (–.218), selbst wenn sportliche Aktivitäten (–.201) ins Modell mit eingerechnet werden. Wer keine Zusatzversicherungen (–.217) abgeschlossen hat, weist eine tiefere Gesundheitskompetenz auf. Zudem weisen Personen, welche die Lokalsprache nicht als ihre Muttersprache bezeichnen, eine höhere Gesundheitskompetenz auf (.211).

Wenn man die Zusatzversicherungen nicht berücksichtigt (Modell 3), korreliert ein höheres Bildungsniveau (.162) mit einer höheren Gesundheitskompetenz. In ländlichen Gebieten ist die Gesundheitskompetenz tendenziell tiefer (–.182),

wobei die Signifikanz von den übrigen Variablen im Modell abhängt (nur signifikant in Modell 2).

Tabelle 42

Regressionsmodelle (schrittweise) Beurteilung Gesundheitszustand mit soziodemografischen und gesundheitspezifischen Variablen – portugiesische EinwohnerInnen

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.520	.520	.327	.327
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.201	.201
Sport	n.g.	n.g.	.314	.314
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.266	.266	.426	.426

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 255)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Ein schlechter Gesundheitszustand erklärt sich bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern durch ein hohes Alter (.327), selbst wenn zur Kontrolle die sportliche Aktivität (.314) und langandauernde Krankheiten (.201) ins Modell aufgenommen werden. Die anderen Variablen sind nicht signifikant.

Tabelle 43

Regressionsmodelle (schrittweise) Beurteilung Gesundheitszustand mit soziodemografischen und gesundheitspezifischen Variablen – türkische EinwohnerInnen

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.393	.393	.247	.300
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	.109
finanzielle Deprivation	.456	.456	.362	.376
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	.115	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	-.122
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	-.164
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.427	.454
Sport	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.384	.384	.556	.581

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 250)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Auch bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern geht der Gesundheitszustand erwartungsgemäss bei langandauernden Krankheiten (.454) und mit dem Alter (.300) zurück. Zusätzlich ist der Gesundheitszustand schlecht, je deprivierter die finanzielle Situation der Person ist (.376).

Weiter existiert ein Zusammenhang mit der Spital-Zusatzversicherung (-.164), wobei der Gesundheitszustand besser ist, wenn eine solche Versicherung abgeschlossen wurde.

Der Gesundheitszustand ist bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern in grossen Agglomerationen besser (-.122 in Modell 4) respektive in kleinen und mittleren Agglomerationen schlechter (.115 in Modell 3).

Tendenziell nimmt mit zunehmendem Bildungsniveau (.109) der Gesundheitszustand ab, jedoch nur im Total-Modell.

Sport hat im Gegensatz zu den anderen Teilstichproben keinen signifikanten Einfluss auf den selbstgeäusserten Gesundheitszustand.

3.6.4 Konsequenzen der Gesundheitskompetenz

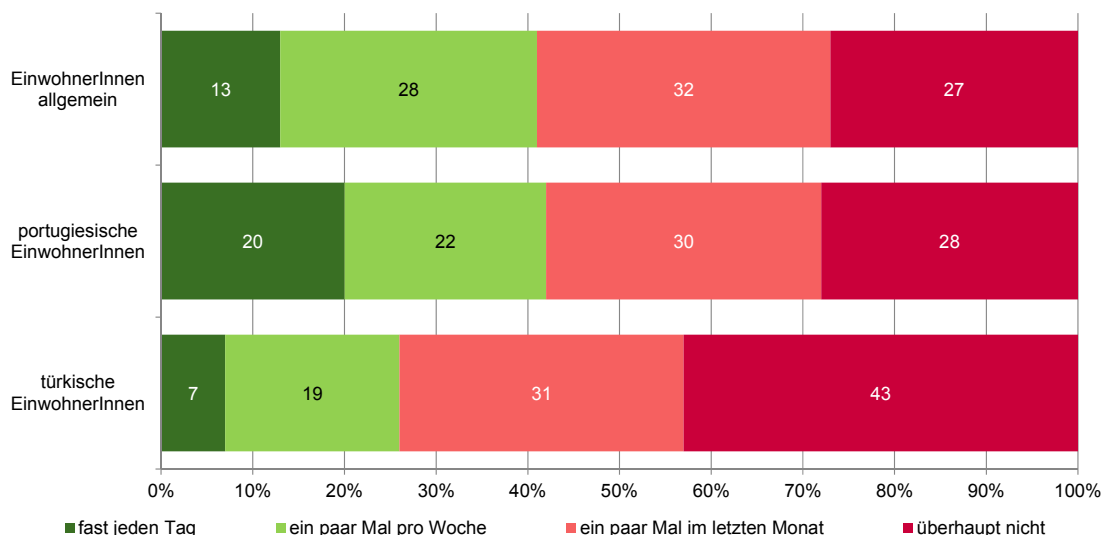
Die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner sind knapp die sportlichste Teilstichprobe:

Grafik 75

Sport nach Teilstichprobe

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

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Ein Fünftel (20%) gibt an, sich fast täglich sportlich zu betätigen – mehr als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein. Weitere 22 Prozent betätigen sich immerhin ein paar Mal pro Woche. Bei 30 Prozent ist es nur ein paar Mal im letzten Monat; 28 Prozent treiben überhaupt keinen Sport. Diese Werte sind sehr nahe an den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein.

Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner sind insgesamt weniger sportlich: 43 Prozent treiben keinen Sport, 31 Prozent nur ein paar Mal im letzten Monat. 19 Prozent betätigen sich ein paar Mal pro Woche und nur 7 Prozent fast jeden Tag.

Zum Vergleich: Das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II)¹⁹ hat das Ausmass und die Intensität "körperlicher Aktivität" untersucht und hat dabei festgehalten, dass die Migrationsbevölkerung weniger aktiv als die Schweizer Bevölkerung sei. Konkret wurden bei der portugiesischen Bevölkerung 42.4 Prozent der Frauen und 30.0 Prozent der Männer, bei der türkischen Bevölkerung 34.6 Prozent der Frauen und 30.5 Prozent der Männer als "inaktiv" bezeichnet. Bei der Schweizer Bevölkerung sind es nur 12.7 (Frauen) respektive 10.7 Prozent (Männer) Inaktive.

Generell ist bei allen Vergleichen mit dem GMM II zu berücksichtigen, dass (wie bei der Gegenüberstellung von Sport und "körperlicher Aktivität") verschiedene Fragen gestellt wurden, welche nicht gleichgesetzt werden können. Sie dienen nur als Annäherung. Zudem wurde das GMM II mittels CATI (Computer Assisted Telephone Interview) durchgeführt und die Stichprobe aus dem Zentralen Migrationsinformationssystem des Bundesamts für Migration BFM gezogen.

¹⁹ Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Bundesamt für Gesundheit BAG und Bundesamt für Migration BFM.

Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner weisen einen klar tieferen Alkoholkonsum auf:

Grafik 76

Alkoholkonsum nach Teilstichprobe

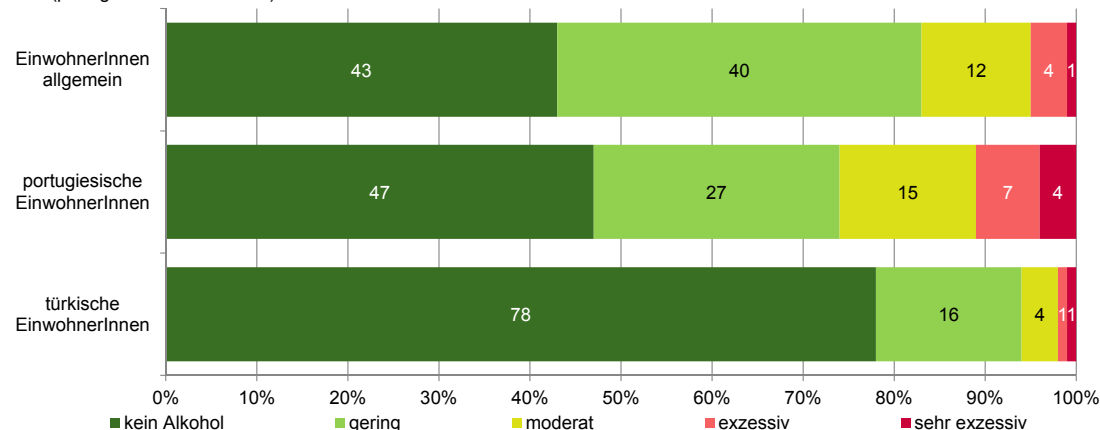
"Haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken, also Bier, Wein, Spirituosen, Apfelwein oder andere alkoholische Getränke?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 5 oder mehr alkoholische Getränke (z.B. Gläser Wein, Flaschen Bier etc.) bei einer Gelegenheit zu sich genommen?"

"Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?"

"Wenn Sie nun an einen Tag denken, an dem Sie Alkohol trinken: Ungefähr wie viele Gläser oder Flaschen trinken Sie da normalerweise?"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

78 Prozent trinken keinen Alkohol oder haben im Minimum in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken. Unter Anbetracht dessen, dass die Mehrheit der türkischen Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz Muslime sind²⁰ und im Islam ein Alkoholverbot gilt, erstaunt das Resultat nicht. Diejenigen, die Alkohol trinken, pflegen einen geringen Alkoholkonsum (16%). Moderater (4%), exzessiver oder sehr exzessiver (je 1%) Konsum ist dagegen selten.

Anders bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern: Zwar gibt fast die Hälfte (47%) an, keinen Alkohol im vergangenen Monat getrunken zu haben. Doch sind der moderate (15%), der exzessive (7%) und der sehr exzessive (4%) Alkoholkonsum häufiger anzutreffen, als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein.

Der Vergleich zum GMM II bestätigt das Ergebnis im Allgemeinen: 15.5 Prozent der Schweizer Frauen und 7.6 Prozent der Schweizer Männer trinken "nie" Alkohol. Bei der portugiesischen Bevölkerung sind es 51.8 (Frauen) und 16.4 Prozent (Männer), bei der türkischen Bevölkerung 75.4 und 51.1 Prozent. Die Fragen zum Alkoholkonsum im GMM-II-Bericht beziehen sich auf das vergangene Jahr (Menge) respektive auf keinen spezifischen Zeitraum (Häufigkeit).

²⁰ Bovay, Claude und Broquet, Raphaël (2004). Eidgenössische Volkszählung 2000, Religionslandschaft in der Schweiz. Bundesamt für Statistik BFS.

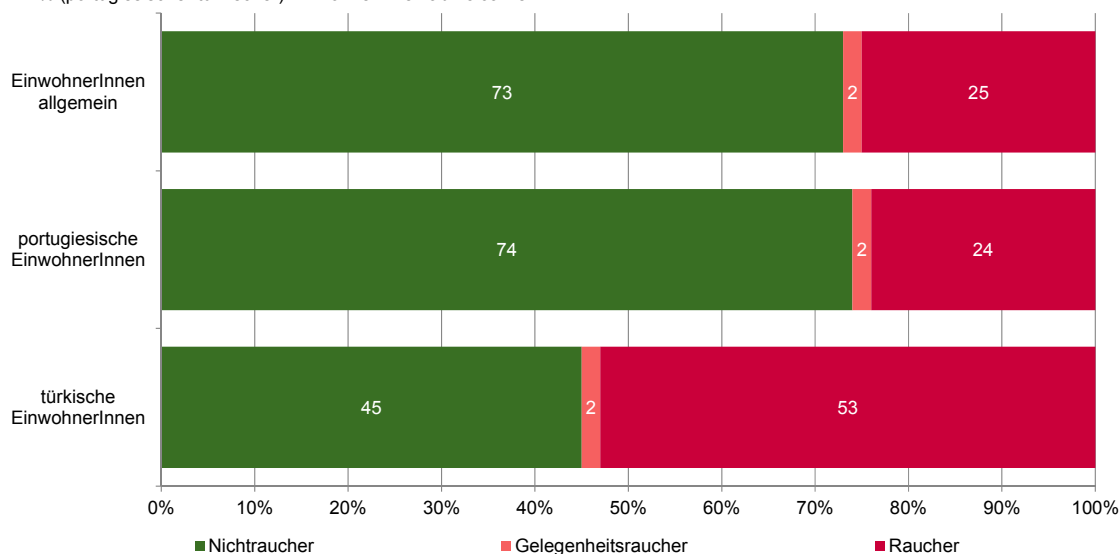
Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner greifen häufiger zu Tabakwaren als zu Alkohol:

Grafik 77

Tabakkonsum nach Teilstichprobe

"Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie in Bezug auf das Rauchen von Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zu?"
"Rauchen Sie die folgenden Tabakprodukte täglich, gelegentlich oder niemals?"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Die knappe, absolute Mehrheit (53%) raucht, weitere zwei Prozent zumindest gelegentlich. 45 Prozent sind Nichtraucherinnen und Nichtraucher.

Punkto Tabak sind die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner gleich wie die Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein: Gut ein Viertel raucht regelmässig (24%) oder gelegentlich (2%), fast drei Viertel (74%) sind rauchfrei.

GMM-II-Ergebnisse zum Vergleich: Bei der Schweizer Bevölkerung rauchen 19.5 Prozent der Frauen und 21.7 Prozent der Männer täglich. In der portugiesischen Bevölkerung sind es 23.7 respektive 39.2 Prozent, bei der türkischen Bevölkerung 29.5 respektive 55.2 Prozent. Während das GMM II einen tendenziell höheren Anteil an Rauchenden in der portugiesischen gegenüber der Schweizer Stichprobe feststellt, finden wir keine solchen Anzeichen.

Beim Body-Mass-Index – basierend auf den Angaben der Befragten selber – gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilstichproben:

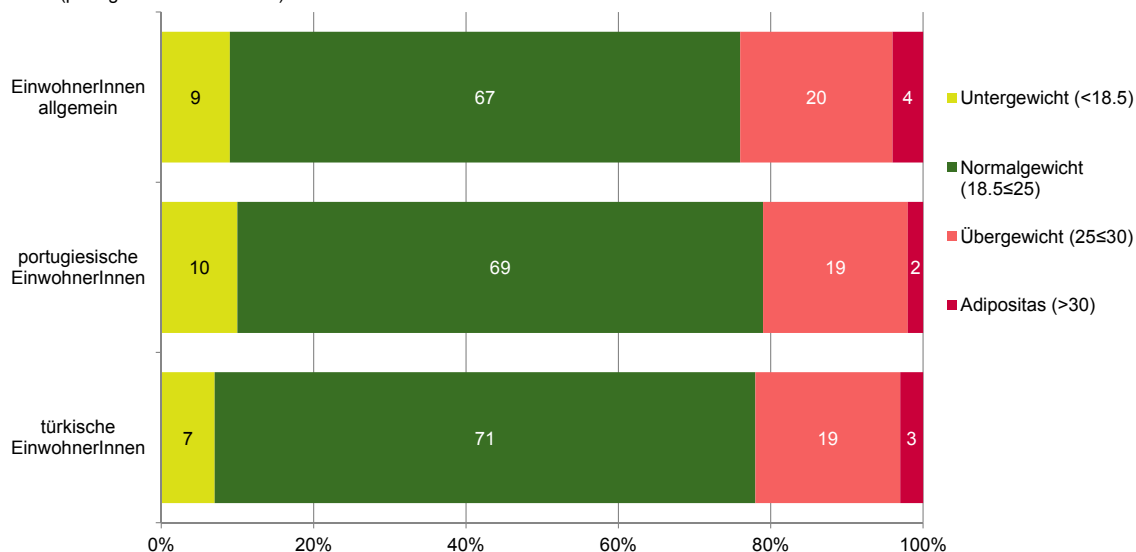
Grafik 78

Body-Mass-Index nach Teilstichprobe

"Wie gross sind Sie?"

"Wie viel wiegen Sie?"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), n.sig.

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind 10 Prozent untergewichtig, 19 Prozent übergewichtig und 2 Prozent adipös. Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind 7 Prozent untergewichtig, 19 Prozent übergewichtig und 3 Prozent adipös.

Das GMM II stellte fest, dass der Anteil an starkem Übergewicht in der portugiesischen Bevölkerung mit 13.2 (Frauen) respektive 14.5 Prozent (Männer) und bei der türkischen Bevölkerung mit 18.3 respektive 12.5 Prozent höher liegt als in der Schweizer Bevölkerung mit 7.3 respektive 8.7 Prozent.

Wie in Teilstichprobe 1 und in den HLS-EU-Ländern kann eine Korrelation zwischen der generellen Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsverhalten gerechnet werden:

Tabelle 44

Rangkorrelationskoeffizient (Spearmans Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und Gesundheitsverhalten nach Teilstichprobe

General-HL und ...		EinwohnerInnen allgemein	portugiesische EinwohnerInnen	türkische EinwohnerInnen
Tabakkonsum	r	.116**	.311**	.235**
	N	1028	242	244
Alkoholkonsum	r	.098**	-.447**	.153*
	N	1028	240	242
Sport	r	-.464**	-.477**	-.397**
	N	1028	241	243
Body-Mass-Index	r	.090**	-.103	.087
	N	981	204	238

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Tabakkonsum 1=Raucher bis 3=Nichtraucher // Alkoholkonsum 1=kein Alkohol bis 5=sehr exzessiv // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheitskompetenz (port. Einw.: Spearmans Rho = $-.477$; türk. Einw.: $-.397$), wobei eine höhere Gesundheitskompetenz eine häufigere Sporttätigkeit bedeutet.

Stärker als bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein nimmt mit zunehmender Gesundheitskompetenz auch der Tabakkonsum ab (port. Einw.: $.311$; türk. Einw.: $.235$). Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern nimmt wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein (und in mehrere HLS-EU-Ländern) mit der Gesundheitskompetenz der Alkoholkonsum zu ($.153$). Nicht so bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern: Dort ist ein klarer Hang zur Abstinenz zu erkennen, je gesundheitskompetenter die befragte Person ist ($-.447$).

Der Rangkorrelationskoeffizient des BMI ist bei den Teilstichproben 2 und 3 nicht signifikant.

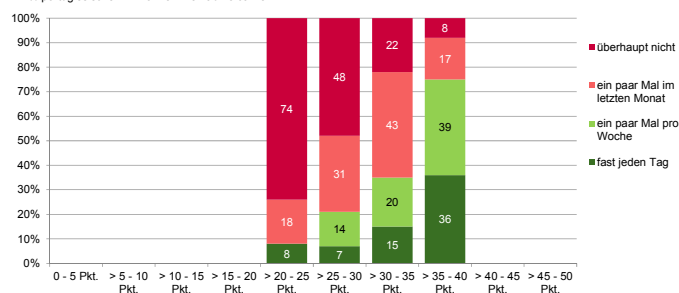
Der Zusammenhang beim Sport zeigt sich in der Grafik deutlich:

Grafik 79

Sport nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

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

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren

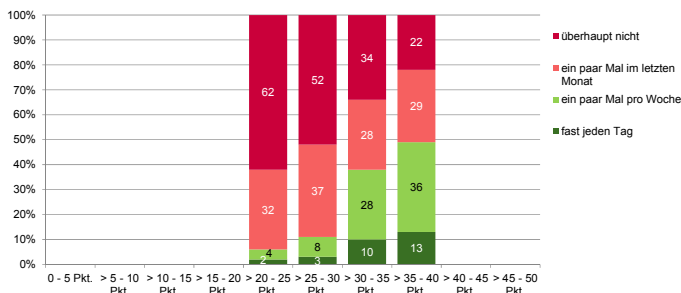


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Sport nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

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

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Je höher die Gesundheitskompetenz, desto grösser der Anteil von täglichem oder mehrmals wöchentlichem Sport und desto kleiner der Anteil "kein Sport". Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern wächst der Anteil von regelmässigen Sportlerinnen und Sportlern (mindestens wöchentlich) von 21 Prozent bei über 25 bis 30 Punkte auf 75 Prozent bei über 35 bis 40 Punkte, bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern von 11 auf 49 Prozent. Der Anteil an Personen, die keinen Sport treiben, nimmt in diesen Gruppen von 48 auf 8 Prozent (port. EinwohnerInnen) respektive von 52 auf 22 Prozent (türk. EinwohnerInnen) ab.

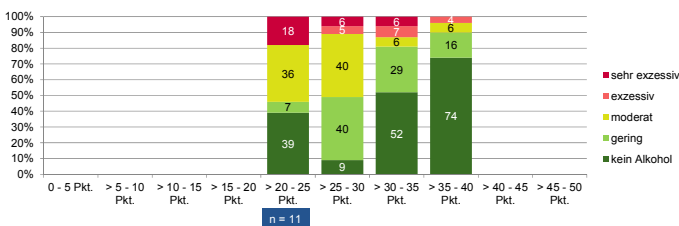
Beim Alkoholkonsum ist der Effekt bei den beiden Teilstichproben sichtbar anders:

Grafik 80

Alkoholkonsum nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

"Haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken, also Bier, Wein, Spirituosen, Apfelwein oder andere alkoholische Getränke?"
 "Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 5 oder mehr alkoholische Getränke (z.B. Gläser Wein, Flaschen Bier etc.) bei einer Gelegenheit zu sich genommen?"
 "Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?"
 "Wenn Sie nun an einen Tag denken, an dem Sie Alkohol trinken: Ungefähr wie viele Gläser oder Flaschen trinken Sie da normalerweise?"

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren

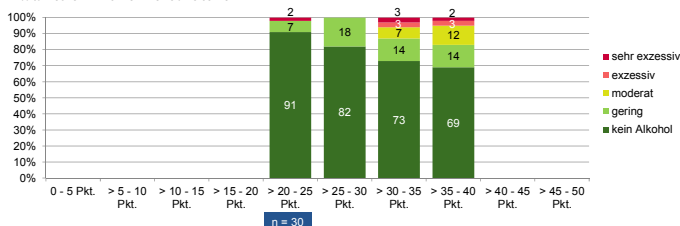


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Alkoholkonsum nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

"Haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken, also Bier, Wein, Spirituosen, Apfelwein oder andere alkoholische Getränke?"
 "Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 5 oder mehr alkoholische Getränke (z.B. Gläser Wein, Flaschen Bier etc.) bei einer Gelegenheit zu sich genommen?"
 "Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?"
 "Wenn Sie nun an einen Tag denken, an dem Sie Alkohol trinken: Ungefähr wie viele Gläser oder Flaschen trinken Sie da normalerweise?"

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Der Anteil an Abstinente(n) nimmt bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern von 9 Prozent bei über 25 bis 30 Punkten auf 74 Prozent bei über 35 bis 40 Punkten zu. Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern nimmt er in den gleichen Gruppen von 82 auf 69 Prozent ab. Der Anteil moderaten bis sehr exzessiven Alkoholkonsums nimmt in diesen Gruppen bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern von einer absoluten Mehrheit (51%) auf einen Zehntel (10%) ab, bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern wächst er von 0 auf 17 Prozent.

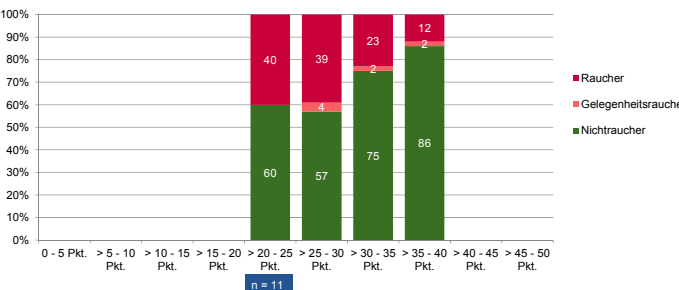
Dagegen ist der Effekt beim Rauchen bei beiden Teilstichproben derselbe:

Grafik 81

Tabakkonsum nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

"Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie in Bezug auf das Rauchen von Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zu?"
 "Rauchen Sie die folgenden Tabakprodukte täglich, gelegentlich oder niemals?"

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren

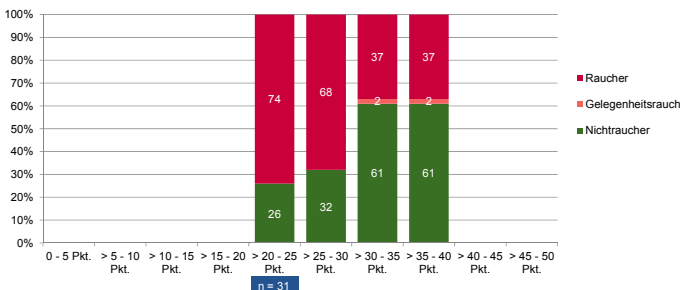


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Tabakkonsum nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

"Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie in Bezug auf das Rauchen von Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zu?"
 "Rauchen Sie die folgenden Tabakprodukte täglich, gelegentlich oder niemals?"

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

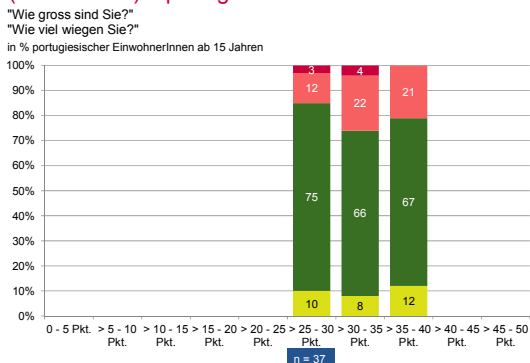
Bei über 25 bis 30 Punkten ist der Anteil an Nichtraucherinnen und Nichtrauchern bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern bei 57 Prozent, in der Gruppe mit über 35 bis 40 Punkten liegt er bei 86 Prozent.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern ist lediglich rund ein Drittel (32%) in der Gruppe über 25 bis 30 Punkten rauchfrei. In den beiden Gruppen darüber liegt der Wert bei 61 Prozent.

Zwischen Gesundheitskompetenz und BMI gibt es in den beiden Teilgruppen keinen eindeutigen Zusammenhang:

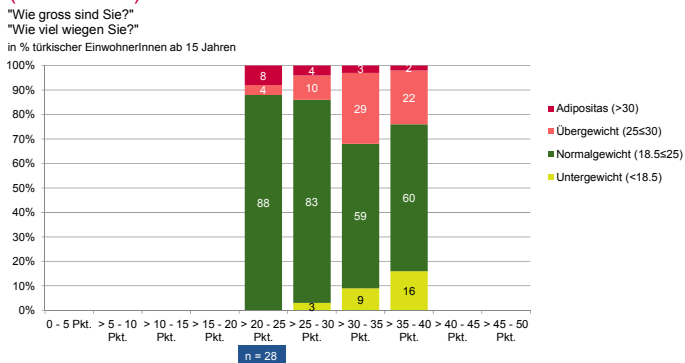
Grafik 82

Body-Mass-Index nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT= 255), n. sig.

Body-Mass-Index nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern nimmt mit zunehmender Gesundheitskompetenz sowohl der Anteil Untergewichtiger (>25-30 Pkt.: 3%; >35-40 Pkt.: 16%) als auch tendenziell derjenige der Übergewichtigen bis Adipösen (14%, 24%) zu. Letzterer ist jedoch bei der Gruppe mit über 30 bis 35 Punkten noch höher (32%).

Bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern scheint es keinen direkten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen zu geben. Einzige Auffälligkeit ist, dass der Anteil an Verweigerungen respektive Nichtwissen bezüglich Körpergrösse und/oder -gewicht bei tieferer Gesundheitskompetenz leicht höher ist (in der Grafik nicht dargestellt).

Die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner fühlen sich tendenziell weniger gesund als die anderen Teilstichproben:

Grafik 83

Beurteilung Gesundheitszustand nach Teilstichprobe

"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er ..."
in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

36 Prozent stufen ihren Gesundheitszustand nur mittelmässig ein, weitere 2 Prozent schlecht, 1 Prozent sehr schlecht. Mit 54 Prozent fühlen sich zwar gleich viele wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein gesundheitlich gut, jedoch nur 7 Prozent sehr gut.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern stufen sich zwar auch nur 9 Prozent in der besten Kategorie ein, dafür berichten 72 Prozent von einer guten Gesundheit. Bei 15 Prozent ist diese mittelmässig, bei 3 Prozent schlecht, bei 1 Prozent sehr schlecht.

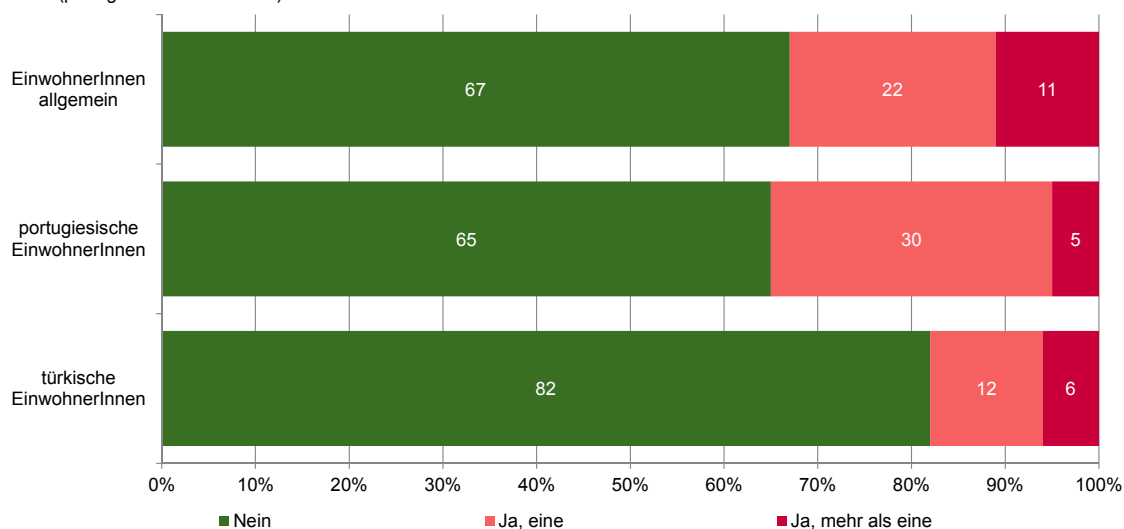
Das GMM II zieht hingegen den Schluss, dass sich insbesondere die türkische Bevölkerung weniger gesund fühlt (Frauen: 59.9% sehr gut und gut; Männer: 72.9%). Die Schweizer Bevölkerung fühlt sich gesünder (Frauen: 88.5%; Männer: 90.3%), die portugiesische Bevölkerung liegt dazwischen (Frauen: 68.7%; Männer: 84.6%).

Grafik 84

Vorliegen langandauernder Krankheit nach Teilstichprobe

"Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit lang andauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden."

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern berichten auch nur 12 Prozent über eine und weitere 6 Prozent über mehrere langandauernde Krankheiten. Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind es 30 respektive 5 Prozent. Summiert sind das ähnlich viele wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein, jedoch mit einem geringeren Anteil an Personen mit mehrfachen Krankheiten.

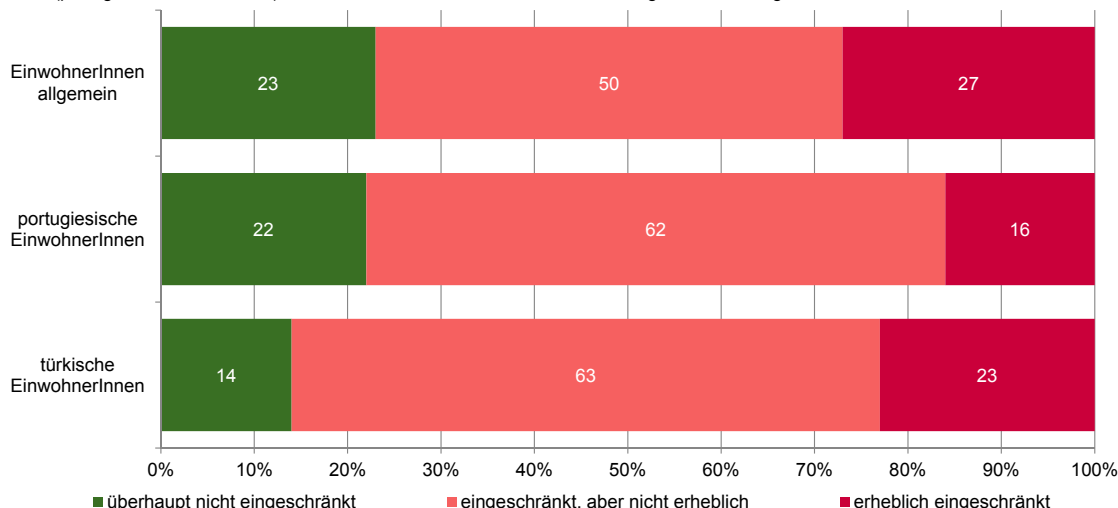
Sofern eine langandauernde Krankheit vorliegt, unterscheidet sich die Einschätzung der dadurch erlittenen Einschränkung kaum zwischen den Teilstichproben:

Grafik 85

Filter Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme nach Teilstichprobe

"Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt?"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren mit einem langandauernden gesundheitlichen Problem



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (n Ew. = 352, n PT = 85, n TR = 49), n.sig.

Bei den portugiesische Einwohnerinnen und Einwohnern fühlen sich 22 Prozent überhaupt nicht eingeschränkt. Die Mehrheit (62%) fühlt sich zwar eingeschränkt, aber nicht erheblich. Nur 16 Prozent fühlt sich erheblich eingeschränkt.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind dies 23 Prozent. Ohne Einschränkung sind 14 Prozent. Ebenfalls mehrheitlich ist das Gefühl einer nicht-erheblichen Einschränkung (63%).

Tabelle 45

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und Gesundheitszustand nach Teilstichprobe

General-HL und ...		EinwohnerInnen allgemein	portugiesische EinwohnerInnen	türkische EinwohnerInnen
Beurteilung Gesundheitszustand	r	-.274**	-.345**	-.074
	N	1027	242	244
langandauernde Krankheit	r	.097**	.382**	-.046
	N	1024	240	241
Einschränkung durch gesundheitliche Probleme¹	r	.244**	.280*	.184
	N	301	78	44

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit von 1=ja, mehrere bis 3=nein // Einschränkung durch gesundheitliche Probleme 1=erheblich eingeschränkt bis 3=überhaupt nicht eingeschränkt

¹nur Personen mit mindestens einem langandauernden gesundheitlichen Problem

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern zeigt sich der Zusammenhang mit dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand stärker (-.345) als unter den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein. Wer eine niedrige Gesundheitskompetenz hat, fühlt sich weniger gesund.

Klarer als unter den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein und im europäischen Vergleich, nimmt bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern die Häufigkeit langandauernder Krankheiten mit zunehmender Gesundheitskompetenz ab (.382). Und je höher die Gesundheitskompetenz ist, desto weniger wird dies als Einschränkung wahrgenommen (.280).

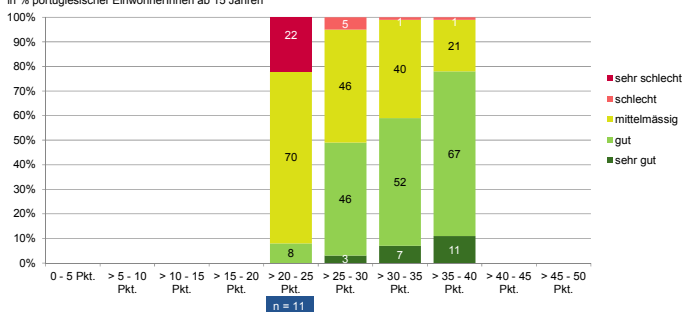
Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern gibt es – gemessen am Rangkorrelationskoeffizienten – keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der generellen Gesundheitskompetenz einerseits und der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, dem Vorliegen langandauernder Krankheiten oder der gefühlten Einschränkung durch diese andererseits.

Grafik 86

Beurteilung Gesundheitszustand nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er ..."

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren

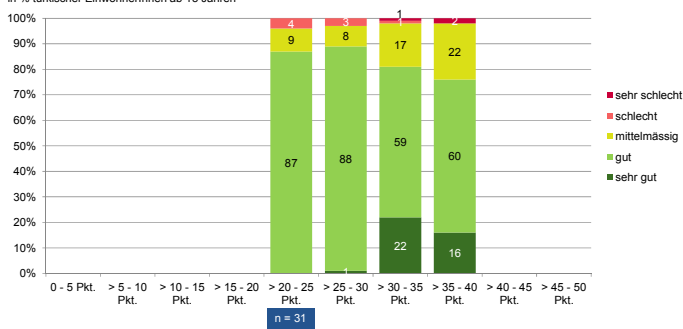


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Beurteilung Gesundheitszustand nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er ..."

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern nimmt der Anteil an guter bis sehr guter Gesundheit von 49 Prozent (>25-30 Pkt.) auf 78 Prozent (>35-40 Pkt.) zu.

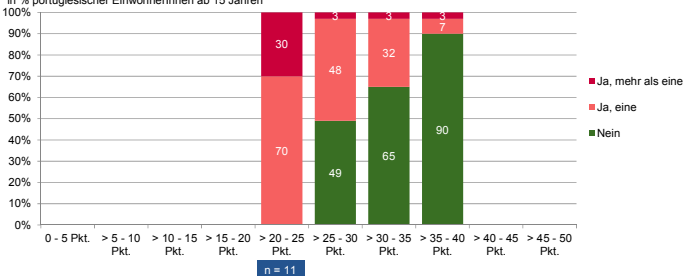
Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern ist es weniger eindeutig: Dort nimmt einerseits der Anteil sehr guter Gesundheit von 1 (>25-30 Pkt.) auf 22 Prozent (>30-35 Pkt.) zu und sinkt dann wieder auf 16 Prozent (>35-40 Pkt.). Andererseits nimmt der Anteil mittelmässig bis sehr schlechter Gesundheit von 11 (>25-30 Pkt.) auf 24 Prozent (>35-40 Pkt.) zu.

Grafik 87

Vorliegen langandauernder Krankheit nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

"Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit lang andauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden."

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren

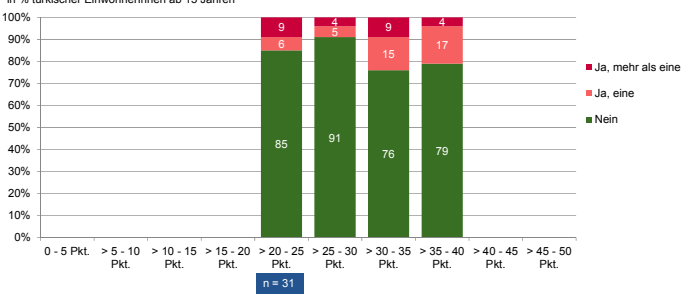


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Vorliegen langandauernder Krankheit nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

"Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit lang andauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden."

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), n. sig.

Je tiefer bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern die Gesundheitskompetenz ist, desto eher liegt bei ihnen eine langandauernde Krankheit vor. Bei einer erhöhten Gesundheitskompetenz (>35-40 Pkt.) hat nur ein Zehntel (10%) eine oder mehrere langandauernde Krankheiten, bei einer tieferen (>25-30 Pkt.) ist es schon gut die Hälfte (51%). In der Gruppe darunter sind es gar alle Befragten, wobei die Fallzahl sehr klein ist.

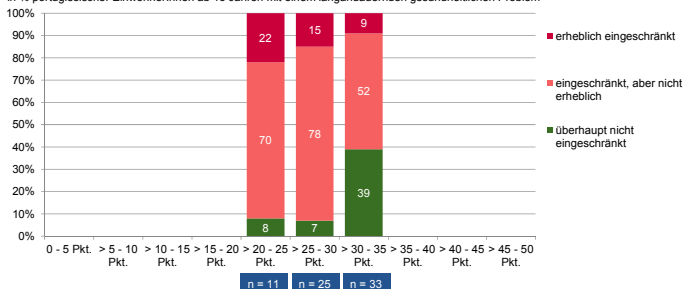
Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern hingegen, hängt das Vorliegen langandauernder Krankheiten nicht signifikant mit der Gesundheitskompetenz zusammen.

Grafik 88

Filter Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

"Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt?"

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren mit einem langandauernden gesundheitlichen Problem

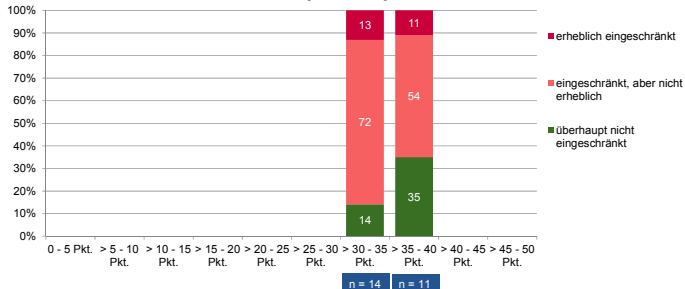


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (n PT = 85), n. sig.

Filter Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

"Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt?"

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren mit einem langandauernden gesundheitlichen Problem



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (n TR = 49), n. sig.

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern kann ein negativer Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und erlebter Einschränkung durch gesundheitliche Probleme vermutet werden. Die Fallzahl ist jedoch für quantitative Aussagen zu gering. Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern ist die Fallzahl noch geringer.

Tabelle 46

Regressionsmodelle (schrittweise) Beurteilung Gesundheitszustand mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – portugiesische EinwohnerInnen

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
General-HL	-.247	-.247	-.156	-.156
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.425	.425	.309	.309
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.172	.172
Sport	n.g.	n.g.	.253	.253
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.311	.311	.440	.440

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 255)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern steigt mit zunehmender Gesundheitskompetenz (-.156) der Gesundheitszustand, selbst wenn man Alter (.309), sportliche Aktivitäten (.253) und langandauernde Krankheiten berücksichtigt (.172).

Tabelle 47

Regressionsmodelle (schrittweise) Beurteilung Gesundheitszustand mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – türkische EinwohnerInnen

Beurteilung Gesundheitszustand nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
General-HL	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.364	.364	.240	.297
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	.108
finanzielle Deprivation	.402	.402	.366	.382
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.136	-.136	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	.113	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	-.122
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	-.164
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.426	.456
Sport	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.381	.381	.539	.563

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 250)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Weder bivariat noch in einem der vier verschiedenen Regressionsmodellen ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen genereller Gesundheitskompetenz und selbstgeäußertem Gesundheitszustand festzustellen.

Wie bereits weiter oben ausgeführt, fällt auf, dass neben Krankheiten (.456) und Alter (.297) die finanzielle Deprivation (.382) einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit der türkischen Einwohnerinnen und Einwohner hat.

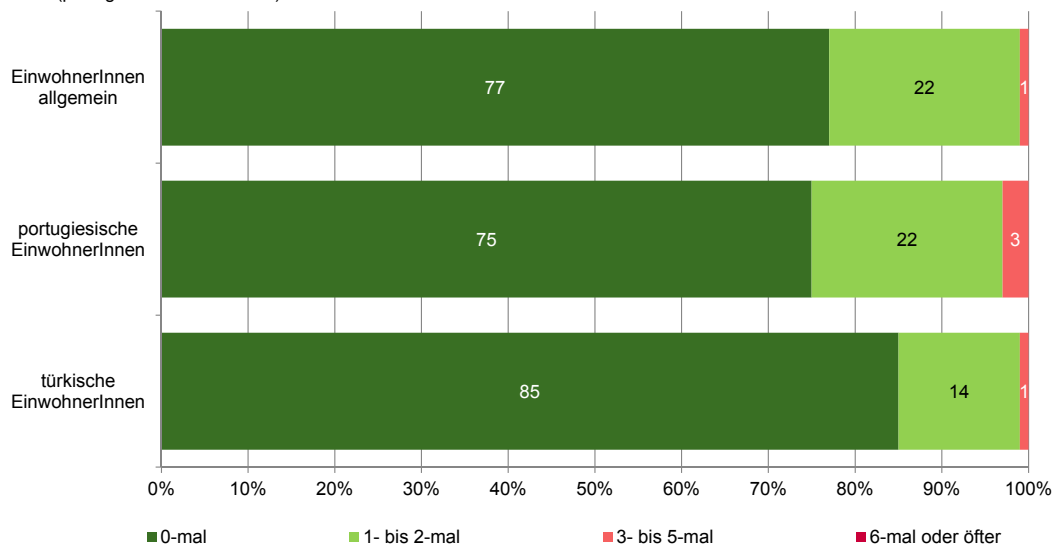
Bezüglich Inanspruchnahme des Notfalldienstes in den letzten zwei Jahren ist der Unterschied zwischen den Teilstichproben relativ gering:

Grafik 89

Notfalldienst letzte 2 Jahre nach Teilstichprobe

"Wie oft mussten Sie in den letzten zwei Jahren den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen? (Hinweis: Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme)"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Von den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern haben 14 Prozent den Notfalldienst ein- bis zweimal und 1 Prozent drei- bis fünfmal in Anspruch genommen. Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind es 22 respektive 3 Prozent – praktisch gleich viele wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein.

Im GMM II konsultierten 11.7 (Frauen) respektive 12.5 Prozent der Schweizer Bevölkerung in den vergangenen zwölf Monaten eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik auf. Bei der portugiesischen Bevölkerung sind es 20.8 respektive 22.3 Prozent, bei der türkischen Bevölkerung 25.3 respektive 20.9 Prozent.

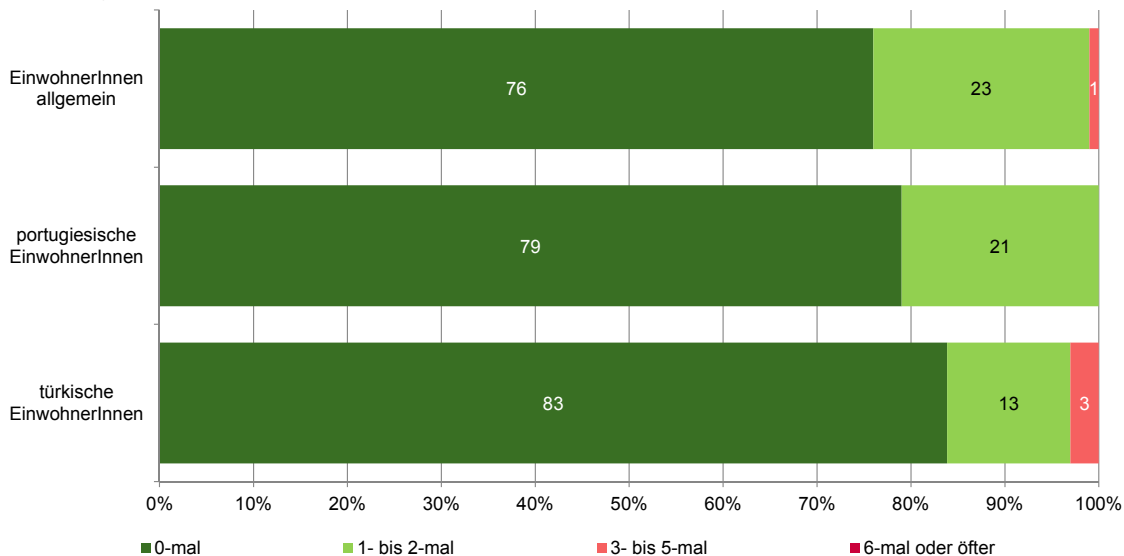
Ebenso ist bei den Krankenhausaufenthalten der Unterschied eher gering:

Grafik 90

Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate nach Teilstichprobe

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus?"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Am wenigsten waren die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner im vergangenen Jahr in einem Krankenhaus, nämlich 13 Prozent ein- bis zweimal und 3 Prozent drei bis fünfmal. Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern waren 21 Prozent ein- oder zweimal im Spital.

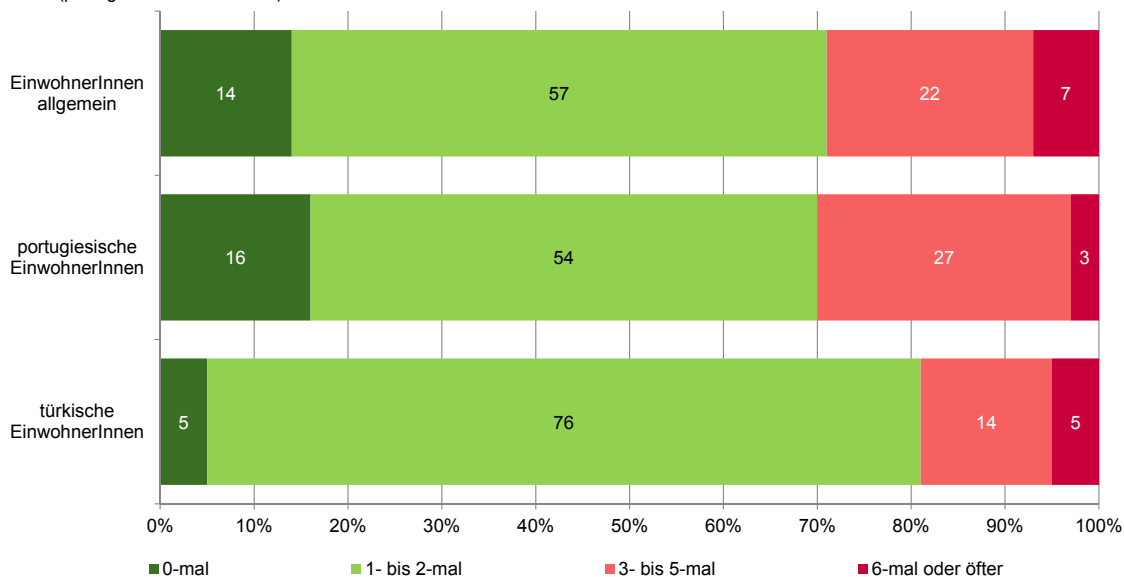
Bei den Arztbesuchen weichen die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner kaum von den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein ab:

Grafik 91

Arztbesuche letzte 12 Monate nach Teilstichprobe

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufsuchen?"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Die absolute Mehrheit (54%) war ein- bis zweimal, gut ein Viertel (27%) drei bis fünfmal beim Arzt oder bei der Ärztin. Nur 3 Prozent waren häufiger dort. 16 Prozent hatten keinen Arzt oder eine Ärztin besucht.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern machten gut drei Viertel (76%) ein- bis zweimal einen Arztbesuch. Dadurch gibt es weniger ohne (5%), aber auch weniger mit drei bis fünf Besuchen (14%). 5 Prozent waren mindestens sechsmal beim Arzt oder bei der Ärztin.

Das GMM II hat keine systematischen Unterschiede hinsichtlich Arztkonsultationen nachgewiesen.

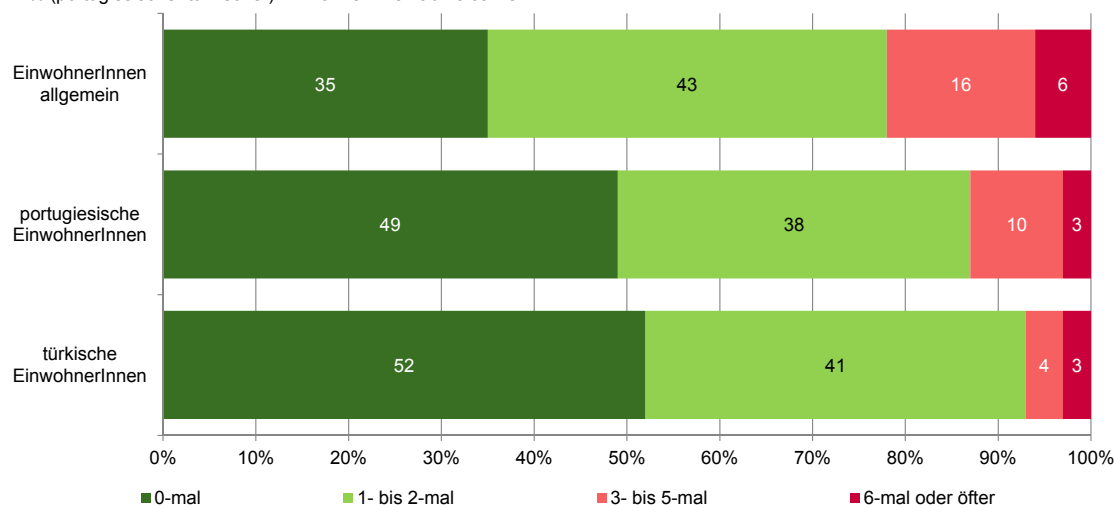
Andere medizinische Leistungen werden von den portugiesischen und türkischen Befragten weniger genutzt als von den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein:

Grafik 92

Andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate nach Teilstichprobe

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten, wie z.B. Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker, in Anspruch nehmen?"

in % (portugiesischer/türkischer) EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250), sig.

Jeweils rund die Hälfte (port. Einw.: 49%; türk. Einw.: 52%) hat in den letzten zwölf Monaten keine Dienstleistung bei Zahnärztinnen, Physiotherapeuten oder ähnlichen Berufsgruppen in Anspruch genommen. 38 Prozent der portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner nahmen sie ein- bis zweimal, 10 Prozent drei- bis fünfmal und 3 Prozent häufiger in Anspruch. Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern sind es 41, 4 respektive 3 Prozent.

Tabelle 48

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho) zwischen genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) und Gesundheitsnutzung nach Teilstichprobe

General-HL und...		EinwohnerInnen allgemein	portugiesische EinwohnerInnen	türkische EinwohnerInnen
Notfalldienst letzte 2 Jahre	r	-.120**	-.007	-.006
	N	1028	242	244
Arztbesuche letzte 12 Mt.	r	-.009	-.328**	.023
	N	1028	242	243
Krankenhausaufenthalte letzte 12 Mt.	r	-.161**	-.053	.044
	N	1028	242	243
andere med. Dienstleistungen letzte 12 Mt.	r	.059	-.191**	-.218**
	N	1027	242	243

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107)

**Korrelation ist auf dem 0.01-Level (zweiseitig) signifikant. *Korrelation ist auf dem 0.05-Level (zweiseitig) signifikant.

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // restliche Variablen jeweils 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern gibt es eine deutlich negative Korrelation zwischen Gesundheitskompetenz und Arztbesuchen (-.328). Je höher die Gesundheitskompetenz ist, desto seltener geht man zum Arzt oder zur Ärztin. Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern wie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein, ist der Zusammenhang nicht signifikant.

Weiter sinkt mit zunehmender Gesundheitskompetenz die Häufigkeit anderer in Anspruch genommener medizinischer Dienstleistungen, sowohl in der portugiesischen (-.191) als auch in der türkischen Teilstichprobe (-.218), im Gegensatz zur Teilstichprobe 1 (nicht signifikant) und der HLS-EU-Studie insgesamt (positiver Zusammenhang).

Im Gegensatz zu den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein gibt es bei den portugiesischen sowie den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz einerseits, und Notfalldiensten oder Krankenhausaufenthalten andererseits (gemäss Rangkorrelationskoeffizient).

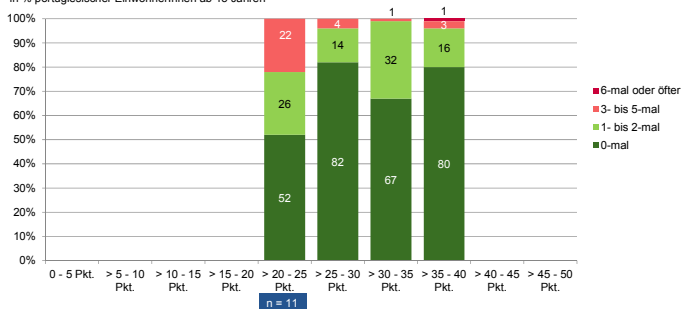
Das Muster bei den Notfalldiensten ist nicht eindeutig:

Grafik 93

Notfalldienst letzte 2 Jahre nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

"Wie oft mussten Sie in den letzten zwei Jahren den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen? (Hinweis: Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme)"

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren

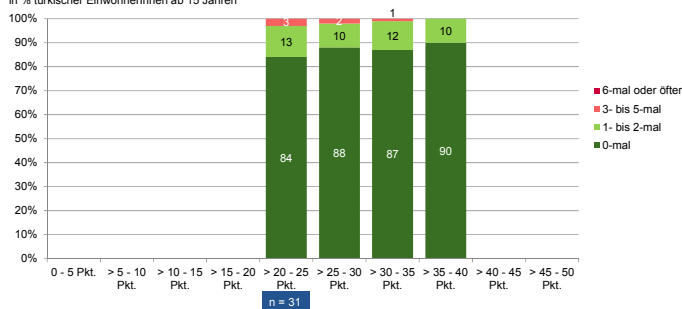


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Notfalldienst letzte 2 Jahre nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

"Wie oft mussten Sie in den letzten zwei Jahren den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen? (Hinweis: Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme)"

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

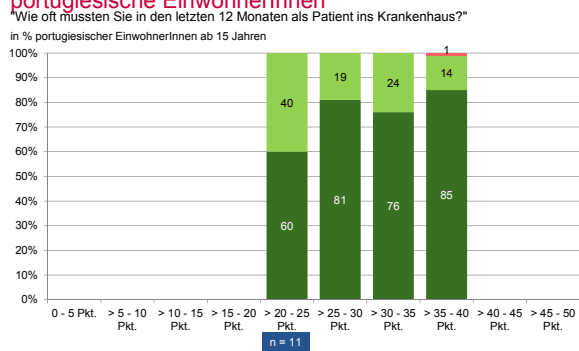
Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern gibt es sowohl bei tieferer Gesundheitskompetenz (>25-30 Pkt.: 82%) als auch bei hoher Gesundheitskompetenz (>35-40 Pkt.: 80%) einen höheren Anteil an Personen, die den Notfalldienst nicht benutzt haben. Dazwischen ist der Anteil tiefer (67%).

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern ist der Anteil durchgehend sehr hoch (bis zu 90%).

Auch bei den Krankenhausaufenthalten ist das Muster nicht eindeutig:

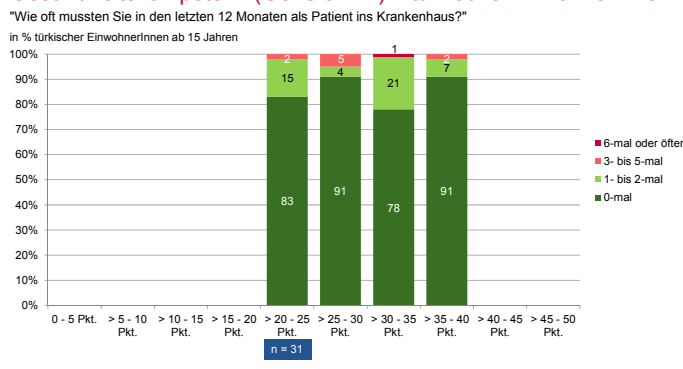
Grafik 94

Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen



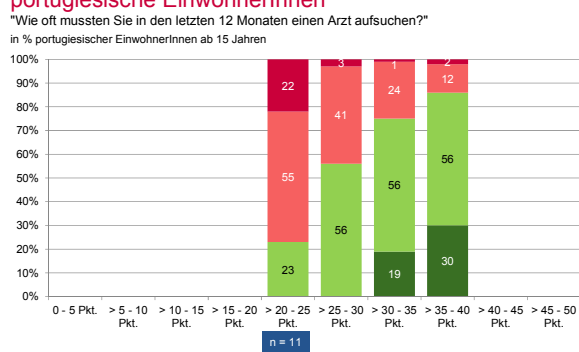
Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Sowohl bei den portugiesischen (76%) als auch türkischen Befragten (78%), ist der Anteil an Personen ohne Krankenhausaufenthalt bei über 30 bis 35 Punkten eher unterdurchschnittlich, dafür bei über 25 bis 30 Punkten (81 resp. 91%) und über 35 bis 40 Punkten (85 resp. 91%) höher.

Dafür ist bei den Arztbesuchen der portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern der Zusammenhang klar erkennbar:

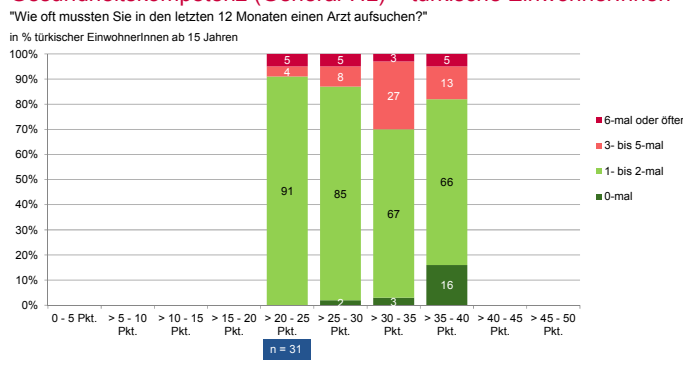
Grafik 95

Arztbesuche letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 255), sig.

Arztbesuche letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Der Anteil von Personen ohne Arztbesuch nimmt mit zunehmender Gesundheitskompetenz zu, von 0 (>25-30 Pkt.) bis 30 Prozent (>35-40 Pkt.). Gleichzeitig nimmt der Anteil von drei- oder mehrmaligen Arztbesuchen kontinuierlich von 44 auf 14 Prozent ab, während der Anteil von ein bis zwei Besuchen gleich bleibt (56%).

Uneindeutig ist es bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern: Bei einer hohen Gesundheitskompetenz (>35-40 Pkt.) ist die Arztbesuch-Abstinenz am höchsten (16%). Bei einer mittleren Gesundheitskompetenz (>30-35 Pkt.) ist der drei- und mehrfache Arztbesuch überdurchschnittlich (30%).

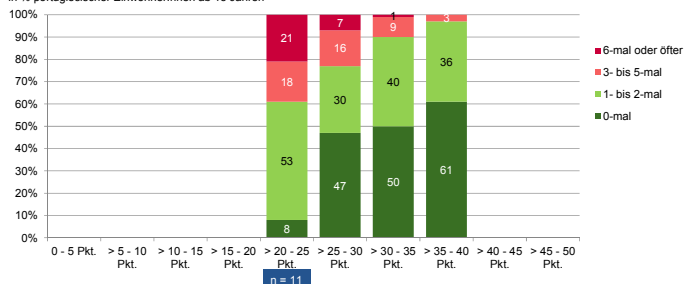
Je höher die Gesundheitskompetenz, desto seltener werden andere medizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen:

Grafik 96

Andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – portugiesische EinwohnerInnen

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten, wie z.B. Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker, in Anspruch nehmen?"

in % portugiesischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren

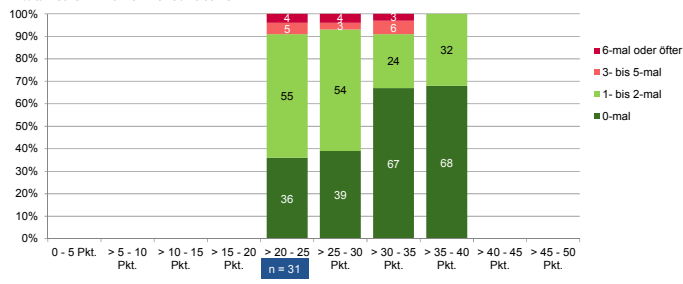


Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N PT = 250), sig.

Andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate nach genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) – türkische EinwohnerInnen

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten, wie z.B. Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker, in Anspruch nehmen?"

in % türkischer EinwohnerInnen ab 15 Jahren



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N TR = 250), sig.

Bei über 25 bis 30 Punkten nutzten 53 Prozent der portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner eine solche Dienstleistung mindestens einmal im letzten Jahr. Bei über 35 bis 40 Punkten sind es noch 39 Prozent.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern fällt der Anteil ab von 61 (>25-30 Pkt.) auf 33 Prozent (>30-35 Pkt.). Auf dem Niveau (32%) bleibt er auch bei den höheren Gesundheitskompetenzen (>35-40 Pkt.).

Tabelle 49

Regressionsmodelle (schrittweise) Arztbesuche mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – portugiesische EinwohnerInnen

Arztbesuche letzte 12 Monate nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
General-HL	-.342	-.271	n.s.	n.s.
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	-.151	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	-.163	n.s.	-.206	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.g.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	-.278	n.g.	-.291
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	n.g.	.301	.265
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.306	.265
Sport	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
BMI	n.g.	n.g.	n.s.	n.s.
korrigiertes R²	.120	.169	.261	.294

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 255)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Arztbesuche letzte 12 Monate von 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Der Zusammenhang zwischen genereller Gesundheitskompetenz und Anzahl Arztbesuchen (-.342) bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern zeigt sich auch im Regressionsmodell 1. In den Modellen 3 und 4, wo der Gesundheitszustand und langandauernde Krankheiten mitberücksichtigt werden, ist der Effekt nicht mehr signifikant.

Ähnliches gilt für die Sprachregionen: In der französischsprachigen Schweiz sind Arztbesuche von portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohnern seltener (-.163 in Modell 1) – im Gegensatz zu den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein. In den Modellen 2 und 4, wo die Zusatzversicherungen eingerechnet werden, ist der sprachregionale Unterschied nicht mehr sichtbar.

Die Anzahl Arztbesuche nimmt im Total-Modell zu, wenn keine Zusatzversicherung (-.291) abgeschlossen wurde. ("Spital-Zusatzversicherung" wurde wegen möglicher Multikollinearität in Modell 4 nicht berücksichtigt.)

Ohne Zweifel nimmt die Anzahl Arztbesuche jedoch zu, wenn langandauernde Krankheiten vorliegen (.265 in Modell 4) oder ein schlechter Gesundheitszustand geäußert wird (.265). In Modell 3, in dem diese beiden Variablen, aber keine Zusatzversicherungen mitberücksichtigt wurden, und nur in Modell 3 ist die Sprachkompetenz (-.151) signifikant: Je tiefer die Sprachkompetenz ist, desto höher ist die Gesundheitskompetenz. Da dies nur in diesem Modell auftritt und die Variable Sprachkompetenz nur knapp ins Modell aufgenommen wurde, gehen wir von einem Zufallsergebnis aus.

Tabelle 50

Regressionsmodelle (schrittweise) Arztbesuche mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – türkische EinwohnerInnen

Arztbesuche letzte 12 Monate nach ...	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 2 (+Zusatz- versicherungen)	Modell 3 (+Krankheit/ Sport/BMI)	Modell 4 (Total)
General-HL	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.245	.204	n.s.	n.s.
Bildungsniveau	n.s.	-.150	-.158	-.150
finanzielle Deprivation	.316	.374	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.177	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	-.123	n.s.
Sprachregion: FCH	.190	.191	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	.183	n.g.	.161
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.g.
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	n.g.	.436	.421
langandauernde Krankheit	n.g.	n.g.	.230	.219
Sport	n.g.	n.g.	-.147	-.140
BMI	n.g.	n.g.	.130	.150
korrigiertes R²	.274	.300	.489	.500

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 250)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Arztbesuche letzte 12 Monate von 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern kann kein Zusammenhang zwischen genereller Gesundheitskompetenz und Arztbesuchen festgestellt werden. Wie bei den anderen Teilstichproben hängt die Anzahl Arztbesuche

primär mit dem Gesundheitszustand generell (.421 in Modell 4) und langandauernden Krankheiten (.219) zusammen. Unter Kontrolle dieser beiden Faktoren ist das Alter nicht signifikant. Beschränkt man sich auf die soziodemografischen Variablen (Modell 1) ist ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter und der Anzahl Arztbesuchen festzustellen (.245).

Im Total-Modell sinkt die Anzahl mit zunehmendem Bildungsgrad (-.150) und sportlicher Aktivität (-.140) der befragten Person. Ebenso geht mit einem höheren BMI (.150) tendenziell auch eine höhere Anzahl Arztbesuche einher. Auch Personen, welche eine ambulante Zusatzversicherung abgeschlossen haben (.161), weisen mehr Arztbesuche auf. ("Keine Zusatzversicherung" wurde wegen möglicher Multikollinearität in Modell 4 nicht berücksichtigt.)

3.6.5 Vergleich der drei Teilstichproben

In einem letzten Schritt poolen wir die drei Teilstichproben zu einem Datensatz. Das Erkenntnisinteresse ist, ob die Unterschiede ausgewählter Variablen zwischen den Teilstichprobe auch in multivariaten Modellen bestehen bleiben.

In den multivariaten Modellen wurden jeweils zwei Teilstichproben gleichzeitig verwendet – die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein mit einer der anderen beiden Teilstichproben. Zur besseren Übersicht sind die Regressionen auf das Basis-Modell 1 (nur soziodemografische Variablen) und das Total-Modell 4 (inklusive Zusatzversicherungen und weiteren gesundheitsrelevanten Variablen) beschränkt.

Die Teilstichproben wurden in ihrer jeweiligen Stichprobengrösse dem Datenpool hinzugefügt; ihre Grösse wurde nicht gewichtet. Die Gewichtungen innerhalb der Teilstichproben wurden beibehalten. Ebenso wurde die finanzielle Deprivation, welche auf einer Faktoranalyse basiert, aus den ursprünglichen Teilstichproben übernommen und nicht neu berechnet²¹.

Die so berechneten multivariaten Regressionen dienen dazu, die Unterschiede zwischen den Teilstichproben zu beurteilen und diese ins Verhältnis zu den anderen potenziell beeinflussenden Variablen zu stellen. Da es sich bei dem gepoolten Datensatz um eine "künstliche" Zusammensetzung aus den einzelnen Teilstichproben handelt, kann keine darüber hinaus gehende Erkenntnis abgeleitet werden.

²¹ Die individuellen Faktorladungen eines Falles hängen davon ab, mit welchen anderen Fällen die Faktoranalyse gerechnet wird.

Tabelle 51

Regressionsmodelle (schrittweise) genereller Gesundheitskompetenz (General-HL) mit soziodemografischen und gesundheitspezifischen Variablen – alle Teilstichproben

General-HL nach...	EinwohnerInnen allgemein und ...			
	... portugiesische EinwohnerInnen		... türkische EinwohnerInnen	
	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)
Teilstichprobe: portugiesische EinwohnerInnen	n.s.	n.s.	n.g.	n.g.
Teilstichprobe: türkische EinwohnerInnen	n.g.	n.g.	-.156	-.098
Geschlecht	.088	.087	n.s.	n.s.
Alter	-.092	-.096	-.125	-.140
Bildungsniveau	.152	.102	.162	.104
finanzielle Deprivation	-.367	-.290	.363	-.261
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.233	-.204	-.314	-.234
Migrationshintergrund	.088	n.s.	-.065	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	.092	.070
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	-.093	n.s.	-.097	n.s.
Siedlungsart: ländlich	-.062	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	.090	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	.086
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	.166	n.g.	.170
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
Sport	n.g.	-.277	n.g.	-.266
BMI	n.g.	.069	n.g.	n.s.
korrigiertes R²	.200	.299	.230	.305

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1612)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Teilstichprobe 0=nein bis 1=ja // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Bezüglich genereller Gesundheitskompetenz zeigen sich im multivariaten Modell keine signifikanten Unterschiede zwischen den portugiesischen und den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein.

Vergleicht man die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein mit den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern, zeigt sich im Basis-Modell ein mittelstarker Zusammenhang (–.156) – türkische Einwohnerinnen und Einwohner haben eine tiefere allgemeine Gesundheitskompetenz. Stärkere Einflussfakto-

ren sind die finanzielle Deprivation (.363), der selbstgeäußerte Sozialstatus (-.314) und knapp das Bildungsniveau (.162).

Im Total-Modell ist der Unterschied zwischen den Teilstichproben geringer (-.098). Neben den genannten Variablen ist auch die sportliche Betätigung (-.266) und das Vorhandensein einer ambulanten Zusatzversicherung (.170) ein besserer Erklärungsfaktor als die Zugehörigkeit zur Teilstichprobe.

Insgesamt bleibt der Unterschied zwischen der türkischen und der restlichen Bevölkerung hinsichtlich allgemeiner Gesundheitskompetenz also mittelstark bis schwach bestehen.

Tabelle 52

Regressionsmodelle (schrittweise) Beurteilung Gesundheitszustand mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – alle Teilstichproben

Beurteilung Gesundheitszustand nach...	EinwohnerInnen allgemein und ...			
	... portugiesische EinwohnerInnen		... türkische EinwohnerInnen	
	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)
Teilstichprobe: portugiesische EinwohnerInnen	.186	.172	n.g.	n.g.
Teilstichprobe: türkische EinwohnerInnen	n.g.	n.g.	.060	.072
General-HL	-.209	-.141	-.166	-.118
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.358	.185	.364	.178
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	.233	.177	.296	.240
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.066	n.s.	-.080	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	.364	n.g.	.415
Sport	n.g.	.143	n.g.	.100
BMI	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
korrigiertes R²	.290	.421	.277	.422

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1612)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Teilstichprobe 0=nein bis 1=ja // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner geben auch unter Kontrolle weiterer Variablen einen tieferen Gesundheitszustand an als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein. Im Basis-Modell ist der Effekt mittelstark (.186), aber schwächer als der Einfluss des Alters (.358), der finanziellen Deprivation (.233) und der generellen Gesundheitskompetenz (-.209).

Auch im Total-Modell, wenn vor allem das Vorliegen von langandauernden Krankheiten (.364) und schwächer die Sporttätigkeit (.143) eingerechnet wird, bleibt der Unterschied zwischen den beiden Teilstichproben bestehen (.172).

Auf tieferem Niveau gilt dasselbe für die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner. Sowohl im Basis- (.060) als auch im Total-Modell (.072) weisen sie einen leicht geringeren Gesundheitszustand auf. Dieselben Variablen wie im Vergleich mit den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner sind bessere Prädiktoren.

Tabelle 53

Regressionsmodelle (schrittweise) Alkoholkonsum mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – alle Teilstichproben

Alkoholkonsum nach ...	EinwohnerInnen allgemein und ...			
	... portugiesische EinwohnerInnen		... türkische EinwohnerInnen	
	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 4 (Total)	Modell 1 (sozio- demogr.)	Modell 4 (Total)
Teilstichprobe: portugiesische EinwohnerInnen	n.s.	n.s.	n.g.	n.g.
Teilstichprobe: türkische EinwohnerInnen	n.g.	n.g.	-.213	-.220
General-HL	n.s.	n.s.	.110	.069
Geschlecht	-.216	-.173	-.147	-.123
Alter	.133	.076	.117	n.s.
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.083	n.s.	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	.080	.076	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	.091	.075	.090	.093
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	.067	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	.064
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	.078
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	.076	n.g.	.093
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	-.116	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	.090	n.g.	n.s.
Sport	n.g.	.094	n.g.	n.s.
BMI	n.g.	.103	n.g.	.088
korrigiertes R²	.080	.094	.100	.114

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1612)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Alkoholkonsum von 1=kein Alkohol bis 5=sehr exzessiv // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Teilstichprobe 0=nein bis 1=ja // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Bezüglich Alkoholkonsum unterscheiden sich die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner nicht von den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein, die türkischen hingegen deutlich (-.220 im Total-Modell). Letztere konsumieren deutlich seltener Alkohol. Die Zugehörigkeit zur Teilstichprobe erklärt deutlich mehr als der zweitwichtigste Faktor: das Geschlecht (-.123).

Tabelle 54

Regressionsmodelle (schrittweise) Tabakkonsum mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – alle Teilstichproben

Tabakkonsum nach ...	EinwohnerInnen allgemein und ...			
	... portugiesische EinwohnerInnen		... türkische EinwohnerInnen	
	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)
Teilstichprobe: portugiesische EinwohnerInnen	n.s.	n.s.	n.g.	n.g.
Teilstichprobe: türkische EinwohnerInnen	n.g.	n.g.	-.205	-.176
General-HL	.116	n.s.	.117	n.s.
Geschlecht	.141	.131	.118	.116
Alter	n.s.	n.s.	.075	n.s.
Bildungsniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	-.119	n.g.	-.149
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
langandauernde Krankheit	n.g.	.069	n.g.	.077
Sport	n.g.	-.177	n.g.	-.173
BMI	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
korrigiertes R²	.034	.065	.087	.132

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1612)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Tabakkonsum 1=RaucherIn, 2=GelegenheitsraucherIn, 3=NichtraucherIn // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Teilstichprobe 0=nein bis 1=ja // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Ähnliches mit umgekehrten Vorzeichen lässt sich über den Tabakkonsum festhalten: Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner rauchen häufiger (-.176). Einzig die sportliche Aktivität kann ähnlich viel zur Erklärung beitragen.

Bei den portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner gibt es keine signifikanten Unterschiede zu den Einwohnerinnen und Einwohner allgemein.

Tabelle 55

Regressionsmodelle (schrittweise) Sport mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – alle Teilstichproben

Sport nach ...	EinwohnerInnen allgemein und ...			
	... portugiesische EinwohnerInnen		... türkische EinwohnerInnen	
	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)
Teilstichprobe: portugiesische EinwohnerInnen	n.s.	-.089	n.g.	n.g.
Teilstichprobe: türkische EinwohnerInnen	n.g.	n.g.	.096	.115
General-HL	-.329	-.266	-.282	-.259
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.135	n.s.	.133	n.s.
Bildungsniveau	-.124	-.157	-.100	-.120
finanzielle Deprivation	.143	.101	.195	.142
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	n.s.	n.s.	.097	.123
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	.062	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	n.s.	-.062	-.117	-.102
Sprachregion: ICH	.071	.062	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	.227	n.g.	.151
langandauernde Krankheit	n.g.	n.s.	n.g.	.078
BMI	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
korrigiertes R²	.229	.264	.237	.260

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1612)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Teilstichprobe 0=nein bis 1=ja // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Im Total-Modell treiben die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner (–.089) leicht häufiger Sport als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein. Der Effekt ist aber deutlich schwächer als der Einfluss der generellen Gesundheitskompetenz (–.266), des Gesundheitszustandes (.227) und des Bildungsniveaus (–.157).

Die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner treiben dagegen eher weniger Sport (.115). Bessere Erklärungsvariablen sind jedoch ebenso die generelle Gesundheitskompetenz (-.259), der selbstgeäußerte Gesundheitszustand (.151) sowie in der Tendenz die finanzielle Deprivation (.142), die Selbsteinschätzung des sozialen Status (.123) und das Bildungsniveau (-.120).

Tabelle 56

Regressionsmodelle (schrittweise) Arztbesuche mit genereller Gesundheitskompetenz (General-HL), soziodemografischen und gesundheitsspezifischen Variablen – alle Teilstichproben

Arztbesuche letzte 12 Monate nach ...	EinwohnerInnen allgemein und ...			
	... portugiesische EinwohnerInnen		... türkische EinwohnerInnen	
	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)	Modell 1 (sozio-demogr.)	Modell 4 (Total)
Teilstichprobe: portugiesische EinwohnerInnen	-0.067	-.161	n.g.	n.g.
Teilstichprobe: türkische EinwohnerInnen	n.g.	n.g.	n.s.	.074
General-HL	n.s.	.059	n.s.	.082
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	.361	.060	.358	.121
Bildungsniveau	.066	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Deprivation	.136	n.s.	.159	.063
sozialer Status (Selbsteinschätzung)	-.090	n.s.	-.080	n.s.
Migrationshintergrund	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachkompetenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: FCH	.115	.112	.152	.142
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: ländlich	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: kleine/mittlere Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Siedlungsart: grosse Agglomeration	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spital-Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
ambulante Zusatzversicherung	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
keine Zusatzversicherung	n.g.	-.117	n.g.	n.s.
Beurteilung Gesundheitszustand	n.g.	.295	n.g.	.282
langandauernde Krankheit	n.g.	.313	n.g.	.333
Sport	n.g.	-.063	n.g.	-.088
BMI	n.g.	n.s.	n.g.	n.s.
korrigiertes R²	.159	.350	.186	.378

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1612)

n.s. = auf dem 0.05-Level nicht signifikant/keine zusätzliche Erklärungskraft; n.g. = nicht gerechnet

Arztbesuche letzte 12 Monate von 1=0-mal bis 4=6-mal oder öfter // General-HL-Index von 0=minimale bis 50=maximale Gesundheitskompetenz // Teilstichprobe 0=nein bis 1=ja // Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich // Alter in Jahren // Bildungsniveau ISCED Level 0 bis 6 // finanzielle Deprivation von tiefer bis hohe Deprivation // sozialer Status von 1=niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft // Migrationshintergrund 0=nein 1=ja // Sprachkompetenz 1=Muttersprache, 2=sehr gut bis 6=sehr schlecht // Sprachregion DCH/FCH/ICH 0=nein 1=ja // Siedlungsart ländlich/kleine und mittlere Agglomeration/grosse Agglomeration 0=nein 1=ja // Spital-/ambulante/keine Zusatzversicherung 0=nicht genannt 1=genannt // Beurteilung Gesundheitszustand von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht // langandauernde Krankheit 0=nein 1=ja (eine oder mehrere) // Sport 1=fast jeden Tag bis 4=überhaupt nicht // BMI metrisch von tiefem bis hohem BMI

Im Basis-Modell zeigt sich ein schwacher (-.067), im Total-Modell ein mittelstarker Unterschied (-.161) zwischen den Teilstichproben 1 und 2: Die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner haben eine geringere Anzahl an Arztbesuchen als die Einwohnerinnen und Einwohner allgemein.

Im Basis-Modell ist es vor allem das Alter der Befragten (.361), schwächer die finanzielle Deprivation (.136), die Sprachregion (FCH: .115), der selbstgeäußerte soziale Status (-.090) und das Bildungsniveau (.066), welche die unterschiedliche Häufigkeit erklären.

Im Total-Modell sind in erster Linie das Vorliegen landandauernder Krankheiten (.313) respektive der Gesundheitszustand (.295) die besten erklärenden Variablen.

Bei den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern findet sich im Basis-Modell kein Unterschied zu den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein. Im Total-Modell ist ein schwacher Effekt (.074) festzustellen, wobei in diesem linearen Modell die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner eine leicht höhere Anzahl an Arztbesuchen aufweisen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die portugiesischen und türkischen Einwohnerinnen und Einwohner von den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein unterscheiden, was sich nicht allein aufgrund ihrer sozioökonomischen und -demografischen Struktur erklären lässt. In der Regel sind diese letztgenannten Variablen jedoch stärkere Einflussfaktoren. Dennoch weisen beispielsweise die türkischen Einwohnerinnen und Einwohner eine leicht tiefere generelle Gesundheitskompetenz auf, als Einwohnerinnen und Einwohner allgemein, welche nicht durch die anderen Variablen im Modell (v.a. finanzielle Deprivation) erklärt werden kann. Es ist zu vermuten, dass beispielsweise beim Alkohol- und Tabakkonsum kulturelle Einflüsse vorliegen.

Weiter gilt, dass es nicht "die" Bevölkerung mit Migrationshintergrund gibt: Die portugiesischen unterscheiden sich von den türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern. Anders als die türkischen unterscheiden sich die portugiesischen Einwohnerinnen und Einwohner beispielsweise nicht hinsichtlich genereller Gesundheitskompetenz von den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein. Das zeigt sich auch darin, dass der Migrationshintergrund als solcher kaum einen signifikanten Einfluss auf die hier gemessenen Variablen hat.

Schliesslich muss auch hier darauf aufmerksam gemacht werden, dass die meisten der verwendeten Variablen von den Befragten selber geäußert wurden. Folglich kann auch das Antwortverhalten kulturell geprägt sein. Beispielsweise bewertet ein grösserer Anteil der türkischen Einwohnerinnen und Einwohner als bei den anderen Teilstichproben den Gesundheitszustand mit "gut". Es lässt sich nicht abschliessend festhalten, ob es unter türkischen Einwohnerinnen und Einwohner tatsächlich weniger Personen mit einer sehr guten oder mittelmässig bis sehr schlechten Gesundheit gibt, oder ob die Einschätzung, was ein "guter" Gesundheitszustand sei, von Kultur zu Kultur unterschiedlich bewertet wird.

4 Synthese

4.1 Problemlage in der Schweiz

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. Im Vergleich zu den meisten HLS-EU-Ländern ist die problematische Gesundheitskompetenz in der Schweiz häufiger anzutreffen.

Gleichzeitig ist das Problem aber nicht sonderlich tief: Bei weniger als einem Zehntel kann eine unzureichende Gesundheitskompetenz gemessen werden. Es gibt also nur wenige negative Extremfälle – allerdings auch nur relativ wenige positive Extremfälle. Ein grosser Teil der Bevölkerung steht 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 bei **Beurteilen** und **Verstehen** von Informationen im Bereich **Krankheitsprävention**. Vor allem rund um das Thema Impfungen – beurteilen, welche Impfungen nötig sind; verstehen, warum Impfungen nötig sind; entscheiden, sich gegen die Grippe zu impfen – geben die schweizerischen Befragten mehr Schwierigkeiten als ihre europäischen Pendants an.

Weiter fällt es ihnen absolut betrachtet eher schwer zu beurteilen, was die Vor- und Nachteile einer Behandlungsmöglichkeit sind und ob eine Zweitmeinung eingeholt werden soll. Ebenso fällt es ihnen schwerer, die Angaben auf Lebensmittelpackungen zu verstehen, zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Informationen über Krankheiten oder Gesundheitsrisiken in den Medien sind, Informationen über gesundheitliche Auswirkungen von politischen Veränderungen oder zur Gesundheitsförderung der Wohnumgebung zu finden, aufgrund von Medieninformationen zu entscheiden, wie man sich vor Krankheiten schützen kann sowie zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen man durchführen lassen soll oder wie sich die Wohnumgebung auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken.

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

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?

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.

4.2 Schlussfolgerung und Ansätze für weiterführende Schritte

Drei Erkenntnisse stehen aus unserer Sicht im Zentrum der Schweizer Erhebung zu Gesundheitskompetenz:

- Erstens zeigen sich Lücken in der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren. Diese finden sich generell und auf Einzeldimensionen, sie äussern sich leicht verstärkt in Bezug auf Krankheitsprävention und dort verstärkt in Bezug auf Impfungen. Die Lücken in der Gesundheitskompetenz sind in der Bevölkerung leicht breiter vorhanden als in den europäischen Vergleichsländern, sie sind aber weniger gross.
- Zweitens stellen wir, wie auch schon in der europäischen Studie sichtbar, einen statistisch erhärteten Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand fest. Auch wenn wir mit der hier vorliegenden Analyse keine Aussage zu Ursachen und Wirkung machen können, lässt sich doch mit Blick auf die Schlussfolgerungen der europäischen Studie vermuten, dass hohe Gesundheitskompetenz eine gute Gesundheit – hauptsächlich über gesundheitsoptimiertes Verhalten – befördert.
- Drittens kann vermutet werden, dass die Wirkung von Gesundheitskompetenz auf die Gesundheit nicht direkt, sondern zweistufig gegeben ist: Erhöhte Gesundheitskompetenz kann zu einem gesundheitsoptimierten Verhalten führen, was wiederum der Gesundheit zuträglich ist. Am deutlichsten ist dies bei sportlichen Aktivitäten, welche nicht nur einen nachweisbar positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand haben, sondern statistisch auch mit erhöhter Gesundheitskompetenz einhergehen
- Damit ist viertens eine unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz ein Kostentreiber im Gesundheitswesen und eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz mittels Information und Aufklärung damit möglicherweise wesentlich kosteneffizienter als spätere Krankheitsbewältigung. Entsprechende Informationsarbeit erhält damit gesellschaftliche Relevanz und Legitimation.

Insgesamt kann man aufgrund einer solchen Kausalkette durchaus zum Schluss kommen, dass eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz als Element zur Erhöhung der Gesundheit eine wichtige gesellschaftliche und damit auch behördliche Aufgabe darstellt. Allerdings gilt es im Sinn einer idealen Ressourcenallokation dabei nicht aus den Augen zu verlieren, dass Gesundheitskompetenz nur ein Treiber von Gesundheit darstellt. Exemplarisch sehen Bircher/Hahn²² Gesundheit als Produkt aus biologisch gegebenem Potenzial,

²² Bircher/Hahn (2016): Understanding the nature of health, in: F1000 Research

selbsterworbenem individuellen Potenzial, sozialen Determinanten sowie Determinanten aus der eigenen Umwelt, welche mit den eigenen Lebensumständen interagieren und in der Interdependenz gesundheitsförderlich oder hinderlich sind. Das Fördern von Gesundheitskompetenz adressiert dabei verschiedene dieser Elemente positiv, hat auf andere (beispielsweise das biologisch gegebene Potenzial oder die eigenen Lebensumstände) aber wenig bis keinen Einfluss.

In der neueren Forschung zu Gesundheitskompetenz wird grossen Wert darauf gelegt, dass ein moderner Approach zur Förderung von Gesundheitskompetenz nicht alleine auf dem bisherigen Ansatz einer reinen Informationsvermittlung zwecks Wissenssteigerung beruhen kann (exemplarisch Nutbeam²³). In einem umfassenden Sinne ist die Steigerung von Gesundheitskompetenz verbunden mit einer Erhöhung des Wissensstandes, der gesteigerten Befähigung und ebensolcher Motivation gute Gesundheitsentscheidungen zu treffen, wie aber auch der Reduktion und dem Abbau von externen Hinderungsgründen für gute Gesundheitsentscheidungen wie beispielsweise überkomplexe Kommunikation in Rahmen einer Krankheitsbewältigung seitens des Arztes (exemplarisch Parker/Ratzan²⁴). In den Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich 2012 wird hierzu starkes Gewicht auf einen Einbezug aller Beteiligten gelegt, insbesondere auch auf Krankenhäuser, Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen und Sozialversicherungen sowie Gesundheitsberufe generell. Für die an die hier vorliegende Studie anschliessende Diskussion erscheint es sinnvoll, diese im europäischen Kontext gezogenen Schlüsse und Vorgehensweise mit zu berücksichtigen. Da die hier vorliegende Studie sich ausschliesslich auf die Bevölkerung bezieht, hat gerade dieser Bezug auf externe Hinderungsgründe analytisch ein untergeordnetes Gewicht, er ist aber deswegen keineswegs unwichtig.

Beschränken wir uns bei der Analyse auf die mittels der Erhebung gewonnenen Erkenntnisse und leiten daraus im Sinne von Nutbeam Schlüsse für die Informationsvermittlung, Handlungsbefähigung und Stärkung eines emanzipierten Verhaltens gegenüber sozialem und kulturell bedingten schwierigen Gesundheitsverhalten ab, sehen wir hauptsächlich vier unterschiedliche kommunikative Stossrichtungen mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen:

1. Eine erste Stossrichtung befasst sich mit der Risikodurchdringung aufgrund fehlender Gesundheitskompetenz und bezieht sich entsprechend auf die Gruppe derjenigen Personen, mit einer problematischen oder unzureichenden Gesundheitskompetenz. Diese Gruppe macht in der Schweiz eine (knapp) Mehrheit aus, was sie für eine saubere Segmentierung schwierig gestaltet: Sie enthält sowohl Männer wie Frauen, Gutverdienende wie Schlechtverdienende, Kranke wie Gesunde. Soll eine Kampagne entsprechend die ganze Bandbreite an Personen mit mindestens problematischer Gesundheitskompetenz adressieren, ist eine kommunikative Ausrichtung auf relevante Zielgruppen schwierig und ein entsprechender Streuverlust in der Kommunikation zu erwarten. Zur Steigerung der Gesundheitskompetenz kann es Sinn machen, die offensichtlichsten Lücken rund um Krankheitsprävention in den Vordergrund zu stellen.
2. Eine zweite Stossrichtung geht davon aus, dass mittels Kommunikation nicht die Verbreitung des Risikos, wohl aber der Risikograd minimiert wird. Entsprechend bezieht sich eine solche Kommunikationsmassnahme hauptsächlich auf Segmente, in welcher die Gesundheitskompetenz besonders niedrig ist (sehr vulnerable Gruppe). Wir finden sie verstärkt unter Personen mit erlebter finanzieller Deprivation, unter 36- bis 45-Jährigen, in der italienischsprachigen Schweiz sowie unter türkischen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern. (Eine weitere Gruppe, die möglicherweise sehr vulnerabel ist, sind Asylsuchende, welche durch diese

²³ Nutbeam (2000): Health literacy as a public health goal, in: Health Promotion International

²⁴ Parker/Ratzan (2010): Health Literacy; A second Decade of distinction for Americans in: J. Health Commun

Studie jedoch nicht untersucht wurden.) Eine solche Kampagne befasst sich mit klar umreissbaren Zielgruppen, ist inhaltlich aber deutlich breiter: Die abgrenzbaren Zielgruppen haben nicht nur überdurchschnittliche Lücken in Bezug auf die generelle Gesundheitskompetenz, sondern ebensolche auch in Bezug auf die Krankheitsbewältigung, die Krankheitsprävention wie auch die Gesundheitsförderung. Gerade unter türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern zeigt sich die Breite dieser Lücken besonders eindrücklich. Damit wird die Kommunikationsarbeit durch klar fassbare Zielgruppen erleichtert, gleichzeitig aber durch die Struktur dieser Zielgruppen erschwert. Erfahrungsgemäss ist ein tiefes Haushaltseinkommen (als Basis für finanzielle Deprivation) oft verknüpft mit tieferem Bildungsstand und damit erfahrungsgemäss mit erschwertem Zugang zu Informationen und zu Instrumenten der Informationsverarbeitung²⁵. Die hier nötige Vermittlung von Kompetenz ist entsprechend erschwert. Am deutlichsten ist dies unter türkischstämmigen Einwohnerinnen und Einwohnern zu erwarten, bei denen im schwierigsten Fall nicht nur Bildungsaspekte, sondern auch Aspekte des Integrationsgrades die Informationsverarbeitung mitbestimmen.

3. Eine dritte Stossrichtung fokussiert auf ideale Aufnahmefähigkeit und geht davon aus, dass sich negatives Verhalten gegenüber der eigenen Gesundheit wie auch der Informationsbedarf in Gesundheitsfragen dann anwächst, wenn eine Person Krankheiten in erhöhtem Masse als Bedrohung wahrnimmt²⁶. Dies scheint uns im Augenblick einer Krankheit am meisten gegeben, muss sich ein Patient oder eine Patientin doch per se mit gesundheitlichen Fragen auseinandersetzen und erhöht ein hoher individueller Problemdruck erfahrungsgemäss die Absicht zur Verhaltensänderung. Unklar scheint dabei aber die Nachhaltigkeit einer solchen Kommunikation: Sie ist leicht im Augenblick der Krankheit und insbesondere im Augenblick eines Arztbesuchs (die Ärzteschaft als sehr glaubwürdiger Kommunikator), die Gefahr ist aber gross, dass ein Patient nach erfolgreicher Gesundung wieder in alte Muster verfällt und eine angedachte Verhaltensänderung Richtung gesundheitsorientiertem Verhalten ein Lippenbekenntnis bleibt. Immerhin scheint es aber naheliegend, dass Krankheiten als Ernstfall zu einer verbesserten Kompetenz in der Krankheitsbewältigung führen. Dies verbessert auch die generelle Gesundheitskompetenz, allerdings nicht diejenige Dimension, welche in der Schweiz am schwächsten ausgestaltet ist: die Krankheitsprävention.
4. Eine vierte Stossrichtung fokussiert auf die Ebene der sekundären Sozialisation und vermittelt Kompetenzwissen dann, wenn die Aufnahmefähigkeit und damit der Kommunikationseffekt am nachhaltigsten sind. Im Zentrum einer solchen Kommunikation stehen entsprechend Kinder. Wird Gesundheitskompetenz als Kompetenz mit hoher gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Relevanz verstanden, kann daraus genügend Legitimation für eine Kommunikation über obligatorische Schulen hergeleitet werden. Eine solche Kommunikation erscheint damit als besonders effektiv. Es sind aber explizit keine kurz- und mittelfristigen Effekte auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu erwarten: Begründet ist dies einerseits durch die sowieso deutlich erhöhte Gesundheit von Jungen und damit durch die fehlende Basis für Verbesserung. Andererseits ist dies aber auch begründet durch wissenschaftliche Erkenntnis aus der Gesundheitsverhaltensänderungsforschung²⁷. Im sogenannten Transtheoretischen Modell geht man davon aus, dass eine Verhaltensänderung nicht von einem Augenblick auf den anderen geschieht, sondern mehrere aufeinander aufbauende und zwingend zu durchlaufende Phasen passiert. Die Schwierigkeit in Bezug auf die Vermittlung von Gesundheitskompetenz an Jugendliche ist dabei, dass diese per se erst in der ersten

²⁵ siehe Elaboration-Likelihood-Modell nach Petty/Cacioppo (1986)

²⁶ Health-Belief-Modell nach Rosenstock (1990)

²⁷ Transtheoretical-Modell nach Prochaska/Redding/Evers

Phase sind: Es gibt wenig vertiefte Reflexion eines problematischen Verhaltens mit zukünftig negativen Folgen auf die Gesundheit, entsprechend finden sich in dieser Phase wenig Absichten, problematisches Verhalten zu ändern. Durch die Steigerung von Gesundheitskompetenz können Jugendliche damit bestärkt werden, gesundheitlich schwieriges Verhalten in Zukunft zu ändern. Entsprechend ist Kommunikation in dieser frühen Phase eine Wette auf möglichen Erfolg Jahre später, direkter Erfolg auf die Gesundheit ist wenig zu erwarten. Allenfalls macht es mehr Sinn, Gesundheitskompetenz indirekt zu fördern, indem man den Wert von Sport klar in den Vordergrund stellt und darauf baut, dass erhöhte sportliche Aktivität nicht nur die spätere Gesundheit befördert, sondern auch den Erwerb von Gesundheitskompetenz langfristig stärkt.

In allen Szenarien ist sicherlich auf die Minimierung von externen Hindernissen mitzudiskutieren respektive eine Vereinfachung des Zugangs zu relevanten Informationen zu prüfen.

Neben diesen inhaltlichen Folgen aufgrund der Studie diente die Replikation der HLS-EU-Studie für die Schweiz auch dazu, das in Europa gewählte Messverfahren auf Tauglichkeit in einem schweizerischen Umfeld zu prüfen. Insgesamt zeigt sich, dass das Indikatorensystem zur Messung von Gesundheitskompetenz auch für die Schweiz valide und reliable Ergebnisse liefert. Dennoch sind einige Einschränkungen zu machen, welche teilweise auch für die europäische Befragung zutreffen, teilweise aber in einem schweizerischen Kontext entstehen:

- Wie im europäischen Kontext basiert auch in der Schweiz die Messung der Gesundheitskompetenz auf Selbsteinschätzungen und ist damit subjektiv. Auf eine objektive Überprüfung der getätigten Aussagen, insbesondere auf Validierung aufgrund des europäischen NVS-Tests, wurde in Absprache mit dem Auftraggeber verzichtet.
- Da die Studie in den einzelnen Ländern auf unterschiedliche Befragungsmethoden, Grundgesamtheiten und Ausschöpfungsraten beruhen, ist nicht auszuschliessen, dass länderspezifische Unterschiede auch methodische Artefakte beinhalten.
- Im schweizerischen Kontext hat sich die europäische Variante des selbstgeäusserten Sozialstatus nicht bewährt. Die festgestellten Korrelationen zur Gesundheitskompetenz widersprechen den europäischen Erkenntnissen. Modellieren wir den Sozialstatus annähernd wie in der Schweiz üblich, zeigen sich diese Differenzen nicht, so dass die Vermutung naheliegt, dass der europäischen Sozialstatus in der Schweiz aufgrund des sehr breiten Mittelstandes und der ausgeprägten protestantischen Ethik nicht valide misst. Wir empfehlen für weitere Analysen ein schweizerisches Messverfahren zur Messung von Sozialstatus zu nutzen.
- Ebenfalls nicht bewährt hat sich das gewählte Messverfahren für Sprachkompetenzen auf Basis BAG-Vorgaben "Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen". Hier wird unter Personen mit Migrationshintergrund, welche die Sprache am Wohnort als Muttersprache sprechen, auf eine weitere Erfassung der Sprachkompetenz verzichtet. Die Korrelationen einer so erhobenen Sprachkompetenz (Muttersprache=hohe Sprachkompetenz) zur Gesundheitskompetenz lässt aber den Schluss offen, dass Muttersprache nicht gleichzusetzen ist mit hoher Sprachkompetenz. Dies vermag auf den zweiten Blick auch nicht weiter zu überraschen, gibt es doch auch unter einheimischen Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern wesentliche Unterschiede in Bezug auf die Sprachkompetenz. Wir empfehlen entsprechend bei weiteren Untersuchungen Sprachkompetenz in einem einheitlichen Raster für alle, insbesondere auch für Muttersprachlerinnen und Muttersprachler zu erheben.

- Schliesslich kann es im schweizerischen Kontext durchaus sinnvoll sein, die europäische Definition von "(sehr) vulnerablen Gruppen" kritisch zu diskutieren. Faktisch sind nach europäischer Definition alle Schweizer Einwohnerinnen und Einwohner Teil einer vulnerablen Gruppe, was gerade in kommunikativer Hinsicht keine saubere Segmentierung und damit effektive Kommunikation ermöglicht.

5 Anhang

5.1 Verteilung sozioökonomische und -demografische Indikatoren

Das folgende Kapitel zeigt in knapper Form die sozioökonomische und -demografische Verteilung der Schweizer Stichprobe. Auf einen umfassenden Vergleich mit den europäischen Daten wird verzichtet, da dies für die Beantwortung der zugrundeliegenden Fragestellungen nicht zentral ist.

Tabelle 57

Alter, Geschlecht und räumliche Verteilung

in % EinwohnerInnen der Schweiz

Variable	Ausprägung	Einw. allg.		port. Einw.		türk. Einw.	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
Geschlecht	Mann	49	49	58	56	52	54
	Frau	51	51	42	44	48	46
Alter	25 Jahre oder jünger	17	15	22	19	13	12
	26-35 Jahre	19	17	28	27	31	29
	36-45 Jahre	17	17	20	20	26	27
	46-55 Jahre	17	17	20	21	14	16
	56-65 Jahre	14	14	10	11	8	10
	66-75 Jahre	11	12	1	1	7	5
	76 oder älter	7	8	0	0	2	1
	Mittelwert	45.7	47.2	37.7	38.6	40.5	40.5
	Standardabweichung	18.5	18.7	13.3	13.2	14.8	14.0
Sprachregion	DCH	55	70	35	36	88	88
	FCH	27	25	59	61	12	12
	ICH	18	4	5	4	0	0
Siedlungsart	ländlich	26	27	4	4	2	2
	klein/mittel	42	36	45	43	37	36
	gross	32	37	51	53	61	61

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew.= 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Tabelle 58

Herkunft und Migration

in % EinwohnerInnen der Schweiz

Variable	Ausprägung	Einw. allg.		port. Einw.		türk. Einw.	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
Nationalität	CH-Bürger (inkl. Nicht-EU-Doppelbürger)	74	78	0	0	45	44
	CH-EU-Doppelbürger	21	17	48	47	0	0
	EU-Bürger (exkl. CH-Doppelbürger)	4	4	52	53	0	0
	Nicht-CH/EU-Bürger	1	1	0	0	54	56
Aufenthaltsstatus Ausländer (in % Nicht-CH-BürgerInnen)	Ausweis B (Aufenthaltsbewilligung)	4	3	1	1	14	14
	Ausweis C (Niederlassungsbewilligung)	91	94	99	99	86	86
	Ausweis Ci (Aufenthaltsbewilligung mit Erwerbstätigkeit)	2	0	0	0	0	0
	Ausweis G (Grenzgängerbewilligung)	2	0	0	0	0	0
	Ausweis N (Asylsuchende)	2	2	0	0	0	0
Geburtsland	Schweiz	79	81	42	39	36	34
	Ausland	21	19	58	61	64	66
Geburtsland Eltern	beide in Schweiz	50	55	0	0	3	3
	ein Elternteil in Schweiz	31	26	12	12	32	31
	beide im Ausland	20	19	88	88	66	67
Migrationshintergrund¹	Ja	50	55	100	100	97	97
	Nein	50	45	0	0	3	3
Muttersprache (Mehrfachnennung möglich)	Deutsch	64	72	22	22	68	68
	Französisch	29	27	36	35	4	3
	Italienisch	27	14	9	7	0	0
	Portugiesisch	3	2	93	92	0	0
	Türkisch	1	1	0	0	80	81
	Andere	9	8	6	7	8	8

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew. = 1107, N PT = 255, N TR = 250)

¹Definition gemäss "Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitserhebungen" des BAG: mindestens ein Elternteil im Ausland geboren

Tabelle 59

Familiäre Situation

in % EinwohnerInnen der Schweiz

Variable	Ausprägung	Einw. allg.		port. Einw.		türk. Einw.	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
Familienstand	ledig	34	32	53	50	40	38
	verheiratet	46	47	28	29	48	51
	getrennt/geschieden	10	10	15	17	6	6
	verwitwet	10	11	4	4	6	5
Wohnsituation	allein lebend/Single-Haushalt	33	31	45	44	35	33
	zusammen lebend/ gemeinsamer Haushalt	63	64	40	41	59	62
	in fester Beziehung, nicht zusammen lebend	5	5	15	15	6	5
Kinder (Mehrfachnennung möglich)	Ja, unter 15	11	11	9	9	15	16
	Ja, über 15	45	47	22	24	29	29
	Nein	45	44	70	67	60	59
Anzahl Personen im Haushalt ab 14 Jahren	1 Person	36	34	59	59	39	37
	2 Personen	39	41	24	25	38	39
	3 Personen	16	15	14	14	10	11
	4 und mehr Personen	9	10	2	2	13	13
	Mittelwert	2.00	2.02	1.59	1.58	2.01	2.03
	SD	0.990	0.996	0.811	0.796	1.077	1.066
Anzahl Personen im Haushalt unter 14 Jahren	0 Personen	87	88	90	90	84	84
	1 Person	8	8	10	10	10	9
	2 Personen	3	3	0	0	5	4
	3 und mehr Personen	1	1	0	0	2	3
	Mittelwert	0.18	0.18	0.10	0.10	0.27	0.28
	Standardabweichung	0.548	0.550	0.320	0.315	0.768	0.767

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew.= 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Tabelle 60

Erwerbsstatus und finanzielle Situation

in % EinwohnerInnen der Schweiz

Variable	Ausprägung	Einw. allg.		port. Einw.		türk. Einw.	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
Erwerbsstatus	Vollzeit	59	58	77	77	70	71
	Teilzeit	10	9	6	6	8	8
	Anderes	7	6	7	7	8	8
	arbeitslos	2	2	5	5	2	3
	pensioniert	22	24	5	5	12	10
Netto-Haushalts-einkommen	weniger als CHF 3'000	3	3	6	6	6	5
	mehr als CHF 3'000 aber weniger als CHF 4'000	13	13	18	18	15	15
	mehr als CHF 4'000 aber weniger als CHF 5'000	17	15	25	25	20	19
	mehr als CHF 5'000 aber weniger als CHF 6'000	13	13	29	28	11	10
	mehr als CHF 6'000 aber weniger als CHF 7'000	17	17	11	12	6	6
	mehr als CHF 7'000 aber weniger als CHF 8'000	11	12	6	7	23	24
	mehr als CHF 8'000 aber weniger als CHF 9'000	8	9	1	1	9	10
	mehr als CHF 9'000 aber weniger als CHF 10'000	8	8	3	4	3	3
	mehr als CHF 10'000 aber weniger als CHF 11'000	3	3	0	0	2	2
	mehr als CHF 11'000 aber weniger als CHF 12'000	3	3	0	0	3	4
	mehr als CHF 12'000	4	4	0	0	2	2
Anzahl zum Haushalts-einkommen beitragende Personen	0 Person	0	0	4	4	0	1
	1 Person	40	39	56	57	46	45
	2 Personen	44	46	31	31	39	39
	3 Personen	13	12	7	7	8	8
	4 und mehr Personen	3	4	1	1	7	7
finanzielle Deprivation¹	Minimum	-1.522	-1.522	-2.75	-2.75	-1.90	-1.90
	Maximum	3.294	3.294	3.53	3.53	2.79	2.79
	Mittelwert	0.010	-0.007	-0.003	0.006	0.04	0.003
	Standardabweichung	0.96	1.00	0.97	1.00	1.00	0.99

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew.= 1107, N PT = 255, N TR = 250)

¹Index berechnet sich aus der Faktoranalyse mit den Variablen D12 (Geld für Medikamente aufbringen), D13 (Geld für Arztbesuche aufbringen) und D14 (Schwierigkeiten, letzte 12 Monate Rechnungen zu bezahlen) gemäss HLS-EU-Studie.

Tabelle 61

Bildung, sozialer Status und Zusatzversicherung

in % EinwohnerInnen der Schweiz

Variable	Ausprägung	Einw. allg.		port. Einw.		türk. Einw.	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
Bildung (gem. International Standard Classification of Education ISCED)	Level 0 (Vorschule, keine formale Bildung)	1	1	3	3	4	4
	Level 1 (Primarstufe)	2	2	12	13	7	7
	Level 2 (Sekundarstufe I)	5	5	29	30	8	8
	Level 3 (gymnasiale Maturität, Berufsmaturität, Fachmittelschule, Berufsbildung)	50	53	30	28	68	67
	Level 4 (Maturitätsschulen für Erwachsene (Zweitausbildung), Berufsmaturität nach der Lehre (Zweitausbildung), Berufsbildung (Zweitausbildung))	15	12	7	7	5	5
	Level 5 (universitäre Hochschule, Fachhochschule, pädagogische Hochschule, höhere Berufsbildung)	24	26	17	17	6	7
	Level 6 (Doktorat)	2	1	2	2	2	2
	Mittelwert	4.6	4.5	3.86	3.8	3.87	3.91
	Standardabweichung	1.1	1.1	1.39	1.42	1.08	1.10
Selbsteinschätzung sozialer Status (auf einer Skala von 1 bis 10)	sehr tief (1-3)	5	3	13	12	7	6
	tief (4)	5	4	32	31	3	3
	untere Mitte (5)	19	21	31	32	19	19
	Mitte (6)	20	22	17	17	21	21
	obere Mitte (7)	31	31	7	7	39	39
	hoch (8)	19	16	1	0	10	11
	sehr hoch (9-10)	2	2	0	0	1	1
	Mittelwert	4.3	4.3	2.74	2.77	4.14	4.19
Standardabweichung	1.4	1.3	1.13	1.11	1.35	1.31	
Zusatzversicherung (Mehrfachnennung möglich)	Spital-Zusatzversicherung	45	45	69	69	22	23
	ambulante Zusatzversicherung	20	21	21	22	6	6
	keine Zusatzversicherung	48	47	21	22	74	74

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew.= 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Tabelle 62

Gesundheitsrelevantes Verhalten, Gesundheitsrisiken und selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

in % EinwohnerInnen der Schweiz

Variable	Ausprägung	Einw. allg.		port. Einw.		türk. Einw.	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
Häufigkeit Sport	fast jeden Tag	13	13	21	20	8	7
	ein paar Mal pro Woche	27	28	23	22	20	19
	ein paar Mal im letzten Monat	33	32	29	30	31	31
	überhaupt nicht	28	27	27	28	41	43
Alkoholkonsum	kein Alkohol	44	43	45	47	77	78
	gering	40	40	28	27	15	15
	moderat	12	12	15	15	4	4
	exzessiv	4	4	7	7	2	1
	sehr exzessiv	1	1	4	4	2	1
Tabakkonsum	Nichtraucher	73	73	73	74	47	45
	Gelegenheitsraucher	3	2	2	2	2	2
	Raucher	25	25	25	24	52	53
Body Mass Index	Untergewicht	9	9	10	10	8	7
	Normalgewicht	70	67	69	68	70	71
	Übergewicht	18	20	18	19	17	19
	Adipositas	4	4	2	2	5	3
	Minimum	15.26	15.26	15.92	15.92	15.61	15.61
	Maximum	36.17	36.17	31.13	31.13	57.46	57.46
	Mittelwert	22.70	22.92	22.20	22.27	22.76	22.77
	Standardabweichung		3.52	3.33	3.37	4.74	4.66
Selbsteinschätzung Gesundheitszustand	sehr gut	18	19	8	7	9	9
	gut	56	54	54	53	71	72
	mittelmässig	21	21	35	36	16	15
	schlecht	5	6	2	2	4	3
	sehr schlecht	0	0	1	1	1	1
	Mittelwert	2.2	2.1	2.3	2.4	2.2	2.1
	Standardabweichung	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.6
Langandauernde Krankheit	Nein	68	67	66	65	80	81
	Ja, eine	22	22	29	30	13	12
	Ja, mehr als eine	10	11	5	5	7	6
Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme (in % Einw. mit mind. einer lang andauernden Krankheit)	überhaupt nicht eingeschränkt	22	23	21	16	14	23
	eingeschränkt, aber nicht erheblich	51	50	64	62	61	63
	erheblich eingeschränkt	27	27	14	22	24	14

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew.= 1107, N PT = 255, N TR = 250)

Tabelle 63

Nutzung medizinischer Dienstleistungen

in % EinwohnerInnen der Schweiz

Variable	Ausprägung	Einw. allg.		port. Einw.		türk. Einw.	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
Nutzung Notfalldienst letzte 2 Jahre	0-mal	77	77	75	74	83	84
	1- bis 2-mal	22	22	22	22	16	14
	3- bis 5-mal	1	1	3	3	2	1
	6-mal oder öfter	0	0	0	0	0	0
Krankenhausaufenthalte letzte 12 Monate	0-mal	76	76	80	79	82	83
	1- bis 2-mal	22	23	20	21	14	13
	3- bis 5-mal	1	1	0	0	4	3
	6-mal oder öfter	0	0	0	0	0	0
Arztbesuche letzte 12 Monate	0-mal	13	14	16	16	6	5
	1- bis 2-mal	59	57	55	54	74	75
	3- bis 5-mal	21	22	26	27	14	14
	6-mal oder öfter	7	7	2	3	6	5
Andere medizinische Dienstleistungen letzte 12 Monate	0-mal	36	35	50	48	50	52
	1- bis 2-mal	43	43	37	38	42	41
	3- bis 5-mal	16	16	10	10	4	4
	6-mal oder öfter	5	6	3	3	4	3

Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N Ew.= 1107, N PT = 255, N TR = 250)

5.2 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.